



Textos para Discussão

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Projeções da Demanda e dos Custos de Instituições
de Longa Permanência para Idosos



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Jair Bolsonaro

Ministro da Saúde

Marcelo Queiroga

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Nísia Trindade Lima

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Natalia Santos de Souza Guadalupe

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade da autora, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da "Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030"/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G429e Giacomini, Karla Cristina

Envelhecimento da população brasileira: projeções de demanda e dos custos de Instituição de longa permanência para idosos / Karla Cristina Giacomini. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

39 p. – (Textos para Discussão; n. 91)

Bibliografia: p. 35-38.

I. Envelhecimento. 2. Idoso. 3. População Brasileira I. Giacomini, Karla Cristina. II. Fundação Oswaldo Cruz. III. Título. IV. Saúde Amanhã.

CDU: 531.874.4:725.56

Textos para Discussão
Nº 91

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Projeções da Demanda e dos Custos de Instituições
de Longa Permanência para Idosos

Karla Cristina Giacomini

Este documento serviu como pano de fundo para os temas específicos tratados durante o Seminário
“O Brasil depois da pandemia – Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro”,
realizado em 25 e 26 de abril de 2022, na Fiocruz.

Rio de Janeiro, Junho 2022

AUTORA

Karla Cristina Giacomini

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1990), Residência e especialização em Medicina Geriátrica pela Universidade Louis Pasteur (Strasbourg – França)(1995), Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (2004) e Doutora em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (2008). Atualmente é Coordenadora geral da Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos; Vice-presidente do International Longevity Centre-Brazil e Membro pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE-Fiocruz).

SUMÁRIO

Introdução	7
Percurso Metodológico	8
Resultados	9
Discussão	22
Considerações Finais: A urgência de uma política nacional de cuidados continuados	30
Referências Bibliográficas	35
Agradecimentos	39

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Projeções da Demanda e dos Custos de Instituições de Longa Permanência para Idosos

1. INTRODUÇÃO

Os “cuidados de longa duração” (CLD) se referem aos cuidados continuados ou serviços que as pessoas mais velhas precisam para ajudá-las a realizar as atividades relativas a cuidados pessoais e tarefas domésticas, bem como para manter relações sociais (Muir, 2017). A denominação CLD se origina da tradução da expressão inglesa *long-term care* e se refere ao “apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido por um longo período de tempo às pessoas que o necessitam, independentemente da idade” (Camarano, 2010).

Em 2015, um estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) acerca da cobertura de CLD para pessoas idosas em 46 países destacou que tais necessidades permanecem ignoradas na maioria dos países investigados. O cuidado informal para idosos dependentes ainda é a regra, mas tal modelo não é sustentável, principalmente pelo fato de os potenciais cuidadores informais também estarem envelhecendo (Scheil-Adlung, 2015) e o perfil das famílias e o do papel das mulheres terem-se alterado rapidamente (Camarano, 2014).

De acordo com Scheil-Adlung (2015), no Brasil, dentre os indicadores investigados em relação à percentagem da população com 65 ou mais anos de idade coberta com CLD, os resultados são preocupantes. A média de despesa pública em CLD no período 2006-2010 e em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) para este público, em porcentagem do PIB per capita em 2013, foi a tal ponto irrisória que a autora a considerou nula (zero). O número de trabalhadores formais de CLD por 100 pessoas com 65 anos ou mais de idade também foi considerado 0 (zero). Quanto aos custos, a OIT (2015) definiu um limiar relativo de USD 1.461,80 de paridade do poder de compra destinados aos CLD para idosos (Scheil-Adlung, 2015). Além disso, na mesma avaliação, a lacuna de cobertura devido ao número insuficiente de trabalhadores formais de CLD (limiar relativo: 4,2 trabalhadores por 100 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos) seria de 100%. Para preencher a lacuna de CLD no país, seriam necessários mais de 650.000 cuidadores formais. Porém, somente ofertar os cuidadores formais não configura uma política de CLD (Scheil-Adlung, 2015).

Uma política pública de CLD poderia ser compreendida como uma tentativa de equilibrar as responsabilidades concorrentes entre os indivíduos, as famílias, o Estado e o mercado no desenvolvimento de programas para atender às necessidades humanas. Pensar políticas públicas de CLD significa analisar os dados empíricos disponíveis e vislumbrar possíveis cenários futuros, na expectativa de colaborar para reduzir iniquidades e apontar lacunas no sistema de informações ou falhas da gestão.

O desafio do cuidado aos idosos é particularmente sentido nos países de baixa e média renda, onde o desenvolvimento de políticas de CLD não acompanha o ritmo do envelhecimento

da população (Feng, 2019). Na América Latina e no Brasil, o acelerado e intenso processo de envelhecimento populacional acontece em um contexto de marcada desigualdade social e de gênero, o que representa um desafio ainda maior para a oferta de políticas de CLD (Camarano, 2010; Miranda, Mendes & Silva, 2016). Ademais, observa-se o maior acometimento das pessoas idosas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que aumenta a chance de incapacidade funcional e a complexidade nos cuidados. Em contrapartida, a urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de emprego, famílias menores e mais mulheres inseridas no mercado de trabalho reduzem o contingente de pessoas disponíveis para o cuidado das pessoas idosas dependentes de cuidados (Camarano & Kanso, 2010).

No Brasil, frente à inexistência de uma política nacional de CLD, a expressão prática mais clara desta lacuna se traduz na oferta reduzida e heterogênea de cuidados institucionais. Porém, ainda há muito desconhecimento e preconceito acerca deste modelo de cuidado, que existe à revelia de um olhar regulador e impulsionador da sua qualidade pelo Estado brasileiro (Villas-Boas et al., 2021). Dessa forma, este trabalho propõe uma análise prospectiva acerca das demandas por CLD, com ênfase nos cuidados institucionais para idosos, a partir de fontes de dados disponíveis.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

De acordo com a norma mais recente que regulamenta o funcionamento de unidades de acolhimento para idosos, a RDC – Anvisa nº 502/2021:

“Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI): instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (Brasil, 2021).

As ILPI cumprem um imprescindível papel social e de saúde (Villas-Boas et al., 2021) e se prevê um aumento na necessidade de oferta de vagas (Camarano, 2014). Porém, no Brasil, segundo Born & Boechat (2016), ainda que as ILPI constituam parte da rede de assistência social, em geral, elas não são criadas em decorrência da implementação de uma política de CLD, mas de demandas da comunidade (Born & Boechat, 2016), ou seja, elas são a prova cabal da falta de uma política de CLD.

Talvez por essa razão, ao contrário das informações sobre vagas em unidades de internação ou número de consultas na atenção primária, para os CLD não há fontes de dados contínuas, oficiais e comparáveis que possam informar as políticas regionais ou nacionais, inclusive aquelas referentes às ILPI (Lacerda et al., 2021). O país carece de informações básicas sobre estas instituições, por exemplo: quantas são; onde estão localizadas; qual a sua natureza jurídica; que serviços e atividades oferecem aos residentes. Os sistemas de Saúde e de Assistência Social também pouco dispõem de informações sistematizadas e compartilhadas sobre a população assistida.

Na perspectiva de avaliar a oferta e a demanda de CLD na população adulta e idosa brasileira, este estudo quantitativo, ecológico e exploratório utiliza dados secundários públicos extraídos de diferentes fontes de pesquisa consultadas, incluindo o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e os dados institucionais dos censos de abrangência nacional realizados no país. Serão considerados o crescimento da demanda e a projeção de custos para o Estado, assumindo-se a

mesma estrutura de CLD para idosos (formais e informais) existentes em 2019. Este período se justifica por ainda não ter sido afetado pela pandemia da Covid-19.

3. RESULTADOS

Na literatura e na legislação se encontram referências a ILPI, casas de repouso, lares, hotéis, asilos (Camarano, 2010) e, mais recentemente, clínicas geriátricas. É importante reconhecer que a dificuldade de se caracterizar uma ILPI não existe apenas no Brasil. Em pesquisa feita em 18 países por Stanford et al. (2015) sobre *nursing homes*, concluiu-se que se tratava de uma residência coletiva, que oferece cuidados 24 horas por dia para pessoas com necessidades de saúde e que requerem ajuda para as atividades da vida diária (AVD). Em 37% dos países pesquisados, embora não sejam uma enfermagem, médicos visitam as instituições, que podem contar ou não com profissionais da área de saúde e oferecer ou não cuidados paliativos e terminais. Também oferecem CLD e/ou reabilitação com o objetivo de evitar internações hospitalares e facilitar altas, funcionando como cuidados de transição (Stanford et al., 2015).

Quanto à codificação como atividade econômica, no Brasil, as ILPI são consideradas atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares, pertinentes à Seção Q, divisão 87 do Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE, 2022). Porém, nesta seção estão listadas as clínicas e residências geriátricas, sendo possível identificar: casa de repouso para idosos; casa geriátrica com internação; centro geriátrico com internação; centro médico geriátrico; clínica geriátrica com internação; residência geriátrica. Contudo, instituições que prestam serviços tanto de ILPI (CNAE 87115-02), quanto de Clínica Geriátrica (CNAE 87115-01) precisam ter os dois CNAE registrados no seu Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e cumprir com as exigências para ambos os tipos de entidades, descritas em diferentes normas (CNAE, 2022). E, ainda, apesar da existência de mecanismos de fiscalização de ILPI (Giacomin & Couto, 2010), a fiscalização varia conforme o (des)interesse da gestão pública sobre esses espaços.

Tudo isso concorre para uma dificuldade a mais na regulação, na fiscalização e no conhecimento acerca dos serviços ofertados, como será visto a seguir.

3.1. CENSO DE UNIDADES DE ACOlhIMENTO INSTITUCIONAL 2019

Embora formalmente renomeadas como ILPI, este termo ainda não foi assimilado pela comunidade institucional, nem pelas políticas sociais, nem pela população. Para a Política Nacional de Assistência Social (Brasil, 2004), trata-se de unidades de acolhimento institucional.

Desde 2010, o SUAS realiza anualmente um censo sobre os cuidados institucionais ofertados no âmbito da PNAS (Brasil, 2004), divulgados pelo Portal Censo SUAS. Respondem, virtualmente, a este censo apenas ILPI vinculadas à política de assistência social, com ou sem convênio com o poder público. Esta plataforma contém o banco Acolhimento Municipal Recursos Humanos (Banco RH) e o Acolhimento Municipal e Estadual: dados gerais (Banco geral ILPI) (Brasil, 2020). Na primeira base, as unidades amostrais foram as ILPI e na segunda base, os trabalhadores das ILPI. As duas bases foram vinculadas pela variável comum de identificação das ILPI, conforme Cadastro do Sistema Único de Assistência Social (CadSUAS). O banco de dados ainda possui outras informações que não foram incluídas neste estudo. Do presente estudo participaram todas as ILPI que alimentaram o Banco de Dados do Censo SUAS- 2019.

Quanto ao tipo de oferta de serviços de acolhimento, de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais,¹ 94% se referem a cuidados institucionais de longa permanência, estando divididos em (Brasil, 2009):

- Abrigo institucional: oferece acolhimento para pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. Excepcionalmente, a natureza do acolhimento deverá ser de longa permanência. Idosos(as) com vínculo de parentesco ou afinidade – casais, irmãos, amigos etc. – devem ser atendidos na mesma unidade;
- Casa-lar: unidade residencial que deve possuir em seu quadro de funcionários, um educador social como residente responsável pelo atendimento aos idosos juntamente com uma equipe técnica especializada nos cuidados das AVD;
- Serviço de acolhimento em repúblicas: destinada a idosos que tenham capacidade de gestão coletiva da moradia e condições de desenvolver, de forma independente, as AVD, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de auto-ajuda;
- Outras formas: incluem casas de passagem, residências inclusivas para pessoas com deficiência.

Além dessas ainda existem residências inclusivas para adultos e pessoas com deficiência que não são objeto deste capítulo.

O Censo SUAS 2019 identificou 1.784 serviços de acolhimento destinados a pessoas idosas, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Tipo e oferta de serviços de acolhimento credenciados junto ao Sistema Único de Assistência Social. Brasil, 2019

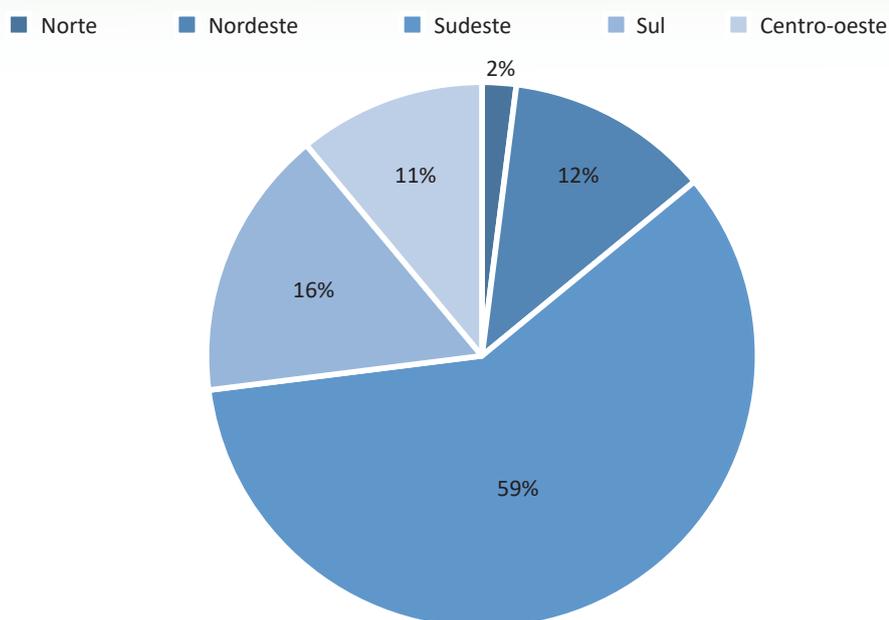
Tipo	Censo SUAS 2019	
	N	%
Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosas/os – ILPI)	1.669	93,55
Casa-lar	75	4,20
República	19	1,07
Outros	21	1,18
Total	1.784	100,00

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022.

O número de ILPI credenciadas ao SUS se distribui desigualmente no país (Gráfico 1).

¹ Aprovada pelo Conselho Nacional da Assistência Social, conforme resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.

Gráfico 1. Distribuição proporcional das 1.784 unidades de acolhimento institucional para idosos, segundo a Região – Censo SUAS, 2019.



Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022.

Quanto à natureza jurídica, apenas 195 (10,9%) ILPI eram governamentais, sendo 185 (10,4%) municipais, 10 (0,5%) estaduais e nenhuma federal. Quando analisado o tempo de implantação da unidade de acolhimento, 42,8% do total de ILPI existem há mais de 40 anos (N=763). Contudo, no mesmo Censo, chama atenção o fato de que das 297 unidades de acolhimento destinadas a adultos com deficiência, 44,1% (N=131) foram criadas nos últimos cinco anos, o que sugere um aumento da demanda deste tipo de serviço (dados não apresentados).

A distribuição da população idosa acolhida quanto ao sexo e à faixa etária está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da população idosa acolhida segundo o sexo e a faixa etária – Censo SUAS 2019

Faixa etária	Sexo				Total	
	Homem		Mulher			
	N	%	N	%	N	%
Menor de 60 anos	1.755	5,65	1.537	4,76	3.292	5,19
60 a 79 anos	19.954	64,21	15.779	48,84	35.733	56,38
80 anos ou mais	9.365	30,14	14.990	46,40	24.355	38,43
Total	31.074	100,00	32.306	100,00	63.380	100,00

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022. Erro! A referência de hiperlink não é válida.

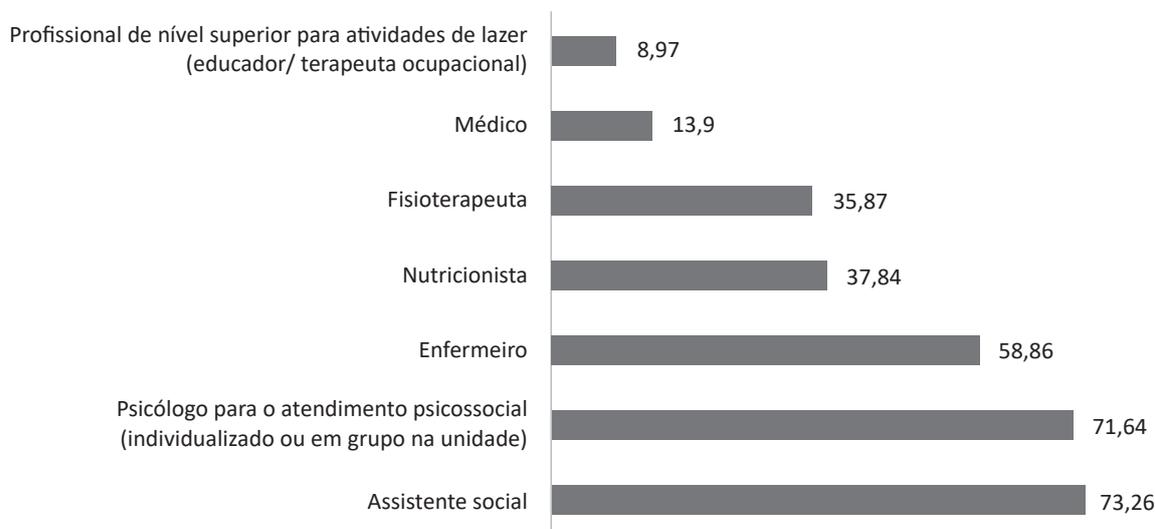
A maioria das ILPI (68,71%) afirma não ter restrições quanto ao acesso de públicos específicos, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Número e proporção de unidades que aceitam acolher pessoas de acordo com certas características selecionadas

Características pessoais	Sim		Acolhidos atualmente	
	N	%	N	%
Pessoas com Doença Mental (Transtorno Mental)	1.222	68,50	12.145	19,16
Pessoas refugiadas/imigrantes	986	55,27	157	0,25
Pessoas com trajetória de rua	1.406	78,81	2.645	4,17
Pessoa idosa indígena ou de comunidades tradicionais (exemplo: quilombola, ciganos, ribeirinhos)	1.238	69,39	79	0,12
Pessoas com deficiência física, sensorial ou intelectual	1.670	93,61	23.207	36,62
Pessoas idosas travestis, transexuais, transgêneros	1.186	66,48	90	0,14
Pessoas com dependência de álcool ou outras drogas	873	48,93	2.378	3,75
Público com estas características	-	-	40.701	64,22
Total de instituições/ média / população assistida	1.784	68,71	63.380	100,00

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022.

Quanto aos profissionais das equipes que atuam nas instituições, no Gráfico 2 está apresentada sua distribuição percentual nas ILPI credenciadas ao SUAS.

Gráfico 2. Distribuição percentual dos profissionais que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos – Censo, 2019

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022.

As ILPI credenciadas ao SUAS declararam ter 38.956 empregados em 2019. Os cuidadores representam 23,8% deste quadro de profissionais. Ainda segundo a RDC 502/2021 (Brasil, 2021), as ILPI devem ter um responsável técnico (RT) com formação em nível superior. Do total das instituições avaliadas, 1.770 (99,21%) afirmaram tê-lo, mas somente 64,57% (N=1.152) relataram vínculo formal de trabalho de pelo menos 20h semanais deste profissional, conforme exigido na norma.

3.2. CENSOS NACIONAIS DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Embora haja unidades de abrigamento para idosos no país há mais de um século (Camarano, 2010), apenas dois censos de abrangência nacional foram realizados até o presente momento:

- O primeiro, aqui chamado *Censo IPEA 2008-2010* (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e), refere-se à primeira pesquisa acerca das “Condições de funcionamento e de infraestrutura nas instituições de longa permanência (ILPI) no Brasil”²;
- O segundo estudo, o *Censo FN-ILPI 2021* (Lacerda et al., 2021), foi realizado por um grupo de pesquisadores pela Frente Nacional de Fortalecimento às ILPI (FN-ILPI)³ que buscou retratar um panorama das ILPI do Brasil (Maiores detalhes estão disponíveis em Lacerda et al., 2021).

3.2.1.O Censo IPEA 2008-2010

Dentre as instituições identificadas pelo Censo IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e), 6,3% se denominavam “abrigos”, um terço se autodenominava “lares”, 10,7% “Casas de repouso” e 65,2% das instituições eram de natureza filantrópica. Os motivos alegados para a busca de uma instituição são a carência financeira e a falta de moradia, o que talvez explique o fato de as ILPI integrarem a rede de serviços da assistência social. Muitas delas são pequenas, têm menos de dez residentes e funcionam em casas, representando 10% das instituições segundo a pesquisa do IPEA (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e).

Este censo identificou 3.548 instituições distribuídas por 29,9% dos municípios brasileiros, sendo 65,2% filantrópicas; 28,2% privadas com fins lucrativos e 6,6% públicas ou mistas, com maior concentração na Região Sudeste e nas cidades maiores. Aproximadamente 84 mil pessoas com mais de 60 anos viviam em instituições, em sua maioria pequenas (com média de 30,4 residentes/ILPI), que atuavam quase em plena capacidade (90% dos leitos ocupados), graças a recursos provenientes dos residentes e/ou familiares (57%) seguidos pelo financiamento público (federal, estadual ou municipal), em torno de 20% (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e).

Quanto ao perfil dos residentes, o Censo IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e) identificou uma predominância de mulheres, com exceção da Região Norte (Camarano, 2008c) e Centro-Oeste (Camarano, 2008a) do país, e de idosos mais longevos, mais acentuadamente nas instituições privadas com fins lucrativos. Isso sugere, segundo Camarano (2010), que a busca pela moradia numa ILPI privada se dá, principalmente, por pessoas dependentes que não podem contar com um cuidador familiar. Nas ILPI públicas e filantrópicas, questões de ordem financeira e a falta de rede familiar e social de apoio parecem prevalecer. Os principais serviços oferecidos pelas instituições filantrópicas se relacionam ao abrigamento dos idosos independentes e semidependentes; ao apoio para o desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD) e aos cuidados com a

² Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) em parceria com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) e o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI).

³ Um movimento voluntário organizado para oferecer informações com vistas à prevenção do contágio e de óbitos por Covid-19 entre as pessoas idosas e ao aprimoramento das políticas públicas de CLD. Maiores detalhes estão disponíveis em: <www.frente-ilpi.com.br>.

saúde, ainda que essas instituições não sejam de saúde (Camarano, 2010; Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e).

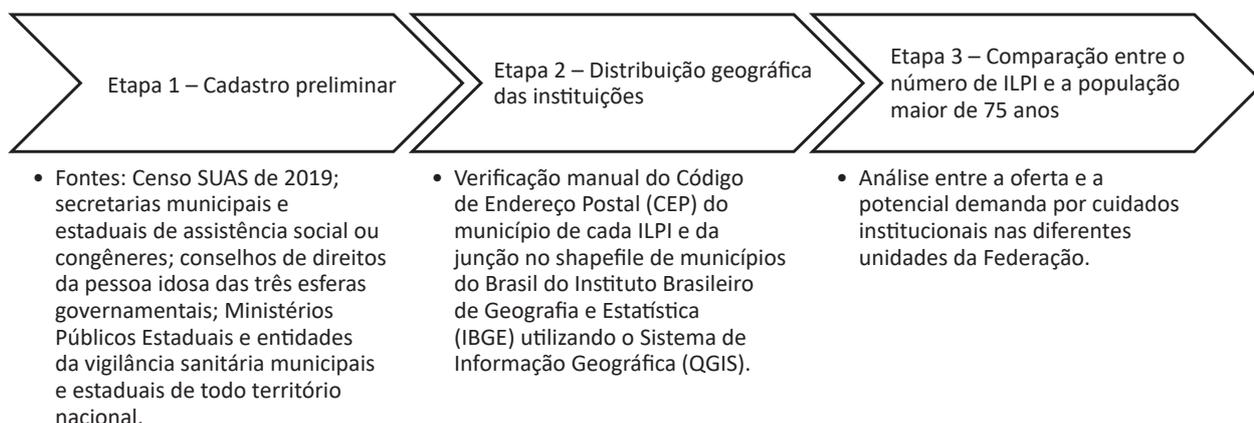
Os resultados do Censo IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e) mostraram que a proporção de idosos residentes em instituições era muito baixa, em torno de 1% (Camarano, 2010), e que o papel do Estado na área de CLD se centrava, quase exclusivamente, no abrigamento de idosos pobres. Ainda assim, a principal fonte de renda advinha do próprio residente idoso, por meio de sua aposentadoria, pensão ou benefício assistencial, cuja manutenção não é uma questão equacionada. Esta lógica de o residente contribuir com o seu custeio contraria a premissa constitucional de uma política de Assistência Social não contributiva.

Além disso o número de instituições públicas era muito pequeno, 170 (5,2%) entre 3.294 instituições, a maioria municipal. Das instituições que responderam ao Censo IPEA (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e), 40,8% declararam receber financiamento público, mas, ainda assim, o financiamento público constituía apenas 20,2% dos recursos das instituições – e, nas filantrópicas, público-alvo do financiamento, constituía 21,9%.

3.2.2.O Censo FN-ILPI 2021

O Censo FN-ILPI 2021 (Lacerda et al., 2021; Domingues et al., 2021) teve como referência o do IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e) e foi realizado em 3 etapas, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Apresentação das etapas de planejamento e desenvolvimento do Censo FN-ILPI 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Maiores detalhes estão disponíveis em Domingues et al. (2021).

Na Tabela 4 é apresentado o número de ILPI identificadas em todo o país, conforme o Censo da FN-ILPI 2021 (Lacerda et al., 2021; Domingues et al., 2021), e dados do IBGE (2021) sobre a quantidade de residentes acima de 60 anos – universo de idosos – e de 75 anos – parcela idosa potencialmente mais demandante de CLD – nas regiões brasileiras.

Tabela 4. Distribuição das Instituições de Longa Permanência para Idosos por Região, população maior de 60 anos e maior de 75 anos e razão entre elas e o número de ILPI

Região	Mapeamento de ILPI		População de Maiores de 60 anos		Razão entre a população 60 anos e +/ILPI	População de Maiores de 75 anos		Razão entre a população 75 anos e +/ILPI
	n	%	n (x mil)*	%		n (x mil)**	%	
Sudeste	4.232	60,2	15.094	46,0	3.567	3.996	45,8	944
Sul	1.874	26,7	5.201	15,8	2.775	1.340	15,4	715
Nordeste	493	7,0	8.445	25,7	17.130	2.401	25,7	4.870
Centro-Oeste	351	5,0	2.155	6,6	6.140	518	5,9	1.476
Norte	79	1,1	1.959	5,9	24.797	477	5,4	6.038
BRASIL	7.029	100,0	32.854	100,0	54.409	8.732	100,0	14.043

Fonte: Lacerda et al., 2021.

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos.

* Dados do IBGE (2018), Porcentagem da população acima de 60 anos em relação ao total com mais de 60 anos do Brasil.

** Dados do IBGE (2018), Porcentagem da população acima de 75 anos em relação ao total com mais de 75 anos do Brasil.

Quando considerada a oferta de ILPI e um proxy da demanda a partir da população com 75 anos e mais, a razão média nacional encontrada foi de 14.073 potenciais demandantes de CLD por ILPI. A disparidade regional relativa à demanda projetada é ainda mais evidente: na Região Sul, a razão é de 715 idosos/ILPI; no Nordeste, são 4.870 idosos/ILPI, enquanto no Norte essa relação salta para 6.038 idosos/ILPI, com destaque para Amapá e Pará, em que esse número chega a mais de 9.000 idosos para cada ILPI existente (Lacerda et al., 2021).

A existência de ILPI no município de moradia da pessoa deveria ser parte de uma política de CLD (Lacerda et al., 2021), uma vez que sua ausência implica na necessidade de a pessoa mudar para outro município, com risco de comprometer ainda mais o vínculo sociofamiliar, face à dificuldade na realização de visitas. Contudo, não há este tipo de equipamento em todos os municípios, como demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição do número de municípios por estado e Região e percentual de municípios que contêm pelo menos uma Instituição de Longa Permanência para Idosos

Região/UF	Total de Municípios* (n)	Municípios com ILPI**	
		n	%
Sudeste	1.668	984	58,9
ES	78	36	46,1
MG	853	479	56,1
RJ	92	66	71,7
SP	645	403	62,4
Sul	1.191	479	40,2
PR	399	224	56,1
RS	487	182	36,6
SC	295	73	24,7
Nordeste	1.793	250	13,9
AL	102	10	9,8
BA	417	89	21,3
CE	184	22	11,9
MA	217	15	9,9

Tabela 5. Distribuição do número de municípios por estado e Região e percentual de municípios que contêm pelo menos uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (cont.)

Região/UF	Total de Municípios* (n)	Municípios com ILPI**	
		n	%
PB	223	30	13,4
PE	184	47	25,5
PI	224	5	2,2
RN	167	21	12,5
SE	75	11	14,6
Centro-Oeste	499	252	50,5
DF***	33	3	9,1
GO	246	161	65,4
MS	79	48	60,8
MT	141	40	28,4
Norte	450	53	11,8
AC	22	4	18,2
AM	62	3	4,8
AP	16	2	12,5
PA	144	18	12,5
RO	52	10	19,2
RR	15	1	6,7
TO	139	15	10,8
Total Geral/média	5.601	2.018	36,0

Fonte: Lacerda et al., 2021.

*Total Municípios (IBGE 2019);

**ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos;

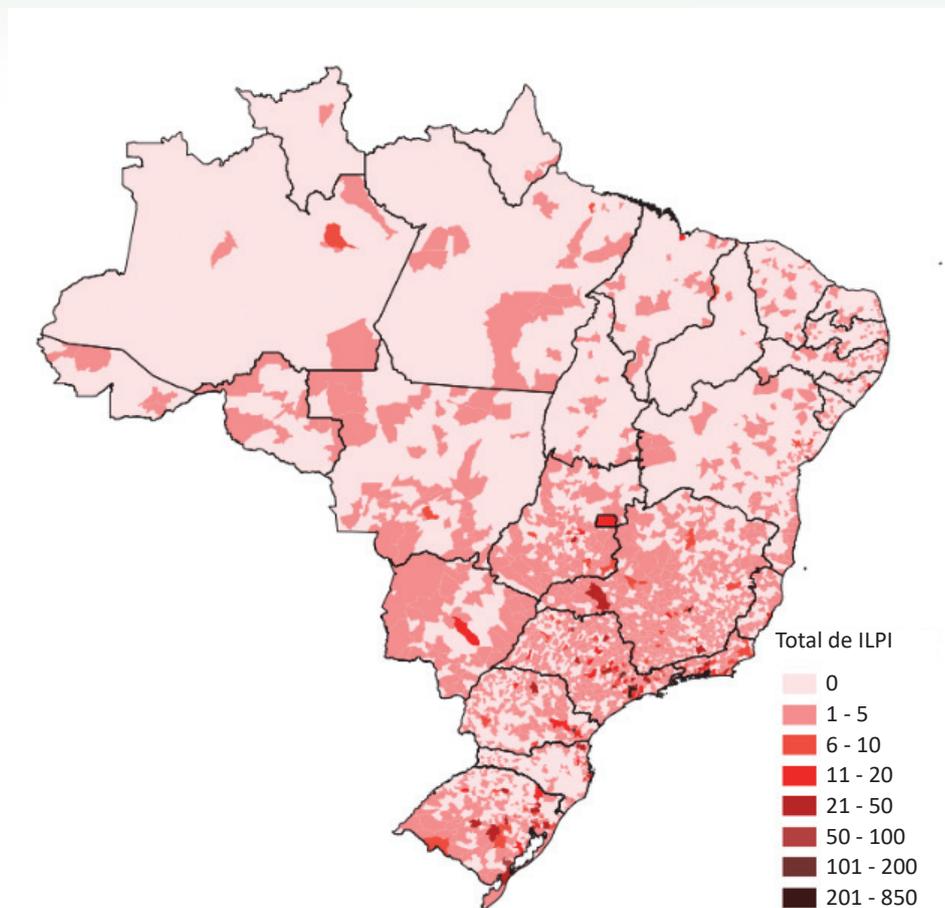
***DF – 33 regiões administrativas, consideradas como município para efeitos de análise

É notável a diferença regional no que diz respeito à oferta de CLD. Os estados com maior número de ILPI são: São Paulo (34,3%), Minas Gerais (15,9%) e Rio Grande do Sul (15,6%), enquanto os estados da Região Norte concentram apenas 1,1% das ILPI do país. Quando se analisa a razão entre o número de pessoas idosas e o número de ILPI disponíveis na região, as Regiões Nordeste e Norte se mostram menos supridas deste tipo de equipamento quando comparadas a Sul e Sudeste (Lacerda et al., 2021).

Dos 5.570 municípios do país, apenas 36% (N=2.018) dispõem de ILPI. Observa-se que os estados que apresentaram maior número de municípios com pelo menos uma ILPI foram, em ordem decrescente: Rio de Janeiro (71,7%), São Paulo (62,4%), Goiás (65,4%), Mato Grosso do Sul (60,8%) e Minas Gerais (56,1%) (Tabela 5). Destaque deve ser dado ao estado do Piauí, em que apenas 2,2% dos municípios dispõem de, ao menos, uma ILPI (Lacerda et al., 2021).

Os cinco municípios com maior número de ILPI são: São Paulo com 810 (11,3%), Porto Alegre com 287 (4,1%), Belo Horizonte com 268 (3,8%), Rio de Janeiro com 223 (3,1%) e Curitiba com 130 (1,8%). Na Figura 2 está apresentado o mapa da distribuição geoespacial das ILPI no Brasil, por município (Lacerda et al., 2021).

Figura 2. Mapeamento da distribuição geoespacial das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil, por município, Brasil



Fonte: Lacerda et al., 2021.

O Censo IPEA 2008-2010 identificou pelo menos uma ILPI em cerca de 20% dos municípios brasileiros (Camarano & Kanso, 2010; Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e). Uma década depois, o Censo FN-ILPI 2021 (Lacerda et al., 2021) revelou um aumento de 55,6% no número de municípios com pelo menos uma ILPI. Na Tabela 6 é apresentada a evolução do número de ILPI conforme os Censos – IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e) e FN-ILPI 2021 (Lacerda et al., 2021) e a comparação com o número de ILPI credenciadas ao SUAS, conforme o Censo SUAS-2019 (Brasil, 2020).

Tabela 6. Evolução no número de Instituições de Longa Permanência para Idosos conforme o Censo IPEA 2008-2010 e o Censo FN-ILPI 2021

Região	Número de ILPI*				
	Censo IPEA 2008-2010**	Censo FN-ILPI 2021***	Variação em %	Censo SUAS 2019****	Oferta de ILPI Censo SUAS-2019 em relação ao Censo FN-ILPI-2021*** em %
Sudeste	2.255	4.232	+88	1.060	25,0
Sul	693	1.874	+170	280	14,9
Centro-Oeste	249	351	+41	200	57,0
Nordeste	302	493	+63	206	41,8
Norte	49	79	+61	38	48,1
Total	3.548	7.029	+146%	1.784	25,4

Fonte: Dados da pesquisa "Características das instituições de longa permanência para idosos" (Camarano 2008a; 2008b; 2008c; 2008d; 2008e); Frente Nacional de Fortalecimento às ILPI (Lacerda et al, 2021); Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022.

*ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos;

Quando se compara os Censos IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e) e FN-ILPI 2021 (Lacerda et al., 2021), a oferta mais que dobrou, mas isso se deu às custas da oferta de ILPI privadas, como pode ser notado quando se apresenta a oferta de ILPI credenciadas ao SUAS no período de 2016 a 2019 (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição das Instituições de Longa Permanência para Idosos, segundo a Região. Brasil 2016-2019

Censo SUAS Ano	Região					Total	Variação percentual em relação ao Censo anterior
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul		
2016	36	209	166	991	265	1.667	-
2017	37	208	174	1.030	273	1.722	+3,30
2018	34	201	194	1.058	282	1.769	+2,73
2019	38	206	200	1.060	280	1.784	+0,85

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>. Acessado em: 18 de janeiro de 2022.

Estes dados refletem o descompasso entre a oferta de vagas nos sistemas público e privado, enquanto a população idosa, especialmente a maior de 75 anos continuou mantendo uma taxa de crescimento anual da ordem de 4% ao ano.

No SUAS, a ILPI está tipificada na Proteção Social Especial de Alta Complexidade (Brasil, 2009). Segundo a tipificação, as ILPI são definidas para o acolhimento de pessoas idosas, mas a institucionalização deveria ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência, quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. Isso praticamente restringe a situações excepcionais de negligência ou violação de direitos (Brasil, 2009).

Uma possibilidade para o adiamento ou prevenção da institucionalização poderia acontecer pela oferta de Centros-dia para apoiar famílias com idosos frágeis, a depender das condições dos idosos. Infelizmente ela é irrisória: dos 1.664 Centros-dia credenciados ao SUAS, prepondera a atuação da sociedade civil em 93% das unidades, mas apenas 22% dos atendimentos são destinados a idosos com deficiência e suas famílias (Brasil, 2020).

A sustentabilidade do setor de ILPI depende de decisões políticas e econômicas. Quanto ao financiamento federal, em 2007, o valor *per capita* repassado pelo SUAS às ILPI era de R\$ 44,00 por mês para cada pessoa idosa institucionalizada considerada independente e R\$66,00 para cada dependente de cuidados segundo a RDC 502/2021. A partir de 2012, os repasses passaram a ser feitos de modo descentralizado, fundo a fundo, a partir do Fundo Nacional de Assistência Social⁴ (segundo o estabelecido no Decreto N° 7.788, de 15 de Agosto de 2012) (Brasil, 2012a). Este repasse fundo a fundo se destina a:

“I – cofinanciamento dos serviços de caráter continuado e de programas e projetos de assistência social, destinado ao custeio de ações e ao investimento em equipamentos públicos da rede socioassistencial dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

II – cofinanciamento da estruturação da rede socioassistencial dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluindo ampliação e construção de equipamentos públicos, para aprimorar a capacidade instalada e fortalecer o Sistema Único da Assistência Social – SUAS” (Brasil, 2012a).

Nesta forma de repasse, os recursos referentes a cada Bloco de Financiamento, Programa e Projeto devem ser aplicados exclusivamente nas ações e finalidades originariamente definidas para estes, em blocos tipificados e agrupados, conforme planos municipais. Para orientar este repasse foi desenvolvido o Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social – IGDSUAS (Brasil, 2012b), estabelecendo incentivos financeiros a partir do Censo SUAS, instituído pelo Decreto N.º 7.334/2010, e a consolidação legal da lógica de repasse e recursos, regular e automática, via fundos de assistência social na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Brasil, 1993). Este índice, o IGDSUAS (Brasil, 2012b), permitiria a gestores, conselheiros, técnicos, usuários e entidades de assistência social acompanhar e aferir a qualidade da gestão descentralizada dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, bem como das ações de coordenação, monitoramento e avaliação do respectivo Sistema. A proposta prevê o apoio financeiro com base nos resultados obtidos pelas gestões Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e atua como um mecanismo indutor do alcance das metas pactuadas nacionalmente para o aprimoramento da gestão do SUAS e da qualidade dos serviços ofertados à população. Importante registrar que, dentre as múltiplas contradições que envolvem o segmento, ainda existe o impedimento legal de contratação de profissionais da saúde pelas ILPI credenciadas ao SUAS.

Questionado sobre qual foi o repasse destinado a instituições de acolhimento, o Ministério da Família, da Mulher e dos Direitos Humanos, coordenador da Política Nacional do Idoso, informou a relação das 70 ILPI atendidas, por meio de Termos de Fomentos formalizados em 2019, 2020 e 2021 pela Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa

⁴ Esses recursos repassados na modalidade fundo a fundo podem ser gastos no cofinanciamento dos serviços de caráter continuado, de programas e projetos de assistência social para o custeio de ações e o investimento em equipamentos públicos da rede socioassistencial de estados, Distrito Federal e municípios. O cofinanciamento federal deve ser utilizado para a compra de materiais de consumo para serem disponibilizados nos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Unidades de Acolhimento e Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP) e demais equipamentos da Assistência Social.

– SNDPI, na Plataforma +Brasil, e das 510 ILPI atendidas pelo Edital 01/2020⁵, por meio de Termo de Colaboração com cinco organizações da sociedade civil.

Na Tabela 8 está apresentada a síntese dos Termos de Fomentos firmados para a Equipagem e manutenção das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI de 2019 a 2021⁶.

Tabela 8. Síntese dos Termos de Fomentos firmados para equipagem e manutenção das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI de 2019 a 2021

Equipagem e manutenção das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI (Fomentos)		
Fonte de Recurso	Número de ILPI beneficiadas	Valor de Repasse em R\$
FNI* 2019	08	1.166.368,83
Emendas parlamentares		
2019	02	70.000,00
2020	25	2.189.952,31
2021	23	2.959.992,00
FNI/SNDPI*	12	1.690.560,16
Total	70	8.076.873,30

Fonte: Brasil, 2022.

*FNI: Fundo Nacional do Idoso;

** SNDPI: Secretaria Nacional de Direitos da Pessoa Idosa. <<https://www.gov.br/participamaisbrasil/ilpi3>>

A análise nominal das ILPI aponta que das 70 ILPI beneficiadas, nove o foram em mais de um termo de fomento, o que significa que apenas 61 ILPI foram contempladas. Os resultados apresentados sugerem que a Secretaria Nacional de Direitos da Pessoa Idosa contemplou a menos de um milésimo do universo de ILPI, se considerado o Censo FN-ILPI.

O Ministério da Cidadania, por sua vez, referiu dificuldades de acesso a essa informação, pois a gestão federal transfere os valores de modo automático aos municípios, fundo nacional a fundo municipal, sem especificação da destinação dos mesmos. Ou seja, o Ministério não tem informações de quanto cada município de fato repassou às unidades de acolhimento para idosos credenciadas ao SUAS.

De toda forma, as ILPI filantrópicas se apoiam na permissão de utilizar até 70% da renda da pessoa idosa para o custeio, conforme o Estatuto do Idoso (art. 35) (Brasil, 2003). Quanto à fonte de renda de custeio da institucionalização em ILPI credenciadas ao SUAS, 53% advêm da aposentadoria e os restantes 47% do Benefício de Prestação Continuada (BPC) do residente (Censo SUAS-2019). Esse arranjo pode viabilizar a institucionalização, mas contraria frontalmente a premissa de uma política de Assistência Social não contributiva para todos que dela precisarem, prevista na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

Outra questão ainda não equacionada: quanto custa uma vaga em uma instituição privada? A resposta é muito variável e depende da quantidade de pessoas acolhidas, dos serviços oferecidos, da hotelaria, das demandas de cuidado, da localização geográfica da instituição. Hipote-

⁵ Este Edital visou ao credenciamento de organizações da sociedade civil para realizar o mapeamento das ILPI para distribuição de material para higienização do ambiente, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para as pessoas idosas institucionalizadas, e aos profissionais de saúde dessas ILPI e cesta básica pessoas idosas residentes dessas instituições, firmados com dispensa do chamamento público, no contexto da pandemia da Covid-19.

⁶ Para maiores informações, acesse os links: <<https://www.gov.br/participamaisbrasil/ilpi3>> e <<https://www.gov.br/participamaisbrasil/cndi>>.

ticamente, vamos propor os custos para uma ILPI que acolha 15 (quinze) residentes e respeite as normas trabalhistas e a RDC 502/2021 (Brasil, 2021).

Considerando 4 (quatro) idosos independentes (Grau I), 6 (seis) semidependentes (Grau II) e 5 (cinco) dependentes (Grau III), seriam necessários para o cuidado por turno: 0,30 Cuidador – Grau I (Art. 16, II); 0,60 Cuidador – Grau II (Art. 16, II); 0,83 Cuidador – Grau III (Art. 16, II), o que significa 2 (dois) cuidadores exigidos por turno (Art. 16, II) (Brasil, 2021).

O tamanho da casa seria estimado em 271,2 m² de área construída, pois seriam necessários 99m² de quartos coletivos (Art. 29, I, 1.); 3,6m² para um banheiro (Art. 29, I, 5.); 18m² para uma sala de atividades (Art. 29, II, 1.); 23,4m² para uma sala de convivência (Art. 29, II, 2.); 9,0m² exigido para uma sala de apoio individual (Art. 29, II, 3.); 10,0m² para o almoxarifado (Art. 29, XII); 7,2m² para banheiros para funcionários, sendo um feminino e um masculino (Art. 29, XIII a); 20,0m² da lavanderia; 20,0m² da cozinha; 4,0m² para sala de medicação; 4,0m² de escritórios; 30,0m² em corredores; 23,0m² para vestiários, sendo um feminino e um masculino (Art. 29, XIII b) (Brasil, 2021).

Em uma audiência pública no Congresso Nacional, em 2021, a Frente Nacional de Fortalecimento às ILPI2 apresentou um cálculo de custo mensal por residente (Tabela 9). A inclusão de enfermeiro e técnicos e auxiliares de enfermagem se justifica porque, embora não previstos na RDC 502/2021 (Brasil, 2021), o Conselho Federal de Enfermagem e algumas seccionais regionais definem a existência destes profissionais em detrimento dos cuidadores.

Tabela 9. Estimativas de custos mensais* para o acolhimento em instituição de longa permanência para idosos de caráter privado, com 15 residentes

Resumo Financeiro	Com cuidadores	Com enfermeira e Técnico de Enfermagem
Recursos humanos**	45.948,24	73.529,33
Despesas gerais***	21.224,62	21.224,62
Tributação pelo Simples (6,5%)	4.366,24	6.159,01
TOTAL	71.539,10	100.912,96
Valor estimado para cada um dos 15 residentes (simulação sem prejuízo ou lucro)	4.769,27	R\$ 6.727,53

Fonte: Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI, 2022.

* Estes dados não incluem nem o pro labore, nem valores para um empreendedor recuperar o capital investido.

** 23 Profissionais exigidos pela RDC 502/2021: 1 Responsável Técnico; 4 Cuidadores – 2 turnos diários (Art. 16, II); 4 Auxiliares de Enfermagem; 4 Técnicos de Enfermagem; 4 Enfermeiras; 1 Terapeuta ocupacional; 1 Auxiliar de lavanderia (Art. 16 VI); 2 Auxiliares de cozinha (Art. 16, V); 3 Auxiliares limpeza (Art. 16, IV)

*** Despesas com o imóvel: Aluguel; impostos; manutenção; Água; Luz; Gás; Alimentos; Telefone, TV e internet.

Os valores obtidos representavam de quatro a seis salários-mínimos, em valores de 2021.⁷ Atualizados para 2022, o custo per capita passa para R\$5.341, 82, quando a ILPI emprega

⁷ Em 2019, o Fórum de Instituições Filantrópicas de São Paulo estimou em R\$4.800,00 o custo mensal de uma ILPI. No mesmo ano, o salário mínimo era de R\$ 998,00 e a média salarial dos brasileiros era de R\$ 2.261,00, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e variou entre as regiões brasileiras: Sudeste: R\$ 2.585,00; Sul: R\$ 2.499,00; Centro-Oeste: R\$ 2.498,00; Norte: R\$ 1.711,00; Nordeste: R\$ 1.539,00. A média salarial brasileira difere da renda média per capita, a qual é determinada por meio da divisão dos ganhos totais de uma família pelo número de moradores na casa. Em 2019, a renda média per capita brasileira era de R\$ 1.430, variando de R\$ 1.726,00 na Região Sudeste; Sul: R\$1.705,00; Centro-Oeste: R\$1.586,00; Nordeste: R\$883,00 e R\$876,00 na Região Norte. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>>. Acessado em: 17 de fevereiro de 2022.

somente cuidadores de idosos, ou para R\$ 7.584,83, quando emprega técnicos de enfermagem e enfermeiros. Esses valores representam o dobro ou mais que o triplo da renda mensal da grande maioria das famílias brasileiras.

Apesar dos esforços, este trabalho apresenta lacunas de informações que necessitam ser consideradas: não foi possível estabelecer a quantidade de vagas ofertadas no nível privado; a qualidade dos serviços, seja pelo SUAS ou pela oferta do mercado, nem o montante de investimento público para as ILPI.

4. DISCUSSÃO

A Constituição Federal (Brasil, 1988) estabelece uma responsabilidade compartilhada entre as famílias, a sociedade e o Estado pelo bem-estar dos idosos. Porém, desse tripé constitucional, somente as famílias têm assumido o seu papel, com limites, e ainda sendo cobradas pela insuficiência de cuidados decorrentes da falta de políticas de CLD (Giacomin et al., 2018).

4.1. O FAMILISMO POR NEGLIGÊNCIA

Nos Estados de Bem-Estar Social (EBS), a responsabilidade de prover cuidados é distribuída de modo distinto entre membros da família, o mercado e o poder público. Um sistema de bem-estar pode ser considerado familista quando a família é a principal responsável pelo bem-estar dos seus membros. Em recente trabalho, Passos e Machado (2021) discutem o regime de cuidados no Brasil à luz de três tipologias propostas, respectivamente por Esping-Andersen (1999), Leitner (2003) e Saraceno & Keck (2010).

O modelo original de Esping-Andersen (1999) considerava três tipologias de EBS na oferta de cuidados aos dois públicos mais demandantes – as crianças e os idosos: o liberal, o conservador/corporativo e o social democrata. Esta proposta sofreu críticas feministas por considerarem que ela não concedia a devida atenção às dimensões familiares e de gênero envolvidas na provisão de cuidados, que sobrecarregam desproporcionalmente as mulheres. Esping-Andersen introduziu então o grau de “desfamiliarização”, ou seja, a extensão em que o bem-estar dos indivíduos não estaria vinculado à provisão familiar nem dependeria de reciprocidades familiares e maritais. O autor distingue a desfamiliarização que se dá por meio de serviços de cuidado públicos daquela decorrente de serviços de cuidado ofertados pelo mercado (Esping-Andersen, 1999).

Por sua vez, Leitner (2003) analisou diferentes tipos de familismo. No âmbito do cuidado de idosos, a autora define um familismo forte quando da existência de transferências monetárias pagas à família para cuidar; um fraco familismo caracterizado pela ausência desses aportes; e um desfamilismo, que seria medido pelo maior percentual de idosos que precisam de cuidados e que os conseguem por meio de cuidados formais.

O terceiro modelo, proposto por Saraceno & Keck (2010), distingue o familismo por negligência, quando são baixos tanto a provisão pública de serviços, quanto o apoio financeiro para cuidados; o familismo apoiado, quando existe auxílio público, em geral por meio de transferências financeiras; e a desfamiliarização, quando ocorre a individualização dos direitos sociais, com redução das dependências e responsabilidades familiares.

Ao analisar a provisão de cuidados a idosos no Brasil, Passos & Machado (2021) consideram as políticas de cuidados no Brasil identificadas com o regime familista proposto por Espin-

g-Andersen (1999), pois a família é o principal agente de provisão de cuidados e bem-estar, ficando o cuidado como uma questão privada, e das mulheres. Este achado concorda com os dados do estudo ELSI-Brasil que aponta que 24% das pessoas que cuidam de idosos precisam parar de trabalhar ou de estudar para fazê-lo (Giacomin et al., 2018).

No Brasil, embora haja políticas públicas de transferência de renda não contributivas, como o BPC para idosos com vulnerabilidade de renda, e contributivas, como as aposentadorias, o auxílio monetário previsto para cuidados só existe no caso da aposentadoria por invalidez. Este último beneficia todas as pessoas aposentadas por invalidez, independentemente de necessitarem de cuidados ou não (Passos & Machado, 2021).

Quando pensadas a partir da classificação de Leitner (2003), as políticas brasileiras revelam um familismo implícito, uma vez que a oferta de cuidados institucionais para idosos é muito baixa e, ao mesmo tempo, praticamente inexitem políticas que subsidiem o cuidado na família. Já para a tipologia de Saraceno & Keck (2010), o Brasil estaria mais próximo do familismo por negligência, pois o auxílio público para a função de cuidar é baixo e a transferência de renda para idosos se dá pelo BPC e visa ao alívio da pobreza extrema (Passos & Machado, 2021).

Além disso, embora a legislação brasileira (Brasil, 2003; Brasil, 1988) destaque a família como a principal responsável pelos cuidados com os idosos, a contemporaneidade trouxe mudanças culturais, sociais e econômicas, que repercutem no cuidado do idoso.

4.2. A CRISE DO CUIDADO – INSTITUCIONAL E COMUNITÁRIO

Minayo et al. (2021), ao analisarem a oferta de políticas de apoio aos idosos em situação de dependência em alguns países da Europa e no Brasil, apontam que, no caso europeu, observam-se políticas de Estado de cuidado, com a definição das práticas, das responsabilidades e a indicação das fontes de receitas para atendimento às pessoas dependentes de cuidados, em sua maioria, idosos. No Brasil, por outro lado, faltam propósito e foco na questão da dependência, uma vez que o vasto arcabouço legal brasileiro convive com a ausência de materialização das políticas necessárias para cumprir tais leis (Camarano, 2010; Camarano, 2014; Camarano & Kanso, 2010; Brasil, 2004; Giacomin et al., 2018; Minayou et al., 2021).

O cuidado no nosso país se apoia na família e, mais especificamente, na mulher que cuida (Giacomin et al., 2018; Passos & Machado, 2021). Segundo dados da PNAD, de 1995 a 2015, a taxa de participação econômica das mulheres de 16 anos ou mais não alcança 60%, sendo possível inferir uma estabilização na taxa de mulheres inativas que seriam ofertantes potenciais de cuidado nos lares (Passos & Machado, 2021). Esta taxa diminuiu na pandemia.

A inserção feminina no mundo do trabalho não tem retorno e impõe questões relativas aos cuidados, sobretudo por serem as mulheres as principais responsáveis por estas atividades (Barbosa, 2014). Contudo, as mulheres economicamente ativas também ofertam cuidados. Para se ter uma ideia, segundo a PNAD 2015, além das 35 horas médias gastas no mercado de trabalho, as mulheres ainda dedicaram 21 horas semanais ao trabalho doméstico, inclusive os cuidados, perfazendo uma jornada total de trabalho de 56 horas semanais, enquanto os homens, embora tivessem uma jornada de trabalho remunerado maior, trabalhavam menos do que as mulheres, dada sua menor dedicação aos afazeres domésticos (Passos & Machado, 2021).

A rápida mudança do padrão demográfico também altera as relações intergeracionais (Camarano, 2014). O envelhecimento populacional impacta as esferas pública e privada, impondo desafios e uma maior pressão a uma menor parcela de jovens que será ativa economicamente

no futuro, em face do maior contingente de pessoas fora da força de trabalho. A ausência de atenção pública para essas dinâmicas demográficas que implicam rearranjo de forças entre as gerações é preocupante, pois novas ações em termos de políticas sociais, de saúde e de trabalho serão demandadas (Camarano, 2014; Passos & Machado, 2021).

Seria importante considerar que, de acordo com projeções do envelhecimento populacional realizadas pelo IBGE para o Brasil⁸, em 2016, para cada 100 pessoas em idade ativa, havia 12 idosos; em 2026, haverá 17 idosos, chegando, em 2036, a 24 idosos. E em sentido inverso, haverá cada vez menos crianças – saindo de 31 crianças de 0 a 4 anos para cada 100 pessoas em idade ativa, para 24 em 2036. Essas alterações na composição da população dependente, com redução da participação das crianças e crescimento da parcela idosa, têm repercussão direta na demanda por políticas públicas com a tendência de menor necessidade de creches e escolas e maior demanda por serviços de cuidados para idosos (Passos & Machado, 2021).

Além disso, ao se pensar o trabalho do cuidado, cumpre problematizar a divisão sexual do trabalho, como propõem Hirata & Zarifian (2009), a partir da reconstrução do conceito, incluindo o trabalho profissional e doméstico, formal e informal, remunerado e não remunerado, suas repercussões sobre os modos de vida e a saúde das pessoas e compreendendo que produção e reprodução, classe social e sexo social (gênero) são categorias indissociáveis (Hirata & Zarifian, 2009). E alertam:

Para as mulheres, os limites temporais se dobram e multiplicam entre trabalho doméstico e profissional, opressão e exploração, se acumulam e articulam, e por isso elas estão em situação de questionar a separação entre as esferas da vida – privada, assalariada, política – que regem oficialmente a sociedade moderna (p. 254).

O trabalho de cuidado vem sendo historicamente exercido por mulheres no âmbito familiar e doméstico, de forma gratuita e invisível (Camarano, 2014; Hirata, 2012). O envelhecimento populacional e a massiva inserção das mulheres no mercado de trabalho levaram ao surgimento de profissões dedicadas ao cuidado e à sua mercantilização, o que contribuiu para o reconhecimento do cuidado como trabalho formal, embora ainda pouco valorizado do ponto de vista salarial e social.

Ao comparar o cuidado no Brasil, na França e no Japão, Hirata (2012) identificou que os(as) cuidadores(as) nos domicílios e em ILPI eram majoritariamente mulheres pobres⁹. Nos três países, os salários eram relativamente baixos e os(as) profissionais, pouco reconhecidos(as) socialmente. Também chama a atenção que tanto no Brasil quanto na França, a grande maioria de cuidadoras é de mulheres negras, oriundas de migração interna ou externa. Esta globalização do cuidado e do trabalho reprodutivo constroem uma nova divisão internacional do trabalho a partir da dimensão étnico-racial: na França (em Paris e Île-de-France), mais de 90% das cuidadoras são migrantes externas; no Brasil, a migração é interna: muitas mulheres do meio rural ou de cidades do interior, principalmente do Nordeste, trabalham como cuidadoras nas principais metrópoles. E em ambos os países, as cuidadoras que se autodeclaravam negras ou

⁸ Fonte: IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-dapopulacao.html?=&t=resultados>>. Acessado em 18 de fevereiro de 2022.

⁹ Na França, somente 10% dos profissionais de cuidados nos estabelecimentos pesquisados são homens; no Brasil, menos de 10% e no Japão, eles eram 35%. No Japão, quase 40% de cuidadores das ILPI eram do sexo masculino, em decorrência de uma política governamental que estimulou a formação e a garantia de emprego para homens diante da crise econômica mundial de 2008.

pardas relataram situações frequentes de racismo – violência verbal e discriminação (Hirata, 2012). Assim, a questão racial para as mulheres negras difere do clássico discurso de opressão feminina (Davis, 2016), pois elas experimentam a sobreposição do racismo e do sexismo, em uma condição de maior vulnerabilidade social, o que reforça a tensão entre trabalho e família e a demanda por auxílio do Estado. Infelizmente, não foram encontrados dados a este respeito nas ILPI, no Brasil, nas fontes pesquisadas.

Para Passos & Machado (2021), as mulheres de classe média e rica conseguem minimizar a desigualdade da divisão sexual do trabalho por meio do acesso a serviços de cuidado no mercado, delegando, em geral, a outras mulheres as atividades domésticas e de cuidado aos filhos (Hirata, 2016) e aos idosos. Elas contratam empregadas domésticas ou diaristas, contam com escolas e creches de tempo integral para a guarda dos filhos, ou, quando precisam cuidar de idosos, contratam cuidado domiciliar formal ou casas de repouso privadas. No Brasil é alto o quantitativo de mulheres que vendem sua força de trabalho no setor de emprego doméstico. Em 2018, segundo dados da PNAD Contínua, 14,5% das mulheres ocupadas estavam no emprego doméstico, enquanto apenas 1% dos homens estava nessa ocupação. O emprego doméstico no Brasil é uma ocupação tipicamente feminina e negra: a presença das mulheres negras, em 2018, foi 8,7 pontos percentuais maior do que a das brancas (Passos & Machado, 2021).

4.3. A OFERTA DE CUIDADOS COMUNITÁRIOS

Como na maioria dos países, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) brasileiros atuam de forma separada, com coordenação nacional e atuação descentralizada (WHO, 2021; Aredes et al., 2021).

No âmbito da Saúde, a atenção básica à saúde comunitária envolve equipes interdisciplinares de Saúde da Família (ESF) com médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde (ACS), assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos. Cada equipe de saúde deve oferecer um conjunto abrangente de serviços para cerca de 3.000 a 4.000 habitantes, definidos a partir do território. As equipes responsáveis pela promoção, prevenção, monitoramento e coordenação da atenção à saúde da população adscrita ficam no Centro de Saúde (CS) do território (Macinko & Harris, 2015).

Por sua vez, quando comparado a agências de bem-estar social em muitos países de alta renda, o SUAS oferece um escopo de ação mais amplo, que inclui a gestão de benefícios assistenciais em dinheiro e a prestação de serviços sociais. Os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) desempenham um papel semelhante aos Centros de Saúde do SUS (CS) e oferecem uma ampla gama de serviços para pessoas de todas as idades, com destaque para a proteção e o fortalecimento dos vínculos familiares e a garantia dos direitos humanos. Contudo, a cobertura dos CRAS não é universal, estando restrita a áreas altamente vulneráveis e de risco social (CNAE, 2022; Brasil, 2009; WHO, 2021).

Até o momento, em nível nacional, os serviços de saúde e de assistência social no Brasil não têm atuado de forma integrada (WHO, 2021). Iniciativas isoladas de caráter socio sanitário no município de São Paulo têm ofertado 1.289 vagas em nove centros de acolhida especial para idosos em população de rua; 570 vagas em 19 Centros-dia e 510 vagas em 14 ILPI públicas, ainda que em quantidade largamente insuficiente para a população idosa existente, que se aproxima de 2 milhões de idosos (Muir, 2017)¹⁰.

¹⁰ Informações obtidas junto à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, em março de 2022.

Aparecem em nível local algumas intervenções intersetoriais integradas para idosos. No Brasil, o Programa Acompanhante do Idoso (PAI) (Ferreira, Bansi & Paschoal, 2014) e o Programa Maior Cuidado (PMC) (Sartini & Correia, 2012) são duas iniciativas de prestação de cuidados domiciliares a idosos em situação de fragilidade. O PAI existe na cidade de São Paulo e dispõe de ações de cuidados prestados por uma equipe multidisciplinar alocada nos Centros de Saúde, formada por um coordenador, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares/técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo e dez acompanhantes de idosos (Andrade et al., 2020). Enquanto o PMC, implementado em 2011 como uma parceria entre as secretarias municipais de saúde e de assistência social de Belo Horizonte¹¹ (Sartini & Correia, 2012), tem como elemento principal de suporte a atuação de cuidadores leigos, recrutados a partir de comunidades semelhantes àquelas em que atuam, que recebem treinamento básico e um salário mínimo. Os cuidadores do PMC trabalham 40 horas por semana, cuidando de uma a três famílias. Espera-se que tais cuidadores trabalhem junto às famílias para construir suas habilidades e competências de cuidados, de acordo com um plano de cuidados (Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022).

No Brasil e na maioria dos países, especialmente naqueles de baixa e média renda, onde os níveis agregados de riqueza são menores e os sistemas de bem-estar são subdesenvolvidos, o ônus financeiro do envelhecimento é predominantemente suportado por famílias ou indivíduos mais velhos, levando à precariedade de financiamento e falta de investimento para permitir o desenvolvimento do setor.

Programas e políticas de CLD continuam a ser uma questão negligenciada (Aredes et al., 2021), sendo raros os programas de cuidado direcionados a apoiar as famílias de baixa renda, como o PAI (Ferreira, Bansi & Paschoal, 2014) e o PMC (Sartini & Correia, 2012), ambos sem qualquer cofinanciamento federal ou estadual. Seria importante demonstrar se programas de cuidado integrados entre Saúde e Assistência Social são, de fato, eficientes.

Nesse sentido, recentemente o PMC (Ferreira, Bansi & Paschoal, 2014) foi objeto de um projeto de avaliação mais amplo denominado “Melhorando a eficácia e eficiência dos Serviços de Saúde e Assistência Social para Idosos Brasileiros Vulneráveis – IHOB” (2018–2021)¹², cujo principal objetivo era fornecer evidências para apoiar políticas para reduzir as estadias desnecessárias de idosos em hospitais e ILPI. A etapa inicial do IHOB versou sobre o mapeamento e a análise do desenvolvimento e da operação do PMC e a segunda etapa, sobre os resultados e impactos evidenciados (Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022).

O PMC foi avaliado com base nos dados disponíveis entre 2011 e 2018 (Aredes et al., 2021). Neste período, 1.980 idosos foram admitidos no Programa. Para sua operacionalização, o que inclui a contratação dos cuidadores e demais profissionais necessários à gestão de recursos humanos e administrativos, o volume médio de recursos investidos ronda os U\$ 890.000,00/ano. Cerca de um terço das pessoas inscritas no PMC (variação de 29,3% em 2014 a 45,9% em 2018) deixou o programa e foi substituído por novos membros. O principal motivo para desligamento do PMC foi o óbito do idoso (45,0% dos casos). Porém, dado que o programa assiste pessoas idosas vulneráveis, tanto do ponto de vista da saúde e funcional, quanto social, o óbito

¹¹ O PMC surgiu das discussões realizadas por um Grupo de Trabalho Intersetorial composto por representantes de diferentes órgãos (Educação; Saúde; Assistência Social; Cidadania; Cultura, Esporte e Lazer) e do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa. Este grupo teve como objetivo desenvolver estratégias de apoio às famílias com idosos frágeis em situação de vulnerabilidade social – em consequência da fragilidade dos laços familiares / sociais ou de oportunidades limitadas de inclusão na comunidade, gerando situações de risco, exclusão e isolamento social.

¹² Maiores detalhes podem ser encontrados em Arêdes et al. (2021).

não é um desfecho surpreendente. O segundo motivo mais frequente (26,3%) foi a mudança de local de residência e, portanto, a perda do registro local no PMC, seguido de a família reassumir o cuidado em 22,0% dos casos. A institucionalização aconteceu em 11,0% das vezes e 7,2% das saídas foram devidas à reabilitação da pessoa idosa (Aredes et al., 2021).

Para avaliar o impacto quanto ao uso de serviços de saúde, os idosos assistidos pelo PMC foram comparados em um sistema de pareamento em nível individual e de território (microdistrito), incluindo características como sexo, idade, expectativa de vida em anos, renda familiar per capita e razão da dependência econômica doméstica – número de pessoas em domicílios pobres, onde mais de 50% da renda familiar vêm de idosos e a população total¹³ (Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022). O objetivo era comparar a proporção de visitas planejadas / não planejadas e a razão de visitas de reabilitação / outras razões para visitar o serviço ambulatorial entre esses dois grupos. Os dados permitem afirmar que estar no PMC se associa a maior frequência de reabilitação e de visitas programadas ao serviço de saúde (Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022).

Assim, avaliações independentes mostram que o PMC melhora a qualidade do cuidado prestado pelas famílias, reduz o estresse dos cuidadores (Aredes et al., 2021), gera emprego remunerado, treinamento e status profissional para os cuidadores remunerados do PMC, majoritariamente do sexo feminino (Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022). Além disso, as realidades desafiadoras de famílias em dificuldades em comunidades altamente carentes contrastam com as expectativas teóricas sobre a colaboração das famílias – que de alguma maneira traduziam as normas e ideais culturais latino-americanos de cuidado familiar (Aredes et al., 2021; Gascón & Redondo, 2014). Embora nem sempre o PMC seja capaz de suplantá-las e nem tenha a pretensão de substituir a responsabilidade familiar de cuidar, os cuidadores do PMC oferecem uma pausa do que muitas vezes é uma atividade exaustiva 24 horas por dia e trabalham com os membros da família para que construam suas próprias habilidades e competências de cuidado. Por isso esse programa também pode ser entendido como uma inovação social que promove o Ageing in place (Willes et al., 2012) e evita a institucionalização (WHO, 2021; Aredes et al., 2021; Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022).

Contudo, ainda que a tendência internacional seja de desinstitucionalizar o cuidado ao idoso (Minayo, 2021), no Brasil, a oferta de Centros-dia e centros de convivência também é insuficiente (Passos & Machado, 2021) e de apoio às famílias com cuidadores domiciliares é absolutamente excepcional (Ferreira, Bansi & Paschoal, 2014; Sartini & Correia, 2012). Enquanto isso a demanda de CLD, inclusive institucionais, continuará a aumentar, dados os novos arranjos sociais e demográficos, como será apresentado a seguir.

4.4. A OFERTA DE CUIDADOS INSTITUCIONAIS

Quando se compara a proporção de idosos institucionalizados entre países europeus e o Brasil, nosso país tem uma proporção muito menor. E, mesmo na América Latina, embora a proporção fosse similar e ficasse em torno de 1%, com uma média semelhante de idosos por ILPI (28,8) (Dintrans, 2018), o Brasil se encontra em desvantagem. Enquanto no Chile, 164 (47,5%) municípios não possuíam ILPI (Dintrans, 2018), no Brasil esta é a realidade de 3.583 (64,0%) municípios (Lacerda, 2021).

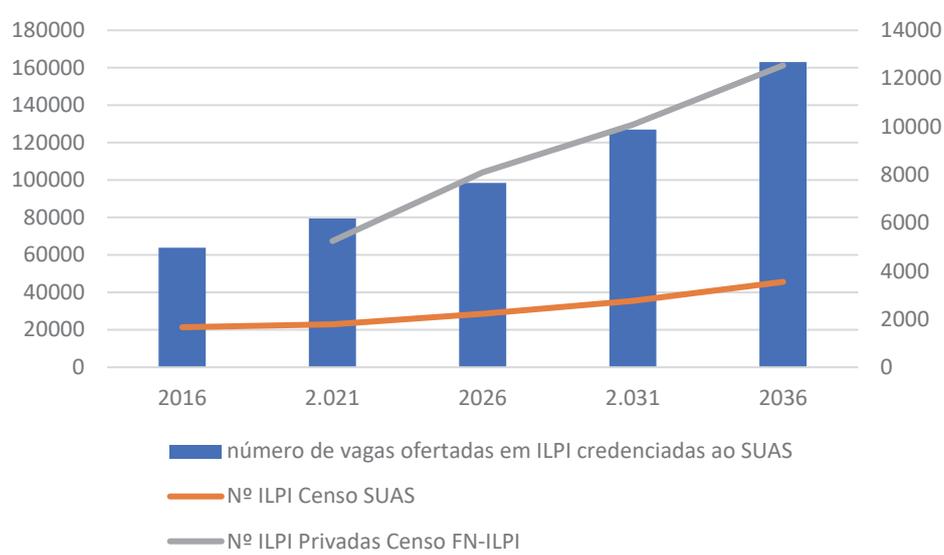
¹³ Maiores detalhes estão disponíveis em Lloyd-sherlock, Giacomini & Sempé (2022).

Uma distribuição geográfica heterogênea das ILPI também é observada em outros países como nos Estados Unidos, onde o *National Study of Long-Term Care Providers*, conduzido pelo *National Center for Health Statistics*, mostrou que 40,8% das ILPI estão localizadas na Região Oeste americana (National Center for Health Statistics, 2019). Um estudo de Wang et al. (2019) também evidenciou grande disparidade geográfica entre os lares de idosos chineses e cerca de apenas 4,4% deles se localizavam em áreas rurais.⁵² No Chile, as instituições tendem a se concentrar em áreas urbanas e centrais com alta demanda, sendo mais comuns em municípios com mais idosos e com maior renda (Dintrans, 2018).

A localização das ILPI se mostra intimamente relacionada à demanda, incluindo fatores econômicos e demográficos. Apesar da identificação de mais de 7 mil instituições em todo território brasileiro, sua distribuição é desigual: as regiões Norte e Nordeste, com menor oferta de ILPI, também se configuram como tendo o maior agrupamento de municípios com baixo desenvolvimento socioeconômico e a redução das ofertas de serviço em saúde, em relação às demais regiões (Albuquerque et al., 2017).

Ao aplicar as projeções do envelhecimento populacional realizadas pelo IBGE para o Brasil para o número de vagas para pessoas idosas em ILPI a partir do crescimento do público mais demandante (80 anos e mais), chega-se ao Gráfico 3.

Gráfico 3. Projeção do número de vagas e de Instituições de Longa Permanência para Idosos credenciadas ao Sistema Único de Assistência Social – Brasil 2016-2036 e do número de Instituições privadas com fins lucrativos, segundo o Censo FN-ILPI 2021 para o período 2021-2036



Fonte: Elaborado pela autora.

Isso significa projetar 255% de acréscimo no quantitativo de vagas em 20 anos, apenas para acompanhar o envelhecimento – saindo dos atuais 63.798 para 163.014, em 20 anos. Porém, não há qualquer sinal de planejamento nesta direção, conforme alertam Passos & Machado (2021):

Na contramão desse cenário está a programação do gasto social brasileiro para os próximos 20 anos. Além de não priorizar a provisão de cuidados, o futuro é de cortes orçamentários. A partir da promulgação da Emenda Constitucional n. 95, os gastos primários do governo

federal estarão congelados, em termos reais, nos valores de 2016, o que interditará maiores investimentos em políticas sociais para lidar com as crescentes demandas de saúde e de cuidado que acompanham o envelhecimento populacional. (p.18)

Enquanto aumenta a demanda por cuidado, observam-se ameaças às políticas sociais. Além disso, dificilmente as mulheres economicamente ativas poderão continuar a articular a vida profissional com o cuidado dos membros familiares dependentes, ainda mais simultaneamente de filhos e pais ou parentes idosos (Passos & Machado, 2021). Este cenário preocupante de financiamento insuficiente e de precariedade das políticas voltadas para a população idosa aponta para uma velhice que demanda cuidados ainda mais desprotegida (Berzins, Giacomin & Camarano, 2016).

Dentre as críticas à forma como as questões do envelhecimento e da dependência estão sendo tratadas no Brasil, ainda acontece a inexistência, a insuficiência ou a superposição de ações das esferas governamentais responsáveis pelas políticas para alcançar, de forma concreta, as demandas da pessoa idosa dependente (Minayo, 2021).

Na sociedade ocidental, tende-se a negar a velhice frágil e a finitude (Debert, 1999). Talvez isso contribua para o preconceito contra as ILPI. Para Camarano e Barbosa (2016), no nosso meio, este preconceito, em parte, é decorrente do histórico da institucionalização baseada na pobreza individual e familiar que justifica uma prática assistencialista, ancorada na caridade cristã; em parte, de uma visão tradicional sobre a ILPI, que a associa à ideia de uma instituição total, caracterizada por práticas restritivas, controladoras e de uma cultura manicomial. Essa visão é reforçada pela mídia quando apresenta a ILPI atrelada a situações de abandono familiar ou violência, o que reforça os preconceitos. Contudo, a ideia de uma família que sempre cuida também é parte de uma cultura que idealiza a reciprocidade dos filhos, o que não se revela na prática. Camarano e Barbosa (2016) questionam:

A partir desse panorama, pergunta-se como se pode definir uma instituição de longa permanência no Brasil e qual seria o seu papel? Pelo que foi visto, parece que se pode falar que elas cumprem dois papéis. Fornecem abrigo para idosos pobres, o que deve estar associado à sua origem; e cuidados para idosos frágeis. Isso, porém, não caracteriza exatamente os dois tipos de instituições, muito embora o perfil dos residentes varie segundo a natureza jurídica. São poucas as instituições que contam só com idosos independentes ou só com idosos dependentes. Não há um consenso entre os especialistas se a instituição deveria aceitar apenas idosos com o mesmo grau de dependência (2016, p. 508).

Além disso, há muitas divergências quanto a quem compete apoiar a população idosa institucionalizada.

Na política de Assistência Social, as instituições públicas são largamente insuficientes (menos de 7%) e o acesso a vagas na rede de ILPI credenciadas carece de transparência sobre fluxos e critérios. Resta, portanto, à população menos favorecida contar com a solidariedade da comunidade, de organizações não governamentais e de entidades religiosas, seja na forma de doações ou mesmo na oferta de vagas institucionais. Instituições filantrópicas resistem – mais de 40% foram criadas há mais de 40 anos –, mas sofrem com a dificuldade de renovação de lideranças para cuidar voluntariamente de algo tão complexo quanto uma instituição que deve oferecer hotelaria, cuidados e ainda gerenciar riscos para residentes e trabalhadores. Além disso, estas

instituições também falham na transparência do volume e do uso dos recursos obtidos e têm grande dificuldade para se adequarem às exigências legais (Born & Boechat, 2016).

Esperar que um serviço sobreviva à base de doações revela um descompromisso das políticas públicas para com a população assistida, o que foi comprovado pela pandemia. A necessidade de um auxílio emergencial para as ILPI foi apontada em abril de 2020 no Congresso Nacional. A lei 14.018/2020 foi aprovada em junho do mesmo ano e os recursos¹⁴ – disponibilizados cerca de seis meses depois – alcançaram 2.118 instituições de todo o Brasil. Não foram beneficiadas as ILPI privadas, embora o risco pandêmico não se ativesse às pessoas institucionalizadas em ILPI filantrópicas.

Para a política de Saúde, cuja atuação está mais pautada na fiscalização do que no cuidado à população institucionalizada, a ILPI é identificada na Atenção Primária como um domicílio coletivo e considerada um serviço de baixa complexidade (Born & Boechat, 2016), mas isso não assegura atenção regular à população idosa institucionalizada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A URGÊNCIA DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS

Políticas de CLD devem ser construídas em cumprimento aos direitos sociais e não apenas consequência de ações de caridade cristã ou de assistência social, que somente assistem aos paupérrimos no formato governamental atual (Berzins, Giacomini & Camarano, 2016). Considerando os cenários demográfico e epidemiológico, é preciso refletir sobre onde, quem e como os idosos em geral serão cuidados, uma vez que as necessidades de CLD aumentarão, especialmente para aqueles com 80 anos ou mais (Giacomini et al., 2018; WHO, 2021), grupo populacional que mais cresce no Brasil (IBGE, 2021).

Pensar o envelhecimento como perspectiva individual e particular e a longevidade como uma conquista coletiva e social significa favorecer uma cultura de cuidado ao longo de toda a vida, respondendo às demandas de CLD de um grupo populacional crescente e muito heterogêneo, dadas as oportunidades desiguais de saúde, de trabalho e de cuidado no curso da vida. Afinal, indubitavelmente, a Revolução da Longevidade (Kalache, 2014) é acompanhada por uma demanda cada vez maior de CLD que exigem um continuum de serviços de cuidados ao longo do curso de vida, para o qual os sistemas de saúde e de assistência social não estão preparados.

Portanto, é imperativo o desenvolvimento de uma cultura de cuidado, calcada nos direitos humanos, feita com compaixão, e que fomente a igualdade e a prestação de cuidados de maneira não discriminatória, por meio da oferta de serviços acessíveis, adequados, economicamente viáveis e de boa qualidade, e contar com mecanismos de monitoramento e indicadores, para garantir a efetividade da sua prestação. (ILC-BRAZIL, 2013) Infelizmente, até o presente, o Estado brasileiro não tem comparecido nem minimamente na oferta de cuidados comunitários (Camarano, 2010; Scheil-Adlung, 2015; Camarano & Kanso, 2010; Giacomini, 2018; WHO, 2021; Gascón & Redondo, 2014), nem na oferta de vagas para pessoas que demandam cuidados

¹⁴ Os recursos recebidos a título de auxílio emergencial variaram conforme a quantidade de idosos acolhidos, com um valor per capita de R\$ 2.321,80 e destinavam-se, preferencialmente, a: I – ações de prevenção e de controle da infecção dentro das ILPIs; II – compra de insumos e de equipamentos básicos para segurança e higiene dos residentes e funcionários; III – compra de medicamentos; IV – adequação dos espaços para isolamento dos casos suspeitos e leves. (conforme Art. 3º, parágrafo 2º, da Lei nº 14.108/2020).

institucionais (Camarano & Barbosa, 2016; Wachholz et al., 2021), como demonstrado neste capítulo.

No Brasil, a permanência da pessoa idosa em seu domicílio é uma prerrogativa assegurada na Constituição (CR 1988, Art. 230) (Brasil, 1988), em caráter preferencial, porém, isso pressupõe uma estrutura de cuidados e equipamentos, que inexistem para a maioria dos idosos frágeis brasileiros: as modalidades intermediárias de abrigo e/ou de cuidado, que poderiam adiar ou evitar uma possível institucionalização. Na prática, portanto, cabe a cada família brasileira (ou pessoa idosa) se organizar para cuidar de si conforme os seus recursos (ou a falta deles). Diante disso, a ILPI pode ser a única saída para a pessoa que necessita de cuidados e não tem família, ou cuja condição de saúde ultrapasse as possibilidades de cuidado da sua rede sociofamiliar.

Faz-se urgente a construção de uma política intersetorial de cuidados continuados universal, eficiente, proativa e que conte com o efetivo investimento do Estado brasileiro, nos três níveis de governo, para garantir o incentivo, a implementação e o custeio de cuidados domiciliares, comunitários e institucionais. Isso inclui efetivar os equipamentos socio sanitários previstos nas políticas de saúde e de assistência social, de modo que a ILPI possa dialogar com essas modalidades e os potenciais residentes possam transitar entre esses diferentes espaços.

A pandemia da Covid-19 revelou o quanto as ILPI estavam fora do radar das políticas públicas de Saúde e de Assistência Social, dada a falta de informações públicas sobre contaminação, adoecimento e óbitos. É crítica a falta de investimentos públicos em pesquisas sobre a população institucionalizada. A maioria das pesquisas são descritivas e de má qualidade, com amostras pequenas e não representativas do segmento (Wachholz et al., 2021). Algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar este descompasso entre a relevância e a invisibilidade dos CLD para população idosa.

A primeira estaria sustentada pelo familismo (Passos & Machado, 2021; Esping-Andersen, 1999; Leitner, 2003; Saraceno & Keck, 2010) e pelo sexismo (Hirata, 2016) presentes na cultura e nas políticas brasileiras. Culturalmente, a questão da proteção às pessoas idosas dependentes de cuidados fica relegada apenas à responsabilidade das famílias e não tem sido compartilhada com a sociedade e o governo como constitucional e legalmente estabelecido (Brasil, 2003; Brasil, 1988). Esta prática não considera os custos do cuidado para as famílias, para a pessoa cuidada e para a pessoa que cuida, especialmente para as mulheres (Hirata, 2012). A omissão governamental no apoio às famílias tem sido tolerada pela sociedade brasileira (Giacomin & Couto, 2010; Giacomin et al., 2018), como se a questão do envelhecimento fosse uma questão de âmbito privado (Camarano, 2010; Debert, 1999).

Porém, a desigualdade social e de gênero, já tão marcada no nosso país, aprofunda ainda mais a desigualdade de acesso a CLD. Tem acesso quem pode pagar por uma vaga em ILPI privada, ou por uma estrutura de cuidado no domicílio, sem qualquer apoio governamental. Para quem não tem tais recursos, espera-se que familiares o façam – em geral, mulheres, que não são remuneradas para cuidar, e precisam deixar o trabalho ou o estudo para fazê-lo (Giacomin et al., 2018), ou tentam conciliar o trabalho com o cuidado às custas de uma sobrecarga física e emocional que permanece invisível à sociedade e ao Estado brasileiros (Hirata, 2016). Essa prática aumenta ainda mais o risco de desproteção na velhice para as pessoas que cuidam (Camarano, 2010).

A segunda hipótese seria fundamentada nos preconceitos – de idosos, familiares e das políticas sociais – contra as instituições de longa permanência, manifestos na sua invisibilidade e na

falta de vinculação às políticas públicas. Eles estariam na raiz do desinteresse público em oferecer esse tipo de serviço. Essa invisibilidade e esse desinteresse aumentam a chance de cuidados inadequados, de abusos e maus tratos, que por sua vez reforçam o preconceito e a violência institucional do Estado brasileiro, considerando que a maioria dos municípios brasileiros não possui ILPI (Lacerda et al., 2021).

Por isso, a ILPI precisa ser incluída nas diferentes políticas de Estado, enquanto um equipamento das cidades e da própria política de assistência social para o fortalecimento de vínculos sociocomunitários – não necessariamente a última opção, de modo a se contrapor à concepção de ILPI sempre atrelada a “pobreza, abandono e exclusão social”. Será necessário desconstruir a imagem de ILPI como última opção e da família como instituição idealizada e perfeita, uma vez que os dados apontam que a família não consegue suprir metade das demandas das pessoas idosas (Duarte et al., 2010). De fato, as famílias precisam ser apoiadas, mas ainda assim a demanda por ILPI continuará a existir. Negar a existência das instituições ou a demanda por cuidados não as fará desaparecer.

Este preconceito à ILPI é fortalecido na medida em que o Estado só a visita cumprindo seu papel regulador. Muitas vezes, atuando como um regulador severo e idealista, a cobrar estruturas físicas e resultados nos cuidados dos ‘empresários privados do setor’. Esta atuação rigorosa, seja por parte da Vigilância Sanitária, dos Conselhos ou do próprio Ministério Público (Giacomin & Couto, 2010), não reconhece ou parece se esquecer de que a função de cuidados aos idosos deve, constitucionalmente, ser compartilhada entre famílias, sociedade e Estado (Brasil, 1988).

Destaca-se que 99% dos idosos brasileiros vivem na comunidade. Assim, as ILPI, únicas representantes da sociedade civil, na tarefa constitucional de cuidar, são colocadas no lugar de vilãs, por não conseguirem cumprir normas idealizadas, descoladas da realidade. Este lugar em que a sociedade e o Estado as colocam, além de não contribuir para alteração das não conformidades legais, é injusto por demais. A pandemia demonstrou o quanto elas estavam sozinhas e desamparadas em cumprir uma função que é de todos, inclusive daqueles que as condenam.

Para quebrar este círculo vicioso perverso, a sociedade e o Estado devem abrir mão de suas posturas de juízes para assumir um papel de parceiros, colaboradores e de respeito, mesmo quando estiverem cumprindo o papel de conferir as boas práticas e apoiar a melhoria dos cuidados. A mudança de paradigma nesta relação é possível e urgente. Todos cumprindo suas obrigações, todos contribuindo, todos participando das soluções.

A pandemia deixou claro que, quando essas instituições são apoiadas pela sociedade civil organizada (FN-ILPI), elas conseguem melhorar os desfechos de óbito e contaminação, diante do cenário epidemiológico previsto. É importante reconhecer que esta atuação da sociedade civil não teve qualquer caráter regulatório, mas de apoio e educação para as boas práticas nas instituições. Isso possibilitou prevenir óbitos por Covid-19 em ILPI, inclusive naquelas ILPI privadas em condições precárias, que existem como resultado da falta de oferta e da falta de transparência quanto ao acesso a vagas reguladas pelo SUAS. Assim, elas se estabelecem para responder a uma demanda social que não está adequadamente tratada pelo poder público.

Por isso mesmo, a Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI aposta na profissionalização da gestão e do cuidado (Villas-Boas et al., 2021). Isso inclui o cuidado centrado no residente e a garantia de equipe mínima de profissionais vinculada às instituições. O acesso e a transparência quanto à utilização de recursos públicos são condições *sine qua non* para o cuidado institu-

cional eficiente e adequado. Na falta do interesse público em assumir a oferta de cuidados, as ILPI privadas têm apresentado grande crescimento (Jacinto et al., 2020) e há relatos de numerosas ILPI não regulamentadas em todo o país (Camarano & Barbosa, 2016). Além disso, a lógica governamental de compreender ILPI privada como uma entidade excluída das políticas é injusta, pois desconhece o seu papel de empreendimento social. Discriminar as instituições privadas significa desproteger um universo significativo de ILPI. Estamos falando de instituições que, genuinamente, materialmente são de natureza social, mas, que formalmente são privadas, ainda que deficitárias financeira e estruturalmente. Assim, o critério da formalidade deveria ser trocado pelo critério da necessidade real, independentemente de que a ILPI seja privada ou filantrópica, sem esquecer de que mesmo as ILPI privadas superavitárias estão contribuindo socialmente para com os CLD. Elas acolhem pessoas e também são fonte de emprego e renda. As famílias que pagam pelas vagas não têm qualquer benefício fiscal, embora estejam buscando no mercado o que o Estado não oferece.

E, embora do ponto de vista de atividade econômica (CNAE), a descrição pressuponha “a realização de atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares”, inexistem mecanismos de financiamento e de gestão compartilhada. Além disso, as ILPI tangenciam as políticas de assistência social, habitação e saúde e essa dificuldade de caracterização compromete o real dimensionamento delas (quantas são?), bem como a dinâmica do cotidiano e a proposta de cuidado (como cuidam?), refletindo na composição heterogênea das equipes de trabalho e na falta de padrão de qualidade dos serviços. Assim, outra hipótese está ancorada na incontestável e indefensável falta de integração das políticas envolvidas.

Para intervir nesse cenário é preciso trazer esta questão para a sociedade e assumir o risco social do cuidado (Camarano, 2010) por meio de políticas públicas que respondam com honestidade e compromisso ao desafio de envelhecer em um país tão desigual, trabalhando para reduzir as desigualdades e não para reforçá-las. Dessa feita, as ILPI, sejam elas públicas, privadas ou filantrópicas, poderiam contar com algum mecanismo para verificar se o serviço contratado corresponde ao serviço prestado. Se se utilizasse no SUAS a mesma lógica do SUS, seria necessária uma Agência Reguladora dos Serviços Suplementares de Assistência Social, à semelhança daquela que regula planos privados de saúde. Isso poderia evitar abusos e violências, mas principalmente favorecer o aprimoramento do cuidado. Porém, nota-se a ausência deste debate nos conselhos de direitos das pessoas idosas e das políticas de assistência social, saúde, habitação.

Assim, outra hipótese se sustenta no idadismo ou etarismo – o preconceito contra o envelhecimento e as pessoas mais velhas – presente nas decisões políticas, pois ele certamente tem colaborado para limitar ainda mais a discussão e o acesso a CLD no nosso país. É preciso superar a lógica de uma instituição “total” onde as pessoas perdem toda a sua autonomia, independentemente de sua condição funcional, física ou cognitiva.

A pessoa idosa deve estar no centro do cuidado, como protagonista, participando de todo o planejamento, desde sua admissão, sinalizando seus desejos, valores e preferências,8 podendo optar pelos cuidados com o fim de vida. A redução de funções físicas e psicológicas do residente, no curso da institucionalização, pode resultar em diminuição e/ou perda de seu controle sobre as atividades cotidianas. Contudo, para as pessoas idosas, a possibilidade de fazer escolhas e manter sua autodeterminação e, por conseguinte, estar no controle da própria vida na fase que precede a morte, é fundamental para a manutenção da sua dignidade, da sua liberdade de ir e vir, do seu lazer, e da sua individualidade (Villas-Boas et al., 2021; Brasil, 2003).

A amplitude do cuidado ao longo do curso da vida dos residentes na ILPI é vasta, dinâmica e precisa ser continuamente avaliada pelos envolvidos: a equipe, a rede sociofamiliar e a pessoa idosa. É preciso que o caráter residencial, de convivialidade e a abertura para a comunidade sejam favorecidos e estimulados (Villas-Boas et al., 2021), bem como uma atuação integrada das políticas ao longo de todo o processo de cuidado.

Entretanto, até o presente, a política de saúde participa apenas da fiscalização sanitária, mas não do financiamento, nem do cuidado sistemático dentro das instituições, mesmo quando se trata de ILPI credenciada ao SUAS. Por sua vez, a política de assistência social tampouco reconhece a existência de ILPI privadas, mesmo quando estas assistem populações socialmente vulneráveis, que estão ali por não terem acesso a vagas públicas, ou que estejam em dificuldades financeiras ou de toda ordem, precisando dos apoios da sociedade e, por que não, do Estado. E, embora colocada no capítulo “Habitação” do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), esta política não se apresenta para apoiar reformas ou construções neste segmento.

É desalentador perceber que o governo federal, por intermédio da SNDPI, em três anos, em caráter excepcional e com recursos de emendas parlamentares, conseguiu apoiar a menos de um milésimo das ILPI do Brasil – excetuado aqui o recurso emergencial da Covid-19 – e que o Ministério da Cidadania, gestor do SUAS, ao fim e ao cabo, desconhece quanto dos recursos empenhados pelo Fundo Nacional de Assistência Social se destinam ao beneficiário final da política: a pessoa idosa. Se considerarmos o caráter excepcional do aporte financeiro federal e dividirmos por cem a ajuda do governo federal (somente 1% dos idosos estão institucionalizados), concluímos que o Estado contribui na ordem de praticamente ZERO, ou seja nossos resultados confirmam a tese da OIT3 de que o Estado brasileiro não cumpre sua obrigação constitucional (Brasil, 1988).

Urge mapear todas as ILPI, credenciadas e não credenciadas ao SUAS, reconhecendo seu caráter híbrido de cuidados sociais e de saúde, de bem-estar, e enquanto um equipamento da cidade. Por isso, é importante criar um cadastro único de âmbito nacional com todas as entidades que prestam atendimento institucional, independentemente da natureza pública, filantrópica ou privada, que informe sobre localização, perfil de residentes, número de vagas, equipe profissional, tipos de serviços ofertados, estabelecendo mecanismos transparentes de acesso a CLD e de garantia da qualidade de tais cuidados. Este momento serviria para regularizar ILPI clandestinas e visibilizar ILPI em condições precárias, que demandariam uma atuação ainda mais urgente do poder público.

Será fundamental qualificar a qualidade do cuidado ofertado a partir de um instrumento de avaliação do cuidado assistencial, conforme o proposto por Guimarães et al. (2020), que validaram a matriz multidimensional de avaliação de Rantz et al. (1999), bem como medir o risco sanitário envolvido. Caberia à vigilância sanitária e seus técnicos reguladores, categorizar as instituições conforme o risco e a qualidade do cuidado, atuando prioritariamente naquelas em nível crítico, com graves e urgentes problemas de cuidado e gestão, que necessitam da pronta intervenção dos órgãos públicos. Porém, a entrada da política de saúde nas ILPI não pode resultar na sua transformação em um ambiente hospitalar, mas sim assegurar que as medidas de biossegurança sejam respeitadas, sem para tanto desrespeitar a autonomia do residente.

Existe uma oportunidade: a Organização Mundial de Saúde estabeleceu a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030. Dentre as suas diretrizes prioritárias estão: criar comunidades “amigas do idoso”; oferecer cuidados de saúde centrados na pessoa e promover CLD. Segundo Lloyd-Sherlock et al. (2019), os países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil, pode-

riam se beneficiar dessas três diretrizes e superar o paradigma da distinção entre provisão de serviços de saúde e cuidados sociais para os idosos fragilizados, bem como encarar de vez a realidade e as demandas trazidas pelo envelhecimento populacional. Uma política nacional de CLD, certamente, significará mais dignidade para quem precisa e para quem presta tais cuidados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P.; FUSARO, E. R.; IOZZI, F. L. 2017. “Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016”. *Ciência & Saúde Coletiva* 22 (abril), 2017, p. 1055–64. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>>. Acessado em: 10 jan 2022.
- ANDRADE, S. C. V et al. Perfil de saúde dos idosos assistidos pelo Programa Acompanhante de Idosos na Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo. *Einstein* (São Paulo), v. 18, 2020.
- AREDES, J. S.; BILLINGS, J.; GIACOMIN, K. C.; LLOYD-SHERLOCK, P.; FIRMO, J. O. A. Integrated Care in the Community: The Case of the Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Programme) in Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA. *International Journal of Integrated Care*, 21(2): 28, 2021, p. 1–12. Disponível em: <<https://doi.org/10.5334/ijic.5619>>. Acessado em: 10 dez 2021.
- BARBOSA, A. L. Participação feminina na força de trabalho brasileira: evolução e determinantes. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: IPEA, 2014.
- BERZINS, M.A.V.S.; GIACOMIN, K.C.; CAMARANO, A.A. A assistência social na Política Nacional do Idoso. In: ALCÂNTARA, A.O.; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K.C. (Orgs.). *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 107.
- BORN, T.; BOECHAT, N. “A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado”. In: FREITAS, E.V.; PY L.; CANÇADO F. A. X.; GORZONI M.L.I. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2016.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social PNAS; Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, novembro de 2004.
- BRASIL. Constituição. Tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Texto da Resolução, n. 109, 2009.
- BRASIL. Caderno de orientações sobre o Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social-IGDSUAS. Brasília, DF, 2012b.
- BRASIL. Decreto nº 7.788, de 15 de agosto de 2012a. Regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social, instituído pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências [internet]. 2012.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Série fontes de referência. *Legislação*, n. 53, p. 42, 2003.
- BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social Anotada. Ministério do Desenvolvimento Pessoal e Combate à Fome. Lei no 8742, de 07 de janeiro de 1993. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2021.

- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, 2020. Disponível em: <<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>>. Acessado em: 12 jan 2022.
- BRASIL. Senado Federal. Constituição. Brasília (DF), 1988.
- CAMARANO, A. A. (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- CAMARANO, A. A. Quanto custa cuidar da população idosa dependente e quem paga por isso. In: CAMARANO, A. A. (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento. Rio de Janeiro: IPEA, 2014, p. 605-23.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, A. A. (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos – Região Centro-Oeste. Brasília, DF: IPEA, 2008a.
- CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos – Região Nordeste. Brasília, DF: IPEA, 2008b.
- CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos – Região Norte. Brasília, DF: IPEA, 2008c.
- CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos – Região Sudeste. Brasília, DF: IPEA, 2008d.
- CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos – Região Sul. Brasília, DF: IPEA, 2008e.
- CAMARANO, A.A.; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando. In: ALCÂNTARA, A.O; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K.C. (Orgs.). Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 479-514.
- CNAE. Classificação Nacional de Atividades Econômicas. Versão CNAE 2.0. Disponível em: <https://cnae.ibge.gov.br/?option=com_cnae&view=estrutura&Itemid=6160&chave=&tipo=cnae&versao_classe=7.0.0&versao_subclasse=9.1.0>. Acesso em: 20 jan 2022.
- DAVIS, A. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DEBERT, G. G. A reinvenção da velhice. São Paulo: Edusp; Fapesp, 1999.
- DINTRANS, P.V. “Do Long-Term Care Services Match Population Needs? A Spatial Analysis of Nursing Homes in Chile”. PloS One, 13 (6), 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199522>>. Acessado em: 12 dez 2021.
- DOMINGUES, M.A.R.C.D. et al. Methodological description of the mapping of Brazilian long-term care facilities for older adults. Geriatrics, Gerontology and Aging, v. 15, 2021, p. 1-5.
- DUARTE, Y. A. DE O.; NUNES, D. P.; CORONA, L. P.; LEBRÃO, M. L. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A.A. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
- ESPING-ANDERSEN, G. Social foundations of postindustrial economies. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- FENG, Z. Global Convergence: Aging and Long-Term Care Policy Challenges in the Developing World. Journal of Aging & Social Policy, 31:4, 2019, p. 291-297. Disponível em: <[10.1080/08959420.2019.1626205](https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1626205)>. Acesso em: 12 dez 2021.

- FERREIRA, F. P. C., BANSI, L. O., & PASCHOAL, S. M. P. (2014). Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 17, 2014, p. 911-926.
- GASCÓN S., REDONDO, N. Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia. *Colección Estudios*, 7. Santiago: EuroSocial CEPAL, 2014.
- GIACOMIN, K. C.; DUARTE, Y. A. O.; CAMARANO, A. A.; NUNES, D. P.; FERNANDES, D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas–ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52, 2018.
- GIACOMIN, K.C.; COUTO, E.C. A fiscalização das ILPIs: o papel dos conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. In: CAMARANO, A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido*. Rio de Janeiro: IPEA, 2010, p. 213-248.
- GUIMARÃES, Mirna Rodrigues Costa et al. Indicadores para avaliação das instituições de longa permanência para pessoas idosas: desenvolvimento e validação. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 23(5): e200265, 2020.
- HIRATA, H. Mulheres brasileiras: relações de classe, de “raça” e de gênero no mundo do trabalho. *Confins [Online]*, *Revista Franco Brasileira de Geografia*, 26, 2016. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/confins/10754>>. Acessado em: 12 dez 2021.
- HIRATA, H. S. O desenvolvimento das políticas de cuidados em uma perspectiva comparada: França, Brasil e Japão. *Revista de Políticas Públicas*, 2012, p. 283-290.
- HIRATA, H.; ZARIFIAN, P. Trabalho (o conceito de). In: HIRATA, H.; LABORIE, F.; DOARÉ H. et al. (Orgs.). *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: Unesp, 2009, p. 251-255.
- ILC-BRAZIL. International Longevity Centre – Brazil. 2013. Disponível em: <https://ilcbrazil.b-cdn.net/wp-content/uploads/2020/07/declaracao_do_rio_Portugues-I.pdf>. Acessado em: 10 jan 2022.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). “Projeções da População, 2018 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística”. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=resultados>>. Acessado em: 20 dez 2021.
- JACINTO, A. F.; ACHTERBERG, W.; WACHHOLZ, P. A.; DENING, T.; DENING, K. H.; DEVI, R. et al. Using international collaborations to shape research and innovation into care homes in Brazil: a white paper. *J Nurs Home Res.* 2020; 6:109-13. Disponível em: <<https://doi.org/10.14283/jnhrs>>. 2020.28 Acessado em: 16 dez 2021.
- KALACHE, Al. Respondendo à revolução da longevidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, 2014, p. 3306-3306.
- LACERDA, T. T. B. de, et al. Geospatial panorama of long-term care facilities in Brazil: a portrait of territorial inequalities. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 15, 2021, p. 1-8.
- LEITNER, S. Varieties of familism: the caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, v 5, n. 4, 2003, p. 353-375.
- LLOYD-SHERLOCK, P., KALACHE, A., KIRKWOOD, T., MCKEE, M., & PRINCE, M. WHO’s proposal for a decade of healthy ageing. *The Lancet*, 394(10215), 2019, p. 2152-2153.
- LLOYD-SHERLOCK, P.; GIACOMIN, K.; SEMPÉ, L. (2022). The effects of an innovative integrated care intervention in Brazil on local health service use by dependent older people. *BMC health services research*, 22(1), 2022, p.1-11.
- MACINKO J.; HARRIS, M. J. Brazil’s family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, 372(23), 2015, p. 2177–2181. Disponível em: <<https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>>. Acessado em: 10 jan 2022.
- MINAYO, M.C.S. et al. Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, 2021, p. 137-146.

- MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A. da C.G.; SILVA, A.L.A. da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 19, p. 507-519, 2016.
- MUIR, T. “Measuring social protection for long-term care”, OECD Health Working Papers, Nº. 93, OECD Publishing, Paris, 2017. <<http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>>. Acessado em: 12 dez 2021.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (U.S). “Long-Term Care Providers and Services Users in the United States, 2015-2016. Whashington, D.C: 2019. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/nchs/fastats/nursing-home-care.htm>>. Acessado em: 10 dez 2021.
- PASSOS, L.; MACHADO, D.C. Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 38, 2021.
- RANTZ, M. J.; ZWYGART-STAUFFACHER, M.; POPEJOY, L.; GRANDO, V. T.; MEHR, D. R.; HICKS, L. L. et al. Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *J Nurs Care Qual.* 14(1), 1999, p. 16-37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/00001786-199910000-00004>>. Acessado em: 20 dez 2021.
- SARACENO, C.; KECK, W. Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? *European Societies*, v. 12, n. 5, 2010, p. 675-696.
- SARTINI, C. M.; CORREIA, A. M. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. *Pensar/BH Política Social*, n. 31, 13 mar. 2012, p. 10.
- SCHEIL-ADLUNG, X. Long-term care protection (LTC) for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries. *ESS Paper Series (SECSOC)*, 50. Geneva: OIT; 2015.
- STANFORD A. M., et al. An International Definition for “Nursing Home”. *JAMDA*, 2015; 16, p.181-184.
- VILLAS-BOAS, P. J. F.; ABDALLA, C.; CARVALHO, A. S.; GIACOMIN, K. C. (Ed.) Manual: qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para idoso. Belo Horizonte (MG): ILPI, 2021. Disponível em: <<http://www.frentenacionalilpi.com.br>>. Acesso em: 17 jan 2022.
- WACHHOLZ, PA et al. “Mapping Research Conducted on Long-Term Care Facilities for Older People in Brazil: A Scoping Review”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (4); 2021; p. 1522. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph18041522>>. Acessado em: 16 dez 2021.
- WANG, Y. et al. 2019. “Persistent Geographic Variations in Availability and Quality of Nursing Home Care in the United States: 1996 to 2016”. *BMC Geriatrics* 19 (1): 103, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1117-z>>. Acessado em: 10 jan 2022.
- WILES, J.L.; LEIBING, A.; GUBERMAN, N.; REEVE, J.; ALLEN, R.E. The meaning of “aging in place” to older people. *The Gerontologist*, 2012; 52(3), p. 357–366. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>>. Acessado em: 12 dez 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349911>>. Acessado em: 10 dez 2021.

7. AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dra. Yeda Duarte e ao advogado Eduardo Camargos Couto pela cuidadosa leitura do texto.