

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

MATEUS NAGUE DE SOUZA

**O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA:
PERSPECTIVAS E DESAFIOS EXPRESSADOS POR FAMILIARES
CUIDADORES**

Vitória
2024

MATEUS NAGUE DE SOUZA

**O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA:
PERSPECTIVAS E DESAFIOS EXPRESSADOS POR FAMILIARES
CUIDADORES**

Projeto de Pesquisa a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para defesa de dissertação ao Mestrado em Saúde Coletiva – área de concentração “Política e Gestão em Saúde”.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Carvalho Andrade

Vitória

2024

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

S719p Souza, Mateus Nague de, 1996-
O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS EXPRESSADOS POR FAMILIARES CUIDADORES / Mateus Nague de Souza. - 2024.
148 p.

Orientadora: Maria Angélica Carvalho Andrade.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Idosos - Assistência em instituições. 2. Cuidadores. 3. Cuidados. I. Andrade, Maria Angélica Carvalho. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ata da Sessão de Defesa de Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da aluna
Mateus Nague de Souza

Às catorze horas do dia cinco de dezembro de dois mil e vinte e quatro, em ambiente presencial, na Sala 4 do PPGSC/UFES, foi instalada a sessão pública para julgamento da dissertação elaborada pelo mestrando **Mateus Nague de Souza** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, matriculado sob o número 2022230564, intitulada *“PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS EXPRESSADOS POR FAMILIARES CUIDADORES”*. Após a abertura da sessão, a Professora Doutora Maria Angélica Carvalho Andrade, orientadora e presidente da banca julgadora, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, as professoras doutoras: Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia Pinheiro Garcia (membro externo), Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima (membro interno), Prof.^a Dr.^a Erika Maria Sampaio Rocha (suplente externo), Prof.^a Dr.^a Fabiana Turino (suplente interno). Foi dada a palavra ao autor, que expôs seu trabalho e, em seguida, ouviu-se a leitura dos respectivos pareceres dos integrantes da banca. Terminada a leitura, procedeu-se a arguição e respostas do aluno. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu **APROVAR** o mestrando. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito.

Vitória, 05 de dezembro de 2024.

Considerações da banca de defesa: A banca reunida parabeniza o mestrando pela relevância e importância dessa temática para a área da Saúde Coletiva e a apropriação do conteúdo. Sugere que sejam consideradas as ponderações feitas para o aprofundamento da análise dos resultados para os ajustes finais da dissertação e elaboração de publicações futuras.

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIA ANGELICA CARVALHO ANDRADE
Data: 05/12/2024 21:09:16-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Maria Annálica Carvalho Andrade
(orientadora)
Documento assinado digitalmente
gov.br ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA
Data: 06/12/2024 07:10:45-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia Pinheiro Garcia (Faculdade de
Direito de Vitória)
(membro externo)

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima
(PPGSC/UFES)
(membro interno)

Prof. Dr. Erika Maria Sampaio Rocha (Universidade
Federal do Sul da Bahia)

Prof. Dr. Fabiana Turino (PPGSC/UFES)
(suplente interno)

Documento assinado digitalmente
gov.br MATEUS NAGUE DE SOUZA
Data: 12/12/2024 10:04:41-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Documento assinado digitalmente
gov.br RITA DE CASSIA DUARTE LIMA
Data: 12/12/2024 00:07:49-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Mateus Nague de Souza
(discente)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MP	Ministério Público
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

RESUMO

Introdução: Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Brasil há 203,1 milhões de habitantes. Ao analisar a população idosa, observa-se que esse grupo correspondia a 32.113.490 milhões em 2022. O envelhecimento é um processo contínuo, universal, dinâmico e progressivo que permeia alterações fisiológicas e funcionais. Envelhecer possui processos de dependência que desencadeiam desconforto para a família, afinal é preciso dedicar tempo para cuidar. O cuidador é aquele familiar ou não que, instintivamente, sem remuneração, se torna o responsável por aquele indivíduo dependente, que geralmente se aplica a uma questão de gênero – grupo feminino. Para contribuir ao cuidado àqueles que não têm condições de permanecer em domicílio, há como alternativa as Instituições de Longa Permanência para Idosos que estão em crescimento pelo aumento da longevidade. O local oferece moradia com assistência gerontogeriátrica por equipe multidisciplinar preparada para cuidar e estrutura adequada para a pessoa idosa. Entretanto, o processo de institucionalização da pessoa idosa é dificultado por estar atrelado a sentimentos que remetem à solidão e ao abandono. **Objetivo:** analisar o processo de institucionalização de pessoas idosas em Instituições de Longa Permanência para Idosos no Estado do Espírito Santo. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal de caráter qualitativo com delineamento analítico-descritivo. Os participantes da pesquisa foram selecionados através da técnica de amostragem Bola de Neve, ou seja, os participantes iniciais indicaram novos participantes até que atingiu o ponto de saturação de 15 participantes. As entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro semiestruturado com perguntas abertas. **Resultados:** Durante a elaboração da pesquisa, foi criado um capítulo de livro intitulado “Nos bastidores da crise do cuidado e das Instituições de Longa Permanência para Idosos”. Os familiares expuseram a dificuldade que tiveram para cuidar em casa, o desgaste físico e mental e os prejuízos que acarretaram à sobrecarga do cuidar. A entrada da pessoa idosa em uma Instituições de Longa Permanência para Idosos foi árdua e feita com cautela. A maioria dos familiares referiam o bem-estar após a institucionalização e o tempo maior para cuidar de si. Já outros, não tiveram boas experiências e precisaram procurar outro local ou retornar para o lar de origem. **Discussão:** O cuidado domiciliar precisa ser

bem administrado e dividido entre os integrantes da família, quando possível. A sobrecarga do cuidado gera exaustão e prejuízos na saúde física e mental do cuidador primário. As Instituições de Longa Permanência para Idosos são uma alternativa para garantir cuidados equânimes ou melhores do que o da residência, permitindo que o familiar possa viver e cuidar de si. Os cuidados nessa instituição são realizados por profissionais capacitados e precisam ser geridos por responsável técnico que, sempre que possível, instrui a equipe e intervém no cuidado para garantir qualidade de vida à pessoa idosa e ao familiar. **Considerações finais:** As famílias precisam enxergar a Instituição de Longa Permanência para Idosos como a extensão do cuidado e não se esquivar da assistência. O acompanhamento e a avaliação do local precisam ser constantes, para que além do cuidado seja mantido o vínculo familiar. Não obstante, nos casos de violência ou qualquer evento que possa prejudicar a integridade da pessoa idosa, cabe o familiar denunciar e, conseqüentemente, o Ministério Público e a Vigilância Sanitária mobilizarem-se para garantir segurança às pessoas idosas institucionalizadas.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Idosos; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Familiares.

ABSTRACT

Introduction: According to the Brazilian Institute of Geography and Statistics, Brazil has 203.1 million inhabitants. When analysing the elderly population, it can be seen that this group would correspond to 32,113,490 million in 2022. Ageing is a continuous, universal, dynamic and progressive process that involves physiological and functional changes. Ageing involves processes of dependency that cause discomfort for the family, after all, they have to dedicate time to caring. The carer is the family member or not who instinctively, without pay, becomes responsible for the dependent individual, which generally applies to a gender issue - the female group. To help care for those who are unable to stay at home, there is the alternative of Long Stay Institutions for the Elderly, which are on the rise due to increased longevity. The facility offers housing with gerontogeriatric assistance from a multidisciplinary team prepared to care for the elderly and an adequate structure. However, the process of institutionalising the elderly is difficult because it is linked to feelings of loneliness and abandonment. Aim: to analyse the process of institutionalisation of elderly people in Long Stay Institutions for the Elderly in the state of Espírito Santo. Methodology: This is a qualitative cross-sectional study with an analytical-descriptive design. The research participants were selected using the snowball sampling technique, i.e., the initial participants referred new participants until the saturation point of 15 participants was reached. The interviews were conducted using a semi-structured script with open-ended questions. Results: During the course of the research, a book chapter was created entitled 'Behind the scenes of the crisis of care and Long Stay Institutions for the Elderly'. Family members explained the difficulties they had in caring at home, the physical and mental strain and the damage this caused to the burden of caring. The elderly person's entry into a Long Stay Institution for the Elderly was arduous and done with caution. Most family members reported feeling well after institutionalisation and having more time to look after themselves. Others, on the other hand, did not have good experiences and had to look for another place or return to their home of origin. Discussion: Homecare needs to be well managed and shared between family members when possible. The overload of care generates exhaustion and damage to the physical and mental health of the primary carer. Long-stay institutions for the elderly are an alternative to guarantee equal or better care than at home, allowing family members to live and look

after themselves. Care in these institutions is carried out by trained professionals and needs to be managed by a technical manager who, whenever possible, instructs the team and intervenes in the care to ensure quality of life for the elderly person and the family member. Final considerations: Families need to see the Long Stay Institution for the Elderly as an extension of their care and not shy away from assistance. Monitoring and evaluation of the place needs to be constant, so that in addition to care, the family bond is maintained. However, in cases of violence or any event that could harm the integrity of the elderly person, it is up to the family member to report it and, consequently, for the Public Prosecutor's Office and the Health Surveillance Agency to mobilise to guarantee the safety of institutionalised elderly people.

Keywords: Elderly; Elderly; Long-stay institution for the elderly; Family members.

SUMÁRIO

PALAVRAS INICIAIS	9
1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	17
2.2 ABORDAGEM DO CUIDADO À PESSOA IDOSA	19
2.3 ESTATUTO DA PESSOA IDOSA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	22
2.4 DESAFIOS AOS CUIDADORES	25
2.5 AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA E O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA	28
3 OBJETIVOS	40
3.1 OBJETIVO GERAL	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
4 METODOLOGIA	41
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	41
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	41
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	42
4.4 INSTRUMENTOS DO ESTUDO	44
4.5 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	44
4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	45
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	47
5 RESULTADOS PRELIMINARES	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA	107
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	108
APÊNDICE C – CAPÍTULO DE LIVRO – NOS BASTIDORES DA CRISE DO CUIDADO E DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	113

PALAVRAS INICIAIS

Enfermeiro formado pela Universidade Federal do Espírito Santo em 2018, sempre atuei como enfermeiro intensivista. A motivação pelo tema do envelhecimento surgiu através do meu trabalho exercido dentro de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em Vila Velha, no estado do Espírito Santo, quando observei a alta procura das pessoas pelo serviço em busca de ajuda para cuidar das pessoas idosas a manterem continuidade das suas vidas.

Na verdade, sempre atuei em terapia intensiva e em urgência e emergência, mas o olhar de compaixão à pessoa idosa sempre esteve em mim. Foi então que, em 2021, me casei e assumi, em uma casa de repouso, a responsabilidade de enfermeiro responsável técnico, que mantém toda parte assistencial das pessoas idosas e a gerência do local quanto ao seu funcionamento e permanência.

Por se tratar de uma casa de repouso – que lembra a instalação total de uma casa, o olhar às pessoas idosas e, principalmente, as dependentes de cuidado, gerou um carinho e uma atenção maior a esse grupo. Durante o trabalho, percebi o quanto o cuidado, o zelo e a atenção podem fazer diferença significativa na vida das pessoas, uma vez que o mundo hodierno vive em correria, cansaço e fadiga pelo excesso de trabalho.

Por esses motivos, abduco um pouco de tempo durante o dia para escutar, dar atenção e sanar as necessidades que a pessoa idosa e o seu familiar demandam. As casas de repouso que, embora são conhecidas como um ambiente hostil e devastador para os que entram, não são o que parecem (ou não deveriam). O ambiente agradável, o acolhimento e a tranquilidade podem promover o bem-estar e a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa e do familiar.

Pelo histórico e desfeitas do passado, as casas de repouso carregam a imagem de abandono e solidão que outrora eram até nomeadas como “asilos”. No tempo atual, muitas instituições têm trabalhado seriamente para promover saúde a esse público e garantir aos familiares um serviço digno e de qualidade no envelhecimento.

Com o tempo, pude conhecer histórias de vidas marcantes que me fizeram ser forte, corajoso e pensar em um futuro melhor para a pessoa idosa. Enxerguei que era

bom cuidar embora, simultaneamente, o cuidado à pessoa idosa seja atribuído de responsabilidade, conhecimento e respeito.

As pessoas idosas que conheci na instituição, na grande maioria, tiveram uma vida difícil no passado. Criação de muitos filhos, falta de oportunidades para trabalhar e crescer profissionalmente, dupla função em casa, sobrecarga do trabalho doméstico e, como consequência, não conseguiam tempo para cuidar de si. A instituição, portanto, em seu regimento interno, tem o dever de garantir a saúde e qualidade de vida no envelhecimento. Entretanto, a entrada é um momento difícil e decisivo principalmente para o familiar que, geralmente, coloca a pessoa idosa em uma ILPI.

Com isso, no decorrer desses anos, iniciei leituras científicas sobre o envelhecimento e, com os dados do IBGE, analisou-se o aumento da população idosa – que justifica a alta procura das pessoas pelas ILPI. As famílias, ao procurarem a instituição, na grande maioria, apresentam desgaste emocional, falta de tempo e estrutura inadequada dentro de casa para oferecer a devida assistência à pessoa idosa, encontrando na ILPI uma alternativa de cuidado.

Porém, o familiar procura a instituição com um sentimento de culpa, muitas vezes, atrelado a choro e tristeza, pois jamais imaginariam estar naquele lugar procurando ajuda. Em alguns momentos, os próprios familiares revelam que jamais tomariam essa decisão, mas não possuem tempo para se dedicar exclusivamente ao cuidado, não possuem destreza na realização de atividades diárias e, muito menos, estrutura física adequada para a instalação da pessoa idosa dentro da sua casa.

Dessa forma, o estudo foi motivado e idealizado há aproximadamente 3 anos dentro da instituição, após conversas, diálogos e escuta dos próprios familiares e responsáveis pelas pessoas idosas. A maioria apresentava satisfação pelo serviço e mais tranquilidade para trabalhar e exercer as suas funções dentro de casa; estavam aliviados por garantir o cuidado que, em casa, não conseguiriam oferecer; e, agora, podiam manter as suas rotinas normalmente.

Sobretudo, inicialmente, os familiares apresentavam receio, medo e incerteza sobre deixar a pessoa idosa na instituição, porém, aos poucos, acompanhavam o trabalho, criavam confiança e enxergavam o benefício para a pessoa idosa a partir do momento que confiam no local. A partir disso, já não sentiam a angústia que outrora apresentavam, mas demonstraram alívio e notaram melhorias significativas no seu familiar.

Com isso, a busca por estudos voltados ao familiar resultou em resultados escassos, bem como a trajetória que culminou com a entrada na instituição. A otimização do estudo vem para garantir a desmitificação das ILPI que realmente trabalham com seriedade em relação à pessoa idosa e entender a perspectiva e o sentimento do familiar atrelado à institucionalização.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo contínuo, universal, dinâmico e progressivo que permeia alterações fisiológicas e funcionais (Souza; Carvalho; Ferreira, 2018). Ocorre em cada indivíduo de forma diferente e é influenciado por fatores genéticos, condições de saúde física e mental, gênero, relações étnico-raciais, orientação sexual, desigualdades sociais e regionais, fatores socioeconômicos e culturais e moradia (Mari *et al.*, 2016).

Para Bohm e Carlos (2011), envelhecer possui processos de dependência que desencadeiam desconforto para a família, afinal há necessidade de atenção e cuidado. Na maioria das vezes, os familiares não estão preparados para prover o cuidado necessário nem tampouco entendidos sobre o quadro clínico que a pessoa idosa apresenta, o que gera comprometimento da saúde do familiar e mudanças drásticas dentro do lar (Neri *et al.*, 2012). A tendência é que essa incidência só aumente em decorrência ao crescente número de pessoas idosas no Brasil e no mundo (IBGE, 2022).

As projeções dadas em 2023 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que, no Brasil, há 203,1 milhões de habitantes, um crescimento de 6,5% em comparação ao último censo demográfico, realizado em 2010, sendo um acréscimo de 12,3 milhões de pessoa (IBGE, 2022). Ao analisar a população idosa no Brasil, observa-se que esse grupo correspondia a 32.113.490 milhões em 2022, aumento de 56% em relação aos dados de 2010.

Estima-se que, em 2030, o número de pessoas idosas superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em aproximadamente 2,28 milhões. Já em 2050, crianças e adolescentes representarão 14% dos brasileiros, enquanto a população idosa chegará a 30%, alcançando 60 milhões de habitantes em todo o país (IBGE, 2022).

Entretanto, com o crescente número de pessoas idosas no Brasil (IBGE, 2022), é preciso proporcionar dignidade por meio do Estado e garantir direitos como integração da família, participação social, autonomia, independência, qualidade de vida e cuidados adequados, previstas no Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003) e na Política Nacional da Pessoa Idosa (Brasil, 2006), os quais possuem leis que garantem a proteção e segurança ao envelhecer.

Por ocorrer de forma diferenciada, o envelhecimento requer cuidados (Mello *et al.*, 2008). Sabendo que todo ser humano nasce com capacidade de cuidar e de ser cuidado, Waldow (2008) estabelece que o ato de cuidar é destinado majoritariamente às cuidadoras informais, ou seja, mulheres que abdicam das suas vidas ao cuidado do familiar. Diante disso, observa-se a crise do cuidado no trabalho das mulheres, evidenciado por ultrapassar o espaço de trabalho e por regular corpos femininos em todos os âmbitos da vida (Lopes; Leal, 2005).

Vieira (2020) mostra que o primeiro passo para pensar a crise do cuidado, característica da sociedade moderna, “é sua interpretação enquanto expressão das contradições do capitalismo financeirizado” (Vieira, 2020, p. 2522). Atrelado a esse fato, a crise de prestação de cuidados é aprofundada pelos cortes em serviços públicos e em sistemas de proteção social, e pelos efeitos das mudanças climáticas e os impactos do envelhecimento da população (Coffey *et al.*, 2020).

O reboião que aflige as famílias está atrelado às patologias crônicas que incidem desordenadamente e, muitas vezes, de forma traumática (Barros, 2021). O impacto da cronicidade repercute diariamente na vida de quem é cuidado, tendo a dor como principal fator para limitação de atividades (Dellaroza *et al.*, 2008). Além disso, sinais como marcha dificultosa (Yazbek; Neto, 2008), instabilidade postural e alto risco de queda potencializam o surgimento de fraturas e imobilidade corporal (Chaimowicz, 1997). Das condições clínicas, a incontinência urinária ou fecal, as perdas cognitivas e o déficit sensorial diminuem as condições de bem-estar e qualidade de vida (Alves *et al.*, 2007; Chaimowicz, 1997).

A partir do momento em que esses sinais começam a aparecer, nasce o cuidador primário (Ferreira; Wong, 2009). O cuidador é responsável pelas atividades básicas de vida diária (ABVD), que estão ligadas ao autocuidado, como banho, vestimenta e alimentação. Há também as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que se relacionam ao desenvolvimento pessoal e social, como o preparo de refeições, limpeza da casa, pagamento de contas, compra de mantimentos, agendamento e acompanhamento de consultas médicas e manutenção da integridade e segurança do dependente. Todas elas, sem exceção, feitas com o auxílio do cuidador (José, 2012).

O cuidador, portanto, é aquele familiar ou não que, instintivamente, sem remuneração, se torna o responsável por aquele indivíduo dependente (Ferreira;

Wong, 2009). A informação de que o familiar será o cuidador ocorre geralmente após a confirmação de algum diagnóstico de que necessita de assistência contínua (Bohm; Carlos, 2011). Nesse momento crucial, não há preparo do cuidador para desenvolver habilidades, formação para adquirir conhecimentos ou estrutura financeira para administrar o cuidado (Lara, 2011).

Porém, ao avaliar as características principais dos cuidadores, notam-se mulheres com alto grau de parentesco (esposa ou filha), de meia idade (45 a 59 anos) ou mais, que residem junto com a pessoa idosa e que fazem todo o cuidado rotineiro, que varia entre 10 a 12 horas por dia, e sem formação específica. Além disso, não são remuneradas (Oliveira; D'elboux, 2012), não gozam de férias, não possuem horário de descanso, não têm lazer, trabalham arduamente em prol do cuidado e são desvalorizadas por “apenas” cuidar de quem precisa (Waldow, 2008).

De todas as características citadas, a que mais chama a atenção é a idade dos cuidadores. Além de geralmente serem mulheres, algumas estão perto ou já possuem 60 anos, ou seja, pessoas idosas cuidando de outras (Brigola *et al.*, 2017). O prejuízo dessa atividade, que frequentemente é exercida sem escolha, é que, no futuro, essas cuidadoras também serão pessoas idosas e assumem uma posição que compromete o seu estado físico, psicológico e social, potencializando a chance de serem dependentes (Yuaso, 2011).

Com isso, cuidadores adoecem mais do que outras pessoas, pois submetem-se a cansaços extremos (Amador-Marín; Guerra-Martín, 2017). Conseqüentemente, apresentam dificuldade para cuidar da própria saúde (Silva, 2016), para dormir e descansar devido ao grau alto de estresse (Acunã *et al.*, 2018), e passam a maior parte do tempo realizando tarefas que transcendem a capacidade humana, potencializando o surgimento da síndrome de *burnout* (Roskam; Brianda; Mikolajczak, 2018), também conhecida como distúrbio emocional com exaustão extrema (Maslach; Goldberg, 1998).

Além de colocar a própria saúde em risco (Amador-Marín; Guerra-Martín, 2017), cuidadores enfrentam dificuldades para praticar o cuidado (Neri *et al.*, 2012). Os maiores argumentos são: falta de tempo relacionado ao trabalho, despreparo físico, falta de estrutura e espaço na residência, ausência de recurso financeiro, indisponibilidade de exclusividade para cuidado, falta de pessoas para revezar as

tarefas e a não aceitação do atual quadro clínico da pessoa idosa (Papaléo Netto; Matheus; Born, 2002).

Diante do supracitado, para contribuir ao cuidado àqueles que não têm condições de permanecer em domicílio, há como alternativa as ILPI (Tier; Fontana; Soares, 2004). As ILPI dispõem de profissionais especializados e ambiente coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar e propício para a assistência ininterrupta e socialização das pessoas idosas (Brasil, 2003).

Desde o início dos anos 2000, as ILPI vêm crescendo pelo aumento da longevidade (Pollo; Assis, 2008). Oferece local de moradia com assistência gerontogeriátrica por equipe multidisciplinar preparada para cuidar e, simultaneamente, a garantia de um ambiente equânime à residência para preservar a identidade e integridade da pessoa idosa independente da comorbidade ou estado físico (Born; Boechat, 2011).

Os motivos para a institucionalização da pessoa idosa variam de acordo com a necessidade da família. Para Tier, Fontana e Soares (2004), em algumas situações, é melhor que a pessoa idosa viva em um ambiente fiscalizado e sob regras do que dentro de casa com a família. Há controvérsias sobre se é a família quem opta por colocar a pessoa idosa na instituição. Por vezes, a opção parte da própria pessoa idosa, devido à viuvez, não ter tido filhos, não querer onerar os filhos, não possuir bom relacionamento com empregos (cuidadores informais) e temer maus tratos dos familiares (Freitas; Noronha, 2010).

Sobretudo, mesmo com o ônus que carregam e sabendo dos benefícios que poderiam surgir tanto para o familiar quanto para a pessoa idosa, o processo de institucionalização é atrelado ao sentimento de culpa, justificando a resistência do familiar quanto a essa decisão (Camarano, 2010).

O momento decisório parte do familiar que, na grande maioria das vezes, é do sexo feminino e assume os cuidados da pessoa idosa (Brigola *et al.*, 2017), abdicando da própria vida para viver em prol do cuidado (Passos; Guedes, 2018). Não há preparação estrutural, física ou psicológica para cuidar da pessoa em situação de vulnerabilidade (Neri *et al.*, 2012). Sendo assim, é notório que o modelo de cuidado dentro de casa, muitas vezes, é desgastante, opressor e prejudicial à saúde e ao bem-

estar do cuidador informal (Yuaso, 2011), evidenciando a crise do cuidado (Passos; Guedes, 2018).

Em detrimento da entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho para a contribuição do ganho financeiro da casa (justificada pelo capitalismo), a jornada de trabalho está somada a serviços domésticos, cuidado dos filhos e das pessoas idosas (Passos; Guedes, 2018).

Nessa perspectiva, em vista a dificuldade de exercer o cuidado doméstico, a institucionalização torna-se uma alternativa que, por mais que possa ser benéfica, por vezes, é o último recurso da família que, ainda assim é feita com sentimento de solidão e abandono (Braga *et al.*, 2019).

Diante do exposto, o presente estudo tem o objetivo de analisar o processo de institucionalização de pessoas idosas em ILPI no Estado do Espírito Santo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

As projeções dadas em 2023 pelo IBGE apontam que, no Brasil, há 203,1 milhões de habitantes, um crescimento de 6,5% em comparação ao último censo demográfico, realizado em 2010, sendo um acréscimo de 12,3 milhões de pessoas. No entanto, entre os anos de 2010 a 2022, a taxa de crescimento anual do país foi de 0,52%, o menor número já observado desde o primeiro censo do Brasil, em 1872 (IBGE, 2022).

Ao analisar a população idosa no Brasil, observa-se que esse grupo correspondia a 32.113.490 milhões em 2022, aumento de 56% em relação aos dados de 2010. Do total, 55% são mulheres 80% fazem uso do Sistema Único de Saúde (SUS) e a maior concentração está nas regiões Sul e Sudeste. Quanto aos aspectos de cor e raça, 40% se autodeclararam pardos, 41% brancos, 14% negros, amarelos 2% e indígenas 1% (IBGE, 2022).

De acordo com o IBGE (2023), o índice de envelhecimento é calculado pela razão entre o grupo de pessoas de 65 anos ou mais em relação à população de 0 a 14 anos, e, nesse sentido, avalia-se que, quanto maior o valor do indicador, mais envelhecida é a população. O índice correspondeu a 55,2 em 2022, ou seja, há 55,2 pessoas com 65 anos ou mais para cada 100 crianças de 0 a 14 anos no Brasil. Em 2010, o índice correspondia a 30,7 e se torna um alerta sobre o cuidado à população que mais cresce no Brasil e no mundo.

A pessoa idosa, portanto, é caracterizada pelo indivíduo que possui idade superior ou igual a 60 anos (Brasil, 2006). Nesse contexto, ao longo dos anos, envelhecer se torna multidimensional e atinge o ser humano em ritmos e formas diferentes, desencadeando fragilidades e reparação do organismo (Salgado, 2007).

A palavra fragilidade é utilizada pelos geriatras e gerontólogos para justificar a suscetibilidade às doenças e os danos funcionais que surgem durante os anos. É caracterizada principalmente pela diminuição da energia e do sistema imune, o surgimento de quedas, incapacidades psicomotoras, acometimento de doenças crônicas, internações hospitalares e mortes (Neri, 2014). Sendo assim, define-se como uma síndrome fisiológica de atenuação da capacidade de reserva homeostática

do organismo e da dificuldade da resposta adequada ao estresse, o qual se culmina em vulnerabilidade, desfechos clínicos e mortalidade (Pinheiro *et al.*, 2020).

No entanto, a melhor maneira para compreender esse cenário é considerando que o envelhecimento “normal”, denominado como senescência, diz respeito às alterações fisiológicas, funcionais, cognitivas e psicológicas que acontecem gradativamente e de forma discreta na vida da pessoa que envelhece (Papaléo Netto, 2017).

A partir desse raciocínio, é relevante salientar que a velhice deve ser compreendida em sua totalidade e em vários aspectos, não somente as alterações visíveis no corpo, mas os aspectos sociais, psicológicos e culturais que, tanto quanto as alterações físicas, também acompanharão a vida da pessoa idosa durante o processo do envelhecimento (Papaléo Netto, 2017).

Ao falar sobre essa temática, é necessário abordar sobre o cuidado, já que envelhecer é uma consequência notória e dinâmica. Na atualidade, diversos países estão constantemente provendo avanços, normativas e direitos para suporte à pessoa idosa. Porém, ainda assim é necessário ter atenção e cautela quanto ao público que mais cresce no Brasil e no mundo, pois envelhecer requer não somente uma vida saudável, mas cuidada na mesma proporção (Camarano, 2010).

Nota-se, então, que a população idosa é a que mais precisa de cuidados, pois são os mais expostos às doenças crônico-degenerativas, permitindo o surgimento de sequelas que limitam o desenvolvimento físico e mental, principalmente quando atrelado às atividades diárias. Esse comprometimento gera a dependência durante todo o processo do envelhecimento. Apesar de dinâmico e progressivo, há sequelas que acompanham o indivíduo ao longo da vida e, conseqüentemente, a necessidade de ser cuidado por outra pessoa por tempo indeterminado (Camarano, 2022).

Por isso, a preocupação maior da sociedade na atualidade deveria ser sobre a manutenção de uma vida saudável, o controle das doenças e o bem-estar físico e mental em busca da qualidade de vida, principalmente quando envelhecerem (Moraes; Moraes; Lima, 2010; Papaléo Netto, 2017).

2.2 ABORDAGEM DO CUIDADO À PESSOA IDOSA

Sobre o cuidado, Hirata (2022) define que provem do trabalho técnico e emocional vinculado por relações sociais de sexo, classe social e de raça/cor/etnia entre dois seres, sendo o beneficiado pelo cuidado e o que aplica a prática de cuidar. Além desses, encaixam-se dentro do cuidado os que supervisionam e prescrevem o trabalho de cuidar. Não se trata apenas de uma tarefa que exige atenção, pois requer atividades materiais e relações que promovem resposta às dependências do outro, trata-se de uma relação de serviço, de assistência e ajuda, remunerada ou não, que acarreta na responsabilidade pela vida e o bem-estar de quem cuida e de quem é cuidado (Hirata, 2022).

Nessa ótica, o cuidado à pessoa idosa caberá a alguém responsável que assumirá a responsabilidade de cuidar, oferecer suporte e assistências às atividades cotidianas, caso a pessoa idosa dependa de auxílio para desenvolver alguma atividade (Brasil, 2023). O ato de cuidar faz parte da vida do ser humano, tanto o homem quanto a mulher. Sobretudo, é imprescindível que a pessoa idosa tenha um cuidar integral, envolvendo a pessoa e o contexto em que vive (Queirós *et al.*, 2016).

Na visão de Vasconcelos (2000), cuidar se aplica a uma função física, relacional, social, psicológica e material entre o cuidador e quem será cuidado, sendo de extrema importância a disponibilidade de determinadas condições econômicas e sociais para exercer o cuidado de forma prática e eficaz.

Nessa perspectiva, o cuidado tem seu valor. Na verdade, cuidar custa tempo, dinheiro, abdicar-se de atividades pessoais para exercer o cuidado, exposição a atividades físicas extremas, isolamento da sociedade e outros fatores. Geralmente, a abordagem do cuidado à pessoa idosa é exercida de forma doméstica, não sendo possível interação com a sociedade e, conseqüentemente, privando o cuidador de uma vivência social e de exercer um trabalho produtivo (Camarano; Marinho, 2014).

É importante salientar que, quanto ao cuidado à pessoa idosa, cada indivíduo possui graus de dependência diferentes, pois isso está relacionado ao quadro clínico. Segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 502 de maio de 2021 – atualizada (Brasil, 2021), considera-se grau de dependência I a pessoa idosa independente, podendo ou não usufruir de equipamentos de autoajuda. Já grau de dependência II é referente à pessoa idosa com dependência em até três atividades

de autocuidado diariamente, como alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada. Por fim, o grau de dependência III é definido para a pessoa idosa com dependência de assistência em todas as atividades de autocuidado ou com comprometimento cognitivo, necessitando de auxílio e cuidado integral.

Nessa instância, a pessoa idosa requer atenção a alguns cuidados. A pele, por exemplo, é o maior órgão do corpo humano (Domansky, 2014). Como afirmado por Garbaccio; Ferreira; Pereira (2016), a pele se torna frágil e menos eficaz contra proteção a fatores externos, sofrendo modificações com o envelhecimento e permitindo que o organismo esteja mais propenso a desenvolver infecções. A atenção deve ser primordial para evitar a incidência de lesões e feridas que podem surgir em todo o corpo da pessoa idosa.

Sob a percepção de Coelho e colaboradores (2017), as lesões variam entre úlceras venosas, lesões por atrito, lesões por pressão e por umidade, pé diabético, dermatite e por umidade, se uso frequente de fraldas. Como meios de prevenção, é preciso se atentar constantemente à aplicação de creme à base de água, secar a pele idosa suavemente com toalhas macias, utilização de sabonetes neutros, evitar o uso de talcos para ressecamento da pele e realizar mudanças de decúbito caso a pessoa idosa seja acamada (Brasil, 2023).

Além disso, os cuidados com hidratação e alimentação são fundamentais para melhor ingestão hídrica e nutrição da pessoa idosa (Brasil, 2023). Como dito por Malta; Papini; Corrente (2013), o uso de medicações em excesso, por exemplo, pode dificultar a ingestão, a digestão e a absorção de nutrientes, comprometendo diretamente o estado nutricional do indivíduo. Já a hidratação pode ser realizada com o auxílio de líquidos, sucos e água, atenuando o surgimento de doenças, infecções e quadros de desidratação. Pessoas idosas têm comprometimento do equilíbrio da água corporal, sendo assim, apresentam menos sede e maior risco de perderem água (Brasil, 2023).

Entretanto, por mais que a ingestão hídrica seja fundamental para a manutenção corporal e para as funções vitais do ser humano (Jéquier; Constant, 2010), eventualmente esse processo pode ser árduo e um desafio para quem cuida. A mobilidade física prejudicada, atenuação da função renal e uso de medicamentos contribuem para a dificuldade de filtração do sangue pelos rins e retenção de líquidos

corporais, principalmente aos portadores de demência (Azevedo; Pereira; Paiva, 2016).

A demência é um fator importante na abordagem do cuidado, sendo o Alzheimer a mais evidente na pessoa idosa. A doença de Alzheimer é considerada como uma doença neurodegenerativa e clinicamente irreversível, que se aloja no indivíduo de forma insidiosa e praticamente imperceptível, porém agravante e com declínio progressivo das funções cognitivas e motoras (Seima; Lenardt; Caldas, 2014).

A doença pode estar atrelada a fatores genéticos, ambientais e ao estilo de vida. Compromete a capacidade funcional, física e psicológica, promovendo alterações na atenção, memória, raciocínio, fala e reflexos que dificultam o entendimento da pessoa idosa quanto aos cuidados básicos, refletindo diretamente em quem está cuidando (Cançado; Alanis; Horta, 2017).

Em detrimento do contexto caótico gerado pela demência no cotidiano do indivíduo, um dos eventos mais recorrentes na pessoa idosa portadora de demência ou não são as quedas (Scott *et al.*, 2011). De acordo com Perracini (2005), a queda é uma mudança inesperada e não intencional da posição do corpo, levando o indivíduo a um nível inferior. Sobretudo, é considerada como um evento capaz de ocasionar diversas complicações, podendo estar atrelada a astenia, dependência e institucionalização da pessoa idosa. Em muitas ocasiões, a queda pode encadear outras doenças e, fatalmente, a morte (Falsarella; Gasparotto; Coimbra, 2014; Oliveira, *et al.*, 2014; Smith *et al.*, 2017).

Contudo, independente do grau de dependência que a pessoa idosa apresentar, será necessário assisti-la pela situação de vulnerabilidade, pois há comprometimento na saúde em diversos âmbitos (Pilger *et al.*, 2013). Com as mudanças ocorridas no indivíduo para a dependência de realização de atividades, é preciso harmonia entre os moradores da casa, cabendo modificações na dinâmica familiar para a realização do cuidado (Figueiredo *et al.*, 2018).

2.3 ESTATUTO DA PESSOA IDOSA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O Estatuto da Pessoa Idosa criado em 1º de outubro de 2003 prevê:

É instituído o Estatuto da Pessoa Idosa, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. A Lei nº 10.741/2003 sustenta que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à habitação, ao transporte, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003).

Em julho de 2022, houve um grande avanço com a alteração da nomenclatura por meio da sanção do Projeto de Lei nº 3.646, de 2019, modificando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que substitui, em todo aparato legal, o termo “idoso” por “pessoa idosa”, no intuito de inclusão dessa parte da população e luta contra o preconceito contra o envelhecimento (Brasil, 2019). Justifica-se, então, que o termo contribui para luta contra o idadismo, que pode ser compreendido por um processo sistemático com discriminação à pessoa idosa pela idade avançada (Butler, 2009).

Quanto à assistência social, prevê que todas as ILPI, ou casas-lares, são obrigadas a estabelecer um contrato de prestação de serviço com o residente. No caso da instituição filantrópica, é facultada a cobrança da pessoa idosa o custo do local. Sobre a habitação, afirma-se que as instituições precisam garantir habitações compatíveis com as necessidades dos residentes, de modo a prover alimentação regular e higiene, regidas pelas normas sanitárias, sob pena de lei (Brasil, 2003).

Ao averiguar as conquistas, foi através do estatuto que instituiu, por exemplo, o atendimento preferencial às pessoas com mais de 60 anos em órgãos públicos e nos bancos, fila prioritária nos supermercados e embarque e desembarque nos meios de transporte. Além disso, a gratuidade no transporte público também foi devido à normativa, a qual garante o uso livre do recurso a toda população idosa no país. Os estabelecimentos também precisaram oferecer a essa faixa etária direito a 5% das vagas em estacionamentos e prioridade no julgamento dos processos judiciais.

Além dos benefícios citados, a lei tão somente visa garantir a dignidade na saúde, educação, cultura, lazer, trabalho, previdência social e habitação à pessoa

idosa. O direito a acompanhante em tempo integral nas internações hospitalares e uma cota de 3% das casas ou apartamentos à venda em programas habitacionais financiados com verba pública também foram conquistados através da lei.

Não obstante, o estatuto prevê a segurança da pessoa idosa quanto a violência física e psicológica. A notificação à polícia e ao Ministério Público pode ser feita por hospitais, clínicas e postos de saúde que evidenciarem os casos. Além disso, houve estipulação de uma renda de um salário mínimo aos que vivem em situação de vulnerabilidade social, sendo de responsabilidade dos municípios a promoção de programas especiais de inclusão e assistência, como centros de referências, lugares para atividades culturais e de lazer, locais para socialização e instituições de longa duração.

Em 2023, o Estatuto da Pessoa Idosa completou 20 anos e precisa ser divulgado para conhecimento principalmente das pessoas idosas, pois os direitos, por vezes, são desconhecidos por essa população. Para abranger a todos, é importante incluir uma linguagem facilitadora e por diversos meios, como audiovisual, permitindo que as informações sejam acessíveis e compreensíveis para todos os públicos (Ferreira; Teixeira, 2014).

Outro fato importante é concretizar os direitos adquiridos e consolidá-los na atualidade. Como desafio, uma proposta seria universalizar e democratizar para garantir os direitos das pessoas idosas, pois cada vez mais são mais vistos em operação pela esfera privada, ou seja, tem acesso aos direitos quem pode pagar por eles. Assim, há limitação de atendimento ao público, uma vez que não abrange as demandas sociais, por vezes complexas e que precisam da intervenção do Estado para garantia da efetivação dos direitos sociais dessa população (Ferreira; Teixeira, 2014).

No entanto, ainda se observa a deficiência da efetivação das leis, não sendo evidenciadas na vida das pessoas idosas que possuem tais direitos. Nesse detrimento, a legislação é efetiva e avançada, porém na prática ainda se mostra insatisfatória (Camarano, 2005).

Já a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), criada em 04 de janeiro de 1994, possui a finalidade de assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, provendo condições para a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Brasil, 2006). Dentre os princípios abordados, destacam-se:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza ; IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política; V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei (Brasil, 2006).

A PNSPI estimula a criação de incentivos e alternativas de atendimento à pessoa idosa, bem como a destinar habitação adequada de moradia, avaliando o espaço físico, locomoção e acessibilidade. Ressalta-se que, imprescindivelmente, é necessário promover atividades culturais e valorizar o registro da memória e informações da pessoa idosa aos mais jovens, garantindo a continuidade, identidade cultural e o olhar da comunidade à pessoa idosa (Brasil, 2006).

A criação da PNSPI era justamente ofertar o que ainda precisava ser encoberto, a promoção do envelhecimento. Dessa forma, a política tem como foco principal em prevenir doenças promover o envelhecimento saudável e a melhora e aperfeiçoamento das condições funcionais, mantendo a pessoa idosa ativa socialmente. Os manejos voltados à promoção do envelhecimento saudável são focados no cultivo das práticas saudáveis de vida, comunicar às pessoas idosas e aos familiares sobre os riscos de queda, trabalhar com a identificação precoce do surgimento de patologias e na importância do estímulo cognitivo, para fortalecer as capacidades funcionais, bem como o atendimento peculiar para questões de saúde mental e isolamento social (Romero *et al.*, 2018; Veras; Oliveira, 2018).

Ademais, a criação dessas políticas públicas possibilita a construção de um envelhecimento ativo, que fundamenta nos direitos humanos das pessoas idosas e nos aspectos de independência, assistência, participação e dignidade (OMS, 2005). Mais do que a existência de políticas públicas, é a aplicação das leis na prática, uma vez que havendo investimento financeiro do Estado e participação da sociedade em prol do bem-estar da pessoa idosa, contribuirá ainda mais para a qualidade de vida e suas necessidades humanas atendidas.

É notório que, em situações de pessoas idosas independentes, os indivíduos tenham seus direitos garantidos para estudar, trabalhar e serem autônomos. Assim, é possível implementar a política para seguirem normalmente suas vidas e fomentarem a economia do país, por exemplo. O autocuidado precisa também ser avaliado, uma vez que mantendo o indivíduo ativo há a garantia da manutenção da vida e do bem-estar social, minimizando o uso de medicamentos e recursos de saúde (OMS, 2005).

Sendo assim, Torres (2020) afirma que as principais diretrizes da PNSPI semelhantes aos princípios da atenção integral à saúde da pessoa idosa são: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; incentivo às ações intersetoriais; investimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; propagação de informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Torres *et al.*, 2020).

Com isso, a PNSPI oferece a essa parcela da população o cuidado e o amparo em todos os aspectos às pessoas idosas dependentes e independentes. Mas, mesmo com os benefícios que as leis possuem, ainda assim é um desafio para o Estado prover promoção e prevenção de saúde não com enfoque na doença, mas com foco no indivíduo necessitado contribuindo significativamente para o envelhecimento com qualidade (Gordilho *et al.*, 2000).

2.4 DESAFIOS AOS CUIDADORES

É atribuído pela sociedade o trabalho de cuidado a um dos sexos que se aplica a uma questão de gênero, sempre associado ao grupo feminino. Com a chegada do capitalismo no século 19, os trabalhos produtivos (que englobam a força, a saída de casa e a prática de trabalho) foram destinados aos homens. Já os trabalhos reprodutivos, relacionados às atividades domésticas, a reprodução e o cuidado da vida deixados exclusivamente às mulheres (Guimarães; Hirata; Sugita, 2011).

No mundo moderno, a presença da mulher no mercado de trabalho é justificada para contribuir com o sustento da família, o qual culmina para a dupla jornada – o trabalho produtivo e reprodutivo (Leite, 2023). Em alguns casos, a mulher é sozinha e

atinge a posição de “chefe” de família, administrando todo recurso financeiro da casa, o cuidado dos filhos e a realização de tarefas domésticas (Passos; Guedes, 2018).

Dessa forma, ao observar o modelo patriarcal constituído no Brasil desde os tempos antigos, nota-se culturalmente a figura feminina como a provedora da casa e do cuidado (Lourenço, 2018). As práticas de cuidado exercidas por familiares, no caso as mulheres, possuem forte relação simbólica que envolve ciclos afetivos, alianças e histórias de vida (Santos, 2010). Com o surgimento de doenças, o exercício do cuidado pode favorecer o estreitamento dos laços familiares e o surgimento de afeto e compaixão ao necessitado (Fernandes *et al.*, 2012).

Entretanto, apesar do cuidado ser conhecido, exercido e historicamente realizado, é um grande desafio para a família assumir a posição de cuidadora e o acompanhamento contínuo do indivíduo por tempo indeterminado. Por mais que o cuidado domiciliar esteja atrelado à realidade, a família nem sempre está preparada para exercê-lo de forma tranquila e adequada (Lourenço, 2018).

Hedler e colaboradores (2016) alertam que, em virtude da nova realidade demográfica, as características das famílias, a rotina do cuidador e a vulnerabilidade emocional e clínica da pessoa idosa, o cuidador informal não encontra condições materiais, físicas e psicológicas para exercer o trabalho de forma digna ao seu familiar. Não raro, além de conciliar o cuidado, o familiar precisa adequá-lo a funções distintas, como cuidados domésticos, atenção aos demais membros do lar e demandas profissionais (Lourenço, 2018).

A pessoa idosa, ao apresentar comorbidades que demandam o cuidado, pode exigir cuidados peculiares do atual cuidador. Ao falar sobre a pessoa idosa portadora de demência, por exemplo, há uma sobrecarga ainda maior da família, pois o desgaste físico é acompanhado de medo, solidão, desamparo e impaciência (Oliveira; Caldana, 2012).

Esses sentimentos são associados à dificuldade de lidar, compreender e de cuidar da pessoa idosa com o quadro atual, pois, ao surgir a impaciência, o cuidador sente culpa por não exercer a função de forma adequada (Oliveira; Caldana, 2012). Mesmo sendo o cuidado domiciliar algo comum e tradicional, nem sempre a família está preparada para assumir essa posição (Lourenço, 2018). Nessa lógica, muitos familiares, ao se depararem com a situação, não encontram outro caminho a não ser

abdicar das suas vidas em prol do outro, estando 24 horas à mercê do cuidado (Seima; Lenardt; Caldas, 2014).

Afirma-se, então, que o envelhecimento é um processo marcante para a família, podendo apresentar fragilidades que, na grande maioria dos casos, precisam de apoio para cuidar. Os familiares realizam o cuidado pela experiência que possuem no cotidiano e não com formação profissional (Malagutti, 2012), o qual gera prejuízo à saúde da pessoa idosa e do cuidador (Pinquart; Sörensen, 2011).

É comum encontrar cuidadores que possuem estresse, depressão, ansiedade e problemas nas articulações em razão do cuidado diário (Pinquart; Sörensen, 2003). O comprometimento à saúde do cuidador gera impacto diretamente no cuidado com a sobrecarga física, assim como os graus de bem-estar e qualidade de vida atenuados, pois trabalham exaustivas horas para cuidar e realizar todas as obrigações do ambiente (Pinquart; Sörensen, 2003, 2011).

Nessa mesma perspectiva, estudo feito por Brigola e colaboradores (2017) mostrou as principais queixas de cuidadores de pessoas idosas. Os questionamentos variaram entre dor, hipertensão arterial sistêmica, insônia, problemas na coluna e na visão como mais predominantes. Na pesquisa, aproximadamente 80% dos cuidadores faziam uso de algum medicamento contínuo e mais de 50% de polifarmácia, ou seja, ingeriam cinco ou mais medicamentos diariamente para continuar trabalhando. O perfil dos cuidadores era do sexo feminino, com idade entre 50 a 80 anos, sem atividade remunerada e exclusivas para o cuidado.

Diante de toda a crise do cuidado vivida pelos familiares, majoritariamente pelas mulheres, observa-se que o processo de cuidar exige grande investimento físico, emocional e socioeconômico do cuidador (Caldas, 2003). Manter o custo de cuidadores, alimentação, medicamentos, assistência médica, manutenção da casa e demais despesas extras inviabilizam o cuidado em casa, quando os gastos não podem ser financeiramente sustentados (Silva; Santos; Rios, 2017).

Além disso, com o crescimento global cada vez maior, a modernidade em constante evolução e a necessidade de homens e mulheres inseridos no mercado de trabalho, as pessoas idosas tendem a ficar desassistidas pelos familiares que passam mais tempo fora do que dentro de casa (Figueiredo *et al.*, 2018).

Outros aspectos importantes sofridos pelos familiares cuidadores é a ausência de rede de apoio por falta de membros na família e a dificuldade de disponibilidade de

peças para cuidar. Isso se explica pela diminuição da taxa de fecundidade e o aumento do envelhecimento atrelado a sobrecarga de trabalho do ser humano, sendo alguns dos motivos que levam à institucionalização da pessoa idosa (Figueiredo *et al.*, 2018).

Além de toda a assistência prestada, o cuidador ainda tem um grande desafio, que é o cuidar de si. O trabalho exaustivo não possibilita cuidar do corpo que exige a própria existência dele. Sobretudo, o cuidador para se manter vivo nem sempre é cuidado e, por vezes, deixado de lado para cuidar do outro (Areosa *et al.*, 2014).

O familiar, ao se deparar com essa situação, começa a pensar na possibilidade de institucionalizar a pessoa idosa, sendo a institucionalização vista como forma de gerar espaço social e mais atenção ao seu parente. Sendo assim, o conforto, a segurança e o bem-estar podem ser melhores na instituição do que na própria residência, pela falta de infraestrutura, de pessoas qualificadas para realizar as tarefas e de um cuidado ininterrupto, dificuldades que os cuidadores familiares enfrentam diariamente.

No entanto, a institucionalização torna-se uma opção, por dar seguimento a esses cuidados sem exigir da família a administração e o gerenciamento da assistência, visto que não é viável aos familiares deixar o seu sustento financeiro para cuidar (Nogueira, 2022).

2.5 AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA E O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

A ILPI tem como principal função manter o cuidado integral à pessoa idosa que precisa residir no local por algum motivo. Para institucionalizar a pessoa idosa, é preciso suporte integral à saúde em amplo aspecto, contribuindo para melhor qualidade de vida e cuidados intermitentes. Sendo assim, define-se ILPI como “estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público-alvo são pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio” (Silva; Silva; Murta, 2013).

Apesar da nomenclatura atual, nem sempre as entidades de cuidado foram chamadas de ILPI, e tampouco tinham essas características. Na verdade, ainda são conhecidas como “asilos”, termo antigo e retrógrado, associado à hostilidade, à pobreza e ao abandono no Brasil. A história do surgimento desses então chamados “asilos” é anacrônica, possuindo um seguimento incompleto por falta de registros e divergências em informações (Camarano, 2010).

Partindo desse princípio, os primeiros registros de cuidados às pessoas idosas surgiram na Grécia Antiga chamadas de gerocômio ou gerontocômio, destinadas a cuidados específicos a esse grupo no Império Bizantino, no ano 534 d.C (Camarano, 2010). Já no mundo ocidental, a história registra o papa Pelágio II (520-290) como o primeiro criador de gerontocômio, que adequou a própria casa a hospital para pessoas idosas (Rezende, 2004).

No início do século X, Idade Média, na Inglaterra, há evidências de que eram construídas casas próximas às entidades religiosas com objetivo de abrigar pessoas desamparadas e idosas de uma forma geral, as chamadas “almshouses”, termo em inglês que significa casa de caridade ou asilo. Essas instituições destinadas à caridade e cuidados gerais recebiam doações de benfeitores, herdeiros ou de doadores, que possuíam a autonomia e o poder em definir quem iria usufruir ou não do local (Cannon; Crowcroft, 2015).

Na transição do feudalismo para o capitalismo, houve a formação de vilas e cidades, quebrando laços comunitários. Não havia instituições exclusivas para o cuidado, afinal, não se justificava fazer um local exclusivo para essa finalidade, pois era impossível enxergar alguém necessitando de cuidados. Além de serem minoria, o mundo estava voltado ao trabalho, tornando-os invisíveis na comunidade. Na época, havia uma classificação criada para diferenciar ricos e pobres, sendo ricos classificados como “ocupados” e pobres e pessoas idosas como “desocupados”, sendo o último destinado a viver em casas de cuidado coletivo. O mesmo grupo rico tinha todos os cuidados no berço da família dentro das suas casas (Bois, 1995).

Com o passar do tempo, criou-se, na Inglaterra elisabetana, século XVI, a responsabilidade de garantir leis aos pobres. Logo, proveu-se o crescimento dos asilos, que se multiplicavam e eram ampliados para atender aos necessitados, como idosos, loucos, mendigos, órfãos e todos os que, por algum motivo, eram excluídos (Born, 2001; Born; Boechat, 2006). Na França, por exemplo, criou-se o movimento

hospitalar, voltado ao cuidado e à hospitalidade, abrigando miseráveis, doentes e pessoas idosas que conseguiam moradia e alimento mesmo que em mínimas condições (Camarano, 2010).

Até então, não havia distinção; todos habitavam o mesmo lugar. Foi com o Iluminismo, no século XVIII, que as entidades começaram a descentralização dos serviços, definindo os seus usuários em locais distintos, como loucos em hospício, crianças em orfanato e pessoas idosas em asilos (Bois, 1995; Rezende, 2004; Novaes, 2003). Surgem, em toda a Europa, asilos grandes que recebiam alto índice de pessoas idosas a partir do século XIX. O Salpêtrière é o maior da história e considerado como primeira instituição geriátrica de acordo com Beauvoir (Pollo; Assis, 2008), o qual gerou coletas de dados clínicos e sociais sobre esse público.

Avaliando o contexto na América do Sul, com a chegada dos ingleses ao continente, a ideia de instituição de caridade foi desenvolvida em diversos módulos. Casas de caridade, casa dos pobres, albergues, asilos, casas do condado, enfermarias do condado com finalidade de abrigar os mais vulneráveis. Nem sempre havia reformas e manutenções, alojando pobres fora dos limites e padrões e pagando fazendeiros para abrigá-los (Elderweb, [s. d.]).

Dados constam que a primeira história de asilo no Brasil foi a Casa dos Inválidos, numa chácara na Cidade do Rio de Janeiro, em 1797, destinada aos velhos soldados que, por sua vez, descansariam na velhice pelos serviços dignos prestados nos tempos de guerra. Não durou muito, todos os residentes foram transferidos para a Santa Casa da cidade, e o lote foi destinado a outros fins (Filizzola, 1972).

No entanto, nessa mesma cidade, em 1890, surgiu o primeiro asilo voltado especificamente à população idosa, o chamado Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada. A instituição apresentou seriedade no cuidado às pessoas idosas e trabalhou com as individualidades desse grupo, tornando-os visíveis e importantes ao meio social (NOVAES, 2003). Iniciou atendendo carentes e pobres, dentro de um contexto filantrópico no século XIX. Em 1909, iniciou uma ala particular destinada àqueles que poderiam pagar pelo serviço prestado e, na atualidade, a instituição continua em funcionamento e é uma das pioneiras no Brasil a esse tipo de cuidado, com foco no público de alta renda (Camarano, 2010).

Com o passar dos anos, os asilos foram surgindo, e não há registros fidedignos de uma linha do tempo até os dias atuais, apenas histórias isoladas que mostram como foi a chegada dessas instituições no Brasil e no mundo (Camarano, 2010).

A partir dos elementos supracitados, é compreensível o motivo do preconceito arraigado pela população, afinal a negatividade vem pelo histórico de caridade, pobreza e o uso frequente do termo “asilo”, idealizando abandono e solidão (Alcantara, 2003).

O termo “asilo” deriva do grego asylon através do latim asylum, cujo significado é o de refúgio, local onde a pessoa se sente amparada, protegida, ao abrigo de possíveis agravos e danos de qualquer natureza (Rezende, 2004).

Em decorrência à hostilidade implantada nos tempos antigos e disseminada para a sociedade, o termo não se apropria a algo benéfico, mas sempre o sinônimo de um lugar para pessoas idosas pobres e vulneráveis, como cegos, surdos, órfãos, mendigos e indigentes. A visão oprimida é reforçada também pela mídia, através da divulgação de fechamento de asilos por maus-tratos, abandono, afastamento do convívio social e mau funcionamento (Born; Boechat, 2006).

Para garantir os direitos das pessoas idosas e que tenham as suas necessidades supridas, ressalta-se a

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC – número 502, de maio de 2021 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – estabelece o padrão mínimo de funcionamento das ILPI, o qual é aplicada a qualquer ILPI, governamental ou não, com caráter residencial, destinada à moradia coletiva de pessoas com idade igual a superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (Brasil, 2021).

Para contextualização, as ILPI são divididas em: 1) privadas com fins lucrativos – instituições particulares destinadas às pessoas idosas que podem pagar pela estadia, geralmente são procuradas pelos familiares ou pela própria pessoa idosa; 2) públicas – vagas gratuitas e com intermédio da prefeitura do município ou do Estado para entrar na instituição; e 3) privadas sem fins lucrativos – local onde paga-se pouco ou utiliza-se até 70% da renda da pessoa idosa, geralmente com intermédio da prefeitura ou do Estado (São Paulo, 2018).

Nas duas últimas opções, para se ter acesso, é necessária intervenção do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Geralmente, é indicado procurar o mais próximo da residência e do município onde reside. Em casos de dificuldades para conseguir vagas, o Ministério Público ou a Defensoria Pública deve ser acionada para avaliação da vulnerabilidade e condições sociais da pessoa idosa e da família, se houver (São Paulo, 2018).

Além disso, às instituições públicas e privadas sem fins lucrativos são destinadas verbas orçamentárias do governo anualmente por intermédio do Estado. Os fundos estatais são transferidos às entidades por diversas formas e por alguns mecanismos, como a isenção de impostos (renúncia fiscal), terceirização, parcerias, etc. (Montaño, 2002).

No Brasil, há um crescimento exorbitante do número de ILPI. Estudo realizado pelo Grupo de Pesquisa, Estudo e Diagnóstico das Instituições de Longa Permanência (2021) mostrou que, em 2010, havia 3.548 ILPI espalhadas pelo país. Já em 2021, o número mais que dobrou passando para 7.292 instituições, tendo um aumento de 105,52%. Separando por regiões, no Norte do Brasil houve aumento de 34,96%, no Centro-Oeste 40,16%, no Sudeste 94,37%, no Nordeste 103,97% e na região Sul 171%.

Quando avaliadas as características das ILPI no Brasil, percebe-se que, em 2010, o percentual de empresas privadas com fins lucrativos era de 10,4%, empresas privadas sem fins lucrativos ou filantrópicas 85%, e instituições públicas correspondiam a 3,2%. Em 2021, as empresas privadas com fins lucrativos cresceram 29,91%, enquanto empresas privadas sem fins lucrativos ou filantrópicas caíram para 59,65%, e as públicas despencaram para 2,35%. De igual modo, todas devem seguir os mesmos regimentos e manutenção da qualidade do cuidado, independente da característica da instituição.

Entretanto, mesmo com o crescimento da população idosa e das ILPI, o termo “asilo” ainda é utilizado pela sociedade e carrega sinônimo de abandono, condições precárias de higiene e saúde e reproduções de mitos sobre as instituições, perpetuando o preconceito (Christophe; Camarano, 2010). Para esse efeito, há políticas públicas que preveem leis ao envelhecimento, como o Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003) e a Política Nacional da Pessoa Idosa (Brasil, 2006). No entanto,

as leis possibilitam que a ILPI mantenha as normas e rotinas de acordo com os direitos e deveres da pessoa idosa e, principalmente, que não fiquem presas à instituição e tenham contato com a comunidade.

Diante desse detrimento, os americanos adotaram programas que visam a interação intergeracional. Conhecido como “Legacy Project”, desenvolveu o programa “Across Generations”, que possui foco em atrair crianças e adolescentes às ILPI para visitas. Em geral, as crianças são introduzidas a leituras voltadas à temática do envelhecimento e, em seguida, os responsáveis pelo programa conversam com as crianças e adolescentes sobre o que esperam das visitas e quais sentimentos surgiriam a partir daquele momento. Quanto às atividades, os visitantes ficam livres para planejar as tarefas, que geralmente são apresentações musicais, brincadeiras, danças, contação de histórias e muito diálogo (Legacy Project, [s. d.]).

Além disso, também foi feita nos Estados Unidos em ILPI públicas e privadas a criação do programa “Connected Living”, incluindo pessoas idosas no mundo digital. O programa objetiva proporcionar a conexão ao mundo virtual e aptidão de informática dentro das instituições aos residentes e funcionários. Além disso, o uso da tecnologia tem permitido o contato com familiares e amigos distantes, acesso sistemático a prontuários, receitas, dietas e outras infinitas possibilidades. Ademais, descobrem algo inovador e desconhecido pela falta de acesso e de alguém que pudesse ensinar a manusear (Programs For Elderly, [s. d.]).

Outra forma de proporcionar a interação das pessoas idosas e explorar os seus sentimentos é a adoção ou visitação de animais para a convivência com os residentes. Estudo revelou, em 2018, que grande parte das ILPI do Estado de Ohio, nos Estados Unidos, possibilitam essa modalidade. De acordo com o estudo, entende-se que a interação dos residentes com os animais é benéfica à saúde e ao bem-estar. Geralmente, as ILPI possuem políticas para visitação e convívio com os animais variando de domésticos até animais de fazenda. Dos demais benefícios, a atividade possibilita programas de socialização e terapias, assegurando sempre a saúde e a segurança dos residentes e dos animais (Stull; Hoffman; Landers, 2018).

No Brasil, nota-se que algumas dessas atividades são realizadas em ILPI, mas há poucos registros que evidenciam a prática. Observa-se que frequentemente há pelas instituições o fortalecimento do vínculo familiar, visando atenuar o sentimento

de solidão e abandono, garantido na RDC nº 283, de setembro de 2005, atualizada pela ANVISA, que redige as ILPI (Brasil, 2021).

Como visto por Vieira (2003), a ILPI busca o apoio e parceria da família para a permanência na instituição, visto que o próprio familiar é quem busca a ILPI como rede de apoio e a extensão do cuidado específico à pessoa idosa. O acolhimento da instituição viabiliza o conhecimento da história pregressa do residente, conhecer as expectativas e fortalecimento dos laços familiares sem infringir os direitos legais da pessoa idosa (Creutzberg *et al.*, 2007).

Ressalta-se que o direito de ir e vir é garantido pelo Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003) e fortalecido pela ILPI com saídas externas acompanhadas dos seus familiares ou em grupo com os próprios moradores da ILPI, afirmado pelo Ministério Público no Manual de Atuação Funcional (CNMP, 2016).

Ao analisar a entrada das pessoas idosas às instituições, nota-se que há casos em que elas não são abandonadas nas ILPI. O reforço da mídia em enaltecer casos de abandono inviabiliza os casos onde as famílias necessitam do apoio da ILPI para prestar o cuidado. Alcantara (2003) afirma sobre não culpabilizar a pessoa idosa e nem a família ela institucionalização. Na verdade, a família possui a ILPI como parceira do cuidado, prestando a assistência direta à pessoa idosa e à família, com o papel de suprir as demais necessidades que também estão relacionadas ao cuidado.

Dessa forma, a ILPI se torna responsável por fortalecer o vínculo familiar e programar atividades que garantam essa assistência ao residente. Apesar de a instituição não poder obrigar o familiar a ter vínculo, há programações que geram motivações para a integração do visitante (Lindgren; Murphy, 2002).

Os eventos como datas comemorativas, aniversários, feriados e estratégias de aproximação da família promovem a autoestima da pessoa idosa e a proximidade do familiar com os demais residentes e com as pessoas que frequentam o lugar, permitindo um ambiente agradável e o fortalecimento dos laços afetivos (Creutzberg *et al.*, 2007).

O perfil dos residentes está relacionado ao que culminou à institucionalização, destacando o sedentarismo, perda de autonomia, doenças crônicas, perda da consciência, fatores biológicos e externos e demais agravos inerentes à saúde e ao envelhecimento (Gonçalves *et al.*, 2008).

A institucionalização também é motivada pela sobrecarga que o familiar possui em ser o responsável por todas as ações da pessoa idosa mesmo em vínculos positivos. Como também vemos em Fontoura (2003), há familiares que se sentem aliviados após o ingresso da pessoa idosa, reconhecendo positivamente o trabalho feito pela ILPI.

Outrossim, destaca-se o problema financeiro vivido pelos familiares ao cuidar da pessoa idosa dentro de casa, pois há elevados gastos para gerenciar e manter o cuidado (Silva; Santos; Rios, 2017), tornando muitas vezes a institucionalização uma opção financeira. O momento é crucial para a família com os ajustes das contas, não significando abandono, mas sim a solução de um problema visível e que pode afetar a saúde da pessoa idosa (Fontoura, 2003).

Mesmo que a ILPI apresente boas proposta de cuidado e traga benefícios à pessoa idosa, a institucionalização não é a primeira, sequer a segunda e muito menos a terceira opção do familiar, pois todo o esforço para o cuidado domiciliar foi feito (Nogueira, 2022). A procura por ILPI, geralmente, é feita pelo atual cuidador, que demonstra sentimento de culpa e abandono por estar buscando ajuda, mas ao mesmo tempo não encontra outra solução (Braga *et al.*, 2019).

O momento de decidir onde colocar a pessoa idosa está atrelado à segurança que sentem no local, determinante para o processo de institucionalização. O encontro entre pessoa idosa, família e ILPI inicia-se com indecisões e necessidade de estabelecer boa relação entre as três partes (Creutzberg *et al.*, 2007). Com isso, a construção dessas relações é complexa, pois, ainda ao colocar a pessoa idosa, o familiar carrega incertezas e pensa como ficará seu ente querido no local, sendo necessário analisar a ILPI com a visão do cuidado (Alves-Silva; Scorsolini-Comin; Santos, 2013).

No que tange à procura pela ILPI, os familiares buscam a que melhor apresenta condições de cuidado, de conforto e de qualidade de vida à pessoa idosa. A família espera encontrar um lugar que ofereça companhia, cuidados e possibilidade de socialização entre os demais residentes (Perlini; Leite; Furini, 2007).

A escolha pode ter sido gerada por indicação de alguém que já conhece o local, além de avaliarem se há condições adequadas para a estabilidade da pessoa idosa, se a estrutura da casa é adequada e se oferece conforto e acolhimento; e, não

obstante, a qualidade dos profissionais que atuam diretamente no cuidado da pessoa idosa (Braga *et al.*, 2019).

A ILPI conta com equipe multiprofissional e multidisciplinar para realizar cuidados e pessoas qualificadas para limpar, passar e cozinhar que dispõem de infraestrutura, acessibilidade e ambiência (Silva, 2021). Além disso, prover de atividades lúdicas, criação de eventos e inserção da família à instituição motiva-os à manutenção de vínculo familiar, a permanência da pessoa idosa na instituição e a melhor convivência com os demais residentes (Creutzberg *et al.*, 2007).

Em contrapartida, há situações em que a própria pessoa idosa tem a ILPI como alternativa por não ter condições de morar com os filhos ou familiares, por não querer dividir o mesmo espaço com os parentes e, não incomum, não ter familiares ou alguém para compartilhar a moradia (Davim *et al.*, 2004).

Por esse fato, há pessoas idosas que entram nas ILPI por não terem outra opção melhor no momento, sendo um dos principais motivos a não construção de uma família (esposa, marido, filhos e netos) que, com o tempo, enfraquece a rede de apoio e tem a ILPI como a melhor alternativa para ser cuidado e assistido (Maia *et al.*, 2016).

Já os autores Herédia, Cortelletti e Casara (2004), alguns, por terem constituído família e não morar mais com os filhos, sentem saudade do companheirismo dentro dos lares e escolhem morar em ambiente coletivo que permite a vida em família. Os laços na ILPI não são apenas com os residentes, mas com os funcionários e todos os que atuam na instituição, encontrando novas formas de se relacionar e conviver em sociedade (Creutzberg *et al.*, 2007).

Na verdade, a institucionalização, para alguns residentes, pode significar a possibilidade de cuidado, manutenção diária da qualidade de vida e, muitas vezes, a opção de moradia da pessoa idosa (Michel, 2010). Os benefícios estão relacionados a alimentação regular, higiene adequada, atendimento por equipe multiprofissional, medicação em horários certos, lazer, religiosidade, receber cuidados e morrer dignamente (Souza, 2009).

Os residentes da ILPI por vezes, por vivenciar um ambiente diferente do que viviam em seus lares, passam a enxergar o local como uma nova família, na busca de encontrar novas possibilidades de vida, segurança, respeito e suas necessidades atendidas, assim como o familiar da pessoa idosa que não compreende o mundo ao redor e precisa de assistência. O lugar favorece o estabelecimento de vínculos

significativos, o qual mitiga o sentimento de desamparo e relações conflituosas. Há situações em que o sentimento é tão benéfico que o convívio com os novos amigos é melhor do que antes com a família (Ramos, 2002).

Creutzberg (2007) encontrou pessoas idosas que estavam satisfeitas por estarem na ILPI e que tinham a possibilidade de voltar para a casa dos filhos, mas já haviam criado laços tão fortes que optaram por permanecer na instituição. As pessoas idosas ainda referiram que não teriam tanta praticidade com comida, serviços oferecidos por profissionais habilitados e manutenção do local.

A institucionalização pode gerar descaracterização da identidade, da memória e da autonomia da pessoa idosa. A autonomia, fator central para o bem-estar do indivíduo, influencia diretamente na dignidade, na integralidade, na independência e na liberdade (Miranda; Mendes; Silva, 2016). No caso da ILPI, o local pode interferir na autonomia com a imposição de regras, rotinas e cenários que possibilitam a atenuação da execução de atividades do seu próprio desejo (Deon; Goldim, 2016).

Entretanto, ressalta-se que não somente a entrada da pessoa idosa, mas, também, o grau de dependência e o estágio das doenças degenerativas são capazes de influenciar diretamente na autonomia (Araújo; Paúl; Martins, 2011). Em determinadas patologias, é comum encontrar a perda gradativa da lucidez e da dependência para realização de demais atividades como, por exemplo, a Doença de Alzheimer (Pessoa; Neves, 2024).

Nesse caso, a presença da família é fundamental para zelar as criações, a manutenção do histórico pessoal, o fortalecimento da memória da pessoa enquanto em vida, tão somente o acompanhamento e o vínculo do familiar com a pessoa idosa mesmo que institucionalizada (Santos, *et al.*, 2019). Dessa forma, o apoio da família em zelar pelas criações, pelos objetos, a manutenção das histórias e das memórias da pessoa viva fortalece o amor e o afeto da família.

Entretanto, o destaque maior para as instituições sempre recai para o lado negativo. Com o histórico hostil, os familiares e a própria sociedade se preocupam com os maus-tratos, infraestrutura e se há recursos humanos adequados para exercer a função de cuidados, especialmente no aspecto público (Perlini; Leite; Furini, 2007). Essas condições geram, muitas vezes, repercussões na mídia com denúncias feitas pela população sobre as condições desumanas e de maus-tratos por parte das ILPI (Mazza; Lefèvre, 2004).

São considerados maus-tratos à terceira idade atos feitos unicamente ou mais de uma vez, a ação desapropriada que cause danos, angústia ou sofrimento e ocorrendo dentro de um laço de confiança. A violência pode ser física, psicológica, material, sexual, negligência e até o confinamento (Gaioli; Rodrigues, 2008). Em um aspecto geral, Rebêlo (2012) afirma que as agressões partem dos familiares e cuidadores das pessoas idosas e ocorrem por falta de prática e manejo, indisposição para exercer o cuidado, estresse psicológico e negligência, sendo o último o mais comum de ser encontrado.

A negligência, que é o resultado do descuido, da falta de atenção e do ato preciso que não é realizado, é o problema mais frequente encontrado no cuidado às pessoas idosas (Brasil, 2013). Nesse sentido, caracteriza-se como negligência o momento em que o cuidador se recusa ou não oferece cuidados para suprir as necessidades diárias. Além da assistência física, é preciso apoio social e mental de familiares e amigos próximos (Brasil, 2023). No entanto, a negligência pode ocorrer tanto de forma intencional como não intencional. A depender da saúde que a pessoa idosa apresentar, o estado neurológico pode comprometer o sono, a alimentação, as condições de higiene e as atividades diárias tanto do cuidador quanto de quem está sendo cuidado. Por isso, a prática inadequada de cuidado pode não estar relacionada a maus-tratos, mas a sobrecarga física e mental e, embora seja uma atitude injustificável, destaca-se a importância da busca por ajuda e apoio no gerenciamento do cuidado (Brasil, 2023).

Estudo de Poltronieri, Souza e Ribeiro (2019) abordou gestores e trabalhadores de uma ILPI que enfatizaram o abandono familiar, a falta de capacitação profissional e a própria instituição como desafios para estabelecer o cuidado à pessoa idosa de acordo com o que determinam as políticas e as leis. Como dito por Rocha (2017), a violência pode estar nas instituições de diversas formas, podendo ser física, psicológica, financeira, verbal, sexual, autoinfligida ou por negligência. A violência é cometida pela utilização de meios ou formas de atingir o outro direta ou indiretamente, causando danos físicos, psicológicos e morais, interferindo nas relações interpessoais, em coletivos e, até mesmo, nas instituições (Rocha, 2017, p. 84).

Por isso, os autores Poltronieri, Souza e Ribeiro (2019) discutem em suas pesquisas que gestores e profissionais das ILPI percebem a violência em três categorias, sendo: (a) violência antes de institucionalizar a pessoa idosa – um dos

grandes motivos que culminam a entrada na ILPI; (b) a institucionalização como um ato de violência – a depender da forma de abordagem, do momento de decisão e os conflitos para o egresso, podem vincular-se à violência contra a pessoa idosa; e (c) ausência de políticas públicas com a atuação do Estado, com baixa efetividade nas leis e em suas práticas.

Nessa perspectiva, os atos de violência e até mesmo de abuso à pessoa idosa podem ocorrer dentro da ILPI (INPEA, 2002). As restrições físicas dos mais fragilizados, a privação de dignidade, a perda da autonomia na escolha do que fazer e quando fazer e a escassez do cuidado são alguns eventos que surgem mais frequentemente em ILPI com cuidados fragilizados, onde há profissionais incapacitados/despreparados ou até mesmo com elevada carga horária de trabalho. Além disso, o ambiente físico sem acessibilidade e infraestrutura prejudicada contribui para a perda de autonomia, do autocuidado e da própria identidade da pessoa idosa (Inpea, 2002; Rebêlo, 2012).

Outro aspecto importante é o convívio familiar dentro da ILPI. Como já dito anteriormente, é responsabilidade da ILPI a programação de atividades, eventos e programações que aproximem o familiar da pessoa idosa (BRASIL, 2021). Porém, Souza e colaboradores (2011) apontam o distanciamento da família da ILPI. As pessoas idosas se tornam uma família e precisam conviver com suas diferenças e interesses, o que, geralmente, acontece de forma radical e possibilita o afastamento da vida normal.

Nesse sentido, o residente é obrigado a adequar-se à instituição e aceitar as regras e os horários estabelecidos, afinal há horários para alimentação, banho e demais cuidados (Souza *et al.*, 2011). É preciso mostrar à pessoa idosa que, naquele momento, a melhor opção encontrada foi a institucionalização e mostrar que o será feito a partir daquele momento. A pessoa idosa, portanto, precisa ser convencida e deve prevalecer também a sua vontade para que haja comum acordo entre família e pessoa idosa. Por esses motivos, o momento de decidir institucionalizar é crucial, haja vista que o familiar tem buscado diversas formas de cuidado no domicílio (Nogueira, 2022). Em detrimento ao exposto, observa-se a institucionalização como um meio de cuidado para o familiar, uma vez que os aspectos negativos nem sempre estão em todas as instituições, e, como já visto, há possibilidade de institucionalizar e agregar benefícios tanto para a pessoa idosa quanto para o familiar.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de institucionalização de pessoas idosas em ILPI no Estado do Espírito Santo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a trajetória familiar da pessoa idosa até a institucionalização.

Compreender os principais desafios que precederam a institucionalização.

Entender os sentimentos e as perspectivas do familiar na tomada de decisão.

Identificar as mudanças que ocorreram na vida do familiar após a institucionalização.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal de caráter qualitativo com delineamento analítico-descritivo, feito em um único momento através de entrevista ao participante de forma presencial ou *online*, a depender da disponibilidade e locomoção do entrevistado. A abordagem qualitativa alcança aspectos peculiares atuando nos motivos, nas razões, nos valores, nos significados e nas particularidades. Entende-se que o conjunto de acontecimentos humanos é parte da realidade social, sendo que os pensamentos e atitudes humanas são compartilhados com os seus semelhantes (Nunes, 2007).

Com o intuito de investigar a fundo a temática, a pesquisa qualitativa explora as relações humanas, as representações sociais e a intencionalidade do tema que será investigado, preocupando-se com o conteúdo e a subjetividade da população pesquisada, enquanto a pesquisa quantitativa se preocupa com levantamentos de números, censos e gráficos populacionais (Nunes, 2007).

De acordo com Gil (2010), os estudos descritivos têm como objetivo crucial a descrição das características de uma população ou acontecimento. Dessa forma, a finalidade da pesquisa com delineamento analítico-descritivo visa não somente observar e registrar, mas analisar e conceituar as características, os fatores e as variáveis encontradas (Gil, 2010).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

No que tange à temática da pesquisa, no Estado do Espírito Santo, foram vistoriadas pelo Ministério Público (MP) 92 instituições regularizadas em 2022. Desse total, 64 eram instituições privadas com fins lucrativos, 26 eram empresas privadas sem fins lucrativos ou filantrópicas e 02 públicas. Ademais, 52 possuíam imóvel alugado, 37 com imóvel próprio, 02 em comodato e 01 cedido (Espírito Santo, 2022).

Quanto ao número de vagas, foram registradas no ano de 2022 o total de 2.524 vagas, eram ocupadas 1.286 vagas para pessoas idosas do sexo feminino, 880 para pessoas idosas do sexo masculino e havia 358 vagas ainda disponíveis.

Dessa forma, quanto aos graus de dependência, foram registradas nas ILPI do Espírito Santo 492 pessoas idosas do sexo feminino e 368 pessoas idosas do sexo masculino com grau I; 454 pessoas idosas do sexo feminino e 304 pessoas idosas do sexo masculino com grau II; e 338 pessoas idosas do sexo feminino e 158 pessoas idosas do sexo masculino grau III.

Vila Velha foi o segundo município do Espírito Santo com o maior número de ILPI registradas – 22 ILPI vistoriadas em 2022, ficando atrás apenas do Município da Serra com 25 instituições. Em Vila Velha, todas eram instituições com fins lucrativos, sendo 20 com imóveis alugados e 02 com imóveis próprios. Eram 585 vagas disponíveis distribuídas em 351 para a pessoa idosa do sexo feminino, 162 para a pessoa idosa do sexo masculino e 72 vagas disponíveis.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram selecionados através da técnica de amostragem Bola de Neve apresentada por Goodman em 1961. Também conhecida como “*snowball sampling*” ou “cadeia de informantes”, a técnica é uma forma de amostra não probabilística que usa cadeias de referência, não sendo possível definir no início o quantitativo de participantes ou mesmo a proporção de seleção dos envolvidos na pesquisa. Todavia, é ideal para estudar grupos difíceis de serem acessados ou quando não há precisão sobre a sua quantidade (Vinuto, 2014).

De modo geral, os participantes iniciais do estudo indicaram novos participantes que também apontaram novos integrantes e assim sucessivamente, até que foi atingido o ponto de saturação, apresentando a repetição de conteúdos que já foram obtidos em respostas anteriores e que não acrescentaram informações relevantes. Geralmente, a pesquisa atinge o número máximo de 15 pessoas (Baldin; Munhoz, 2011), o qual também ocorreu nessa pesquisa.

Dessa forma, a pesquisa iniciou-se mediante a documentos ou informações-chaves, dados como “sementes”, que localizaram o perfil de pessoas essenciais para

a pesquisa dentro da população. As “sementes” contribuíram para iniciar os contatos e selecionar o grupo a ser abordado (Vinuto, 2014).

A semente inicial foi plantada no município de Vila Velha que se expandiu para os municípios de Vitória, Cariacica e Serra. Ao total de 15 participantes, 6 eram de Vila Velha, 4 de Vitória, 2 de Cariacica e 3 da Serra. Pela dificuldade de acesso aos integrantes em outras localidades e a aceitação para participação da pesquisa, a pesquisa ficou restrita a apenas esses municípios da Região Metropolitana de Vitória.

De acordo com o IBGE (Brasil, 2015), a Região Metropolitana é uma aglomeração urbana que iguale uma metrópole que, no caso, trata-se de um espaço urbano com continuidade territorial e que tem influência sobre uma área de no mínimo maior ou igual à área de uma capital regional. No caso do estado do Espírito Santo, os municípios que contemplam a Região Metropolitana da Grande Vitória são Vila Velha, Vitória, Cariacica, Serra, Viana, Fundão e Guarapari (Brasil, 2001).

O contato com os integrantes foi feito via rede social (WhatsApp, Email, Facebook ou Instagram), em grupos virtuais e pessoas que conheciam outras pessoas para selecionar a população adequada. As “sementes” foram plantadas a partir da busca ativa das pessoas abordadas, quando foi perguntado ao entrevistado se havia outra participante que pudesse compartilhar sua experiência e agregar valor ao projeto. Caso conhecesse alguém, foi feito contato para integrar à pesquisa, e assim sucessivamente.

Durante a busca para incluir as pessoas na pesquisa, houve repreensão para participar e questionamentos sobre os motivos da pesquisa. Dessa forma, o intuito era abranger as principais regiões do estado, mas, por esse motivo, a participação foi apenas da Região Metropolitana, o que trouxe limitações ao estudo quanto a mais informações e experiências de outros locais. Foram incluídos para a pesquisa responsáveis pela institucionalização de pessoa idosa e que possuíam grau de parentesco. Foram excluídas as pessoas que residiam em outro estado.

4.4 INSTRUMENTOS DO ESTUDO

As ferramentas utilizadas para alcançar os objetivos da pesquisa foram:

- planilha do Excel para caracterização dos usuários; e
- gravador.

Para acompanhamento das ferramentas da pesquisa, foi utilizado um roteiro semiestruturado para acompanhamento e melhor desempenho do entrevistado e do entrevistador (Apêndice A).

Entende-se a entrevista como o meio mais fidedigno de garantir o caráter qualitativo, principalmente quando abordada de forma semiestruturada, o qual contém perguntas abertas ou fechadas, levando a inúmeras possibilidades de respostas e garantindo a organização dos temas. O roteiro permite a ordem das perguntas e possibilita o discorrer sobre o assunto sem se prender ao que foi indagado. Logo, pode-se colher informações que levam à reflexão do próprio sujeito à realidade, abordando crenças, ideais, opiniões, formas de agir e de pensar, condutas, sentimentos e ações (MINAYO; GOMES; DESLANDES, 2007).

Portanto, é uma técnica dinâmica e social, estando sujeita às dinâmicas das relações sociais, como desentendimentos e subjetividades. Sendo assim, é importante a posição do entrevistador para que esteja atento à maneira pela qual irá se apresentar, se posicionar frente à pesquisa, mostrar se há conflitos de interesse, explicar a escolha do participante e garantir o sigilo das informações e dos dados alcançados (MINAYO; GOMES; DESLANDES, 2007).

4.5 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFES e iniciada a partir de abril de 2024, quando foi aprovada. Sendo assim, o estudo foi desenvolvido em locais agendados pelos próprios entrevistados de forma que era possível gravação de áudio em locais fechados. Quando houve dificuldade de locomoção, distância entre os municípios e conflitos de horários para forma presencial, as entrevistas ocorreram de forma híbrida – videochamada.

A pesquisa buscou compreender do responsável pela pessoa idosa em uma ILPI o processo de institucionalização, bem como conhecer a história da família, detectar os desafios, entender os sentimentos e perspectivas e identificar as mudanças na vida da família após o ingresso à instituição. Para isso, foi necessária a escuta qualificada através da aplicação de roteiro semiestruturado de entrevista (Apêndice A), contendo questões abertas com duração de 30 a 40 minutos. Em alguns casos, houve necessidade de estender o tempo, com mínima de 20 minutos e máxima de 1 hora e 20 minutos.

A entrevista foi abordada de forma leve para buscar informações peculiares. As perguntas permitiam que o familiar pensasse, refletisse e conseguisse organizar as suas ideias de forma cronológica para não perder informações importantes à pesquisa. O entrevistado ficou à vontade para falar como e da forma que quisesse, com o intuito de buscar diferentes experiências por pessoas que tomaram decisões similares.

4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas, os dados foram transcritos, redigidos, avaliados e comparados às demais entrevistas, realizando comparações e transcrições dos dados colhidos.

A avaliação dos dados foi de forma qualitativa através da Análise de Conteúdo Temático. Essa análise é a mais utilizada em estudos qualitativos, embora possua uma lógica de metodologia quantitativa, buscando a interpretação codificada do conteúdo de caráter qualitativo. A avaliação varia entre o rigor da objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade (MINAYO; GOMES; DESLANDES, 2007).

Para compreender melhor a Análise de Conteúdo, Bardin (2011) refere que a técnica visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das respostas, informações que possibilitam a conclusão de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção do conteúdo.

Em suma, a análise de conteúdo visa o conhecimento de variáveis por meio de um mecanismo de dedução a partir de uma amostra de visões particulares e é constituída por três fases: pré-análise, que inclui a leitura exhaustiva e organização dos

dados, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos; exploração do material, etapa em que os dados são codificados e categorizados; e o tratamento dos resultados e interpretação, em que se destacam as informações obtidas a partir dos dados brutos e verificam-se as informações procuradas. Por fim, o pesquisador faz análises, propõe conclusões e realiza interpretações, interrelacionando-as ao quadro teórico desenhado inicialmente no estudo (BARDIN, 2011).

A partir da análise dos dados, os participantes expuseram falas importantes e fulcrais para a realização do estudo. Na preparação da dissertação, os subtítulos foram criados mediante às falas e aos retratos vividos e expressados pelos familiares em cada momento da trajetória da institucionalização.

Participaram da pesquisa 15 pessoas localizadas no estado do Espírito Santo. As entrevistas duraram entre 20 a 55 minutos e foram norteadas por roteiro semiestruturado para a realização da pesquisa. Os encontros foram presenciais e online (videochamada) com TCLE assinado à mão ou eletronicamente. Para a análise de dados foi utilizado descritor de áudio pelo app Cockatoo. A seleção dos entrevistados foi feita através das redes sociais e convites em grupos virtuais, os quais foram chamados por método bola de neve, onde os convidados e os que sabiam da pesquisa chamaram participantes para o estudo. Os convites foram feitos até chegar à saturação de 15 integrantes, suficientes para a coleta e análise dos dados. As perguntas foram direcionadas aos participantes, que responderam à medida em que se sentiam confortáveis, acrescentando pontos da sua experiência.

Para abordagem, foi explicado o objetivo da pesquisa aos entrevistados, pois muitos questionavam o motivo da pesquisa. Entretanto, alguns optaram por não participar pois não quiseram expor a história, a trajetória e a vida pessoal dos familiares. Alguns participantes tiveram dificuldade de relatar e lembrar alguns momentos vividos que marcaram os familiares, sendo que, quando questionados, se esquivavam de algumas perguntas ou negavam respostas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e aprovada em abril de 2024.

Os dados produzidos foram utilizados somente para esta pesquisa e suas produções científicas (dissertação, artigos para periódicos e trabalhos apresentados em eventos acadêmico-científicos). Os dados foram tratados em anonimato, preservando a identidade dos entrevistados.

Como requisito de participação da pesquisa, foi necessário o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), considerando os aspectos éticos relacionados à pesquisa da Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde e suas complementares. Portanto, assumem a responsabilidade pelo seu cumprimento integral.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados foi feita de forma dinâmica e integrada à discussão a fim de conhecer, compreender e analisar os dados apresentados e suas justificativas. A integração entre resultados e discussão permite ao leitor o melhor aprimoramento e compreensão da leitura e dos eventos supracitados.

Todos os participantes assinaram o TCLE e estavam cientes das perguntas e do sigilo das informações. Dos participantes, 14 eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com alto grau de parentesco, sendo filhos, esposas, sobrinhas e netas. A idade dos entrevistados variou de 35 a 78 anos; quatro eram profissionais de saúde (enfermeiras e dentistas); e os demais não tinham nenhuma experiência formal com o cuidado. A fim de preservar a identidade dos participantes, os relatos serão classificados por números (*Familiar x*).

No diálogo exposto pelos familiares foram pontuados os eventos vividos pelos próprios familiares, os quais citaram as experiências, o convívio e a rotina. Por se tratar de um momento delicado e peculiar, o aprofundamento das histórias não era possível em alguns momentos. Alguns familiares choraram e solicitaram uma pausa durante a entrevista, pois lembravam do que viveram e quanto foi difícil o processo de institucionalizar.

O contato com as pessoas para a realização da entrevista foi dificultado por se tratar de um momento individual e, por vezes, difícil para as famílias. A exposição dos fatos, o sentimento de angústia e as memórias são individuais, porém, na grande maioria, acontece com muitas pessoas histórias parecidas e em lares diferentes. Dessa forma, a pesquisa pretendia abranger grande parte do estado do Espírito Santo, mas, pela dificuldade de acesso e de abordar os entrevistados, só foi possível realizar dentro da região da Grande Vitória.

Também como resultado, a pesquisa permitiu a criação de um capítulo de livro intitulado “Nos bastidores da crise do cuidado e das instituições de longa permanência para idosos” (APÊNDICE C). Trata-se de um ensaio crítico sobre a profissionalização do cuidado e as instituições que crescem cada vez mais no Brasil. Por se tratar de uma realidade, no capítulo descreve-se sobre o envelhecimento populacional e os embates da idade moderna no cuidado, as características dos cuidadores formais e

informais, os familiares e as entranhas do cuidado domiciliar e a opção da ILPI como uma forma de cuidado. Com isso, o capítulo afirma que as políticas públicas do país não dispõem de mecanismos para o atendimento das demandas de cuidado das pessoas idosas, afim de assegurar a interação com a sociedade e garantir melhor qualidade de vida.

5.1 QUADRO DE RELAÇÃO ENTRE FAMILIARES DAS PESSOAS IDOSAS

Os entrevistados contaram o que viveram com a pessoa idosa. Relataram a rotina do cuidado domiciliar, o que faziam, quais eram os embates e as tarefas que desempenhavam. Dos 15 participantes, 10 cuidaram de mulheres e cinco de homens com idade entre 62 a 90 anos.

As patologias citadas foram Doença de Alzheimer, Demência com corpos de Lewy, Demência Vasculare, Demência Frontotemporal, Doença de Parkinson, hipertensão, diabetes e neuropatias que progrediram e levaram à dependência física e cognitiva.

Como forma de entender as patologias apresentadas, ressalta-se que o aumento das doenças crônicas e degenerativas ataca constantemente a população idosa. Ao envelhecer, o esquecimento pode se tornar algo comum no cotidiano, comprometendo as funções cerebrais e a memória, que é a capacidade de reter e fazer uso do que foi vivido, sendo fundamental para a produtividade da vida (Brasil, 2006).

Uma vez que a memória esteja prejudicada, simultaneamente há prejuízos nas atividades laborais, como o esquecimento dos eventos, das pessoas e dos lugares que frequentava, significando um agravo maior da memória e a necessidade de buscar ajuda (Barlow, 2022). A demência, por Barlow (2022), caracteriza-se como um transtorno cognitivo que atenua a capacidade do cérebro gradativamente comprometendo as funções sensoriais, cognitivas, linguísticas e orientação quanto ao tempo e ao espaço.

Por causa das inúmeras limitações atreladas à demência, o acometimento da doença pode desenvolver distúrbios emocionais e de comportamento, além da alteração de humor, alucinações, perda de peso, irritabilidade, ansiedade,

comportamento social, agressividade verbal e física, episódios frequentes de delírios, caminhar incessante, insônia, alterações de paladar e apetite e do comportamento sexual (Araújo; Nicoli, 2011).

No entanto, os fatores externos são potenciais estressores genéticos e ambientais, variando entre tempo, idade e estilo de vida, e podem resultar na demência. Logo, Barlow (2022) diz que as demências acometem parte da população no período pré-senil e senil, tendo em vista que a prevalência da demência dobra a cada cinco anos a partir dos 65 anos de idade.

Como característica da demência, Araújo e Nicoli (2011) classificam em duas modalidades, sendo não degenerativas quando é decorrente de acidentes vasculares, processos infecciosos, eventos traumáticos, deficiências nutricionais, origens em tumores e outras patologias; e degenerativas, que causam deformidades na estrutura cerebral.

As demências degenerativas, então, definem-se por: Demência por Corpos de Lewy, que apresenta quadros de oscilações dos déficits cognitivos, alucinações visuais bem formadas, sintomas de parkinsonismo leve e rigidez e distúrbio de marcha (Carvalho, 2000); Demência Frontotemporal, com caráter progressivo, comprometimento leve da memória, alterações comportamentais, de personalidade e na linguagem, além de isolamento social, apatia, desinibição, irritabilidade, hiperoralidade, descuido de higiene corporal e ações motoras repetitivas (Gallucci Neto; Tamelini; Forlenza, 2005); e Demência Vascolar, oriunda de doenças cerebrovasculares, por comprometimento dos vasos cerebrais que são bloqueados ou sofrem danos e não conseguem levar oxigênio e nutrientes para demais áreas do cérebro (Barlow, 2022). A Demência Vascolar apresenta sinais clínicos que variam de acordo com a região do cérebro que foi atingida, podendo ser vista por exames de neuroimagem (Caramelli; Barbosa, 2002).

Por último, a Doença de Alzheimer é a mais predominante nas pessoas idosas, responsável por 60 a 70% dos casos de demência de acordo com a Alzheimer's Association (2018), atingindo o grupo pré-senil e senil (Araújo; Nicoli, 2011). No Brasil, mais de 1 milhão de pessoas idosas são portadoras de alguma demência, e em todo o mundo mais de 44 milhões são acometidos, o que remete a uma crise global pelas entidades públicas (Alzheimer's Association, 2018).

Para melhor entendimento, o principal evento é o esquecimento, o qual pode ser notado pela própria pessoa ou por parentes e amigos próximos. Com início insidioso e a deterioração progressiva, a doença atua de forma dinâmica e com sintomas simples, como a não absorção de informações simples, esquecimento de eventos importantes, perdas de objetos e isolamento social, além da agitação, confusão mental e sinais de depressão (Barlow, 2022).

Sendo assim, a doença possui três estágios: (1) estágio inicial: com sintomas vagos e difusos, apresenta perda da memória recente e dificuldade para aprendizagem de novos eventos (Gallucci Neto; Tamelini; Forlenza, 2005), sobretudo, atinge a capacidade de raciocinar, de decidir por si mesmo e o funcionamento ocupacional e social, durando em média de 02 a 03 anos (Caramelli; Barbosa, 2002); (2) estágio intermediário: ocorre de forma progressiva com a perda da fala, compreensão da linguagem e da escrita, dificuldade para expressar ideias e palavras e movimentos corporais coordenados, média de 02 a 10 anos de evolução (Araújo; Nicoli, 2011); e (3) estágio terminal: funções cerebrais totalmente afetadas e comprometidas, afetando o sono, o comportamento, a irritabilidade, a incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados, prejudicando diretamente as atividades de vida diária, com caráter degenerativo e irreversível entre 08 a 12 anos (Araújo; Nicoli, 2011).

A Doença de Alzheimer possui fatores de risco e que podem ser modificados para reduzir o desenvolvimento. A idade avançada e os antecedentes familiares com demência são considerados fatores que pré-dispõem às patologias, além de baixa condição socioeconômica, diminuição da interação social e cognitiva, traumatismo craniano, doenças cardiovasculares e diabetes. Tais fatores estão relacionados a 40% dos casos de demência pelo mundo (Livingston *et al.*, 2020). Ademais, os dados epidemiológicos evidenciam que a doença atinge mais o grupo feminino, o que é justificado pela expectativa de vida, que é maior nessa população (Alzheimer's Association, 2018; Gil, 2009).

O aumento dos casos de Alzheimer surge na medida em que a população envelhece. Como exemplo, na faixa etária de 65 a 69 anos há prevalência da doença de 2%, enquanto no grupo acima de 90 anos o índice é de 32%, afirmando que o envelhecimento é um fator de risco fundamental para o surgimento e seu desenvolvimento (WHO, 2021).

A partir do exposto, avalia-se que as demências citadas também apareceram na pesquisa, confirmando a necessidade da assistência ao portador de demência. Com isso, a vida da pessoa idosa se torna prioridade ao familiar. Segundo a Dra. Margareth Chan, ex-diretora geral da OMS (2012), a demência atribui ao familiar o ato integral de cuidar, desde a manhã até o anoitecer diariamente. Com o aumento do número de casos da doença, a demência torna-se uma prioridade em saúde pública, visto que é uma doença de longo prazo e de alto custo para as famílias (Guimarães *et al.*, 2018).

Dessa forma, o Alzheimer e demais demências são patologias neurodegenerativas incuráveis, de longo prazo e de estabelecimento gradual, o que torna as doenças irreversíveis e capazes de alcançar estágios avançados com dependências físicas e cognitivas (Dalgarrondo, 2008; Hamdan, 2008; Hayden *et al.*, 2014).

Com base no roteiro semiestruturado e desenvolvido para a realização da pesquisa científica, analisou-se cada tema abordado com os familiares e os relatos apresentados. Destacaram-se as falas e as experiências vividas individualmente em cada tópico. As perguntas direcionaram a entrevista e conduziram os temas que se conectavam de acordo com a resposta dos entrevistados.

Portanto, os resultados serão apresentados por temas de acordo com as falas dos familiares. Os subtítulos criados para contextualização dos assuntos foram feitos a partir dos relatos expressados pelos familiares.

5.2 A ROTINA DO CUIDADO: A LOUCURA VIVIDA PELOS FAMILIARES

Sobre a trajetória da pessoa idosa até a institucionalização, os familiares expuseram que as pessoas idosas apresentavam déficit motor e cognitivo e precisavam de auxílio para cuidados básicos e complexos como levantar, deambular, tomar banho, escovar os dentes, higienizar a região íntima, ofertar alimentação via oral e dieta por gastrostomia, administrar medicamentos, trocar fraldas, realizar mudança de decúbito, fazer curativos e cuidar da pele. Simultaneamente, era vital gerenciar o tempo para fazer compras, limpar e arrumar a casa, trocar e lavar roupas de cama, preparar refeições e dietas, comprar medicamentos e fraldas geriátricas,

agendar consultas médicas, administrar o recurso financeiro e garantir diariamente a oferta do cuidado.

O médico disse que ele estava com Doença dos Corpos de Lewy, começou a esquecer de tudo, lembrar do passado... Era uma loucura dentro de casa para cuidar, dar banho, levar na cadeira de rodas, passar com ele dentro de um apartamento pequeno... (Familiar 2).

Os familiares demonstraram os impactos do cuidado domiciliar no cotidiano. O ato de cuidar trouxe mudanças significativas para o contexto familiar e para quem de fato cuida, no caso, o cuidador primário.

Em virtude a esse fato, o cuidador surge a partir de fatores naturais, como gênero, ser mulher, proximidade física, relacionamento e alta relação conjugal e parental (Caldas, 2001; Schier; Gonçalves, 2002). A participação do público feminino e a relação de grau de parentesco estão diretamente ligadas ao cuidador primário, ou seja, aquele familiar cuidador que fará todo o cuidado necessário à pessoa idosa (Gonçalves, *et al.*, 2006; Schier; Gonçalves, 2002).

Os fatores que levam ao cuidado geralmente estão vinculados ao dever, à designação e à experiência para cuidar (Arruda; Alvarez; Gonçalves, 2009). De acordo com o IBGE (2022), aproximadamente 2,5 milhões de mulheres não possuem vínculo empregatício para cuidar exclusivamente de parentes ou de afazeres domésticos. O trabalho árduo e, por vezes, invisível, é interminável e acumula desgaste físico e mental para quem abdica da sua vida para cuidar.

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, ocupando posição de filhas, esposas e netas, e exercia a função de cuidador. Cachioni e demais pesquisadores (2011) afirmam que esse dado está atrelado ao papel social e cultural que o estereótipo feminino carrega, pois associa-se o cuidado com os filhos um preparo melhor para exercer o cuidado quando comparado a demais familiares, enquanto o homem, majoritariamente, assume a posição de provedor e se esquia da prática do cuidar.

Outro estudo feito por Martins e demais pesquisadores (2019), ao avaliar o perfil sociodemográfico de cuidadores formais e informais, evidenciou a prevalência de 96,2% de mulheres na responsabilidade de cuidar ativamente de pessoas idosas

portadoras de Alzheimer. Esse dado condiz com o estudo realizado, em que, dos 15 participantes, 14 eram mulheres e realizavam o ato de cuidar.

As mulheres observam a necessidade de assistir a pessoa idosa por refletirem sobre o passado e os valores que receberam, como educação, paciência e carinho, quando ainda estavam em fase de crescimento. Como forma de retribuição, tentam exercer o cuidado com o mesmo sentimento. Sendo assim, a mulher que cuida se torna uma cuidadora informal e atribui para si toda a assistência inerente à pessoa idosa, além de cuidar da vida pessoal e do lar (Vizzachi *et al.*, 2015).

O cuidado exercido pelas mulheres e pelo único homem do estudo também é firmado por Silva e pesquisadores (2013), haja vista que o auxílio ao banho, o cuidado com os cabelos, a higiene íntima e oral, a troca de roupas, a alimentação via oral ou por sonda, a caminhada para banheiro e demais cômodos da casa, a oferta de medicações e as saídas para consultas médicas são algumas das funções que o cuidador familiar atribui para si ao cuidar da pessoa idosa.

Além de cuidar da minha filha e dar a atenção que ela precisava, eu ainda tinha que cuidar da minha mãe. A partir do momento que a doença foi avançando, ela demandava muito de mim, pois eu tinha que trocar fraldas, dar banho, dar remédios, dar almoço e ainda cuidar da minha família... Minha rotina era um verdadeiro caos (Familiar 11).

O local para exercer o cuidado geralmente era feito na casa da pessoa idosa ou na casa do próprio cuidador familiar. Em ambos lugares foi imprescindível a adaptação no banheiro e corredores com barras de ferro, piso antiderrapante, retirar objetos perfurocortantes que pudessem trazer algum dano físico, adquirir cadeira de rodas e de banho, trocar móveis como cama, cadeira e mesa, além de providenciar utensílios mais adaptáveis à pessoa idosa. Os motivos citados para a adaptação foi a condição física da pessoa idosa, a perda da lucidez, as mudanças abruptas de humor e o avanço progressivo das doenças neurológicas e degenerativas.

Ele não tava mais aceitando que cuidássemos dele, ele tava muito agressivo, minha avó e eu estávamos exaustas. Tivemos que adaptar tudo para ficar melhor pra ele e pra gente. Ele esquecia que éramos da família e não deixa a gente fazer nada, estava impossível (Familiar 6).

Eu tive que fazer uma tranca no fogão pra ela não mexer, comecei a ficar com medo dela querer fazer alguma coisa sozinha (Familiar 9).

Destaca-se que, por causa das inúmeras limitações atreladas à demência, o acometimento da doença pode desenvolver distúrbios emocionais e de comportamento, além da alteração de humor, alucinações, perda de peso, irritabilidade, ansiedade, comportamento social, agressividade verbal e física, episódios frequentes de delírios, caminhar incessante, insônia, alterações de paladar e apetite e do comportamento sexual (Araújo; Nicoli, 2011).

Com o envelhecimento, as atividades diárias tornam-se cada vez mais complexas (Araújo; Ceolim, 2007), sendo que o local de habitação é fulcral para a estabilidade, autonomia e independência para que se viva com qualidade (Avelino *et al.*, 2015). Assim, a adaptação ao local permeia a segurança e a melhor estadia da pessoa idosa no domicílio, na expectativa de evitar traumas, acidentes e quedas que proporcionam limitações permanentes e, em casos graves, a evolução para óbito (Avelino *et al.*, 2015).

Nesse aspecto, a atenção para ambientes pouco luminosos, armários muito baixos ou muito altos, locais sem apoio, escadas, espaço inadequado para mobilidade, objetos pontiagudos e carpetes não fixos ao chão induzem a pessoa idosa a situações perigosas, podendo escorregar, tropeçar e, conseqüentemente, cair (Boonkhao *et al.*, 2024).

Não obstante, pessoas idosas portadoras de demência são passíveis de vigilância ininterrupta, afastando-os de locais e objetos perigosos que podem trazer danos à própria saúde ou de outros moradores da residência (Silva *et al.*, 2013). Por não terem confiança aos atos do portador de demência, os familiares escondem e restringem o alcance a objetos perigosos, como manusear o fogão e perfurocortantes (Luzardo; Waldman, 2004).

Quando ela veio morar na minha casa, eu tive que adaptar algumas coisas, principalmente o banheiro, né, pra que ela pudesse ter os cuidados de vida diária (Familiar 10).

Você tem sua mãe saudável, fazendo tudo, e de repente ela começa a querer pegar faca, tesoura, querer fugir pra rua... Tive que esconder tudo (Familiar 11).

Diante desse cenário de riscos para às pessoa idosas, os familiares discutiram sobre suas tarefas pessoais da vida como trabalho, estudo e cuidados do lar que não eram realizadas como deveriam. Sobretudo, o ato de cuidar era feito pelos próprios

familiares com ou sem auxílio de cuidador terceirizado ou com ajuda de parentes que se revezavam para cuidar.

Eu tenho uma secretária que mora praticamente comigo há cinco anos, então é uma pessoa de extrema confiança que me ajudou a cuidar dele durante o dia (Familiar 1).

Em muitos momentos, que eu digo assim, por meses, três, quatro, cinco, seis meses, eu cuidei sozinha, sem ninguém para me ajudar em nada dentro de casa. Minha vida profissional estava parada (Familiar 5).

Em algumas famílias, com o número reduzido de membros, a mão de obra para o cuidado não é suficiente, e a mulher sofre uma sobrecarga em todas as tarefas da casa. A ausência de rede de apoio dificulta o convívio diário, a adaptação da pessoa idosa e a rotina para quem cuida (Reis; Torres, 2010).

Nós tínhamos cuidadoras que cuidavam dela no apartamento onde ela morava e meu marido e eu estávamos acompanhando constantemente. Quando o Alzheimer avançou, chegou um ponto em que precisou acompanhar ela dia e noite, porque já não enxergava direito, então precisei trazer para minha casa (Familiar 7).

Embora alguns tivessem suporte e rede de apoio para gerenciar o cuidado, os familiares referiram dificuldade quanto ao manejo técnico e realização de procedimentos complexos, compreensão do quadro clínico da doença, conflitos entre os familiares quanto ao rodízio de tarefas, o alto fluxo de pessoas dentro de casa e a administração dos cuidadores terceirizados quanto a faltas, cobertura de escala e pagamento de salários.

Minha irmã com dois filhos gêmeos que são super agitados, ela já não dava conta de lavar a roupa do papai, lavar os lençóis, cuidar da casa, trabalhar fora... Eu numa rotina louca, todo mundo se revezando pra ajudar... era muita dor de cabeça, muita dor nas costas... Minha irmã tinha zero privacidade na casa dela, porque era um entra e sai de gente (Familiar 8).

Trocava muito de acompanhante, tínhamos esse problema. Meu marido quando via que não estava dando certo, ele já trocava. Quando faltava, tinha que chamar outra pra cobrir a escala... Isso foi muito estressante... (Familiar 9).

A gente sabia que, apesar do meu irmão assumir tudo, era muito puxado pra ele. Mas ele não abria mão de fazer as coisas sozinho. Se vinha uma outra pessoa querendo ajudar, ele não deixava. Tínhamos muitos conflitos entre família por conta disso (Familiar 7).

Os conflitos familiares envolvendo pessoas idosas no cuidado acontecem mediante a má distribuição e administração de tarefas, quer seja realizado pelos próprios familiares ou na dificuldade de contratação de profissionais para exercer tal função. Há também desavenças quanto à logística financeira, impacto grave às famílias que precisam administrar o recurso para oferecer tudo o que a pessoa idosa precisa para se manter viva (Martins, 2017).

5.3 O PONTO INSUPORTÁVEL: A EXAUSTÃO FÍSICA E MENTAL

Diante do cuidado diário exercido pelos familiares, todos os entrevistados enalteceram o cansaço físico e mental. Os fatos que culminaram para a exaustão foram a falta de tempo para realizar atividades físicas e de lazer, não conseguir ir a consultas médicas, apresentar dificuldade para dormir, ter níveis altos de estresse e não cuidar de si.

Em vigência na rotina das famílias, é vital considerar que o avanço do tempo permite a progressão da doença e submete o familiar a dedicação quase que exclusiva para cuidar, pois há aumento da responsabilidade e das atribuições. Nesse caso, a sobrecarga maior sempre é para o cuidador primário, sendo aquele que mais enxerga a realidade e se sente sozinho para a tarefa (Borghi *et al.*, 2013). Com base na pesquisa e no que já foi exposto, a mulher sempre é a mais afetada.

Eu sou espirituosa e frequentava a casa toda quinta à noite. Então, com ele ficou impossível, eu não conseguia sair mais à noite nem deixando alguém em casa com ele (Familiar 1).

Nesse aspecto, o cuidado domiciliar foi sendo dificultado pelo trabalho sem descanso, impactando diretamente na vida dos familiares que mencionaram a inexperiência com a prática diária, a falta de tempo para exercer o cuidado e a necessidade de vigiar o trabalho feito por cuidadores terceirizados. Não obstante, por mais que tentassem, não conseguiam oferecer os cuidados vitais em domicílio.

Eu tive um impacto grave na minha vida. Impactou a vida pessoal e profissional. Não tinha vida pessoal, não tinha vida profissional, não tinha momentos de lazer e de descanso pra mim e vivia praticamente a vida da minha mãe para atendê-la na razão da doença (Familiar 5).

Eu precisava trabalhar e quem ficava com ela em casa era o companheiro dela e uma amiga da família, mas os dois sem experiência. Pelo problema da fibromialgia, onde encostava ela sentia muita dor e mais o problema da escara que estava gigantesca (Familiar 13).

Afirmado por Palmer (2013), o âmbito financeiro surge e implica diretamente o familiar, pois a dedicação exclusiva ao cuidado não permite a realização de atividades laborais e de renda para o sustento melhor da família, o que impacta diretamente na compra de mantimentos e na manutenção da qualidade de vida. A pessoa idosa e, principalmente, o portador de demência, possuem um cuidado longínquo, árduo e caro. Com isso, alguns familiares do estudo referiram que precisavam trabalhar para sobreviver e manter os cuidados necessários.

A imposição do cuidado, o qual é sequenciado após algum evento marcante à pessoa idosa, insere o familiar responsável como cuidador mesmo que sem preparo técnico. A mulher, então, *naturalmente* abdica sua vida em prol do cuidado, não hesitando em ofertar assistência. A atividade, por vezes feita sem escolha, é exercida pela disponibilidade, pela aptidão às tarefas e pelo relacionamento com a pessoa idosa (Baptista *et al.*, 2012).

Mesmo com as dificuldades enfrentadas, Vizzachi e pesquisadores (2015) explicam que os familiares veem a necessidade de assistir a pessoa idosa por refletirem sobre o passado e os valores que receberam na infância, como educação, afeto, paciência e carinho. Da mesma forma, quando os filhos prestam cuidado aos pais, tentam retribuir com a mesma responsabilidade que os pais tiveram sobre eles, esforçando para ofertar toda a assistência que eles julgam vital à pessoa idosa.

Outro ponto citado pelos entrevistados foi a demanda pessoal de acompanhamento psiquiátrico, psicológico, terapêutico e de outras especialidades, pois grande parte desenvolveu hipertensão arterial sistêmica, problemas nas articulações, depressão e ansiedade, tornando-os dependentes de medicações de uso contínuo, como analgésicos e opioides. Ao longo do tempo, alguns foram diagnosticados com Síndrome de Burnout, resultando no uso dependente de psicotrópicos mesmo após a entrada da pessoa idosa na ILPI.

O desafio do Alzheimer me acarretou um burnout e ali eu vi que eu não tinha mais condições de cuidar dela. Eu não tinha ninguém, eu era a minha própria rede de apoio (Familiar 5).

Já estava todo mundo cansado, ninguém aguentava mais, mas ninguém admitia. Minha irmã toma remédio controlado até hoje porque desenvolveu ansiedade e precisou fazer acompanhamento por um bom tempo (Familiar 8).

A sobrecarga pelo cuidado tem seus efeitos, sendo o primeiro deles a sobrecarga mental. A depressão, o medo, a angústia e a pressão por exercer um trabalho tão nobre, mas, simultaneamente, tão difícil, pesado e cansativo, acarreta aos familiares o uso de medicamentos analgésicos e psicotrópicos (Palmer, 2013).

A falta do autocuidado possibilitou que muitas famílias vivessem algo que nunca tinham passado, uma vez que o exercício do cuidado sem revezamento, sem descanso e, por vezes, sem rede de apoio gera grande impacto na saúde física, no emocional, no espiritual e no bem-estar dos integrantes do estudo.

Eu adquiri uma depressão que eu tenho até hoje, entendeu? (momento de choro). Porque eu estava circulando apenas dentro de casa. Eu não me enxergava, eu ficava o tempo todo circulando, cuidando dela o tempo todo. Só que, quando eu percebi, eu adoeci (Familiar 11).

Um estudo feito por Gonçalves e colaboradores (2006) mostrou o perfil de cuidadores de pessoas idosas. A maioria eram mulheres e atuavam unicamente por tempo integral para todas as atividades que o familiar demandava. Sofriam com dificuldades econômicas, pois foi necessário abdicar de seus empregos para viver em prol do cuidado. Além de cuidar, lidavam com hipertensão, diabetes e osteomusculares. Esses dados confirmam os achados no estudo desenvolvido, no qual os familiares também expuseram a integralidade do cuidado associado aos problemas de saúde que desenvolveram após iniciarem a prática do cuidado.

Como mencionado na pesquisa realizada, os familiares cuidadores relataram o trabalho interminável que exerciam, pois o cuidado era feito na própria casa da pessoa idosa ou do próprio cuidador. Na visão do familiar, compartilhar a residência diminuiria a preocupação e o trabalho, o que, na verdade, tornou o trabalho mais frequente, mais repetitivo e sem horários para descanso. Ressalta-se que estudo feito por Martins e colaboradores (2019) também evidenciou que a moradia compartilhada de familiares cuidadores e pessoas idosas aumenta a jornada de trabalho, e as atividades se tornam mais rotineiras e frequentes, sobrecarregando diretamente aquele que cuida (Queiroz *et al.*, 2018).

Os entrevistados apontaram os desafios diários que enfrentavam diante da rotina exaustiva. Por mais que amassem o familiar e quisessem exercer a função de cuidador, a exaustão tomou todas as forças e não suportavam mais a rotina de cuidar. Apesar das inúmeras tentativas de adaptações e a contratação de pessoas para trabalhar em casa, as famílias encontravam-se incapazes de continuar e precisavam buscar ajuda.

Ele não dormia à noite, falava a noite inteira. Saiu do hospital com várias comorbidades e pensei: Já era difícil cuidar dele sem essas coisas, vai ser pior ainda. E outra, eu também sou idosa. Como é que eu ia ficar com uma pessoa que não dormia, falava e gritava a noite inteira? (Familiar 2)

Nunca uma cuidadora ficou um mês com ela. E pra mim a gota d'água foi que ela começou a falar para as pessoas que eu a maltratava e queria matá-la, e uma pessoa acreditou de fato e veio falar comigo (Familiar 3).

Foi difícil, mas ainda fomos insistentes. Até que certo dia aconteceu um caso grave lá, e nós fomos lá todos os irmãos. Independente do negócio, tivemos uma reunião, meu irmão que cuidava não aceitou, mas não dava mais. Ele estava cansado, não estava aguentando, mas estava relutando. Esse foi o estopim, esse foi o momento... (Familiar 7)

O impacto do cuidado exige de quem cuida um preparo físico e, principalmente, mental e psicológico após o diagnóstico de demência. A inversão de papéis gerada pelo quadro demencial pode desestruturar as relações vividas, uma vez que filhos e filhas cuidando dos pais permeiam um desequilíbrio emocional à geração juvenil, necessitando do apoio para lidarem com a nova situação da melhor maneira possível (Roland; Chappell, 2015).

Um estudo feito por Gratao e pesquisadores (2012) também mostra a sobrecarga e o desconforto emocional dos familiares cuidadores que convivem com pessoas idosas em domicílio. O ato de cuidar atinge diretamente a vida do cuidador e da pessoa idosa que, por ser dependente para tarefas diárias, demanda trabalho contínuo para quem cuida. O estudo avalia que as múltiplas atividades impactam no desempenho e na forma como a pessoa idosa é cuidada, de tal modo, que se o cuidado for de maneira leve e sem desconforto, a assistência pode ser mais eficiente.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia da cidade de São Paulo já estuda estratégias para que se atenuem as demandas dos cuidadores familiares e gerenciar o estresse. Uma das formas é aceitar a ajuda de outras pessoas (familiares, vizinhos e amigos), permitindo que o trabalho seja fracionado de acordo com a

disponibilidade e a destreza de cada indivíduo. Destaca-se, também, a importância da do apoio e do convívio social, para que a pessoa não se exclua do mundo ao redor e ter momentos de lazer e diversão.

Além disso, é primordial que o cuidador tenha acompanhamento médico e realize os exames necessários periodicamente. Assim, há diminuição para riscos de problemas crônicos de saúde e melhor disposição para exercer o cuidado de forma segura. O cuidador, além de cuidar do outro, precisa também cuidar de si, embora na prática isso seja dificultado e conflituoso (SBGG, 2024).

Ainda em relação ao ponto em que os cuidadores informais desta pesquisa se encontraram, salienta-se o quão imprescindível é o cuidado para a sobrevivência. Entretanto, o cuidado também tem uma dimensão individual, respeitando vivências singulares. Por mais que seja importante, o ato de permanecer cuidando possui impactos graves, principalmente quando este desafio é restrito para um único cuidador, gerando o esgotamento físico, o desgaste emocional e a perda de oportunidades (Minayo, 2024). Por ser um trabalho exaustivo, desvalorizado e invisível, outros familiares não envolvidos diretamente no cuidado podem não enxergar a real importância da institucionalização da pessoa idosa. Nesta pesquisa, observa-se que aqueles familiares que não contribuía com a assistência direta, não viam a necessidade de colocar a pessoa idosa em uma casa de repouso.

5.4 PENSAR O IMPROVÁVEL: COGITANDO A HIPÓTESE DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

Mesmo em frente ao reboiço que viviam, os familiares resistiram para colocar a pessoa idosa em uma ILPI e sequer pensavam na possibilidade. Quando abordados sobre o assunto por profissionais de saúde ou por amigos, houve repreensão e negatividade. A grande maioria acreditava ser um lugar de abandono e um ambiente no qual as pessoas eram deixadas pela família até morrer. Em outras situações, os familiares até cogitavam a hipótese, mas eram reprimidos por pessoas próximas que não contribuía com o cuidado.

Familiar 2: “Então, pela minha saúde, pelo fato de eu também não ter idade, comecei a pensar em colocar, sabe? A minha filha mais velha ficou sem falar

comigo quando eu coloquei. Ela não se conformava, mas também não queria ajudar.”

A difícil tomada de decisão em colocar o familiar em um lugar desconhecido é desafiadora e delicada. Quando atrelada a comentários desapropriados é ainda pior, pois a convivência com falas indesejadas de terceiros permeia preocupação e ansiedade. Em geral, os discursos e perguntas indelicadas são feitas por indivíduos próximos (familiares, vizinhos e amigos) que desconhecem a realidade e os verdadeiros motivos da família para chegar ao ponto da institucionalização (Kempp, 2010). Mesmo com falas indesejáveis, a maioria desses interrogadores jamais ofereceram ajuda para qualquer ato inerente ao cuidado.

Nesse seguimento, na percepção do familiar, as ILPI carregam um peso até os dias atuais bem negativo. Os familiares apontam as casas de repouso como locais de abandono, um local para “depósito de velhos” e de descaso com a pessoa idosa, pois no passado eram considerados como *asilos* e um lugar com sinônimo de morte (Barcelos *et al.*, 2018). Por não conhecerem, distinguem por aquilo que ouviram falar e desconhecem o verdadeiro trabalho e a seriedade que atualmente as instituições promovem à população idosa.

Logo quando meu pai morreu a minha psicóloga me sugeriu colocar minha mãe em uma casa de repouso e eu tive uma ideia assim, a mais absurda possível. Eu não recebi bem a sugestão. No meu íntimo era algo do tipo: O que eu estou fazendo em um consultório de psicologia, onde uma psicóloga tem a coragem de me sugerir algo tão bizarro e absurdo? (Familiar 5)

Todos falavam para ele colocar na casa de repouso, mas ele se recusou, ele não queria de jeito nenhum... Ele sentia que era um abandono e que estaria colocando-a fora do apartamento dela, do cantinho dela... (Familiar 9)

O termo “asilo”, utilizado popularmente por quem desconhece o serviço da ILPI, é atrelado à falta de relacionamento familiar, a abandono e a maus-tratos. A justificativa, então, pelo sentimento dos familiares e pela repreensão, permeia-se pelo histórico hostil, terrível e carregado de preconceito que outrora tiveram as casas de repouso (Lourenço; Santos, 2020).

A grande maioria dos familiares associavam a ILPI a impactos negativos. Entretanto, com a insistente tentativa de cuidar em casa e a incidência de eventos adversos, cogitaram sobre a colocação da pessoa idosa em uma casa de repouso, sendo a queda o evento mais vivido pelos entrevistados. Ademais, também listaram

feridas, internações frequentes, a evolução de doenças degenerativas e a assistência insegura como situações que promoveram a ideia da institucionalização da pessoa idosa.

Ela levantava sem pedir apoio, sem nada, a gente fazendo alguma coisa, ela caía. Ela estava sempre se machucando e não gosta da ajuda de ninguém. Foi quando eu pensei que não dava mais, estava perigoso e eu precisava de ajuda (Familiar 3).

Quanto a incidência de quedas nas pessoas idosas, o evento lidera mundialmente como causas de morbimortalidade, o que acarreta sobrecarga à pessoa vitimada, à família e à sociedade (Hartholt *et al.*, 2019; Hartholt; Van Beeck; Van Der Cammen, 2018). Por ocorrer de forma corriqueira ao grupo, as quedas possuem etiologia multifatorial e são decorrentes de deficiências sensoriais e motoras, o que é notório com o avanço da idade (Burns; Stevens; Lee, 2016; Tiedemann; Sherrington; Lord, 2013).

Uma pesquisa mostrou que nos anos de 2000 a 2019 foram registrados 135.209 óbitos por quedas em pessoas idosas, sendo o público de 80 anos ou mais o mais acometido pelo evento (Gonçalves *et al.*, 2022). Como no Brasil, nos Estados Unidos, Canadá e Espanha também evidencia-se a crescente mortalidade em pessoas idosas devido a quedas (Burns; Stevens; Lee, 2016; Chen *et al.*, 2013; Padrón-Monedero *et al.*, 2017).

O número de repetidas quedas em casa se explica pelo processo do envelhecimento. O desgaste de articulações e a fraqueza muscular impede a estabilidade corporal e, não obstante, as doenças cardiovasculares também impactam a rotina da pessoa idosa e possibilitam a queda (Marengoni *et al.*, 2011). Os atos para deambular, ir ao banheiro, levantar sozinho e pegar um copo são comprometidos e interferem no desempenho das atividades do cotidiano (Lini; Portella; Doring, 2016).

Ele caía sempre, mas teve um dia que levou um tombo horrível. Era 3h da manhã e tinha muito sangue no chão, eu não sabia o que fazer. Eu disse: Meu Deus, socorro! Ali eu fiquei apavorada. Ali eu tomei a decisão de colocá-lo na casa de repouso. Eu não estava dormindo mais. Eu pensei: Eu vou adoecer, eu vou matá-lo aqui dentro (Familiar 1).

No estudo, o impacto foi tão grande na vida dos familiares que muitos chegaram a pedir socorro. A situação referida era de desespero, uma sobrecarga sem igual.

Viam-se no futuro e preocupados em também adoecer, sob o risco de posteriormente também serem dependentes.

O ponto chave de muitas famílias foi não conseguir mais oferecer o cuidado necessário. O cuidado em casa era limitado e a falta de profissionais qualificados para avaliar diariamente as necessidades da pessoa idosa implica diretamente na qualidade de vida de quem cuida e quem é cuidado.

Uma das cuidadoras veio falar comigo que não dava mais, ela precisava de cuidados mais específicos. Pelo estado da minha mãe, me conformei que ela precisava de um lugar melhor com pessoas capacitadas. Comecei a pensar na qualidade de vida, por mais que você tenha todo o cuidado, não é a mesma coisa do que na casa de repouso (Familiar 12).

5.5 A DECISÃO PELO INIMAGINÁVEL: A CULPA E O MEDO DO DESCONHECIDO

A insistência de familiares e amigos para colocação da pessoa idosa na ILPI provocou um despertar nos cuidadores primários em cuidar de si e procurar uma instituição. Relataram uma busca cautelosa, árdua, exaustiva e com desconfiança, além do preconceito e o desconhecimento do serviço. A maioria nunca tinha visitado uma ILPI e sequer imaginavam como funcionava. Buscaram indicações por amigos, pela internet e nas entidades governamentais – Vigilância Sanitária e Ministério Público.

Ao conhecer uma instituição, a família vê a necessidade de buscar ajuda. Embora seja uma procura difícil, a voz embargada exprime o motivo pelo qual está procurando um lar com sentimento de culpa. Por sofrer preconceitos até de membros da família que sequer ajudam em cuidar e ser imposto pela sociedade como um ato de abandono, a procura é criteriosa e analista (Munhoz; Ravagni; Leite, 2008).

Eu sou uma pessoa muito cuidadosa, muito criteriosa. Eu tinha muito medo de colocar em casa de repouso e minha mãe sofrer. Dois medos. Da minha mãe sofrer maus tratos e, por outro lado, da minha mãe sofrer o distanciamento, né? Eu procurei o Ministério Público para ter referências a respeito da casa de repouso, procurei a Vigilância Sanitária e procurei a Sociedade Brasileira de Gerontologia no Estado do Espírito Santo para ter ao menos referências. Eu mapeei, pelas redes sociais e por indicações de algumas pessoas, e fui visitar (Familiar 5).

A gente precisou fazer uma coleta de dados, ligamos para as casas e pesquisamos bastante em Vila Velha (Familiar 6).

Quanto aos critérios primordiais para a instalação da pessoa idosa na instituição, avaliou-se por ordem de prioridade a mensalidade, o acolhimento feito pelos proprietários e funcionários, a localização, a limpeza e estrutura física, os serviços oferecidos e horários de visitas. O valor a ser arcado pelas famílias foi o fator principal, pois muitas famílias precisavam contribuir no valor a ser pago.

Eu fiz pesquisa e fui por indicações de casas. Algumas coisas me atraíram muito quando coloquei. Primeiro o horário de visita, eu podia visitar a qualquer hora. Segundo o cheiro, o odor. Todas as casas que visitei anteriormente tinham cheiro de urina. Lá não tem. E tinha um banheiro em cada quarto, isso foi um atrativo muito legal (Familiar 1).

Você chegar e ver uma casinha velha, reformada na frente e um puxadinho atrás, não é isso que eu quero pra mim. Fui em várias assim e não gostei de nenhuma. Então, eu fui pela aparência, sabe? E também pelo acolhimento que me foi dado, fui muito bem recebida (Familiar 2).

O primeiro foi a questão financeira. Começamos, olhamos muitas casas de repouso e a questão financeira pesa muito. A parte financeira foi a que mais pesou, depois olhamos a localização, pois tinha que ser fácil para todo mundo (Familiar 7).

A possibilidade da visita a qualquer horário foi algo que chamou a atenção de muitos familiares, visto que se sentiam assegurados mediante a disponibilidade e transpareciam tranquilidade. Reforça-se que o cuidado não está somente no residente, mas estende-se a todos que frequentam e circulam na instituição (Kempp, 2010).

Outro ponto analisado na pesquisa foi que, apesar da questão financeira ser um dos pilares para colocar a pessoa idosa na casa de repouso, alguns entrevistados enalteceram que o acolhimento no momento da busca foi fundamental para a contratação do serviço, já que pesquisavam os locais com choro e sentimento de dor e abandono.

Eu tentei ligar várias vezes, mas não tinha coragem e desligava. A pessoa que atendeu tinha uma voz muito acolhedora. Eu acho que naquele momento, se ela não tivesse essa voz acolhedora, a gente tinha desligado o telefone, tinha desistido. O acolhimento, pra mim, foi fundamental (Familiar 10).

Em outra ocasião, uma das entrevistadas morava em outro município e precisou colocar a mãe em uma ILPI por intermédio do plano de saúde, após uma visita domiciliar de um médico que avaliou a impossibilidade da permanência de sua mãe em casa. As pessoas que com ela habitavam não tinham experiência no cuidar e houve piora do quadro clínico em curto prazo. Apesar de saber da importância de levá-la para um lugar de conforto e cuidado, não tinha condições de arcar com os cuidados em casa e mantê-la numa casa mais próxima não conveniada ao plano de saúde.

Eu não tive como escolher a casa. Ela ficou pelo plano, e eu era de um município bem distante que não tinha suporte, mas pedi ao plano pra conhecer o local e fui muito bem recebida, a dona me recebeu bem e eu senti que naquele espaço ela seria bem tratada. Mas, ela ficou pelo plano, porque eu mesma não tinha condições de pagar (Familiar 13).

De uma forma geral, a maioria dos familiares demorou em decidir institucionalizar, sendo que, quando decidiram, iniciaram as buscas pelo local adequado e que atendesse às suas necessidades. O período em que decidiram buscar ajuda até o dia que colocaram na ILPI durou entre um a dois meses. Em outros casos, o processo precisou ser imediato, pois estavam de alta hospitalar e não podiam retornar para os seus lares.

Olhei o atendimento, o espaço, a limpeza e a forma que eu fui tratada. Ali mesmo eu decidi e levei no mesmo dia. Ele já estava de alta hospitalar, não podia esperar muito (Familiar 15).

5.6 ENTERRANDO A PESSOA VIVA: O PIOR MOMENTO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

O momento mais importante de todo o processo foi o dia em que deixaram o familiar na instituição. Mesmo após a busca incessante, a escolha minuciosa quanto às regras, os atrativos do local e o amparo da instituição para com o responsável pela pessoa idosa, encontravam-se incrédulos sobre o que estava a acontecer. Embora já tivessem visitado a instituição, a aflição e a dor afloravam ainda mais, sendo proferido pelos familiares como o pior sentimento já vivenciado.

Senti um vazio. Você está há 50 anos com uma pessoa em casa e de repente não está mais. Tem o sentimento de que você enterrou a pessoa viva (Familiar 2).

Era uma sensação de estar abandonando, de não estar cuidando dela direito. No começo foi bem difícil, apesar de ser difícil também em casa (Familiar 4).

A fim de compreender os sentimentos e as emoções, há um reboiço na vida dos familiares, sendo levados por eventos transgeracionais e exemplos do cuidado no passado atribuindo crenças e valores. Sobre esse aspecto, o conceito do sentimento avaliado por Polster e Polster (2001) é como algo pessoal e emergido por algum acontecimento de experiência própria que pode ter vários sentidos, envolvendo compreensão e integração.

Entretanto, Ledoux (2007) indica que para o sentimento existir é fulcral o surgimento de três acontecimentos vinculados à emoção, sendo: (1) a representação do estímulo emocional; (2) a recuperação de significados associados a esse estímulo; e (3) a percepção do estado corporal do indivíduo – o autor afirma que sentimentos são emoções conscientes.

Dessa forma, as emoções são mais complexas. Reeve (2011) aponta que grande parte dos autores reconhecem as emoções como sentimento. Explica-se esse fato mediante o momento individual e peculiar que cada pessoa vive, tendo o sentimento como um dos componentes da emoção.

As emoções são expressões de afeto atreladas a reações fortes e curtas do corpo em resposta a um evento inesperado, ou até mesmo muito conjecturado. Estão ligadas à expressão corporal que surge após uma notícia inesperada, urgências pessoais, situações de perigo, eventos alegres e datas comemorativas, por exemplo. Em detrimento às situações, as emoções podem gerar momentos de tensão e descarga emocional, possibilitando ao indivíduo a perda do autocontrole e ações impensáveis (Bock; Furtado; Teixeira, 2018).

A sensação que eu tive foi pior do que quando meu pai morreu. Eu reagi muito melhor à morte do meu pai do que à institucionalização da minha mãe (Familiar 5).

Por se tratar de um momento extremamente delicado, as emoções como o medo, a angústia, a ansiedade e o processo de luto incidem as famílias quanto a incertezas do futuro e à dificuldade em aceitar a doença e o estado clínico atual da

pessoa idosa (Borghetti *et al.*, 2013), principalmente quando há a necessidade de chegar ao ponto da institucionalização.

Quanto à entrada da pessoa idosa em uma ILPI e a irreversibilidade da patologia, o pensamento do familiar com relação às preocupações sobre o futuro pode ser considerado ingênuo (Kempp, 2010). Para essa autora, a sensação do familiar, por vezes, é de um sentimento de que nada mais é possível ser feito e que ali será a sua última moradia. A falta de percepção do familiar é notória, pois não enxerga que, se permanecer em casa, de igual forma será a sua última moradia. Na verdade, é preciso pensar sobre o que pode ser oferecido a partir daquele momento enquanto encontra-se institucionalizado, para assim encontrar um novo caminho e uma nova solução. Por mais que o aconchego da casa onde foi criado, o apego dos pertences pessoais e o vínculo ao local seja um fato a se considerar na vida pessoal, é vital analisar o contexto do cuidado domiciliar e garantir o que será melhor para ambos, tanto para o cuidador quanto para a pessoa idosa.

Por isso que o papel do familiar e da ILPI, nesse momento, é significativo para a preservação da integridade, da autonomia e da privacidade da pessoa idosa. O chamar pelo nome, adequar os gostos, a realização de atividades conjuntas e de lazer e a presença da família deve-se continuar da mesma forma como em casa, garantindo a ILPI como extensão do cuidado.

A tentativa de não perder os valores citados são importantes à vida, uma vez que há vontades próprias de cada indivíduo. Em detrimento à pessoa idosa portadora de demência, é essencial apontar que não se trata de uma pessoa independente, mas alguém que necessita da ajuda do outro para fazer atividades básicas do cotidiano. Dessa forma, a dependência do cuidado potencializa a perda da dignidade e da autonomia, sendo esse fato decorrente antes mesmo da institucionalização, sobretudo de forma lenta e sutil. O familiar, então, perpetua para a saudade e o medo da nova etapa (Kempp, 2010).

Outro ponto expressado pelos familiares foram os sentimentos de solidão e de angústia, pois nunca tinham vivido algo similar. O primeiro dia marcou a vida dos entrevistados, que, apesar de saberem que precisavam de ajuda, ainda assim encontravam-se relutantes para deixar. A imaginação de como seriam os próximos dias sucedeu por medo da adaptação da pessoa idosa, de possíveis eventos indesejáveis, do tratamento ao novo residente e se teriam uma boa experiência.

Ademais, questionavam-se sobre o sentimento que iriam transmitir para a pessoa idosa mesmo que já estivessem com o cognitivo prejudicado, e sem lucidez. A sensação também remete ao passado, da obrigação de cuidar em casa, do cuidado até a morte e de como outros familiares reagiriam.

Horrível, horrível. Nós reunimos várias vezes para colocar ela. A gente chorou muito. No dia que deixa é um horror, entende? (Familiar 3)

Familiar 6: “Uma coisa que agonizava a gente era que ele era muito ligado à minha avó, então a gente tinha medo de sentir muito, dele pensar que estava sendo abandonado.”

O sentimento de culpa e a angústia é vigente pelo não oferecimento ou a interrupção do cuidado domiciliar, visto que não pôde oferecer maior tempo e cuidado a quem gerou a família (Kempp, 2010). Ainda, a culpa é carregada pelo não cumprimento patriarcal do cuidado em casa, pela ausência de tempo para dedicação exclusiva, pela falta de informação e o manejo para lidar com a pessoa idosa, principalmente ao portador de demência (Munhoz; Ravagni; Leite, 2008).

Um horror, quase morri de tantas lágrimas, uma sensação de abandono. Todo mundo se sentiu muito mal. Eu ia levando as coisas dele... Ele veio olhando pra mim sem entender nada... Nossa, foi péssimo! Não gosto nem de lembrar (Familiar 8).

Eu sou daquela família que você tem a obrigação de cuidar dos seus pais, da sua família. Eu tinha que ser criada de pai e mãe. Eu nunca imaginaria chegar nesse ponto (Familiar 11).

Roach (2003) também explica que o sentimento de angústia e culpa emerge devido ao quadro de demência, que diminui o funcionamento cognitivo e mental e, progressivamente, o declínio da memória. A partir do avanço da demência, a agitação psicomotora, a troca do dia pela noite, o não reconhecimento de alguns familiares aflige o familiar que não consegue lidar com o quadro atual. Nesse momento da institucionalização, o familiar responsável faz inúmeros questionamentos a si mesmo sobre a estadia, se será bem cuidado, se tudo o que foi dito pela ILPI será cumprido e, principalmente, se a pessoa idosa irá se adaptar.

Dessa forma, é função da ILPI garantir a segurança, o zelo, o cuidado e a integralidade da pessoa idosa. Para melhor estadia da pessoa idosa, a ILPI deve conhecer tudo que estiver relacionado à pessoa idosa, como o melhor horário para

alimentação, para acordar, o que gosta de comer, quais são as atividades atrativas, como gosta de se vestir, entre outros. Se a ILPI oferecer o que foi prometido e garantir a assistência ao residente, o familiar fortalecerá o laço de confiança com a instituição (Kempp, 2010).

Entretanto, com o passar do tempo e o período de adaptação ao desconhecido, o tempo permitiu ao residente a vivência no coletivo, o cuidado intermitente e a confiança na instituição, sendo notória a evolução, o tratamento, o respeito e, principalmente, o cuidado de forma adequada e segura. A melhora clínica foi o primeiro ponto avaliado pelos familiares, sendo visível a melhora motora no andar, no falar e no semblante da pessoa idosa.

Familiar 9: “Todo dia tinha notícia de como ela estava, e melhorou muito, estava muito bem cuidada. Fomos vendo o avanço e o cuidado deles. Ficamos aliviados e não tínhamos mais que lidar com questões burocráticas, como tratar de funcionários.

Familiar 15: “Com uma semana eu já via por fotos e vídeos que ele estava bem melhor. A melhora foi nítida. Com um mês na casa ele era outra pessoa. Se não tivéssemos colocado ele na casa, ele estaria morto.”

No caso da pesquisa, o período pós-institucionalização permitiu a desmitificação do preconceito existente nos familiares. Em uma pesquisa desenvolvida por Kempp (2010), mostrou-se que muitos responsáveis de pessoas idosas institucionalizadas mudaram a concepção após a instalação na casa, enxergando a melhora clínica do residente, o impacto positivo no ambiente compartilhado e a presença de profissionais qualificados para exercer o cuidado.

Ainda no mesmo estudo (Kempp, 2010), firma-se a importância da participação da família quanto a sugestões, participação do cuidado e a garantia da assistência com qualidade à pessoa idosa. Os familiares entrevistados viam mudanças na administração e melhoras na aparência da instituição, mas o que chamava atenção era a manutenção da qualidade do cuidado, enxergando como fortalecimento do vínculo afetivo e a humanização (Kempp, 2010).

Nessa perspectiva, a entrada na ILPI fez com que as pessoas idosas interagissem com grupos da mesma idade, intensificando o contato social com demais pessoas que não familiares, elaboração de atividades manuais como arte, pintura e mosaicos, jogos interativos, participação de festas e eventos comemorativos

elaborados pela instituição. Pelo fato de viverem, em muitas situações, confinados dentro de casa, os residentes desfrutavam das atividades institucionais, das visitas religiosas e do fortalecimento de vínculo com funcionários e demais residentes.

A casa tinha atividades diferentes, cuidadores o tempo todo... Assim, pessoas experientes e também disponíveis o tempo todo para os idosos e para os familiares (Familiar 6).

Minha mãe começou a conviver com outras pessoas, ela começou a socializar. Por mais que ela não gostasse muito, mas depois ela gostou. A gente percebia que ela estava gostando. Já podia voltar à minha rotina sem tanta preocupação (Familiar 10).

Foi um alívio pra todos. Meu irmão estava saturado. Eu fiquei responsável por ela, todos vieram a melhora. No início foi difícil, mas depois vimos que foi a melhor opção e podíamos ter feito antes (Familiar 7).

5.7 O ALÍVIO APÓS A INSTITUCIONALIZAÇÃO: A PARCERIA ENTRE A FAMÍLIA E OS PROFISSIONAIS DA ILPI

Foi exposto pelos integrantes da pesquisa o descanso e o tempo para cuidar de si após a institucionalização, dado que outrora era inviável. O retorno às atividades laborais, a maior atenção à família, a prática de exercícios físicos e a melhora da condição física e mental foram os eventos mais citados após a contratação do serviço. A ocasião era cercada de alívio e conseguiam descentralizar o cuidado de forma leve e tranquila, pois até os conflitos familiares para cuidar foram atenuados após o ingresso na ILPI.

Olha, me gera tranquilidade. É essa a palavra. Fiquei muito tranquila sabendo que ele é super bem cuidado. Agora tenho liberdade de ir e vir (Familiar 1).

Foi um alívio muito grande. Tínhamos muitos conflitos entre nós por conta do cuidado, depois que colocamos na casa tudo se resolveu. Acabou o conflito (Familiar 7).

Ela estando na casa, eu consigo ir pra academia, consigo sair, ver minha filha na escola, consigo ver outras pessoas... Eu vejo a casa como a melhor coisa do mundo... (Familiar 11)

A prática de atividades e exercícios físicos possibilita o lazer, o desestresse e a restauração da saúde em vigência das rotinas que a vida propõe ao ser humano (Silva

et al., 2010). Com a rotina intensa do cuidado, atividades de lazer eram inviáveis; e, com a descentralização do cuidado, o cuidar de si é possível e imprescindível para a manutenção da vida.

Entretanto, para a chegada do alívio e do verdadeiro descanso quanto ao cuidado, a confiança dos familiares precisou ser conquistada através do trabalho feito na casa de repouso. As famílias preocupadas com a estadia da pessoa idosa costumavam visitar todos os dias, solicitar fotos e vídeos diariamente, supervisionavam a forma de tratamento pelos funcionários, analisavam o sono, a alimentação, os cuidados com a pele, o acolhimento na visita e a adaptação ao local. A casa de repouso precisou intensificar a parceria para que a confiança acontecesse, mostrando compromisso e segurança do trabalho ofertado.

Eu precisava ficar atenta a tudo. Eu nunca transferi para a casa de repouso 100% da responsabilidade em relação a ela. Eu tinha a casa como uma parceira de cuidados, que pra mim já é muita coisa. Então, eu nunca, aspas, 'joguei minha mãe e larguei', do tipo a casa se vira, porque eu acho que as casas não são pra isso (Familiar 5).

Era uma responsabilidade muito grande, pois ficávamos vigiando tudo. Depois com o tempo isso foi mudando (Familiar 8).

A relação de confiança e o envolvimento da família e da ILPI garantem a minimização dos sentimentos negativos, das indecisões e da angústia que atingem as famílias e a pessoa idosa. A instituição, por sua vez, tem a oportunidade de conhecer o contexto familiar e promover uma assistência e acolhimento que contribuem para ambos (Perlini; Leite; Furini, 2007).

Para Pollo e Assis (2008) os questionamentos e os receios surgem tanto das famílias quanto do novo residente, tendo a ILPI o importante papel de garantir a melhor estadia, a melhor experiência e um acompanhamento minucioso do processo de institucionalização. Dessa forma, a família exprime o sentimento de satisfação e reconhecimento do serviço oferecido.

A casa deu uma segurança maior pra gente. Todo dia tinha notícia de como estava e melhorou muito, estava muito bem cuidada. Fomos vendo o avanço e o cuidado deles com ela e com todos os outros que moravam lá (Familiar 9).

O medo foi o sentimento que mais aflorou em alguns familiares. Sentiam-se obrigados a vigiar pelas câmeras da instituição dia e noite para avaliar o tratamento com o familiar e ganhar a confiança. Por outro lado, havia uma cobrança dos outros familiares que não apoiavam a estadia da pessoa idosa no local, como também não contribuía com o cuidado, havendo uma sobrecarga ao familiar responsável para observar e analisar o cuidado a ser realizado.

A cobrança, na verdade, se dava em virtude de outros familiares que não contribuía com o cuidado em casa e, de igual modo, não contribuía com mínimas ajudas à institucionalização, como compras de materiais de higiene, medicamentos, roupas etc.

A casa tinha câmeras, então eu podia olhar e ver onde ele estava, se estava bem cuidado... Fui vendo que o tratamento era muito bom e fiquei mais tranquila (Familiar 3).

É pesado, não é fácil ter uma pessoa em uma casa de repouso. Tudo fica nas costas de quem colocou. Qualquer coisa que acontece, qualquer coisa diferente, já pergunta por que eu não vi, por que eu não acompanhei... Então, assim, é tudo em cima de você, você tem que estar o tempo todo lá (Familiar 12).

É muita responsabilidade, eu via tudo o que estava faltando e levava quando possível, mas me passava tranquilidade porque todos que a visitavam falavam que ela estava bem cuidada. Mas eu ficava em cima o tempo todo (Familiar 13).

A tranquilidade expressada pelos familiares só chegou após a verificação do tratamento, a gestão do cuidado, a visualização notória da melhora clínica e do bem-estar da pessoa idosa. A parceria também só foi efetivada pela transparência no cuidado, pois os relatos dos acontecimentos diários e semanais, dos eventos adversos e dos incidentes também foram indispensáveis para a permanência do novo residente. Os familiares criaram e fortaleceram os vínculos em virtude da seriedade e da gestão do local. Outro ponto é sobre os laços de amizade e companheirismo com os funcionários, residentes e demais familiares, evento o qual intensificou ainda mais a permanência da família na casa de repouso.

Depois que passa esse período, você fica assim, tranquilo, em paz. Primeiro foi o vazio, depois gratidão. Gratidão por poder pagar um lugar digno para ele ficar (Familiar 2).

Era uma responsabilidade muito grande, mas ao mesmo tempo foi um alívio. Foi um momento extremamente difícil, mas a casa de repouso prestou uma assistência incrível até nesse momento (Familiar 6).

Eu tinha muita responsabilidade e levava tudo que estava faltando, mas me passava tranquilidade porque todos que a visitavam falavam que ela estava bem cuidada (Familiar 13).

O cuidado na ILPI é capaz de fornecer assistência específica à população idosa com equipe treinada e capacitada, além de possuir um ambiente propício ao convívio diário para esse grupo, sendo alternativa de cuidado no envelhecimento (Brasil, 2021).

Entretanto, prover o cuidado é complexo e árduo, uma vez que a superação de preconceitos e o desafio da família para deixar a pessoa idosa em uma ILPI é uma luta diária (Souza; Turino; Andrade, 2024). Segundo esses autores, o familiar busca oferecer à pessoa idosa um cuidado digno, enfrentando barreiras com demais familiares e preconceitos que, por insegurança, acompanham o desenvolvimento da pessoa idosa na ILPI para avaliar o cuidado. Nesse contexto, a ILPI qualificada, que cuida da pessoa idosa com responsabilidade, conhecimento e que está dentro das normas da vigilância sanitária e do Ministério Público, tem mais chances de fornecer um cuidado seguro e com qualidade.

5.8 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO: A LUTA E A RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA NO CUIDADO

Como último tópico, avalia-se que a institucionalização é um processo contínuo, árduo, desafiador e com experiência individual. O trabalho da instituição requer um cuidado desde a entrada até a saída da pessoa idosa.

Sobre a saída da instituição, o evento pode acontecer por alguns motivos, como por opção do residente, opção do familiar ou o óbito do indivíduo. No entanto, como parte desse processo, a pessoa idosa pode ficar na instituição até a hora de sua morte, mudar de instituição por mais de uma vez por algum motivo pessoal ou familiar ou retornar para casa.

Dos 15 entrevistados, 11 estavam satisfeitos com o serviço, quatro precisaram mudar de instituição, tendo, uma, passado por três instituições, em que não teve uma boa experiência.

Os 11 familiares que tiveram ótimos resultados na ILPI referiram melhora do estado clínico da pessoa idosa, maior interação social com outras pessoas, cuidados mais precisos e específicos sendo realizados, criação de laços e confiança com a instituição, melhor acompanhamento clínico com profissionais capacitados e, ao longo do tempo, afirmaram se sentir aliviados com a decisão.

Em contrapartida, quatro familiares precisaram mudar de instituição por motivos diversos. Uma entrevistada disse que a localização da ILPI foi o ponto principal que interferiu na permanência, haja vista que a logística dificultava para visitas rotineiras, entrega de materiais solicitados e locomoção em casos de urgência.

Eu coloquei em Jacaraípe porque eu já conhecia o trabalho lá. Ela estava super bem, a casa era muito boa, mas procurei outro lugar porque ficava muito longe e gastava quase uma hora pra chegar. Quando transferi pra Vitória, tudo ficou mais fácil porque era perto da minha casa e do meu trabalho (Familiar 4).

Nota-se que o local escolhido deve ser de fácil acesso para que a estabilidade, o acolhimento e as visitas familiares sejam mantidas. Em detrimento à rotina corriqueira, é preciso manter o vínculo familiar fortalecido com visitas e acompanhamento do familiar (Perlini; Leite; Furini, 2007). Se o local for distante, dificultará à família as visitas de rotina, a entrega de materiais e mantimentos e o acesso em casos de urgência.

Outro exemplo citado foi de uma sobrinha que não enxergava melhora física ou cognitiva da pessoa idosa. Além do mais, não se adaptou às normas, às rotinas e ao serviço prestado. A falta de monitoramento e a reclamação da própria residente foram eventos alarmantes para procurar outra ILPI.

Ela reclamava muito. Apesar de sempre reclamar mesmo em casa, eu via que era demais. Outro ponto é que eu precisava marcar horário pra visitar, nesse de agora posso visitar a qualquer hora. Nessa casa também tinha monitoramento por câmeras, então fiquei mais segura. Na outra não tinha (Familiar 3).

A não adaptação da pessoa idosa acontece por diversos fatores. A mudança no cotidiano e a convivência com os demais residentes são as principais causas encontradas. De igual modo, as relações familiares, a nova rotina e a convivência com as diferenças podem implicar na estadia da pessoa idosa (Zimmerman, 2021). As

diferentes formas de trabalho são avaliadas pela família que opta ou não pela continuação com o serviço.

Carvalho e Dias (2011) afirmam que a adaptação de pessoas idosas dependentes é melhor do que as não dependentes, pois não conseguem mais cuidar de si. Já as pessoas idosas independentes possuem mais resistência com a nova moradia, cabendo à ILPI o papel de desenvolver ações que promovam a melhor estadia e garantir uma boa convivência na instituição.

Uma outra familiar referiu que a pessoa idosa não tinha melhora clínica, aparentava usar medicações psicotrópicas além do necessário, não observavam um bom atendimento pelos funcionários, e a família se sentia incomodada durante as visitas. Foi necessário colocar em outro estado, no caso no Espírito Santo, para que a família pudesse acompanhar de perto a pessoa idosa.

Ele ficou numa casa no Rio de Janeiro e todas as visitas eram ruins, ele estava meio que drogado, muito lesado, então trouxemos ele pro Espírito Santo. Tivemos medo de colocá-lo novamente em uma casa, mas deu certo, a casa tinha várias atividades, o lugar era bem bacana, foi uma experiência muito positiva (Familiar 6).

O uso indevido e excessivo de medicamentos pode interferir diretamente na saúde no indivíduo, potencializando a efeitos colaterais diversos e interações medicamentosas graves. Pessoas idosas são mais vulneráveis a efeitos colaterais, uma vez que usam mais medicações que outros grupos etários (Couto, 2004; Fick *et al.*, 2003).

Em todos os casos citados, após a troca da instituição, a família se adaptou ao local, bem como as pessoas idosas apresentaram melhora no quadro clínico, na estadia e no tratamento ofertado pela ILPI segundo os familiares.

Nesse segmento, uma das participantes não teve uma boa experiência mesmo após a mudança do local. A familiar informou que fez uma busca minuciosa e cautelosa. O ambiente que escolheu foi super atrativo, a casa muito bem equipada e caprichosa, segundo a filha. Durante a permanência da mãe na instituição, os funcionários a trataram de forma ríspida e agressiva durante a madrugada, sendo possível acompanhar nas câmeras da instituição. A filha relatou a ocorrência aos donos, que imediatamente tomaram as devidas providências com os funcionários e

solicitaram desculpas pelo evento ocorrido. Pela ocorrência, a participante optou por retirar a mãe dessa ILPI.

Era por volta de meia-noite e eu abri as câmeras e vi que minha mãe estava na sala sentada em uma poltrona. Comecei a ver que minha mãe estava agitada e eles não conseguiram fazer a gestão da inquietude da minha mãe. Era uma idosa que estava ainda em processo de adaptação ao local. Era nítida a expressão corporal no rosto das funcionárias. Esperei amanhecer e fui à casa de repouso para tirar a minha mãe. Eu só mostrei as imagens. Eu não tinha energia pra falar, só disse que queria tirar. Não tinha energia pra brigar, pra discutir, pra nada, nada. Foi deprimente, me senti culpada (Familiar 5).

Nos casos de violência, o Estatuto da pessoa idosa diz:

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra pessoas idosas serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

I – autoridade policial; II – Ministério Público; III – Conselho Municipal da Pessoa Idosa; IV – Conselho Estadual da Pessoa Idosa; V – Conselho Nacional da Pessoa Idosa.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra a pessoa idosa a qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (Espírito Santo, 2022).

Também no Estatuto da Pessoa Idosa sobre violência:

Art. 46. A política de atendimento à pessoa idosa far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 47. São linhas de ação da política de atendimento:

I – políticas sociais básicas; II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem; III – serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão (Espírito Santo, 2022).

Para contextualização, Sousa e colaboradores (2010) apontam alguns tipos de violência contra a pessoa idosa, como: (1) agressão física, a qual utiliza força física para obrigar pessoas idosas a fazerem algo, resultando em ferimentos, agressões, provocando dor ou morte; (2) agressão psicológica com provocações verbais ou gestuais, com o propósito de humilhar, assustar e restringir a liberdade; (3) abuso sexual, com ato sexual de caráter homo ou heterorrelacional com propósito de excitação e práticas eróticas através de aliciamento, ameaças ou violência física; (4)

negligência, que é a recusa ou omissão de cuidados e pode estar relacionada aos outros abusos citados; e (5) abandono, que é a ausência de responsáveis governamentais, institucionais ou de familiares para a prestação de socorro.

Mesmo com o amparo das leis, ainda são notórios os relatos de violência e agressão contra a pessoa idosa. Nesse caso, é crucial o boletim de ocorrência para apuração e averiguação do caso para que, de forma segura, as pessoas idosas possam seguir o envelhecimento. No caso da ILPI, o registro de agressão precisa ser feito, e as autoridades precisam intervir a ponto de atenuar os casos de violência e, conseqüentemente, melhorar o serviço prestado à população.

Como única opção de cuidado naquele momento, buscou outra ILPI para que pudesse deixar sua mãe. Dessa vez, com ainda mais cautela e um olhar específico no tratamento e no cuidado aos habitantes da casa. Sobretudo, após a colocação em outra instituição, durante uma saída para aplicação de vacina, a pessoa idosa referiu que estava sendo agredida. Por esse motivo, a filha retirou a roupa da mãe e observou sinais de trauma pelo corpo, feridas e assaduras na região íntima, sendo necessária a ida à delegacia e realização do exame de corpo de delito, registrando denúncia do local ao Ministério Público por maus-tratos.

Como ela tem Alzheimer, muitas vezes é o engano de quem cuida do paciente. Acha que ele não conta, mas ele conta. Ele vai mudar de alguma maneira, vai ficar agressivo, ou vai falar que tem algo acontecendo, sabe. Quando eu tirei a roupa da minha mãe, a região íntima dela estava toda, toda, toda encanizada. A frente, em baixo, atrás... Além disso, estava cheia de roxos nas pernas. Eu tirei as fotos e outro dia levei minha mãe na delegacia. A casa não me deu nenhum suporte, até hoje não me retornaram para sequer pedir desculpas (Familiar 5).

A fim de entender o surgimento das feridas e assaduras na região genital, nota-se que a pele é o órgão mais extenso do corpo humano e representa um mecanismo de defesa a agressões, sujidades e traumas físicos, e age também como regulador térmico (Harris, 2003).

A pele é dividida em epiderme – camada externa que é responsável pela proteção e atua como barreira física e química; derme – que oferece nutrição à epiderme e contribui para sustentar, fortalecer e manter a elasticidade da pele; e tecido subcutâneo – composto por gordura e função principal de isolamento, amortecimento e proteção contra danos (Maranduca *et al.*, 2019).

No contexto do envelhecimento, o tecido epitelial sofre modificações por fatores fisiológicos, doenças crônicas, aspectos nutricionais e medicações que, com o tempo, permitem que a pessoa idosa esteja mais propensa a desenvolver feridas e lesões de pele (Harris, 2003). A pessoa idosa passa a ter uma pele mais frágil, seca, rígida e rugosa que, gradativamente, perde a elasticidade e a capacidade de atuar contra fatores extrínsecos, diminuindo a espessura da epiderme e derme (Resende; Bachion; Araújo, 2006).

Dessa forma, as lesões na pele podem ser ocasionadas por diversas causas, como o caso da dermatite associada à incontinência, que é frequente em pessoas idosas, possuindo origem pela exposição da pele à umidade de eliminações vesicais e intestinais. Além disso, a irritação das eliminações por erupção da fralda e a falta de higiene íntima adequada também são eventos que perpetuam as lesões de pele relacionadas à umidade (Beeckman *et al.*, 2015).

Como explicado por Domansky (2014), a dermatite associada à incontinência desencadeia uma lesão inflamatória na pele que ocorre, indevidamente, pelo contato prolongado da pele perianal, perineal e perigenital com fezes e urina, irritando o tecido cutâneo. Dessa forma, a irritação cutânea gera uma resposta inflamatória pela hiperidratação da pele que, sequencialmente, resulta em sua ruptura. No aspecto fisiológico, a amônia presente na urina aumenta o pH da pele que induz a irritação e incrustações que se acumulam, permitindo a ruptura da pele e incidindo à dermatite, apresentando maceração e escoriação gradativamente (Potter; Lisboa, 2013).

O evento propicia à pessoa idosa dor, desconforto, prurido intenso e queimação, além de prejudicar diretamente a qualidade de vida. O uso de fraldas prolongado e sem a troca e higiene adequada piora a lesão, agride a pessoa idosa e pré-dispõe a infecções e internações hospitalares (Rosa *et al.*, 2013). Como forma de atenuar os casos incidentes, é preciso investir em prevenção e adequar os cuidados de higiene, a troca de fraldas sempre que necessário e, quando viável, o uso de cremes barreiras para evitar o contato com a pele (Strehlow; Fortes; Amarante, 2018).

A atuação do responsável técnico é de extrema importância, principalmente quando o profissional é enfermeiro, para a prevenção e o treinamento da equipe para o cuidado correto. A supervisão do serviço e a determinação de trocas de fraldas, bem como a higiene íntima, deve ser rigorosa para que eventos adversos não aconteçam. É imprescindível que haja na ILPI pela equipe de cuidadores a sensibilidade e horários

para troca de fralda e higiene íntima quando necessário. Contudo, na terceira e última instituição que permaneceu, a mãe precisou ser internada por repetidas vezes devido a infecção urinária por bexiga neurogênica. A casa de repouso não deu a assistência devida e os cuidados necessários à patologia. Os donos do estabelecimento não eram profissionais de saúde, o que dificultava a avaliação clínica e o manejo técnico com os sinais e sintomas da doença.

A minha mãe amava a casa. A casa não tinha cara de casa de repouso. Eu só tirei de lá porque a casa era recém-inaugurada e os donos não tinham nenhuma experiência com casa de repouso. Minha mãe estava na fase de infecção e eles não conseguiam identificar os sinais e sintomas. Minha mãe saiu de lá duas vezes bem rebaixada. Na terceira internação, minha mãe ficou três dias sem comer e ninguém notou (Familiar 5).

No caso das infecções do trato urinário, as pessoas idosas são as mais afetadas e possuem maiores fatores de risco. Os processos infecciosos também podem ser frequentes nesse grupo por sofrer alterações do envelhecimento, como modificações fisiológicas, bioquímicas, psicológicas e funcionais que diminuem a capacidade homeostática do organismo (Theodoro *et al.*, 2023).

Como forma de prevenção, deve-se estimular a ingestão hídrica, atentar quanto à utilização de medicamentos que predisõem à infecção, estimular micções para o não acúmulo da urina, realizar adequadamente a higiene íntima e promover trocas de fraldas frequentes e sempre que necessárias (Corrêa; Montalvão, 2010). No caso exposto, nota-se a importância de profissionais capacitados e treinados para exercer o cuidado com segurança e qualidade. A equipe de cuidados desempenha um papel importante na assistência, prevenção, promoção e intervenção de problemas envolvendo a saúde da pessoa idosa. Com a dificuldade do autocuidado, a probabilidade de desenvolver infecções do trato urinário se não tiver os devidos cuidados é alta e pode ser fatal (Fumincelli *et al.*, 2011).

Pela má experiência, atualmente ela realiza o cuidado domiciliar de sua mãe com ajuda de cuidadores terceirizados. Embora a experiência trágica seja capaz de destruir completamente o verdadeiro estigma de uma casa de repouso, a entrevistada enaltece a importância das instituições como forma de cuidado. Pelos eventos, a insegurança, o medo e a dependência emocional tomaram conta de tal forma que optou por não colocar novamente.

Eu entendo e defendo as instituições como forma de auxiliar no cuidado. A casa deve ser um suporte e ajudar a cuidar, mas eu sou a responsável por ela. Com esses fatos eu cansei, pra mim já tinha sido difícil institucionalizar, então fiquei muito insegura. Cuido agora dela em casa com um outro pensamento, também olhando pra mim (Familiar 5).

Por fim, a integrante da pesquisa enaltece que é imprescindível fiscalizar as instituições, uma vez que o Ministério Público e a Vigilância Sanitária têm todo amparo para entrar nos locais e fazer vistorias periódicas. Firma-se que as famílias precisam acompanhar, averiguar, se aproximar das ILPI e denunciar, quando necessário, os serviços para melhorias, gestão de qualidade e segurança da pessoa idosa e do familiar.

As famílias não podem deixar de acompanhar os cuidados. As famílias não podem deixar de denunciar quando há coisas erradas. Então, isso só colabora para a prestação dos serviços, seja de qualidade ou outro, vai ser bom pra todo mundo. Todo mundo ganha, a instituição, a família e o idoso (Familiar 5).

Mediante ao supracitado, a adaptação do local para a família e para a pessoa idosa dependerá do tratamento, da transparência do cuidado e das características da ILPI, que influenciam diretamente no alívio e no descanso do familiar, sendo a confiança um laço difícil de ser conquistado. Deve haver pelo familiar a avaliação da instituição quanto às normas e licenças sanitárias, o serviço ofertado de forma coerente, a análise da permanência do residente e o olhar holístico ao local. A partir do momento em que os familiares vão acompanhando a evolução e o comportamento da pessoa idosa e veem bons resultados, começam a cuidar de si, e o sentimento de alívio surge após a luta para a oferta do cuidado. Depositam um voto de confiança no local após avaliarem a seriedade, o compromisso e o vínculo, tendo a ILPI como um parceiro no cuidado.

Por mais que a instituição trabalhe em prol do cuidado da pessoa idosa, é necessário mostrar e transparecer ao familiar as ocorrências, os eventos adversos e tudo que envolva o cuidado. A integração e o fortalecimento do vínculo familiar precisam acontecer, supondo que, apesar do preconceito enraizado no mundo hodierno, as casas de repouso para muitos familiares funcionam como um refúgio e, não obstante, como a melhor opção de cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecer é dinâmico, progressivo, natural e inevitável. Apesar de ocorrer com todas as pessoas e de forma coletiva, o envelhecimento é individual e imprevisível, não podendo prever como envelhecer e quem irá cuidar.

Com o aumento da população idosa no Brasil e no mundo, nota-se o aumento das doenças crônicas e degenerativas, evidenciando o aumento de demências que levam ao esquecimento, à falta de autonomia, à perda da mobilidade, às alterações de humor e ao descontrole de si. Esses eventos justificam a real necessidade de cuidado, apoio e atenção integral ao indivíduo.

A mulher, protagonista do cuidado domiciliar, sobrecarrega-se por precisar trabalhar para sobreviver, cuidar das tarefas domésticas, cuidar dos filhos e, ainda, cuidar de uma pessoa idosa que, por vezes, precisa de cuidado ininterrupto.

A assistência integral à pessoa idosa diz respeito a cuidados vitais para a manutenção da vida, como banho, alimentação, higiene oral e corporal e cuidados com a pele. Para tal, é necessário também administrar o cuidado realizando compras de medicamentos e mantimentos, acompanhamento em consultas, limpeza do domicílio, lavagem de roupas, preparação de refeições, arrumação dos cômodos e tarefas pessoais.

Frente ao exposto, a pesquisa evidencia uma árdua tarefa para uma única pessoa, pois, além de todas as atividades, ainda existe a vida pessoal dos cuidadores, que nem em todos os casos pode ser interrompida. Mesmo quando há familiares para o revezamento do cuidado, a divisão é injusta e muitos se esquivam para cuidar, restando, majoritariamente, para uma única pessoa – a mulher.

Em virtude da necessidade, a mulher não enxerga saída e realiza o cuidado, por vezes sozinha, de forma cansativa e dificultosa. A depender do estado clínico da pessoa idosa, é possível ir administrando e se adequando à nova rotina, que nunca é feita com preparo físico ou mental. É notável que não há preparo para o envelhecimento e, principalmente, alguém disponível para cuidar do familiar idoso, ainda mais quando o envelhecimento está atrelado à demência.

À medida em que o envelhecimento avança, o esquecimento e o agravamento da demência surgem de forma progressiva, demandando do familiar mais atenção e tempo para cuidar. A adaptação do local precisa ser feita, pois possibilita perigo à

pessoa idosa com objetos perfurocortantes, fogão, piso escorregadio, apoio para deambular e altíssimo risco de queda que induz ao trauma e, não incomum, ao óbito.

Com a modernização e o capitalismo, a mulher busca aprimoramento profissional e a garantia de um recurso para contribuir com as despesas da casa, quando não precisa sustentar o lar. Como forma de buscar ajuda, tenta colocar em casa cuidadores para realizar o cuidado e ter o mínimo de tempo para si. Entretanto, mesmo que terceirizados, a vigilância, o monitoramento e a garantia do cuidado ainda estão sob sua responsabilidade, e precisa averiguar o serviço prestado, além de continuar administrando a casa para que não falte o cuidar.

Avalia-se também a condição dos lares. A construção de moradias pequenas e a falta de infraestrutura adequada para realizar o cuidado também se torna um desafio. A partir do momento em que é preciso mais cuidadores para oferecer assistência, a residência se torna um verdadeiro caos com o alto fluxo e rodízio de pessoas.

O ponto insuportável do cuidado chega quando não se enxerga mais solução e o familiar se vê sozinho, sem forças para continuar e prosseguir com o cuidado domiciliar. A partir disso, inicia-se o pensamento sobre a alternativa de cuidar em outro local, pois a prática, o manejo correto e o tempo disponível são vitais para seguir a assistência domiciliar.

A procura por uma ILPI, geralmente, é feita por indicações e busca pelas que estão próximas à residência. É feita com sentimento de abandono, de culpa e de pesar, pois não era a vontade do familiar institucionalizar, mas, diante do que tem vivido em casa, não encontra outra solução.

Em geral, a escolha é minuciosa e acontece com a ajuda de algum amigo ou outro familiar que acompanha o processo do cuidado. Para a escolha, o ponto principal é o aspecto financeiro, pois, mesmo que queira o melhor para a pessoa idosa, nem sempre é possível arcar com o valor, devido ao despreparo e à falta de recurso no envelhecimento.

Como quesito importante, além do financeiro, o acolhimento da instituição ao familiar é crucial, tendo em vista que o momento é delicado, sensível e carregado de culpa. A sensação de abandono é notória na face dos familiares, por isso a importância do papel da ILPI em acolher e mostrar todo o trabalho que será realizado no decorrer do tempo.

A ILPI tem o papel de garantir, nos seus princípios e valores, a extensão do cuidado, para que o familiar participe da assistência de forma indireta e contribua para a estadia da pessoa idosa. Não obstante, a casa de repouso precisa garantir a promoção da saúde e a manutenção da qualidade de vida, visto que o familiar busca um cuidado integral e digno do envelhecimento.

A entrada da pessoa idosa na ILPI é um processo difícil e visto pelos familiares como o pior dia de suas vidas. A instituição, portanto, precisa permitir e incentivar a participação do familiar para contribuir com o cuidado, pois querem que a experiência tenha bons resultados e passe tranquilidade ao responsável pela pessoa idosa.

A confiança na instituição é permitida com o decorrer do tempo, pela vivência do familiar, pela melhora clínica e pelo próprio relato do residente. O ambiente acolhedor e a promoção de atividades com cuidados de qualidade facilitam a permanência na instituição e, aos poucos, transparecem ao familiar como uma boa decisão.

Vale lembrar que nem sempre a experiência é eficaz. Os episódios de maus-tratos e eventos adversos podem acontecer por profissionais desqualificados e pela falta de uma gerência participativa e intervencionista. Os gestores das ILPI precisam averiguar, analisar e monitorar os funcionários que atuam diretamente no cuidado para garantir a segurança, o conforto e a tranquilidade dos residentes e de seus responsáveis.

As ILPI, antigamente chamadas de “asilos”, não são ou não podem ser um abandono ou um depósito de pessoas idosas. A ILPI é uma extensão do cuidado domiciliar que, por vezes, é inviável pela falta de mão de obra e ausência de infraestrutura adequada.

Quanto ao aspecto financeiro, o valor da aposentadoria da pessoa idosa, por vezes, não corresponde ao valor necessário para que tenha todas as suas necessidades supridas. A depender do estado clínico, o custo da compra de suprimentos, remédios, materiais de curativos, fraldas geriátricas e alimentação pode ser longo, duradouro e caro.

Há também poucas vagas para instituições públicas que podem garantir a moradia para pessoas idosas que não podem arcar com o valor total de uma ILPI. A manutenção e a fiscalização precisam acontecer de forma rigorosa para que todas as instituições ofereçam um serviço digno para o envelhecimento saudável.

A fim de vencer o preconceito sobre a estrutura dos chamados “asilos”, que remete a hostilidade, abandono e solidão, muitas ILPI mostram-se disponíveis para trabalhar com seriedade em prol da saúde da pessoa idosa. Mesmo após o ingresso da pessoa idosa na ILPI e o alívio do familiar com o retorno de suas atividades laborais, os familiares sofrem com o preconceito e falas desnecessárias de pessoas que sequer contribuam para o cuidado e nunca ofereceram ajuda.

Portanto, é fulcral que o Ministério Público, os órgãos fiscalizadores, o Conselho Municipal da Pessoa Idosa e o Estado olhem para as ILPI e atuem com vigor em prol da qualidade de vida dentro das instituições, uma vez que a população idosa é a que mais cresce no Brasil e no mundo. Concomitantemente, as ILPI estão em crescimento e precisam oferecer um serviço seguro e com qualidade para a pessoa idosa e seus familiares.

REFERÊNCIAS

ACUNÃ, M. R.; DOREN, F. M.; ROMERO, S. C.; ROJAS, C. A. Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer. **Gerokomos**, v. 29, n. 2, 2018, p. 54–58. .

ALCANTARA, A.O. **Velhos institucionalizados e familia**: entre abafos e desabafos. Dissertação [mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2003. DOI 10.47749/T/UNICAMP.2003.290100

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, ago. 2007, p. 1924–1930. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000800019.

ALVES-SILVA, J. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, 2013, p. 820–830. DOI: 10.1590/S0102-79722013000400023.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. 2018 Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimer's Association. 2018 Alzheimer's Disease Facts and Figures. **Alzheimers Dement** vol.14, n. 3, 2018, p. 367-429.

AMADOR-MARÍN, B.; GUERRA-MARTÍN, M. D. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. **Gaceta Sanitaria**, v. 31, n. 2, mar. 2017, p. 154–160. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.09.006.

ARAÚJO, C.L.O.; NICOLI, J.S. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. **Kairós Gerontologia**. v. 13, n. 1, 2011. DOI: 10.23925/2176-901X.2010v13i1p%25p

ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, set. 2007, p. 378–385. DOI: 10.1590/S0080-62342007000300006.

ARRUDA, M. C.; ALVAREZ, Â. M.; GONÇALVES, L. H. T. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 3, 6 mar. 2009, p. 339–345. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v7i3.6505.

AVELINO, M.S.C.; ARAÚJO, S.M.M.P.; TERTULIANO, C.V.M.; MACHADO, A.K.C. **Adaptações em residências para idosos: necessidade de preparo e discussão.** Campina Grande: Realize, 2015.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC, IMS-UERJ, ABRASCO, 2011.

AZEVEDO, Paula Schimidt; PEREIRA, Felipe Welson Leal; PAIVA, Sergio AR. Água, hidratação e saúde. **Sociedade brasileira de alimentação e nutrição**, 2016, p. 6-14.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). **REMEA**, v. 27, 2011. DOI: 10.14295/remea.v27i0.3193

BAPTISTA, B.O.; BEUTER, M.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; BRONDANI, C.M.; BUDÓ, M.L.D.; SANTOS, N.O. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, mar. 2012, p. 147–156. DOI: 10.1590/S1983-14472012000100020.

BARBOSA, E.S.; ARAUJO, E.P. Edifícios e habitações sociais humanizados para idosos. **Universitas: Arquitetura e Comunicação Social**, v. 11, n. 2, 3 dez. 2014. DOI 10.5102/uc.v11i2.2559.

BARCELOS, B.J.; HORTA, N.C.; FERREIRA, Q.N.; SOUZA, M.C.M.R.; MATTIOLI, C.D.P.; MARCELINO, K.G.S. Dimensions assigned to Long Term Care Facilities by managers and health professionals: interfaces and contradictions. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 1, fev. 2018, p. 16–23. DOI: 10.1590/1981-22562018021.170082

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.

BARLOW, D. **Psicopatologia: uma abordagem integrada - Tradução da 8ª edição.** 3. ed. São Paulo, SP: Cengage Learning, 2022.

BARROS, K.R.D. **Subjetividades de alguns velhos institucionalizados, regidos pela normatização.** Dissertação [mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2021.

BEECKMAN, D.; CAMPBELL, J.; CAMPBELL, K.; CHIMENTÃO, D.; COYER, F.; DOMANSKY, R. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. **Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward.** Wounds International. 2015. Disponível em: <http://www.woundsinternational.com/media/other-resources/_/1154/files/iad_web.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2024.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Rev. esc. enferm. USP* v. 45, n. 4, 2011, p. 869–75. DOI: 10.1590/S0080-62342011000400011

AREOSA, S.V.C.; HENZ, L.F.; LAWISCH, D.; AREOSA, R.C. Take care of oneself and other: study of elderly caregivers. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 15, n. 2, jul. 2014. DOI 10.15309/14psd150212

BUTLER, R.N. Combating ageism. **International Psychogeriatrics**, v. 21, n. 2, abr. 2009, p. 211. DOI: 10.1017/S104161020800731X

DEON, R.; GOLDIM, J. Capacidade para tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento** v. 21, n. 1, 2016, p. 123–33. DOI: 10.22456/2316-2171.54047

GRATAO, A.C.M.; VENDRÚSCOLO, T.R.P.; TALMELLI, L.F.S.; FIGUEIREDO, L.C.; SANTOS, J.L.F.; RODRIGUES, R.A.P. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 2, jun. 2012, p. 304–312. DOI: 10.1590/S0104-07072012000200007

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2022**: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. 2023. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações**: CBO, 2016. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/saibaMais.jsf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, v. 20, n. 2, 25 dez. 2015, p. 27. DOI: 10.5433/2176-6665.2015v20n2p27

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias**. São Paulo: Saraiva Uni, 2018.

BOHM, V.; CARLOS, S. A. Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação. **Kairós Gerontologia**. v. 13, n. 1, p. 211–220, 2011. DOI: 10.23925/2176-901X.2010v13i1p%25p.

BOIS, J.-P. De la vieillesse en communauté à la vieillesse en collectivité: **Gérontologie et société**, v. 18, n 73, n. 2, 1 out. 1995, p. 7–15. DOI: 10.3917/gs.073.0007.

BOONKHAO, L.; PUANGJAN, K.; OUENGPRASERT, I.; LAOSUPAP, K.; BOOTSORN, A.; JUNSIRI, S.; THONGDAMRONGTHAM, S.; CHAIKHAN, S.; PRAMAYA, P.; RATTANACHAIKUNSOPON, P. Home Environmental Factors Associated with Falls Among Elderly in Ubon Ratchathani, Thailand. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, vol. 17, mar. 2024, p. 1363–1373. DOI: 10.2147/JMDH.S456128.

BORGHI, A. C.; CASTRO, V. C.; MARCON, S. S.; CARREIRA, L. Overload of families taking care of elderly people with Alzheimer's Disease: a comparative study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, jul. 2013, p. 876–883. DOI: 10.1590/S0104-11692013000400007.

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

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1.131-1.141.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRAGA, C.; KOIKE, M. K.; SAAD, K. R.; PITANGA, F. Idoso institucionalizado: sentimentos dos familiares em relação a institucionalização. **International Journal of Health Management Review**, v. 5, n. 1, 2019. DOI: 10.37497/ijhmreview.v5i1.153

BRASIL. **Estatuto da Pessoa Idosa**. Brasília: Casa Civil, 2022. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>.

BRASIL. Casa Civil. **LEI nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. seç. 1. Brasília: Casa Civil, 2003.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. out. 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 2 mar. 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de lei N.º 3.646-A**, Brasília: Câmara dos Deputados, 2019.

BRASIL. **Guia de cuidados para a pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO**. Brasília: Ministério do Trabalho, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC Nº 502**, de 27 de maio de 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento E Saúde Da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **Informações consolidadas sobre o módulo disque idoso do disque 100 direitos humanos**. Brasília: SDH, 2013.

BRIGOLA, A. G.; LUCHESI, B. M.; ROSSETTI, E. S.; MIOSHI, E.; INOUE, K.; PAVARINI, S. C. I. Health profile of family caregivers of the elderly and its association with variables of care: a rural study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, maio 2017, p. 409–420. DOI: 10.1590/1981-22562017020.160202.

BULLA, L. C.; MEDIONDO, M. S. Z. Velhice, Dependência e Vida Cotidiana Institucional. In: CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. (orgs.). **Idoso Asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: Edipucrs, 2004, p. 87–107.

BURNS, E. R.; STEVENS, J. A.; LEE, R. The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults — United States. **Journal of Safety Research**, v. 58, set. 2016, p. 99–103. DOI: 10.1016/j.jsr.2016.05.001.

CACHIONI, M.; LIMA-SILVA, T. B.; ORDONEZ, T. N.; GALO-TIAGO, J.; ALVES, A. R.; SUZUKI, M. Y.; FALCÃO, D. V. S. Elderly patients with Alzheimer's disease and their family relationships: Caregiver perspectives. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 5, n. 2, jun. 2011, p. 114–122. DOI: 10.1590/S1980-57642011DN05020010.

CALDAS, C. P. Cuidado do idoso que vivencia uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem. **Texto & contexto enferm.** v. 10, n. 2, 2001, p. 68–93.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, jun. 2003, p. 733–781. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300009

CAMARANO, A. A. **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A. **Os idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2005.

CAMARANO, A. A.; MARINHO, A. (Orgs.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014.

CAMARANO, A. A.; SCHARFSTEIN, E. A. Instituições de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro? In: CAMARANO, A. A. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 163–186.

CANÇADO, F. A. X.; ALANIS, L. M.; HORTA, M. L. Envelhecimento Cerebral. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, p. 135–42.

CANNON, J.; CROWCROFT, R. **A Dictionary of British History**. Oxford: Oxford University Press, 2015. DOI 10.1093/acref/9780191758027.001.0001.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. suppl 1, abr. 2002, p. 7–10. DOI: 10.1590/S1516-44462002000500003

CARVALHO, A.M. **Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em idosos**. 2000. Dissertação [mestrado], Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

CARVALHO, M. P. R. S. D.; DIAS, M. O. Adaptação dos idosos institucionalizados. **Millenium**, n. 40, 2011, p. 161-184.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, abr. 1997, p. 184–200. DOI: 10.1590/S0034-89101997000200014

CHEN, Y.; MO, F.; YI, Q.; JIANG, Y.; MAO, Y. Unintentional injury mortality and external causes in Canada from 2001 to 2007. **Chronic Diseases and Injuries in Canada**, v. 33, n. 2, mar. 2013, p. 95–102. DOI: 10.24095/hpcdp.33.2.06

CHRISTOPHE, M.; CAMARANO, A. A. **Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos**. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CLOS, M. B.; GROSSI, P. K. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, ago. 2016, p. 395–411. DOI: 10.1590/1983-80422016242140

CNMP. Conselho Nacional do Ministério Público. **Manual de atuação funcional: o ministério público na fiscalização das instituições de longa permanência para idosos**. Brasília: CNMP, 2016.

COELHO, N.D.; FAUSTINO, A.M.; CRUZ, K.C.T.; SANTOS, C.T.B. Conhecimento de cuidadores acerca de lesões de pele em idosos Knowledge of caregivers about skin injuries in seniors. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, 10 jan. 2017, p. 247–252. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.247-252

COFFEY, C.; ESPINOZA REVOLLO, P.; HARVEY, R.; LAWSON, M.; PARVEZ BUTT, A.; PIAGET, K.; SAROSI, D.; THEKKUDAN, J. **Time to Care: Unpaid and underpaid care work and the global inequality crisis**. Genève: Oxfam, 20 jan. 2020. DOI 10.21201/2020.5419.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, 20 mar. 2017, p. 553–563. DOI: 10.1590/1807-57622016.0616.

CORRÊA, E. F.; MONTALVÃO, E. R. Infecção do Trato Urinário em Geriatria. **Revista de Ciências Ambientais e Saúde (EVS)**, Goiânia, Brasil, v. 37, n. 4, 2012. DOI: 10.18224/est.v37i4.1831

COUTO, B. E. **Perfil medicamentoso em idosos do grupo “Cabelos Brancos”**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2004. .

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. H. T.; SOBOTTKA, E. A.; SANTOS, B. R. L. dos. A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 2, ago. 2007, p. 147–160. DOI: 10.1590/1809-9823.2007.10022.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G.V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 518–524, jun. 2004. DOI: 10.1590/S0104-11692004000300010.

DELLAROZA, M. S. G.; FURUYA, R. K.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T.; TRELHA, C.; YAMADA, K. N.; PACOLA, L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, fev. 2008, p. 36–41. DOI: 10.1590/S0104-42302008000100018

DOMANSKY, R.C. **Manual de prevenção de lesões de pele**. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

ELDERWEB. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: <<http://www.elderweb.com>>. Acesso em: 27 dez. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Ministério Público. **PAIPI - Panorama das unidades de acolhimento da pessoa idosa**. Vitória: Ministério Público do Espírito Santo, 2022. Disponível em: <http://indicadores.mpes.mp.br/relatorios/powerbi/CACC/PAIPI>. Acesso em: 9 jun. 2024.

FALSARELLA, G. R.; GASPAROTTO, L. P. R.; COIMBRA, A. M. V. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, dez. 2014, p. 897–910. DOI: 10.1590/1809-9823.2014.13064.

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

FERNANDES, A. F. C.; BONFIM, I. M.; ARAÚJO, I. M. A.; SILVA, R. M.; BARBOSA, I. C. F. J.; SANTOS, M. C. L. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, mar. 2012, p. 27–33. DOI: 10.1590/S1414-81452012000100004

FERREIRA, A. P.; TEIXEIRA, S. M. Direitos da pessoa idosa: desafios à sua efetivação na sociedade brasileira. **Argumentum**, v. 6, n. 1, jun. 2014, p. 160–173.

FERREIRA, Á. R. S.; WONG, L. R. Cuidadores informais da população idosa com alguma limitação: **SER Social**, n. 21, 14 ago. 2009, p. 71–104. DOI: 10.26512/ser_social.v0i21.12736.

FICK, D. M.; COOPER, J. W.; WADE, W. E.; WALLER, J. L.; MACLEAN, J. R.; BEERS, M. H. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: Results of a US Consensus Panel of Experts. **Archives of Internal Medicine**, v. 163, n. 22, 8 dez. 2003, p. 2716. DOI: 10.1001/archinte.163.22.2716.

FIGUEIREDO, M. C. C. M.; FERREIRA, F. A.; NUNES, E. S. C.; ARAÚJO, A. M.; ARAÚJO, P. E.; SOUZA, G. P.; DAMASO, C. R. Idosos institucionalizados: decisão e consequências nas relações familiares. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 21, n. 2, 2018, p. 241–252.

FILIZZOLA, M. **A velhice no Brasil**: etarismo e civilização. Rio de Janeiro: Companhia Brasileira de Artes Gráf., 1972.

FONTOURA, E. G. **A vida asilar para idosos residentes e seus familiares**: um estudo de representações sociais de uma instituição de Feira de Santana. Dissertação [mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2003.

FREITAS, A. V. S.; NORONHA, C. V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, jun. 2010, p. 359–369. DOI: 10.1590/S1414-32832010000200010.

FUMINCELLI, L.; MAZZO, A.; SILVA, A. A. T.; PEREIRA, B. J. C.; MENDES, I. A. C. Produção científica sobre eliminações urinárias em periódicos de enfermagem brasileiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, 2011, p. 127–131. DOI: 10.1590/S0103-21002011000100019

GAIOLI, C. C. L. O.; RODRIGUES, R. A. P. Occurrence of domestic elder abuse. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 3, jun. 2008, p. 465–470. DOI: 10.1590/S0104-11692008000300021

GALLUCCI NETO, J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 32, n. 3, jun. 2005, p. 119-130. DOI: 10.1590/S0101-60832005000300004.

GARBACCIO, J. L.; FERREIRA, A. D.; PEREIRA, A. L. G. G. Self-skincare knowledge and practice described by elderly persons in the mid-west of Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, fev. 2016, p. 45–56. DOI: 10.1590/1809-9823.2016.14237

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, R. **Neuropsicologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GONÇALVES, I. C. M.; FREITAS, R. F.; AQUINO, E. C.; CARNEIRO, J. A.; LESSA, A. C. Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000–2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, 2022, e220031. DOI: 10.1590/1980-549720220031.2

GONÇALVES, L. G.; VIEIRA, S. T.; SIQUEIRA, F. V.; HALLAL, P. C. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, out. 2008, p. 938–945. DOI: 10.1590/S0034-89102008000500021

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E. L. S.; SANTANA, L. W. S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 4, dez. 2006, p. 570–577. DOI: 10.1590/S0104-07072006000400004

GORDILHO, A.; JOÃO, S.; JORGE, S.; LUIZ, R. R.; MARGARIDA, P. A. F.; NEIDIL, E.; RENATO, M.; RENATO, V.; URSULA, K. (Orgs.). **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, UERJ, 2000.

GUIMARÃES, C. H. S.; MALENA, L. M. A.; LIMBORÇO-FILHO, M. L.; MARINS, F. R. Demência e a doença de Alzheimer no processo de envelhecimento: fisiopatologia e abordagem terapêutica. **Revista Saúde em Foco**, N. 10, 2018, p. 942–955.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. S.; SUGITA, K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no brasil, França e Japão. **Sociologia & Antropologia**, v. 1, n. 1, jun. 2011, p. 151–180. DOI: 10.1590/2238-38752011v1n1.

HAMDAN, A. C. Avaliação neuropsicológica na doença de Alzheimer e no comprometimento cognitivo leve. **Psicol. Argum.** 2 v. 26, n. 54, set. 2008, p. 183–192.

HARRIS, M. I. N. D. C. **Cosmetologia, pele, estrutura, propriedades e envelhecimento**. São Paulo: SENAC, 2003.

HARTHOLT, K. A.; LEE, R.; BURNS, E. R.; VAN BEECK, E. F. Mortality From Falls Among US Adults Aged 75 Years or Older, 2000-2016. **JAMA**, v. 321, n. 21, 4 jun. 2019, p. 2131. DOI: 10.1001/jama.2019.4185.

HARTHOLT, K. A.; VAN BEECK, E. F.; VAN DER CAMMEN, T. J. M. Mortality From Falls in Dutch Adults 80 Years and Older, 2000-2016. **JAMA**, v. 319, n. 13, 3 abr. 2018, p. 1380. DOI: 10.1001/jama.2018.1444.

HAYDEN, K. M.; KUCHIBHATLA, M.; ROMERO, H. R.; PLASSMAN, B. L.; BURKE, J. R.; BROWNDYKE, J. N.; WELSH-BOHMER, K. A. Pre-clinical Cognitive Phenotypes for Alzheimer Disease: A Latent Profile Approach. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 22, n. 11, nov. 2014, p. 1364–1374. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.07.008

HEDLER, H. C.; FALEIROS, V. P.; SANTOS, M. J. S.; ALMEIDA, M. A. A. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Revista Katálysis**, v. 19, n. 1, jun. 2016, p. 143–153. DOI: 10.1590/1414-49802016.00100015

HERÉDIA, V. B. M.; CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B. O asilamento sob o olhar de histórias de vida. In: CORTELLETTI, Ivonne A; CASARA, Miriam Bonho; HERÉDIA, Vânia Beatriz Merlotti. **Idoso asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: Educs, Edipucrs, 2004, p. 63-83.

HIRATA, H. **O cuidado: teorias e práticas**. STAHEL, M. (trad.) São Paulo: Boitempo, 2022.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Orgs.). Cuidado e Cuidadoras - as várias faces do trabalho de care. **Cadernos Pagu**, n. 45, 2012, p. 577–585. DOI: 10.1590/18094449201500450577.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2022**: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. 2022. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27878-com-envelhecimento-cresce-numero-de-familiares-que-cuidam-de-idosos-no-pais>>. Acesso em: 19 abr 2024.

INPEA. International Network For Prevention Or Elderly Abuse - INPEA. **Missing Voices: views of older persons on Elder abuse**. Geneva: World Health Organization, 2002.

ISAAC, L.; FERREIRA, C. R.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 1, 28 maio 2018, p. 108. DOI: 10.5433/2236-6407.2018v9n1p108

JÉQUIER, E.; CONSTANT, F. Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 64, n. 2, fev. 2010, p. 115–123. DOI: 10.1038/ejcn.2009.111

JOSÉ, J.S. Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso. **Sociologia**, 2012, p. 123–150.

KEMPP, R. I. **Sentimento dos familiares na institucionalização de idosos**. 2010. Dissertação [mestrado] São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, 2010.

LARA, F.S. **Dificuldades no cuidado com idoso no ambiente familiar: um estudo bibliográfico**. 2011. Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

LEDOUX, J. Unconscious and conscious contributions to the emotional and cognitive aspects of emotions: a comment on Scherer's view of what an emotion is. **Social Science Information**, v. 46, n. 3, set. 2007, p. 395–405. DOI: 10.1177/05390184070460030105

LEGACY PROJECT. **Visiting Nursing Homes**. Toronto: Legacy, 2023. Disponível em: <<https://legacyproject.org/guides/visitnursinghomes.html>>. Acesso em: 27 dez. 2023.

LEITE, M. O trabalho de cuidado e a reprodução social: entre o amor, o abuso e a precariedade. **Contemporânea - revista de sociologia da UFSCar**, v. 13, n. 1, 2023, p. 11–32. DOI: 10.4322/2316-1329.2023001

LINDGREN, C. L.; MURPHY, A. M. Nurses' and Family Members' perceptions of nursing home residents' needs. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 28, n. 8, ago. 2002, p. 45–53. DOI: 10.3928/0098-9134-20020801-10

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, dez. 2016, p. 1004–1014. DOI: 10.1590/1981-22562016019.160043

LIVINGSTON, G.; HUNTLEY, J.; SOMMERLAD, A.; AMES, D.; BALLARD, C.; BANERJEE, S.; BRAYNE, C.; BURNS, A.; COHEN-MANSFIELD, J.; COOPER, C.; COSTAFREDA, S. G.; DIAS, A.; FOX, N.; GITLIN, L. N.; HOWARD, R.; KALES, H.

C.; KIVIMÄKI, M.; LARSON, E. B.; OGUNNIYI, A.; ... MUKADAM, N. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. **The Lancet**, v. 396, n. 10248, ago. 2020, p. 413–446. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, n. 24, jun. 2005, p. 105–125. DOI: 10.1590/S0104-83332005000100006.

LOURENÇO, L. D. F. L. **O significado do cuidado prestado pelos familiares aos idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos**. Tese [doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

LOURENÇO, L. F. L.; SANTOS, S. M. A. Institucionalização de idosos e cuidado familiar: perspectivas de profissionais de instituições de longa permanência. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 14 dez. 2020. DOI 10.5380/ce.v26i0.69459

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Scientiarum. Health Science**, v. 26, n. 1, 4 abr. 2004, p. 135–145. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v26i1.1640.

MAIA, C. M. L.; VICENTE CASTRO, F.; GODINHO DA FONSECA, A. M.; RUIZ FERNÁNDEZ, M. I. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. **International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.**, v. 1, n. 1, 2 jul. 2016, p. 293. DOI: 10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279

MALAGUTTI, W. **Assistência domiciliária: atualidades do serviço de enfermagem**. [S. l.]: Rubio, 2012.

MALTA, M. B.; PAPINI, S. J.; CORRENTE, J. E. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, fev. 2013, p. 377–384. DOI: 10.1590/S1413-81232013000200009

MARANDUCA, M.; BRANISTEANU, D.; SERBAN, D.; BRANISTEANU, D.; STOLERIU, G.; MANOLACHE, N.; SERBAN, I. Synthesis and physiological implications of melanic pigments (Review). **Oncology Letters**, 25 fev. 2019. DOI 10.3892/ol.2019.10071

MARENGONI, A.; ANGLEMAN, S.; MELIS, R.; MANGIALASCHE, F.; KARP, A.; GARMEN, A.; MEINOW, B.; FRATIGLIONI, L. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. **Ageing Research Reviews**, v. 10, n. 4, set. 2011, p. 430–439. DOI: 10.1016/j.arr.2011.03.003

MARI, F. R.; ALVES, G. G.; AERTS, D. R. G. C.; CAMARA, S. The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, fev. 2016, p. 35–44. DOI: 10.1590/1809-9823.2016.14122

MARTINS, A. N. E. **Mediação familiar para idosos em situação de risco**. São Paulo: Blucher Acadêmico, 2017.

MARTINS, G.; CORRÊA, L.; CAPARROL, A. J. S.; SANTOS, P. T. A.; BRUGNERA, L. M.; GRATÃO, A. C. M. Sociodemographic and health characteristics of formal and informal caregivers of elderly people with Alzheimer's Disease. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019, e20180327. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2018-0327

MASLACH, C.; GOLDBERG, J. Prevention of burnout: New perspectives. **Applied and Preventive Psychology**, v. 7, n. 1, dez. 1998, p. 63–74. DOI: 10.1016/S0962-1849(98)80022-X

MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE, F. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, dez. 2004, p. 68–77. DOI: 10.1590/S0104-12902004000300008

MELLO, P. B.; PICCININI, A. M.; ROSA, P. V.; ROSA, L. H. T.; GARCÊS, S. B. B. Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas no cuidado diário de idosos dependentes institucionalizados. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 13, n. 2, 2008, p. 259–274.

MICHEL, T. **A vivência em uma Instituição de Longa Permanência**: significados atribuídos pelos idosos. Tese [doutorado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2010.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, R.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 3, jun. 2016, p. 507–519. DOI: 10.1590/1809-98232016019.150140

MONTAÑO, C. E. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

MORAES, E. N.; MORAES, Flávia Lanna de; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais** v. 20, n. 1, 2010, p. 67–73.

MUNHOZ, C. M. D.; RAVAGNI, L. A. C.; LEITE, M. L. C. D. B. Como a família ajuda ou dificulta o cuidado com a pessoa idosa. In: BORN, T. (org.). **Cuidar melhor e evitar a violência-Manual do cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

NERI, A. L. **Palavras-Chave Em Gerontologia**. [S. l.]: Alínea, 2014(Velhice E Sociedade).

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.; FORTES-BURGOS, A. C. G.; MANTOVANI, E. P.; ARBEX, F. S.; SOUZA TORRES, S. V.; PERRACINI, M. R.; GUARIENTO, M. E. Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. **International Psychogeriatrics**, v. 24, n. 3, mar. 2012, p. 472–483. DOI: 10.1017/S1041610211001700

NOGUEIRA, E. A. **Percepção sobre a institucionalização do idoso na visão da família**. dissertação [mestrado] São Paulo: Universidade São Judas Tadeu, 2022.

NOVAES, R. H. L. **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] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

NUNES, E. D. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, ago. 2007, p. 1087–1088. DOI: 10.1590/S1413-81232007000400030

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, set. 2012, p. 675–685. DOI: 10.1590/S0104-12902012000300013

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, out. 2012, p. 829–838. DOI: 10.1590/S0034-71672012000500017

OLIVEIRA, A. S.; TREVIZAN, P. F.; BESTETTI, M. L. T.; MELO, R. C. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, set. 2014, p. 637–645. DOI: 10.1590/1809-9823.2014.13087

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Cidades e comunidades amigas das pessoas idosas**. Nova Iorque: OPAS, 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Panorama da resposta do sistema de saúde às necessidades das pessoas idosas – O Brasil está em transição, e a**

população em envelhecimento requer apoio para que a longevidade seja acessível para todos. Nova Iorque: OPAS, 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Genebra: OMS, 2005, p. 13–54.

PADRÓN-MONEDERO, A.; DAMIÁN, J.; PILAR MARTIN, M.; FERNÁNDEZ-CUENCA, R. Mortality trends for accidental falls in older people in Spain, 2000-2015. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 1, dez. 2017, p. 276. DOI: 10.1186/s12877-017-0670-6

PALMER, J. L. Preserving personhood of individuals with advanced dementia: Lessons from family caregivers. **Geriatric Nursing**, v. 34, n. 3, maio 2013, p. 224–229. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2013.03.001.

PAPALÉO NETTO, M. Estudo da Velhice, Histórico. Definição de Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, p. 3–13.

PAPALÉO NETTO, Matheus; BORN, T. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PARADOWSKI, P. T.; BERGMAN, S.; SUNDÉN-LUNDIUS, A.; LOHMANDER, L. S.; ROOS, E. M. Knee complaints vary with age and gender in the adult population. Population-based reference data for the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 7, n. 1, dez. 2006, p. 38. DOI: 10.1186/1471-2474-7-38

PASSOS, L.; GUEDES, D. R. Participação feminina no mercado de trabalho e a crise de cuidados da modernidade: conexões diversas. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 50, jan./jun. 2018.

PASSOS, R. G. **Trabalhadoras do Care na Saúde Mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino**. Tese [doutorado] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2016.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**. v. 26, n. 2, jun. 2012, p. 241–50. DOI: 10.1590/S1807-55092012000200007

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, jun. 2007, p. 229–236. DOI: 10.1590/S0080-62342007000200008

PERRACINI, M. R. Prevenção e manejo de quedas no idoso. In: RAMOS, L. R.; NETO, J. T. (orgs.). **Geriatría e gerontologia: guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole, 2005, p. 193–206.

PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2006, p. 135–64.

PESSOA, E.M.; NEVES, E.M. Da Autonomia ao Declínio da Vida: Impasses Familiares na Experiência com a Doença de Alzheimer. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, 8 mar. 2024. DOI 10.5433/2176-6665.2024v29n1e48966

PILGER, C.; DIAS, J. F.; KANAWAVA, C.; BARATIERI, T.; CARREIRA, L. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. **Ciencia y enfermería**, v. 19, n. 1, 2013, p. 61–73. DOI: 10.4067/S0717-95532013000100006

PINHEIRO, H. A.; MUCIO, A. A.; OLIVEIRA, L.F.; Hospital regional de Taguatinga: Prevalence and factors associated with the frailty syndrome in older adults in the Brazilian Federal District. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 14, n. 1, 2020, p. 8–14. DOI: 10.5327/Z2447-212320201900072

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving With Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 58, n. 2, mar. 2003, p. P112–P128. DOI: 10.1093/geronb/58.2.P112

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. **Psychology and Aging**, v. 26, n. 1, mar. 2011, p. 1–14. DOI: 10.1037/a0021863

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 1, abr. 2008, p. 29–44. DOI: 10.1590/1809-9823.2008.11014

POLSTER, E.; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus, 2001.

POLTRONIERI, B. C.; SOUZA, E. R.; RIBEIRO, A. P. Violência no cuidado em instituições de longa permanência para idosos no Rio de Janeiro: percepções de gestores e profissionais. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, jun. 2019, p. 215–226. DOI: 10.1590/s0104-12902019180202

POTTER, P. A.; LISBOA, M. **Fundamentos da enfermagem**. 8. ed. Amsterdã: Elsevier, 2013.

PROGRAMS FOR ELDERLY. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: <<http://www.programsforelderly.com/nursing-connected-living.php>>. Acesso em: 27 dez. 2023.

QUEIRÓS, P.; FONSECA, E.; MARIZ, M.; CHAVES, M.; CANTARINO, S. Meanings assigned to the concept of caring. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. 10, 30 set. 2016, p. 85–94. DOI: 10.12707/RIV16022

QUEIROZ, R. S.; CAMACHO, A. C. L. F.; GURGEL, J. L.; ASSIS, C. R. C.; SANTOS, L. M.; SANTOS, M. L. S. C. Sociodemographic profile and quality of life of caregivers of elderly people with dementia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, abr. 2018, p. 205–214. DOI: 10.1590/1981-22562018021.170170

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, n. 7, p. 156–175, jun. 2002. DOI: 10.1590/S1517-45222002000100007

REBÊLO, F. L. **A influência do declínio funcional de idosos com demência na sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores**. Dissertação [mestrado]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2012.

REEVE, J. **Motivação e emoção**. Quarta edição. Rio de Janeiro: Gen - LTC, 2011.

REIS, L. A.; TORRES, G. V. **Relação entre ambiente familiar e capacidade funcional de idosos residentes no município de Jequié/BA**. 2010. Tese [doutorado] Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010.

REIS, Luciana Araújo. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da clínica escola de fisioterapia da universidade estadual do sudoeste da bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, 2007, p. 322. DOI: 10.22278/2318-2660.2007.v31.n2.a1415

RESENDE, D. M.; BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, jun. 2006, p. 168–173. DOI: 10.1590/S0103-21002006000200008

REZENDE, J.M. **Linguagem Médica: “Institucionalização” do idoso**. 3. ed. Goiânia: AB, 2004.

ROACH, S. **Introducao a Enfermagem Gerontologica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROCHA, C. Violência contra idosos. In: SOUZA, A. (org.). **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. Brasília: Centro de Estudos de Direito Econômico e Social, 2017, p. 81–102.

ROCHA, E. M. S. A qualidade da atenção primária à saúde: perspectiva histórica, dilemas atuais e desafios futuros. In: COQUEIRO, J. M.; BARBOSA, J. P. M.; FIGUEIREDO, T. A. M. (orgs.). **Rizoma III: saúde coletiva e instituições**, 2021, p. 351–375.

ROLAND, K. P.; CHAPPELL, N. L. Meaningful Activity for Persons With Dementia: Family Caregiver Perspectives. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®**, v. 30, n. 6, set. 2015, p. 559–568. DOI: 10.1177/1533317515576389

ROMERO, D. E.; CASTANHEIRA, D.; MARQUES, A. P.; MUZY, J.; SABBADINI, L.; SILVA, R. S. Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, ago. 2018, p. 2641–2650. DOI: 10.1590/1413-81232018238.10302016

ROSA, N. M.; INOUE, K. C.; SILVINO, M. C. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Tratamento da dermatite associada à incontinência em idosos institucionalizados: revisão integrativa. v. 14, n. 5, 2013, p. 1031–40.

ROSKAM, I.; BRIANDA, M.-E.; MIKOLAJCZAK, M. A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). **Frontiers in Psychology**, v. 9, 6 jun. 2018, p. 758. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00758

SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Estresse do cuidador: dicas para cuidar de si mesmo. 2024. Disponível em: <<https://www.sbgg-sp.com.br/estresse-do-cuidador-dicas-para-cuidar-de-si-mesmo/>> Acesso em: 19 abr 2024.

SOUZA, M.N.; TURINO, F.; ANDRADE, M.A.C. **Nos bastidores da crise do cuidado e das instituições de longa permanência para idosos**. Gestão e Práticas em Saúde Coletiva: desigualdade social e violências em saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2024.

SALGADO, M. A. Os grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. **A Terceira Idade: Estudos sobre Envelhecimento** v. 18, n. 39, 2007.

SANTOS, N.O.; BEUTER, M.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; TIMM, A.M.B.; PAULETTO, M.R.; NISHIJIMA, R.B. Implicações da participação da família no cuidado às idosas institucionalizadas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, 1 ago. 2019, e16. DOI: 10.5902/2179769230317

SANTOS, S. M. A. **Idoso, Família e Cultura: Um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas: Alínea, 2010.

SÃO PAULO. Escola de Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Guia de Direitos sobre Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)**. São Paulo: EACH, USP, 2018.

SCHIER, J.; GONÇALVES, L. H. T. Resenha - Tendo que cuidar: a vivência do idoso e da família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 5, 2002. DOI 10.5935/0034-7167.20020080

SCOTT, V.; GALLAGHER, E.; HIGGINSON, A.; METCALFE, S.; RAJABALI, F. Evaluation of an evidence-based education program for health professionals: The Canadian Falls Prevention Curriculum© (CFPC). **Journal of Safety Research**, v. 42, n. 6, dez. 2011, p. 501–507. DOI: 10.1016/j.jsr.2011.10.004

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Care relationship between the family caregiver and the elderly with Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, 2014. DOI 10.5935/0034-7167.20140031

SILVA, A. C. F.; SANTOS, M. F.; RIOS, T. I. Institutionalization Process: what changes in the life of the elder? **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 5, 3 ago. 2017, p. 346. DOI: 10.18554/refacs.v5i0.2268.

SILVA, H. S. (Org.). **Manual de Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para os Conselhos Estaduais e Municipais da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Família, da Mulher e dos Direitos Humanos, 2021.

SILVA, K. A.; SILVA, M. F. G.; MURTA, N. M. G. Práticas alimentares e bem-estar de residentes de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos da cidade de Diamantina (MG), Brasil. **Kairós Gerontologia**, v. 3, n. 16, 2013, p. 221–236.

SILVA, R. S.; SILVA, I.; SILVA, R. A.; SOUZA, L.; TOMASI, E. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, jan. 2010, p. 115–120. DOI: 10.1590/S1413-81232010000100017

SILVA, S.; AQUINO, C.; BARBOSA, T.; SILVA, C.; GOMES, L. The perspective of caregiver front to the elderly people with alzheimer disease. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, 1 jan. 2013, p. 3333–3342. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3333

SMITH, A.A.; SILVA, A. O.; RODRIGUES, R. A. P.; MOREIRA, M. A. S. P.; NOGUEIRA, J. A.; TURA, L. F. R. Assessment of risk of falls in elderly living at home. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. 0, 2017. DOI 10.1590/1518-8345.0671.2754.

SOUSA, D. J.; WHITE, H.J.; SOARES, L.M.; NICOLOSI, G.T.; CINTRA, F.A.; MARIA D'ELBOUX, M.J. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v. 2, n. 13, 2010, p. 321–328. DOI: 10.1590/S1809-98232010000200016

SOUZA, D. M. D. **Representações sociais de idosos sobre o ato de ser cuidado em instituição asilar.** Dissertação [mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2009.

SOUZA, I. S. M.; TEIXEIRA, K. D.; MAFRA, S. C. T.; TINOCO, A. L. A. Qualidade de vida de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Economia Doméstica.** v. 22, n. 1, 2011, p. 131–152.

SOUZA, L. N. N.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. Quality of life and subjective well-being of physically active elderly people: a systematic review. **Journal of Physical Education and Sport,** v. 03, n. 18, 2018, p. 1615–1623.

STREHLOW, B. R.; FORTES, V. L. F.; AMARANTE, M. V. Dermatite Associada à Incontinência em Idosos Hospitalizados: Conhecimento Autorreferido de Enfermeiros. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online,** v. 10, n. 3, 1 jul. 2018, p. 801–809. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i3.801-809

STULL, J. W.; HOFFMAN, C. C.; LANDERS, T. Health Benefits and Risks of Pets in Nursing Homes: A Survey of Facilities in Ohio. **Journal of Gerontological Nursing,** v. 44, n. 5, maio 2018, p. 39–45. DOI: 10.3928/00989134-20180322-02

TARTUCE, G. L. B. P. Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. **Cadernos de Pesquisa,** v. 43, n. 148, abr. 2013, p. 366–372. DOI: 10.1590/S0100-15742013000100019

THEODORO, G. A. A.; VALVERDE, V. R. L.; BRAVO, D. S.; SANTOS, M. S.; OLIVEIRA, J. A. A. D.; GOMES, M. F. P. Infecção do trato urinário em idosos. **Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research** V. 43, n. 3, p. 34–39, ago. 2023.

TIEDEMANN, A.; SHERRINGTON, C.; LORD, S. R. The role of exercise for fall prevention in older age. **Motriz: Revista de Educação Física,** v. 19, n. 3, set. 2013, p. 541–547. DOI: 10.1590/S1980-65742013000300002

TIER, C. G.; FONTANA, R. T.; SOARES, N. V. Refletindo sobre idosos institucionalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 57, n. 3, jun. 2004, p. 332–335. DOI: 10.1590/S0034-71672004000300015

TORRES, K. R. B. O.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** v. 30, n. 1, 2020, e300113. DOI: 10.1590/s0103-73312020300113

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Rio de Janeiro: Cortez, 2000.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, jun. 2018, p. 1929–1936. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04722018

VIEIRA, E. B. **Instituições geriátricas** - avanço ou retrocesso. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

VIEIRA, R. S. C. Cuidado, crise e os limites do direito do trabalho brasileiro. **Revista Direito e Práxis**, v. 11, n. 4, dez. 2020, p. 2517–2542. DOI: 10.1590/2179-8966/2020/50150

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, 30 dez. 2014, p. 203–220. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977

VIZZACHI, B. A.; DASPETT, C.; CRUZ, M. G.S.; HORTA, A. L. M. Family dynamics in face of Alzheimer's in one of its members. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, dez. 2015, p. 931–936. DOI: 10.1590/S0080-623420150000600008

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan** v. 8, n. 1, abr. 2008, p. 85–96.

WHO. World Health Organization. **Global Status Report on the Public Health Response to Dementia**. Geneva: World Health Organization, 2021.

WHO. World Health Organization. **Dementia: a public health priority**. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/75263>>. Acesso em: 2 out. 2024.

YAZBEK, M. A.; NETO, J. F. M. Osteoporose e outras doenças osteometabólicas no idoso. **Einstein** (São Paulo), ed. 6, 2008, p. S74–S78.

YUASO, D. R. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, A. L. (org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2006, p. 165–201.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: Aspectos Biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2021.

APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

Tempo estimado: 40 a 60 minutos.

1. Trajetória até a colocação da pessoa idosa na casa de repouso

Compreender como foi o processo para colocar a pessoa idosa na casa de repouso, bem como os meios que levaram a pensar na possibilidade. Como e em que momento surgiu a hipótese de procurar uma casa de repouso?

2. Situação que se encontrava o familiar antes de colocá-lo na casa de repouso

Buscar compreender como era o convívio dentro da casa e quem cuidava da pessoa idosa. Como era feito o cuidado? Como era a rotina da família? Quais eram as responsabilidades e demandas que a pessoa idosa apresentava?

3. Sentimento da família com relação a pessoa idosa antes da entrada na casa de repouso

Falar dos sentimentos que surgiam pela família antes de colocá-lo na instituição. Ademais, entender como foi o momento decisório da família ao colocar a pessoa idosa. O que a família sentiu ao ver que havia a necessidade de procurar uma casa de repouso? Qual foi o diálogo com os demais familiares sobre a decisão?

4. Escolha da casa de repouso

Saber como foi a escolha da casa de repouso. Como conheceu a instituição? O que chamou atenção na hora da escolha? O que foi avaliado no momento de decidir a casa de repouso? Cite como foi a sua experiência.

5. Impactos na vida cotidiana do familiar após a entrada da pessoa idosa na casa de repouso

Entender o que mudou na vida do familiar ao colocar a pessoa idosa na instituição. Detalhar as mudanças no cotidiano (social, psicológica, espiritual e profissional...) durante a permanência da pessoa idosa na casa de repouso.

6. Ser responsável pela pessoa idosa na casa de repouso

Saber do familiar como é ter um parente numa casa de repouso. Qual a experiência de institucionalizar? Como foi a sua adaptação enquanto a pessoa idosa permanência na ILPI?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “O processo de institucionalização da pessoa idosa: perspectivas e desafios expressados por familiares cuidadores”, sob a responsabilidade de Mateus Nague de Souza, mestrando do Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

JUSTIFICATIVA

As projeções dadas em 2023 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – apontam que no Brasil há 203,1 milhões de habitantes, um crescimento de 6,5% em comparação ao último censo demográfico realizado em 2010, sendo um acréscimo de 12,3 milhões de pessoas. No entanto, comparou-se que entre os anos de 2010 a 2022, a taxa de crescimento anual do país foi de 0,52%, o menor número já observado desde o primeiro censo do Brasil em 1872 (IBGE, 2022).

Ao analisar a população idosa no Brasil, observa-se que esse grupo correspondia a 32.113.490 milhões em 2022, um aumento de 56% em relação aos dados de 2010 (IBGE, 2022).

Para Bohm e Carlos (2010), a chegada do envelhecimento e seus processos de dependência desencadeiam um desconforto para a família, afinal há uma necessidade de atenção redobrada. Na maioria das vezes, os familiares não estão preparados para prover o cuidado necessário nem tampouco entendidos sobre o quadro clínico que a pessoa idosa apresenta, o qual gera comprometimento à saúde do familiar e mudanças drásticas dentro do lar.

Entretanto, como forma de atenuar o estresse do familiar, projetar um futuro longínquo e oferecer qualidade de vida à pessoa idosa, há como alternativa de cuidado as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI – que dispõem profissionais especializados, ambiente coletivo de pessoas com idade igual ou

Rubrica

superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar e propício para a assistência ininterrupta e socialização das pessoas idosas (BRASIL, 2005).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de institucionalização de pessoas idosas em ILPI no estado do Espírito Santo.

PROCEDIMENTOS

Sua participação consistirá em conceder uma entrevista com roteiro semiestruturado com duração de 40 a 60 minutos, gravada em um smartphone. Apenas eu, na condição de pesquisador principal e a Orientadora (Professora Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade) dessa pesquisa acessarão os dados referentes à entrevista. Seu nome será protegido através de um pseudônimo na transcrição do material da entrevista.

Trata-se de estudo transversal de caráter qualitativo com delineamento analítico-descritivo, feito em um único momento através de entrevista ao participante de forma presencial ou *online*, a depender da disponibilidade e locomoção do entrevistado. A abordagem qualitativa alcança aspectos peculiares atuando nos motivos, nas razões, nos valores, nos significados e nas particularidades.

Os participantes da pesquisa serão selecionados através da técnica de amostragem Bola de Neve apresentada por Goodman em 1961. Também conhecida como “*snowball sampling*” ou “cadeia de informantes”, a técnica é uma forma de amostra não probabilística que usa cadeias de referência, não sendo possível definir no início o quantitativo de participantes ou mesmo a proporção de seleção dos envolvidos na pesquisa.

De modo geral, os participantes iniciais do estudo indicam novos participantes que também vão indicar novos integrantes ao estudo e, assim, sucessivamente, até que seja atingido o ponto de saturação, apresentando a repetição de conteúdos que já foram obtidos em respostas anteriores e que não acrescenta informações relevantes. Geralmente, a pesquisa atinge o número máximo de 15 pessoas (Baldin; Munhoz, 2011).

Rubrica

Para acompanhamento das ferramentas da pesquisa, será utilizado um roteiro semiestruturado para acompanhamento e melhor desempenho do entrevistado e do entrevistador. A entrevista será gravada por áudio e só será disponível ao entrevistador, visto que é necessário para aprimoramento e registro das informações. A entrevista terá sigilo do nome e das informações ditas pelo participante.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

As realizações de entrevistas terão duração de dois meses e o local de pesquisa será dentro da Grande Vitória onde o participante escolher e combinar com o entrevistador. Entretanto, se houve alguma eventualidade ou dificuldade para o encontro, a entrevista poderá acontecer de forma híbrida (vídeo chamada).

RISCOS E DESCONFORTOS

Por se tratar de entrevistas, as mesmas podem gerar incômodo ou desconforto nos sujeitos sobre um ou mais tópicos no roteiro das entrevistas. A entrevista, preferencialmente, se dará em uma sala reservada ou outro local que seja fechado para facilitar a comunicação. As entrevistas serão realizadas com sensibilidades, buscando estar atentos aos gestos, falas e expressões faciais que denotem desconforto ou constrangimento ao participante. Em caso de desconforto maior, ansiedade e vergonha frente às questões, a entrevista poderá ser interrompida no momento que o sujeito ou o pesquisador considerar recomendável. O participante tem pleno direito de responder apenas às questões que desejar. O sigilo das informações também é um direito do participante e será garantido mediante assinatura de Termo de Sigilo e Confidencialidade.

BENEFÍCIOS

Não haverá benefícios imediatos. Em longo prazo, os dados desta pesquisa poderão contribuir para melhorias no acesso às ILPI, na desmitificação do pré-conceito o tipo de moradia e a fomentando as plataformas científicas sobre as verdades e realidades dos familiares que optam em colocar as pessoas idosas numa ILPI.

Rubrica

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

A participação do(a) Sr.(a) é voluntária, ou seja, o participante não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelo pesquisador. O participante não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

O pesquisador se compromete a resguardar a identidade do participante durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação, neste sentido, independentemente de qualquer fragmento de suas falas nas entrevistas, o nome do participante será preservado através de um pseudônimo.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

Se o Sr (a) preferir que sua entrevista seja realizada fora das dependências da Grande Vitória, em outro local de sua preferência, o pesquisador arcará com os custos referentes ao deslocamento.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

Não será garantida a(o) sr(a) indenização, uma vez que esta pesquisa não oferece riscos de dano que necessitem indenização.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, o(a) Sr.(a) pode entrar em contato com o pesquisador Mateus Nague de Souza pelo número de telefone (27) 99913-0580, ou endereço Avenida Tâmara, nº 17, bairro Balneário de Ponta da Fruta, Vila Velha – ES.

O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou através de correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando

Rubrica

dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda à sexta-feira, das 8h às 14h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, estou ciente de todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Declaro também, ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

_____ /ES de de 2024.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante da pesquisa

RG:

APÊNDICE C – CAPÍTULO DE LIVRO – NOS BASTIDORES DA CRISE DO
CUIDADO E DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

16

MATEUS NAGUE DE SOUZA
FABIANA TURINO
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

**NOS BASTIDORES
DA CRISE DO
CUIDADO E DAS
INSTITUIÇÕES
DE LONGA
PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS**

INTRODUÇÃO

O Brasil tem, hoje, aproximadamente 203,1 milhões de habitantes e 33 milhões de pessoas idosas acima de 60 anos (representando 15% do total de 215 milhões de habitantes). Desse total de pessoas idosas, 52% são majoritariamente mulheres, 80% fazem uso do Sistema Único de Saúde (SUS) e a maior concentração está nas regiões Sul e Sudeste do país. Quanto aos aspectos de cor e raça, 40% se autodeclararam pardos, 41% brancos, 14% negros, 2% amarelos e 1% indígenas. Prevê-se que, em 2060, a população idosa chegará a 25,5%, aproximando-se de 60 milhões de habitantes em todo o país (GOMES; BRITTO, 2023).

A longevidade aumentou em comparação aos anos anteriores. Em 1940, uma pessoa, ao completar 50 anos, tinha uma expectativa de vida de mais 19,1 anos, vivendo aproximadamente 69,1 anos. A partir de 2019, constatou-se que o indivíduo com 50 anos tem a probabilidade de viver em média mais 30,8 anos, podendo chegar a 80,8 anos ou mais, o equivalente a 11,8 anos a mais de vida do que há quase 80 anos atrás (NERY, 2020).

A diminuição e a desaceleração nas taxas de fecundidade e natalidade justificam o crescimento exponencial de pessoas idosas (NERY, 2020). Já o aumento da expectativa de vida é justificado pela urbanização do país, como ampliação de saneamento básico e água potável, avanços científicos nas redes de saúde, criação de ambientes de esporte e lazer voltados à pessoa idosa e melhorias nos acessos às redes de saúde e suas dependências. Esse envelhecimento populacional é, sem dúvida, uma conquista (GOMES; BRITTO, 2023).

É importante destacar que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, que ocorre no organismo por alterações fisiológicas,

bioquímicas, funcionais e psicológicas. A velhice possui caráter heterogêneo, mas natural e universal. Entretanto, ocorre em cada indivíduo de uma forma única, sendo influenciado por fatores genéticos, condições de saúde física e mental, gênero, relações étnico-raciais, orientação sexual, desigualdades sociais e regionais, fatores socioeconômicos, culturais e moradia (MARI *et al.*, 2016; PAPALÉO NETTO, 2017).

Grande parte dos idosos possui doenças crônico-degenerativas e hábitos pouco saudáveis, comprometendo a qualidade de vida. Em 2017, a Doença de Alzheimer tornou-se a quarta principal causa de morte entre os idosos brasileiros (OPAS, 2022). O grande impacto dessas doenças nas pessoas idosas portadoras é a repercussão diária. Ressalta-se a dor como um dos principais fatores que dificultam a realização de atividades, ocasionando limitações (DELLAROZA *et al.*, 2008). Dentre elas, destacam-se a marcha dificultosa (YAZBEK; NETO, 2008), instabilidade postural e risco alto de queda, podendo gerar fraturas e imobilidade corporal (CHAIMOWICZ, 1997). Além disso, na maioria dos casos, esses idosos apresentam incontinência urinária e/ou fecal, perdas cognitivas e déficit sensorial (ALVES *et al.*, 2007; CHAIMOWICZ, 1997; REIS, 2007). Tais sinais e sintomas diminuem o bem-estar e a qualidade de vida, potencializando o desenvolvimento de depressão (ALVES *et al.*, 2007) e diminuição de atividades físicas e de lazer (PARADOWSKI *et al.*, 2006).

Problemas como o envelhecimento progressivo da população, o aumento na proporção de doenças crônicas não-transmissíveis, a persistência de fragilidades nos sistemas de saúde e iniquidades no acesso ao cuidado demandam a renovação de compromissos em torno da importância em assegurar vidas saudáveis e promover qualidade de vida para todos (ROCHA, 2021). As abordagens e conceitualizações sobre a qualidade de vida se apresentam na literatura de forma diversificada e, por vezes, divergentes (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012), porém é relevante afirmar que a qualidade de vida é indispensável para o ser humano e todos merecem viver dignamente com condições mínimas que supram as suas necessidades humanas básicas. Sucintamente, a qualidade de vida é entendida como a visão que o indivíduo tem sobre a sua vida, tanto no aspecto cultural quanto nos valores relacionados às expectativas, objetivos e preocupações (NUTBEAN, 1998).

No Brasil, pessoas idosas têm vivido mais, mas com menos saúde. Ressalta-se a existência de uma diferença de quase 10 anos entre a

expectativa de vida e a expectativa de vida saudável, significando que, em média, uma pessoa vive 10 anos de sua vida afligida por uma incapacidade ou deficiência. Salienta-se que as mulheres brasileiras têm uma expectativa de vida maior que os homens, vivendo mais tempo com doenças e incapacidades (OPAS, 2023).

Com o aumento da população idosa, observa-se a ampliação no número de casos de demências e fragilidades. É importante ressaltar o progressivo aumento na deterioração da habilidade funcional e nas taxas de incapacidade e dependência de cuidados das pessoas idosas. De acordo com Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2013), as condições de vida e a saúde das pessoas idosas variam entre independência, dependência parcial e dependência total para realização das atividades de vida diária. Nesse cenário, as atividades relacionadas à atenção às pessoas dependentes e à manutenção da vida, entendidas como trabalho de cuidado, são consideradas essenciais para nossas sociedades (VIEIRA, 2020), tornando-se evidente a necessidade de cuidadores que assistirão as pessoas idosas em suas demandas.

Com relação à provisão do cuidado, destaca-se a cultura como participante na determinação de papéis de gênero, definindo a mulher como a responsável pelo cuidar (FERREIRA; TEIXEIRA, 2014). Salienta-se a pesada e desigual responsabilidade por esse trabalho, no qual as mulheres, principalmente as que vivem em situação de pobreza e pertencem a grupos marginalizados, são as responsáveis por mais de três quartos do cuidado não remunerado e por dois terços da força de trabalho envolvida em atividades de cuidado remuneradas. Assim, por meio do trabalho do cuidado não remunerado e/ou mal pago, as mulheres assumem os cuidados que deveriam ser oferecidos pelo setor público estatal, alimentando um sistema econômico sexista e ampliando as desigualdades de gênero e econômica (COFFEY *et al.*, 2020)

Entretanto, no atual arranjo do capitalismo, com maior presença feminina no mercado de trabalho associada à queda progressiva da taxa de fecundidade (atualmente, encontra-se abaixo do “nível de reposição”, de 2,1 filhos por mulher), culminando na redução de familiares para cuidar dos idosos; ao aumento da expectativa de vida, com conseqüente aumento no número de idosos que precisarão de assistência e na média de anos de cuidado exigidos por um idoso até seu óbito; e à escassez da oferta

pública de serviços de cuidado, há uma significativa crise do cuidado na sociedade moderna.

[...] ao manter a ideia de que cuidar de idosos permanecerá como uma função feminina, tem-se a mulher acumulando suas responsabilidades, uma vez que: (1) a mulher deixou de ser apenas “do lar” e passou a ter jornada dupla (continua exercendo as funções domésticas, mas agora é responsável por um trabalho externo ao domicílio); (2) houve uma diminuição da quantidade de filhos por família, reduzindo a quantidade de potenciais cuidadores para o futuro; (3) em contrapartida, está ocorrendo um aumento significativo no número de longevos que precisarão de assistência; (4) além disso, com o aumento da expectativa de vida, a média de anos de cuidados prestados a um idoso dependente tem aumentado consideravelmente (ISAAC; FERREIRA; XIMENES, 208a, p. 117).

Importante destacar que a maior participação feminina no mercado de trabalho reconfigura a dinâmica social da divisão sexual do trabalho, o que tem fragilizado papéis socialmente instituídos e contribuído com o agravamento da crise de cuidados na sociedade brasileira (PASSOS; GUEDES, 2018). Em um mundo com acelerada tendência de envelhecimento de suas populações, diante da crise de cuidado, da necessidade de mudança na orientação da assistência oferecida aos idosos e da falta de perspectivas de reversão dessa crise, e entendendo a importância da liberação das mulheres para o trabalho produtivo, questiona-se as alternativas para assegurar o trabalho de cuidados aos idosos. Apesar do preconceito cultural sobre a institucionalização de idosos, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são apontadas como as principais alternativas para manter os cuidados especializados e promover qualidade de vida dos idosos. Com base nisso, o objetivo deste capítulo é realizar uma reflexão crítica sobre a crise de cuidados enfrentada pela sociedade brasileira moderna e as ILPI como alternativas de superação, no sentido de assegurar o trabalho de cuidado aos idosos.

A fim de explicar acerca de tais aspectos, foram selecionados textos, sem delimitação de período de publicação, que fundamentam a área de estudo relativa ao trabalho de cuidados de idosos. Assim, a escolha dos textos foi baseada em uma reconstrução lógica e crítica dos argumentos

que embasam o tema proposto. Dessa maneira, entendendo que a profissionalização dos cuidadores de idosos é uma função relativamente recente no cenário brasileiro, justifica-se a presente discussão sobre o tema dada a escassez de estudos que problematizam a crise do cuidado da sociedade moderna e as alternativas para assegurar o trabalho de cuidados.

A CRISE DE CUIDADOS DA SOCIEDADE MODERNA

O cuidado é uma necessidade de todo ser humano e uma questão central da nossa sociedade, uma vez que ele define como nossas relações sociais se organizam e como a solidariedade é possível de acontecer, cujo objetivo é de possibilitar a reprodução dos modos de vida social (PASSOS, 2016). Legalmente, cuidar do bem-estar e dos direitos da pessoa idosa é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público. Entretanto, embora o trabalho de cuidado diga respeito a toda a sociedade, de acordo com Hirata e Guimarães (2012), ele tem sido efetuado principalmente pela família, especialmente, pelas mulheres.

De acordo com a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2003), é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público cuidar do bem-estar e dos direitos da pessoa idosa. Porém, o que se percebe no Brasil é esse cuidado majoritariamente sendo delegado às famílias [...]. Quando a atividade de cuidar é assumida por familiares, ela é geralmente realizada por um único membro da família, que tem que dividir essa nova função com outras obrigações que já lhe eram designadas [...]. Portanto, ao se pensar em envelhecimento de uma forma ampliada, é preciso, também, pensar acerca das pessoas que irão cuidar desse idoso (ISAAC; FERREIRA; XIMENES, 208b, p. 115).

A origem do cuidado está relacionada ao espaço privado, à família, à presença feminina e à desvalorização econômica e simbólica desse trabalho, trazendo a sensibilidade, a compaixão/compreensão/amor,

o aconchego e a ajuda como características marcantes (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017). De acordo com Isaac, Ferreira e Ximenes (2018), o cuidado está presente nas raízes históricas da mulher e, por isso, qualquer compreensão acerca do cuidado de idosos deve abranger a discussão de gênero.

[...] a decisão por um cuidador principal implica em um processo que envolve todo o sistema familiar, e dentre os motivos que levaram as participantes do estudo a se tornarem cuidadoras, foram identificados o conformismo/resignação, o medo da perda, o compromisso, a compaixão, a imposição familiar e do membro familiar a ser cuidado, além da questão de gênero, que reforça a determinação cultural do papel de cuidador destinado ao sexo feminino. Vale salientar a transmissão de tal determinação cultural sobre as diferentes gerações de mulheres de uma mesma família. Neste sentido, o papel socialmente construído para a mulher a partir de seu enquadramento na família e no ambiente doméstico é baseado na justificativa de que “é assim que deve ser” [...] (ISAAC; FERREIRA; XIMENES, 2018b, p. 115)

Nesse cenário, o cuidado pertence à vida cotidiana. Apesar do entendimento de que todo o ser humano é um ser de cuidado e nasce com a capacidade de cuidar (WALDOW, 2008), o ato de cuidar é uma ação geralmente atribuída às cuidadoras familiares informais (quase sempre do sexo feminino). É um trabalho duro, árduo, emocionalmente exigente, sem férias, sem horário para descanso, 24 horas por dia, sete dias por semana, sem horário de almoço, tenso, sendo sistematicamente desvalorizado, apesar de fundamental para a manutenção da vida. Segundo Waldow (2008), o potencial de cuidado será mais ou menos desenvolvido na dependência da forma como as pessoas foram cuidadas e de vários fatores intervenientes, como ambiente, cultura, economia, política e religião, dentre outros.

De acordo com Vieira (2020, p. 2.522), o primeiro passo para pensar a crise de cuidados, característica da sociedade moderna, “é sua interpretação enquanto expressão das contradições do capitalismo financeirizado”. Aliada a isso, a crise de prestação de cuidados é aprofundada devido aos impactos do envelhecimento da população, aos cortes em serviços públicos e sistemas de proteção social e aos efeitos das mudanças climáticas

(COFFEY *et al.*, 2020) . Ressalta-se ainda que a pandemia de covid-19 veio agravar a situação, aumentando o ônus que recai sobre as mulheres que, culturalmente, tem sido as principais trabalhadoras de cuidado, em especial as mulheres em situação de pobreza e que sofrem preconceito em decorrência de sua raça, etnia, nacionalidade e sexualidade, que são as principais cuidadoras.

Em sociedades patriarcais, a contribuição do cuidado feminino para a manutenção do sistema capitalista é invisibilizada, ou seja, geralmente não tem valor de troca e possui um *status* de atividade subalterna. Os diversos cuidados dispensados na reprodução e manutenção da vida familiar (como amamentar, cozinhar, lavar e passar as roupas, arrumar a casa, educar as crianças, cuidar de sua higiene, cuidar de deficientes e idosos, ser boa esposa etc.) estão atrelados à construção de uma possível identidade feminina ligada ao papel de mãe, responsabilizando exclusivamente às mulheres por essa função social de cuidadoras (PASSOS, 2016).

Essa atribuição às mulheres de uma “natureza feminina para o cuidado” expõe a inserção desigual delas nas relações de trabalho no capitalismo, evidenciando as relações entre a vida doméstica e as formas de exploração do trabalho das mulheres ocupadas com o cuidado (BIROLI; MIGUEL, 2015). Ao discutir a crise do cuidado no trabalho de mulheres, afirma-se que o ato de cuidar transcende o espaço de trabalho e configura-se como regulador de corpos femininos em todos os âmbitos da vida (LOPES; LEAL, 2005).

No contexto do modelo biomédico hegemônico, o ato de cuidar traz o sentido de diagnosticar, tratar e prevenir a doença, com base no conhecimento desenvolvido no campo técnico-científico, pautado na lógica da racionalidade médica científica contemporânea e orientado para um maior intervencionismo, um tratamento medicalizante e padronizado voltado para as doenças, segundo a avaliação dos seus riscos, e com menor valorização das singularidades (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

O cuidado em saúde, segundo Contatore, Malfitano e Barros (2017), tem crescido como área de pesquisa e tem sido abordado por novos referenciais, com significados relacionados à interação social entre pessoas, numa relação de ajuda, bastante identificado com as ações dos profissionais de saúde.

A palavra cuidado é etimologicamente originária da palavra latina cogitatus, que significa meditado, pensado e refletido. Como substantivo na língua portuguesa, ganha os significados de: atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo, objeto ou pessoa deste desvelo, encargo, incumbência, responsabilidade, lida, trabalho, ocupação. Os significados atribuídos falam da sua dimensão social, implícita na interação entre sujeitos, numa relação de ajuda. No entanto, há muitas décadas, a noção de cuidado ganhou maior identificação com as ações profissionais na atenção à saúde (CONTATORE; MALFITAN; BARROS, 2017, p. 554).

Estudos recentes sobre o cuidado à saúde têm apresentado uma produção de conhecimento abrangente, complexa e diversificada. De acordo com Ayres (2011, p. 42), o cuidado é compreendido como “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”.

Ao longo do tempo, o cuidado vem sendo profissionalizado, exercido ainda no âmbito privado por múltiplas profissões, como babás, empregadas domésticas, diaristas e faxineiras. No Brasil, geralmente, “o cuidado aos idosos é realizado pelas empregadas domésticas e diaristas que, além do trabalho doméstico cotidiano, têm como responsabilidade adicional o cuidado dos idosos e das crianças” (HIRATA; GUIMARÃES, 2012). De acordo com Tartuce (2013, p. 371), “existe um continuum entre cuidados médicos, os trabalhos dos cuidadores e o trabalho doméstico, pois todos contribuem para a promoção da saúde”.

Posteriormente, o cuidado se afasta da esfera do privado e se transforma numa crescente atividade a ser exercida no espaço público, desvinculada dos aspectos familiares e realizada por profissionais, como as auxiliares e técnicas de enfermagem no campo da saúde.

O trabalho de cuidado (care work) é uma atividade profissional em plena expansão na economia de serviços em escala internacional. Tal desenvolvimento tem múltiplas causas. Entre elas, é necessário ressaltar uma tendência ao rápido desenvolvimento do envelhecimento das populações dos países industrializados que requer do Estado, do mercado e das famílias soluções para o cuidado dos idosos dependentes, para as quais a qualidade

do serviço desempenha um papel primordial. A essa situação se soma o fenômeno da entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, nos últimos decênios, e em praticamente todos os países do mundo. Tradicionalmente, às mulheres tem sido confiado o encargo do cuidado domiciliar das pessoas idosas, das crianças, dos deficientes e dos doentes; entretanto, elas enfrentam dificuldades crescentes para cuidar dos membros dependentes da família uma vez inseridas no mercado de trabalho, como assalariadas. O desenvolvimento das profissões relacionadas ao care, de maneira mais ampla, a explosão do setor de serviços no período recente, em todos os países industrializados, se explica certamente pela conjunção desses fatores (HIRATA; GUIMARÃES, 2012).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações, cuidador é a pessoa que cuida de idosos a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (CNMP, 2016). Nesse contexto, Isaac, Ferreira e Ximenes (2018) afirmam que a escolha de quem prestará o trabalho de cuidados ao idoso decorre de quatro fatores: parentesco, gênero, proximidade física (viver junto) e proximidade afetiva. Entretanto, dentre esses fatores, o gênero é o principal determinante na definição do cuidador.

Salienta-se que a maioria absoluta das cuidadoras, remuneradas ou não (as cuidadoras não remuneradas geralmente são membros familiares), é constituída por mulheres. Nesse cenário, é importante destacar que, de acordo com Hirata e Guimarães (2012), a profissionalização do cuidado e a sua remuneração têm a virtude de questionar o trabalho de cuidado como qualidade “natural” ou “inata” das mulheres, produto de uma construção histórica e social.

[...] o papel de assistência atribuído à mulher parece ser fruto de uma construção histórica e social, em que desde criança as meninas são ensinadas a realizar tarefas de cuidado, criando sobre elas a expectativa de que exerçam o papel de cuidadora quando necessário ao longo de suas vidas. Logo, pode-se designar a cultura como um elemento norteador para a escolha de quem assistirá ao idoso em seu processo de envelhecimento (ISAAC; FERREIRA; XIMENES, 2018, p. 110).

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito ao fato de o trabalho de cuidado se inserir no setor de serviços (prestação de serviço a um cliente), englobando, além de competências físicas e cognitivas, uma forte dimensão emocional. Devido a sua complexidade, o trabalho de cuidado é ao mesmo tempo trabalho emocional e trabalho material, técnico, sendo indissociáveis postura ética, ação e interação. De outro modo, o amor, o afeto, as emoções não são exclusivamente do domínio das famílias, assim como o cuidado, o fazer e a técnica não são do domínio exclusivo das “cuidadoras”, “acompanhantes” e “auxiliares” remuneradas (HIRATA; GUIMARÃES, 2012).

No Brasil, o processo de envelhecimento, em especial o crescimento mais acentuado da população de 80 anos de idade ou mais, está resultando no aumento da população que demanda cuidados prolongados e numa redução substancial da capacidade das famílias oferecerem cuidados de longa duração aos idosos, seja pela redução do número de membros mais novos da família, seja pelo fato de as mulheres disporem de menos tempo para o cuidado doméstico, ou seja, “a oferta de cuidado familiar parece diminuir à medida que a sua demanda aumenta” (CAMARANO, 2010, p. 14). Nesse cenário, Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2013) afirmam a importância central da família na vida e na manutenção do bem-estar do idoso, entretanto lembram que o convívio entre gerações pode gerar conflitos e problemas de relacionamento, principalmente “quando os membros da família não são capazes de compreender o comportamento de seus idosos ou quando não conseguem desempenhar a função de cuidadores” (p. 821).

De modo geral, cuidados de longa duração, segundo Camarano (2010), significam cuidados não especializados, tais como ajuda para as atividades de vida diária (AVDs), como tomar banho, usar o banheiro e se alimentar, destinados à população idosa, considerada como a mais exposta a doenças crônicas, que podem resultar em incapacidades físicas e/ou mentais. Isso demanda profissionais especializados para lidar com as múltiplas doenças crônicas, além de uma variedade de serviços. Vale destacar que:

Esses serviços podem ser oferecidos no domicílio, na comunidade e em instituições. São de dois tipos: informais, prestados pelas famílias, amigos

e/ou vizinhos, e formais, ofertados por profissionais especializados, sejam por parte do Estado ou do mercado privado. Em ambos os casos, e em quase todas as sociedades, a mulher é a principal cuidadora (CAMARANO, 2010, p. 16).

Os impactos na saúde dos cuidadores de idosos é uma outra questão significativa que deve ser abordada.

A prestação de cuidados pode gerar para o familiar que assume e exerce essa função impactos significativos em sua saúde física e mental, e em sua vida social e familiar. [...] a ausência de apoios informal ou formal faz com que o cuidador fique mais vulnerável a doenças, à depressão, a estados emocionais negativos e à desorganização de sua vida pessoal, gerando impacto negativo tanto para a família quanto para o idoso. Assim, a família sofre devido às restrições materiais, sociais e por conflitos e o idoso porque fica sujeito a cuidados inadequados e insuficientes envelhecimento (ISAAC; FERREIRA; XIMENES, 2018b, p. 110).

Importante ressaltar que os cuidados informais domiciliares predominam em todo o mundo e que a atividade de cuidar das gerações mais velhas tem sido, predominantemente, atribuída às mulheres casadas ou filhas, compreendidas como as que apresentam a maior parte da responsabilidade pelo cuidado à pessoa idosa no domicílio, sendo quem habitualmente executa a maioria dos trabalhos de rotina, como cuidadora principal. Salienta-se que essa cuidadora principal ou primária, familiar ou não, assume esse papel voluntariamente ou por necessidade, com ou sem remuneração, tomando a responsabilidade do cuidado para si e administrando todas as demais necessidades, como medicação, higiene, alimentação e preparação do ambiente (PERRACINI; NERI, 2006).

No mesmo sentido, Yuaso (2006) destaca que o perfil dessas cuidadoras é geralmente de mulheres com alto grau parentesco, como esposa ou filhas de meia idade, trazendo preocupações para o futuro dessas mulheres, pois também serão pessoas idosas, que assumem uma posição que compromete o estado físico e mental, potencializando a chance de serem dependentes.

De modo geral, a chegada da velhice e seus processos de dependência desencadeiam um desconforto para a família, devido a necessidade de

cuidado e atenção do idoso. Na maioria das vezes, os familiares não estão preparados para gerar o cuidado necessário, nem tampouco possuem o entendimento técnico necessário sobre o quadro clínico que a pessoa idosa apresenta, o que pode acarretar comprometimento à saúde e mudanças drásticas no lar pela dependência (BOHM; CARLOS, 2011). Não é incomum a realização de cuidados hospitalares dentro de casas e a execução de procedimentos invasivos e perigosos por pessoas não preparadas ou treinadas, potencializando o risco de maior dano e morte.

Entretanto, o cuidado familiar está se tornando um recurso cada vez mais escasso em quase todo o mundo, exigindo uma nova divisão de trabalho entre o Estado, a família e o mercado privado para atender à demanda de cuidados dos idosos (CAMARANO, 2010).

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 idosos em situação de dependência. 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 (CAMARANO, 2010, p. 19).

É notório que há, pela parte do cuidador principal, um desgaste físico e mental, pois submetem-se a cansaços extremos e adoecem mais facilmente do que outras pessoas (AMADOR-MARÍN; GUERRA-MARTÍN, 2017). Cuidadores apresentam dificuldade para cuidar da própria saúde, para dormir e para descansar, devido ao nível alto de estresse (ACUNÃ *et al.*, 2018), e passam a maior parte do tempo realizando tarefas que transcendem a capacidade humana, potencializando o surgimento da síndrome de *burnout*, também conhecida como distúrbio emocional com exaustão extrema (ROSKAM; BRIANDA; MIKOLAJCZAK, 2018).

Nesse contexto, os cuidados informais familiares podem ser complementados com outros tipos de cuidados, especializados ou não, remunerados ou não, públicos ou privados. Os cuidadores secundários ajudam ocasionalmente em cuidados complementares, sem ter a responsabilidade principal do cuidado, fornecendo apoio, que varia entre cuidados diretos, suporte econômico e companhia em atividades sociais e de lazer. Na

ausência da pessoa cuidadora principal, ou em situações de emergências, esses cuidadores secundários assumem o papel principal do cuidado.

Apesar das recentes transformações estruturais envolvendo os arranjos familiares e o papel social feminino, as mulheres continuam como as principais cuidadoras, sejam familiares ou remuneradas (CAMARANO, 2010). Nesse contexto, observa-se que tanto as funções públicas quanto as privadas são atravessadas pela perspectiva de gênero, contribuindo para que as mulheres desempenhem prioritariamente os papéis de responsáveis pelo cuidado de idosos, tanto profissional quanto informalmente.

O cuidado familiar pode ser complementado com uma oferta de pessoal qualificado para o cuidado direto ao idoso dependente nos seus domicílios ou por meio de algum apoio às famílias no desempenho dessas atividades, o que pode incluir treinamento, remuneração específica para a realização deste trabalho e apoio psicológico, o que varia de acordo com as necessidades. De modo geral, esta oferta, pública ou privada, visa substituir ou amenizar o trabalho realizado pelas famílias, que, muitas vezes, ocorre em condições precárias e de conflito. No Brasil, o cuidado familiar tem ocorrido com baixo apoio e orientação do Estado. São escassas as políticas e os programas de cuidado formal domiciliar, embora a oferta dessa modalidade de serviço pelo setor público esteja prevista nas legislações pertinentes (CAMARANO, 2010, p. 20).

No que diz respeito à participação das mulheres na esfera produtiva, Passos (2016) afirma que ela ocorreu marcada pela precarização, flexibilização, terceirização e, principalmente, em trabalhos do setor de serviços. Além disso, a inserção das mulheres no mercado de trabalho formal e informal relacionado ao cuidado de um modo geral tem sido, majoritariamente, de mulheres negras pertencentes às camadas empobrecidas da sociedade, o que nos possibilita demonstrar que a invisibilidade e a subalternidade das profissões, ocupações e funções exercidas pelas mulheres ainda são permeadas pelas desigualdades/opressões de classe, gênero e raça/etnia.

No Brasil, as pesquisas sobre cuidado e cuidadoras são ainda pouco frequentes. Com relação às cuidadoras, no cenário brasileiro, salienta-se que, em 2016, havia 3,7 milhões de pessoas cuidando de seus familiares

com 60 anos ou mais em domicílio. Já em 2019, o número saltou para 5,1 milhões de pessoas, sendo a maior concentração nos estados da região Nordeste, por exemplo o Rio Grande do Norte com 15,2% (NERY, 2020).

Ainda com relação ao enfoque do cuidado remunerado, faz-se necessário enfatizar que a contratação de trabalhadoras do cuidado restringe-se às famílias brasileiras de classes médias e altas, muitas vezes em condições precárias de trabalho. Importante destacar que a maioria dessas trabalhadoras de cuidado é identificada como trabalhadora doméstica em sentido amplo, o que revela um escasso reconhecimento institucional (VIEIRA, 2020).

O cuidado formal ao idoso abrange, além do cuidado domiciliar formal, o atendimento integral em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e/ou em Centros-dia e Hospitais-dia. Esse trabalho de cuidado é ofertado por profissionais especializados tanto do setor público quanto do privado (CAMARANO, 2010). O cuidado a idosos institucionalizados vem preocupando a sociedade devido ao crescimento progressivo do envelhecimento populacional e, concomitantemente, desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, o que se reflete no aumento da demanda por instituições qualificadas e das denúncias frequentes que indicam a precariedade de algumas delas (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821).

Apesar de o escopo de alternativas de cuidados formais à população idosa ser amplo, é necessário enfatizar o cuidado institucional em instituições de residência, também conhecidas como ILPIs. Dentre as alternativas para manter os cuidados profissionais especializados e promover qualidade de vida dos idosos, destacam-se as ILPIs, que se propõem a garantir o cuidado adequado, a melhor convivência com a sociedade e a seguridade de vida. Nesse novo cenário de demanda de cuidados de longa duração pela população muito idosa e de mudanças nos arranjos familiares, faz-se necessário aprofundar a reflexão sobre a importância das ILPIs como alternativas para assegurar o trabalho de cuidado aos idosos.

AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS COMO ALTERNATIVAS DE CUIDADO

Dentre as alternativas de cuidados formais à população idosa, o número das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) vem crescendo consideravelmente os últimos anos, com característica de ser um lugar habitável para moradia especializado em oferecer assistência gerontogeriátrica de acordo com o grau de dependência dos moradores e, simultaneamente, garantir um ambiente com característica domiciliar que preserve a sua identidade, privacidade e integridade (BORN; BOECHAT, 2006). Define-se a ILPI como um ambiente coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar (BRASIL, 2021). Destaca-se que os profissionais contratados para cuidar dos idosos e auxiliá-los em suas atividades de vida diária são imprescindíveis no cuidado e na gestão do ambiente das ILPIs (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Importante ressaltar que, no que tange ao cuidado à pessoa idosa, cada indivíduo possui níveis de dependência diferentes, pois tudo dependerá do seu quadro clínico. Segundo a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC N° 502 (2021), considera-se grau de dependência I a pessoa idosa independente, podendo ou não usufruir de equipamentos de autoajuda. Já o grau de dependência II é referente à pessoa idosa com dependência em até três atividades de autocuidado diariamente, como alimentação, mobilidade e higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada. Por fim, o grau de dependência III é definido para a pessoa idosa com dependência de assistência em todas as atividades de autocuidado e/ou com comprometimento cognitivo. Não é incomum que a saúde mental interfira na saúde geral da pessoa idosa.

No Brasil, estudos mostram que, em 2010, havia 3.548 ILPI espalhadas pelo país. Já em 2021, o número mais que dobrou, passando para 7.292 instituições, ou seja, um aumento de 105,52%. Com relação às regiões, no Norte do Brasil, houve aumento de 34,96%, no Centro Oeste, 40,16%, no Sudeste, 94,37%, no Nordeste, 103,97% e no Sul, 171% (GPED, 2021).

Quanto às características das ILPI, avaliou-se que, em 2010, o percentual de instituições privadas com fins lucrativos era de 10,4%, instituições

privadas sem fins lucrativos/filantrópicas era de 85% e instituições públicas correspondiam a 3,2%. Em 2021, o percentual das instituições privadas com fins lucrativos cresceu 29,91%, enquanto o das privadas sem fins lucrativos/filantrópicas caiu para 59,65% e o das públicas reduziu para 2,35% (GPED, 2021).

No estado do Espírito Santo, em 2022, das 92 instituições regularizadas, 64 são instituições privadas com fins lucrativos, 26 são privadas sem fins lucrativos/filantrópicas e 2 são públicas. Dessas, 52 possuem imóvel alugado, 37 imóvel próprio, 2 em comodato e 1 está em imóvel cedido. Em relação a exigências solicitadas pelo Ministério Público às 92 ILPI, 33 instituições não possuíam alvará de funcionamento, 20 não tinham alvará sanitário, 14 não tinham laudo do corpo de bombeiros e 3 não tinham identificação externa visível (MPES, 2022).

Com relação ao número de vagas disponíveis, foram registradas, no ano de 2022, o total de 2.524 vagas, sendo ocupados 1.286 vagas para a pessoa idosa do sexo feminino, 880 para a pessoa idosa do sexo masculino e 358 vagas ainda disponíveis. Quanto ao grau de dependência dos idosos institucionalizados nas ILPIs, foram registradas, com grau I, 492 pessoas idosas do sexo feminino e 368 pessoas idosas do sexo masculino, com grau II, 454 pessoas idosas do sexo feminino e 304 pessoas idosas do sexo masculino e, com grau III, 338 pessoas idosas do sexo feminino e 158 pessoas idosas do sexo masculino (MPES, 2022).

No município de Vila Velha, o número de institucionalizados é o segundo maior do estado do Espírito Santo, com 22 ILPIs, ficando atrás apenas do município da Serra com 25 instituições. Em Vila Velha, todas são instituições com fins lucrativos, sendo 20 com imóveis alugados e duas com imóveis próprios, com 585 vagas disponíveis distribuídas em 351 para a pessoa idosa do sexo feminino, 162 para a pessoa idosa do sexo masculino e 72 vagas disponíveis (MPES, 2022).

Observa-se que, dentre as inúmeras finalidades do cuidado fornecido nas ILPI, uma delas é a promoção do fortalecimento do vínculo familiar, visando atenuar ou não permitir o sentimento de solidão e abandono. Vieira (2003) afirma que a ILPI busca o apoio e parceria da família para a permanência na instituição, visto que o próprio familiar é quem busca a ILPI como rede de apoio e a extensão do cuidado específico à pessoa idosa. O acolhimento da instituição viabiliza o conhecimento do histórico

familiar e a história pregressa do residente, permitindo a assistência adequada e a garantia das expectativas da família.

Dessa forma, a ILPI se torna responsável por fortalecer o vínculo familiar e promover atividades que garantam essa assistência ao residente. Apesar da instituição não poder obrigar o familiar a permanecer com o vínculo, as ILPIs programam motivações para a integração do familiar, pois, por vezes, a realização de cuidados mínimos feitos pelos familiares tem mais efeito do que o que é realizado pela própria equipe de cuidadores (LINDGREN; MURPHY, 2002).

Segundo a Política Nacional da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), o cuidador deve realizar pela pessoa idosa o que ela não consegue fazer sem auxílio, acompanhando e observando seus afazeres para auxiliar em tudo o que for possível, não cabendo praticar procedimentos e técnicas específicas que competem a outras profissões. Assim, faz-se necessário salientar o dever de que “as instituições destinadas ao cuidado de idosos contem com pessoas qualificadas para tal assistência, visando atender às necessidades peculiares dos idosos, principalmente daqueles mais fragilizados e dependentes” (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821).

Ressalta-se que a família tem sido a principal responsável por cuidar que as necessidades dos idosos sejam supridas. Entretanto muitos não possuem ou não encontram respaldo familiar, e as ILPIs configuram-se como uma significativa possibilidade de garantir auxílio para a realização de atividades da vida diária. A opção pelas ILPIs também ocorre “quando a família não possui estrutura (financeira, emocional, espaço físico, cuidadores), nem conta com o suporte do Estado e de organizações comunitárias para cuidar do familiar idoso no domicílio” (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821). No Brasil, comumente, a busca por uma ILPI de qualidade é trabalhosa e a decisão pela institucionalização do idoso ocorre apenas no limite da capacidade familiar em oferecer os cuidados necessários (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010).

Com relação às motivações para a institucionalização dos idosos, Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2013) afirmam que há uma tendência em buscar um ambiente que se revele melhor para o idoso do que o ambiente familiar. Além da busca por um local que ofereça cuidados, companhia e convivência com outros idosos, as pesquisas demonstram outras justificativas para a institucionalização do idoso.

As mudanças na estrutura familiar e social transformam também as formas de vínculos e de relações intergeracionais, que podem comprometer as funções de proteger e cuidar do idoso dependente para a realização das atividades de vida diária. Os conflitos em família podem fazer com que o idoso se encaminhe para uma instituição de longa permanência, passando a ter esse local como referência de um ambiente familiar. Há também os conflitos mobilizados entre membros da família originados pela postura intransigente e autoritária do idoso [...]. Isso é possível de se compreender, pois o idoso tem suas experiências de vida, seus costumes e hábitos arraigados. Idosos desprovidos de família nuclear também apresentam maior probabilidade de institucionalização. A perda progressiva de entes significativos pode levar o idoso a procurar espaços onde possam ser acolhidos (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 827).

Comumente, a família desempenha um papel importante no processo de decisão da institucionalização do idoso, que depende da existência de familiares, do grau de autonomia do idoso, da qualidade das relações familiares, entre outros fatores. Os motivos mais frequentes que levam à busca por uma ILPI são “ausência de família, dificuldades de a família cuidar, relações familiares conflituosas aliadas à carência de renda, falta de moradia, dentre outros” (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010, p. 166).

Nesse contexto, Camarano e Scharfstein (2010) destacam que a vida em uma instituição reproduz, de forma ampliada, a vida em família.

Ali se encontram “abrigo”, “retiro”, conflitos, abandono, expectativas, culpas, frustrações, afetos, cuidados, entendimentos, solidão etc. Ou seja, são situações que provavelmente também são vividas em uma residência particular. Em ambos os tipos de residência, se encontram indivíduos “retirados” da sociedade – os altamente dependentes. É provável que parte desses indivíduos quando se mudou para a instituição já estava “retirada” em decorrência das condições de saúde e não do tipo particular de residência. Nas instituições, observa-se uma concentração de indivíduos dependentes. Mesmo assim, algumas levam os idosos acamados e demenciados para tomar sol em áreas comuns, assistir televisão, possibilitando algum grau de socialização (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010, p. 184).

De modo geral, o perfil da pessoa idosa institucionalizada caracteriza-se pelo “aumento do sedentarismo, a perda da autonomia e a ausência de familiares, além das influências de fatores biológicos, doenças e outras causas externas [...], destacando a ocorrência de quedas” (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821). Por isso, o cuidado institucional envolve atenção integral por 24 horas a pessoas idosas em instituições de residência.

Para que uma ILPI se mantenha em funcionamento adequado, deve cumprir padrões mínimos exigidos em termos legais, como horas semanais de assistência médica, enfermagem, assistência psicossocial, nutricional, de reabilitação, entre outros. Apesar da recomendação de que os cuidados sejam ofertados por equipes multiprofissionais no âmbito das instituições, os principais cuidados oferecidos são os providos por médicos e enfermeiros, com base num enfoque curativo de doenças, o que sugere um predomínio do modelo biomédico em detrimento do cuidado integral à saúde do idoso (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Com relação aos desafios para o cuidado digno em ILPIs, destaca-se a dimensão econômica do cuidado.

Embora as instituições tentem desenvolver estratégias para garantir o mínimo de conforto e dignidade, há forte relação entre as dimensões econômica e de cuidado, sobretudo pela tendência à mercantilização do processo. Portanto, pensar na estrutura das ILPIs é também considerar o contexto socioeconômico em que estão inseridas e na capacidade financeira do idoso ou de seu conjunto familiar em dar-lhe suporte, vez que as políticas públicas do país não dispõem de mecanismos para o atendimento das demandas daqueles que estão vivendo o processo de morrer (CLOS; GROSSI, 2016, p. 404).

No processo de institucionalização do idoso, destaca-se que, mesmo quando a decisão de mudança para uma ILPI é feita pela família, em alguns casos, envolve resistência e sofrimento, além de vir acompanhada de um intenso sentimento de culpa por parte dos familiares, o que contribui para aumentar as dificuldades vivenciadas em torno dessa realidade (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010). Um significativo aspecto a ser considerado nesse contexto de resistência, sofrimento e culpa familiar

diz respeito ao fato de que, de modo geral, as ILPIs apresentam regras rígidas e rotina diária regida por horários determinados.

Devido à vida padronizada e à falta de perspectiva, os idosos perdem o direito de expressar sua subjetividade e seus desejos, vendo sua vida limitada social, afetiva e sexualmente em um espaço físico semelhante a grandes alojamentos, onde raramente se encontra uma proposta de trabalho voltada para a manutenção de idosos independentes e autônomos [...]. [Assim], o tão sonhado tempo livre no ambiente da instituição acaba por se tornar um tempo vazio de significado, convertendo-se na experiência desoladora da espera pela morte. Isso demonstra que o idoso tem sido encarado como uma pessoa improdutiva e que pouco tem sido feito para mudar essa situação (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821).

Entretanto, faz-se necessário destacar que algumas regras também existem para os idosos nos domicílios particulares, como horário para as refeições, para o banho, para televisão, vida sexual restrita etc. (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010).

As ILPIs, de modo geral, são vistas como uma exclusão do idoso do contexto social e uma ruptura de laços com familiares e amigos. Nesse contexto da institucionalização do cuidado, incluem-se também os abrigos para idosos pobres, que é considerada uma das modalidades de cuidado mais antigas, uma alternativa popular muito pouco valorizada, uma vez que essas instituições de abrigo remetem ao isolamento do idoso no fim de suas vidas, sendo, por isso, marcadas por preconceitos sociais (CAMARANO, 2010, p. 21). Por esses motivos, usualmente, entre os familiares, observam-se preconceitos e dificuldades em relação à institucionalização dos idosos.

Do ponto de vista do imaginário cultural brasileiro, a institucionalização, como a própria palavra indica, carrega uma marca estigmatizante. Pensa-se logo em abandono e desamparo, em segregação, em depósito de velhos, como até pode ser a realidade de algumas instituições. No nível pessoal, tanto pode ser uma decisão arbitrária por parte da família, em detrimento do desejo do seu idoso, como pode ser um processo elaborado pelos dois lados, idoso e família, ou ainda por escolha exclusiva do próprio idoso, como será ilustrado

mais adiante pelos relatos de residentes e familiares. O Estado também desempenha um papel importante no encaminhamento às instituições de idosos moradores de rua ou em situação de conflitos familiares. Sintetizando, não existe um padrão único que caracterize a mudança de um indivíduo do domicílio particular para o coletivo. Cada caso é um caso (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010, p. 167).

Destaca-se que, além da mudança na nomenclatura das instituições que prestam cuidados aos idosos, mudou-se o sentido. A ideia de que as instituições de abrigamento são “depósitos de idosos” foi construída historicamente, com base na concepção de isolamento e solidão dos idosos, desprezados e abandonados por familiares. Entretanto essa percepção vem progressivamente sendo modificada em relação às ILPIs, com os idosos podendo, inclusive, fazer essa escolha voluntária, justificada pela viuvez, pelo fato de não ter filhos, para não desejar sobrecarregar os filhos ou optar pela independência, entre outros motivos.

[...] uma vez que o termo asilo carrega sentidos socialmente depreciativos relacionados ao abandono, à pobreza e a condições precárias de saúde e higiene, o que perpassa a construção e a reprodução de mitos, estigmas e estereótipos relacionados a essas instituições, originando diversos preconceitos. Mais do que isso, as ILPI são uma proposta de uniformização das instituições que prestam assistência aos idosos, garantindo condições de bem-estar físico, emocional e social, em conformidade, entre outros, com o Estatuto do Idoso, com a legislação vigente e com as políticas públicas relacionadas a essa população [...]. As ILPI surgiram no Brasil na década de 1980 e foram os primeiros locais destinados a cuidar da saúde dos idosos e a suprir suas necessidades básicas, como alimentação e moradia (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821).

A solidão está presente na vida de vários residentes. Na prática, a institucionalização do idoso pode levar a um distanciamento progressivo da família e, às vezes, acarretar abandono. Entretanto, “a manutenção de vínculos familiares está associada, em muitos casos, à dinâmica familiar precedente à mudança de moradia, gerando vivências emocionais ambivalentes” (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010, p. 177).

Muitos familiares vivenciam intenso sofrimento psíquico com a institucionalização do idoso. O sentimento de culpa decorre, de modo geral, do estigma que as instituições ainda carregam. A culpa da família pode ser minimizada pela crença de que o idoso institucionalizado experimenta melhores condições do que experimentaria se estivesse com a família (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010, p. 177). Nesse contexto, observa-se a necessidade de fiscalização desses locais para que sejam cumpridas as normas mínimas exigidas para o funcionamento adequado (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Em muitos casos, as ILPIs podem se tornar um lar, um lugar de proteção e cuidado. Salienta-se que a instituição abriga, também, indivíduos que não têm vínculos, nem um lugar para morar, proporcionando-os cidadania e socialização. Além disso, vínculos familiares podem ser construídos ou reconstruídos em uma instituição, sendo possível criar um relacionamento entre os idosos institucionalizados semelhante ao familiar. Ressalta-se que esse vínculo tende a se fortalecer à medida que o contato com os parentes se torna menos frequente. Apesar das dificuldades de convívio, observa-se ainda a criação de laços de fraternidade e solidariedade entre os idosos, o que pode contribuir com o aumento da motivação para o autocuidado (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010).

Ao contrário do que é visto pela mídia e dito pela sociedade, a maioria dos residentes em ILPI não são abandonados pela família, e Alcantara (2003) afirma a necessidade de não culpabilizar a pessoa idosa como vítima e nem a família como a vilã. A institucionalização, por vezes, é motivada pela sobrecarga que o familiar carrega em ser o responsável por todas as ações da pessoa idosa, mesmo em vínculos positivos. Como dito por Fontoura (2003), há familiares que se sentem aliviados após o ingresso da pessoa idosa, os quais reconhecem positivamente o trabalho feito pela ILPI.

Diante dessa premissa, destaca-se também o problema financeiro vivido por familiares ao cuidar da pessoa idosa dentro de casa, pois, segundo Fontoura (2003), há elevados gastos com alimentação, saúde, medicações e demais cuidados gerais, de tal modo que a institucionalização acontece de forma tranquila e possibilita o fortalecimento do laço familiar. Assim sendo, o momento é crucial para a família com os ajustes das contas, não representando tristeza ou abandono, mas sim a solução de um problema visível que impacta diretamente na vida da pessoa idosa.

Ressalta-se que há situações em que as próprias pessoas idosas optaram por ir para a instituição. Alguns não gostariam de estar com seus familiares (DAVIM *et al.*, 2004) e têm satisfação com o lugar e do serviço prestado aos residentes (BULLA; MEDIONDO, 2004). Além disso, o direito de ir e vir é garantido pelo Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 2003) e fortalecido pela ILPI, com saídas externas acompanhadas de seus familiares, no qual há contribuição para o cuidado e a permanência da pessoa idosa à instituição.

A inserção em uma instituição pode representar uma alternativa de amparo, proteção e segurança, sendo, muitas vezes, considerada a melhor alternativa, o que não significa em desvalorização da família para o apoio e cuidado de seus idosos. Pode, ainda, significar uma nova organização e divisão da responsabilidade entre a família, o Estado e o mercado (ALVES-SILVA, SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Os residentes nas ILPIs, por vezes, enxergam o local como uma nova família, na busca de encontrar na instituição novas possibilidades de vida, segurança, respeito e suas necessidades atendidas. O local favorece o estabelecimento de vínculos significativos, o qual mitiga o sentimento de desamparo e relações conflituosas. Há situações em que o sentimento é tão benéfico para a pessoa idosa que o convívio com os novos amigos é melhor do que outrora com a família (RAMOS, 2002).

Na ILPI, por contar com uma equipe multiprofissional para realização de cuidados e pessoas qualificadas para limpar, passar e cozinhar, a vida da pessoa idosa se torna mais prática do que dentro da própria casa, não precisando se preocupar com a organização financeira e manutenção de utensílios domésticos. Além disso, as instituições oferecem conforto aos familiares e ao idoso, segurança no desenvolvimento das atividades e local adequado para moradia. Considera-se que a institucionalização para o idoso se torna uma melhor opção quando comparado à própria residência, já que, por vezes, a residência não possui estrutura física adequada e há um custo elevado para manutenção da assistência domiciliar, risco alto de queda, violências domésticas e sequelas irreversíveis (BARBOSA; ARAUJO, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é hoje uma realidade mundial. No Brasil, observa-se um crescimento acentuado da população de 80 anos de idade ou mais, que, diante da atual crise de cuidado, tem resultado no aumento da população que demanda cuidados prolongados. A promoção em saúde deve estar relacionada ao ser humano constantemente, adequando-se para o bem-estar social e atendendo às necessidades humanas básicas. Além disso, a convivência em coletividade e aplicação de práticas conjuntas podem proporcionar melhor bem-estar ao idoso, estimulando a melhoria da saúde.

Sob essa ótica, a promoção em saúde também se mostra favorável na manutenção da sobrevivência adequada e pode estar atrelada à qualidade de vida, principalmente dentro das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) coletivo. Nesse contexto, as ILPIs podem contribuir diretamente com o bem-estar individual e coletivo por apresentarem profissionais especializados, conforto aos familiares e ao idoso, segurança nas atividades e local adequado para moradia e, muitas vezes, uma melhor opção quando comparado à própria residência.

Em virtude da cognição física e/ou psicomotora fragilizada, a ILPI é capaz de fornecer o cuidado específico a essa população que tanto necessita de apoio, isso porque possui equipe capacitada e ambiente propício às condições de vida do idoso dependente. Prover cuidados específicos para pessoas idosas é temática complexa e difícil, pois envolve superação de preconceitos estabelecidos pela sociedade sobre as ILPIs e o reconhecimento de que tanto a família quanto a ILPI são instituições idealizadas, ambos espaços de conflito e disputa de poder, que abrigam e retiram indivíduos da sociedade, envolvendo ganhos e perdas.

Em meio aos inúmeros motivos citados, nota-se que a ILPI pode sim ser uma alternativa de cuidado, uma vez que há participação integral do familiar, fiscalizações rígidas e severas às entidades, cuidados exercidos por pessoas capacitadas e treinadas e a garantia do familiar em seguir com a sua vida sem comprometimento profissional, físico, psicológico e mental.

As ILPIs têm como objetivo garantir a atenção integral às pessoas com mais de 60 anos e propõem-se defender a dignidade e os direitos

das pessoas idosas, buscando prevenir e reduzir os riscos. Para garantir direitos como integração da família, participação social, autonomia, independência, qualidade de vida e cuidados adequados, há algumas políticas públicas voltadas a esse processo de envelhecimento, como a Política Nacional da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) e o Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 2003).

Salienta-se ainda que, para as políticas públicas de saúde, há um grande desafio em oferecer um serviço de qualidade e compatível com a situação de cada pessoa idosa, pois há suporte social inadequado, atendimento à saúde ineficaz a sua individualidade, além da luta constante pelo aumento da longevidade juntamente com qualidade de vida adequada quando não há apoio e estrutura da família. Pensar no futuro é projetar como fornecer qualidade de vida e promoção em saúde à população idosa, que muito depende do cuidado dos seres humanos.

REFERÊNCIAS

ACUNÃ, M. R.; DOREN, F. M.; ROMERO, S. C.; ROJAS, C. A. Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos*, v. 29, n. 2, p. 54-58, 2018.

ALCANTARA, A. de O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. 2003. Mestre em Gerontologia – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003. DOI 10.47749/T/UNICAMP.2003.290100. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=459961>. Acesso em: 24 out. 2023.

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O. da; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800019>.

ALVES-SILVA, J. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. dos. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 26, n. 4, p. 820-830, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023>.

AMADOR-MARÍN, B.; GUERRA-MARTÍN, M. D. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gaceta Sanitaria*, v. 31, n. 2, p. 154-160, mar. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.006>.

AYRES, J. R. de C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011 (Coleção Clássicos para integralidade em saúde).

BARBOSA, E. S.; ARAUJO, E. P. Edifícios e habitações sociais humanizados para idosos. *Universitas: Arquitetura e Comunicação Social*, v. 11, n. 2, 3 dez. 2014. DOI 10.5102/uc.v11i2.2559. Disponível em: <http://www.publicacoes.uniceub.br/index.php/arqcom/article/view/2559>. Acesso em: 27 dez. 2023.

BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, v. 20, n. 2, p. 27, 25 dez. 2015. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2015v20n2p27>.

BOHM, V.; CARLOS, S. A. Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação. *Kairós-Gerontologia*, v. 13, n. 1, p. 211-220, 2011.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITA, E. V. de; PY, L. (orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1.131-1.141.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Seção 1, out. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm#:~:text=%C3%89%20obriga%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20e,na%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20e%20nas%20leis. Acesso em: 10 jun. 2023

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. out. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 2 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC no 502, de 27 de maio de 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 10 abr. 2023.

BULLA, L. C.; MEDIONDO, M. S. Z. de. Velhice, Dependência e Vida Cotidiana Institucional. In: CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. (orgs.). **Idoso Asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: Edipucrs, 2004. p. 87–107.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A.; SCHARFSTEIN, E. A. Instituições de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro? In: CAMARANO, A. A. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 163–186.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200014>.

CLOS, M. B.; GROSSI, P. K. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 395–411, ago. 2016. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242140>.

CNMP - Conselho Nacional do Ministério Público. **Manual de Atuação Funcional: O Ministério Público na Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Brasília: CNMP, 2016.

COFFEY, C.; ESPINOZA REVOLLO, P.; HARVEY, R.; LAWSON, M.; PARVEZ BUTT, A.; PIAGET, K.; SAROSI, D.; THEKKUDAN, J. **Time to Care: Unpaid and underpaid care work and the global inequality crisis**. Oxford (UK): Oxfam, 20 jan. 2020. DOI 10.21201/2020.5419. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10546/620928>. Acesso em: 24 out. 2023.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. de. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 553–563, 20 mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. de V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. de. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 518–524, jun. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300010>.

DELLAROZA, M. S. G.; FURUYA, R. K.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T.; TRELHA, C.; YAMADA, K. N.; PACOLA, L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 36-41, fev. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100018>.

FERREIRA, A. P.; TEIXEIRA, S. M. Direitos da pessoa idosa: desafios à sua efetivação na sociedade brasileira. **Argumentum**, v. 6, n. 1, p. 160-173, jun. 2014.

FONTOURA, E. G. **A vida asilar para idosos residentes e seus familiares: um estudo de representações sociais de uma instituição de Feira de Santana**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), 2003.

GOMES, Irene; BRITTO, Vinícius. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. **Agência de Notícias IBGE**, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 26 dez. 2023.

GPED, I. **Panorama das ILPI no Brasil**. Grupo de estudos, Pesquisas e Diagnóstico – Instituição de Longa Permanência para Idosos (GPED-ILPI), 2021. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/674633308/Panorama-Das-Ilpis-Brasil-4-1>. Acesso em: 15 jul. 2023.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (orgs.). Cuidado e Cuidadoras - as várias faces do trabalho docare. **Cadernos Pagu**, n. 45, p. 577-585, 2012. <https://doi.org/10.1590/18094449201500450577>.

ISAAC, L.; FERREIRA, C. R.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 108, 28 maio 2018. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2018v9n1p108>.

LINDGREN, C. L.; MURPHY, A. M. Nurses' and Family Members' Perceptions Of Nursing Home Residents' Needs. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 28, n. 8, p. 45-53, ago. 2002. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20020801-10>.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, n. 24, p. 105-125, jun. 2005. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>.

MARI, F. R.; ALVES, G. G.; AERTS, D. R. G. de C.; CAMARA, S. The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 35-44, fev. 2016. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>.

MPES - Ministério Público do Estado do Espírito Santo. **PAIPI - Panorama das unidades de acolhimento da pessoa idosa**, 2022. Disponível em: <http://indicadores.mpes.mp.br/relatorios/powerbi/CACC/PAIPI>. Acesso em: 9 jun. 2023.

NERY, Carmen. Com envelhecimento, cresce número de familiares que cuidam de idosos no país. **Agência de Notícias IBGE**, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27878-com-envelhecimento-cresce-numero-de-familiares-que-cuidam-de-idosos-no-pais>. Acesso em: 26 dez. 2023.

NUTBEAM, Don. Health Promotion Glossary. **Health Promotion International**, v. 13, n. 4, p. 349–364, 1 jan. 1998. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>.

OPAS. Cidades e comunidades amigas das pessoas idosas. **OPAS [Portal]**, 2022. Disponível em: www.paho.org/pt/topicos/cidades-e-comunidades-amigas-das-pessoas-idosas. Acesso em: 26 dez. 2023.

OPAS. **Panorama da resposta do sistema de saúde às necessidades das pessoas idosas** – O Brasil está em transição, e a população em envelhecimento requer apoio para que a longevidade seja acessível para todos. Washington, D.C.: OPAS, 2023.

PAPALÉO NETTO, M. Estudo da Velhice, Histórico. Definição de Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 3–13.

PARADOWSKI, P. T.; BERGMAN, S.; SUNDÉN-LUNDIUS, A.; LOHMANDER, L. S.; ROOS, E. M. Knee complaints vary with age and gender in the adult population. Population-based reference data for the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 7, n. 1, p. 38, dez. 2006. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-7-38>.

PASSOS, L.; GUEDES, D. R. Participação Feminina no Mercado de Trabalho e a Crise de Cuidados da Modernidade: Conexões Diversas. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 50, jun. 2018.

PASSOS, R. G. **Trabalhadoras do Care na Saúde Mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino**. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), São Paulo, 2016.

- PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte*, v. 26, n. 2, p. 241–50, jun. 2012.
- PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2006. p. 135-64.
- RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, n. 7, p. 156-175, jun. 2002. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222002000100007>.
- REIS, L. A. Estudo das Condições de Saúde de Idosos em Tratamento no Setor de Neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 322, 2007. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2007.v31.n2.a1415>.
- ROCHA, E. M. S. A qualidade da atenção primária à saúde: perspectiva histórica, dilemas atuais e desafios futuros. In: COQUEIRO, J. M.; BARBOSA, J. P. M.; FIGUEIREDO, T. A. M. de (orgs.). **Rizoma III: saúde coletiva e instituições**. Jundiaí (SP): Paco Editorial, 2021. p. 351–375.
- ROSKAM, I.; BRIANDA, M.-E.; MIKOLAJCZAK, M. A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, v. 9, p. 758, 6 jun. 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>.
- TARTUCE, G. L. B. P. Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. *Cadernos de Pesquisa*, v. 43, n. 148, p. 366-372, abr. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742013000100019>.
- VIEIRA, E. B. **Instituições Geriátricas - Avanço Ou Retrocesso**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

VIEIRA, R. S. C. Cuidado, crise e os limites do direito do trabalho brasileiro. **Revista Direito e Práxis**, v. 11, n. 4, p. 2517-2542, dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/50150>.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichán**, Bogotá, v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008.

YAZBEK, M. A.; NETO, J. F. M. Osteoporose e outras doenças osteometabólicas no idoso. **Einstein** (São Paulo), v. 6, supl. 1, p. S74–S78, 2008.

YUASO, D. R. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, A. L. (org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2006. p. 165-201.