

DEPENDÊNCIA E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NO BRASIL

Cíntia Engel¹

RESUMO

O envelhecimento populacional traz a tona preocupações em relação à saúde pública, principalmente no que se refere ao cuidado de pessoas com doenças crônicas e com dificuldades em relação à própria autonomia. O objetivo deste artigo é discutir estratégias de cuidado doméstico e institucional. Este trabalho foi elaborado a partir das informações e dados produzidos pela pesquisa *Envelhecimento de mulheres: práticas institucionais de violência e abandono - EVA*, realizada no DF e em Goiânia em mais de 25 Instituições de Longa Permanência para idosos/as. Para a reflexão deste artigo, adiciono também considerações de minha pesquisa de mestrado sobre o apoio prestado no ambiente familiar às pessoas acometidas pelo mal de Alzheimer.

Palavras chave: Envelhecimento. Cuidado. Família. Instituições de Longa Permanência para idosos.

DEPENDENCY AND CARE STRATEGIES IN BRAZIL

ABSTRACT

Population aging brings up concerns about public health, particularly with regard to the care of people with chronic diseases and difficulties in relation to their own autonomy. The aim of this paper is to discuss strategies for familiar and institutional care. This work was prepared from information and data produced by research *The aging of women: institutional practices of violence and abandonment – EVA*, held in Brasília and Goiânia in more than 25 Long Term Institutions for elderly. In concern to the discussion of this

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade de Brasília, Brasil. cintiaengel@gmail.com

article, I also add considerations of my master's research on family support provided to people with Alzheimer's disease.

Keywords: Aging. Care. Family. Long Term Institutions for elderly.

INTRODUÇÃO

Deixou de ser novidade o fato de que o perfil populacional no Brasil e na América Latina está se modificando a passos largos. Países anteriormente demarcados por altas taxas de natalidade chegam a computar taxas menores que a de reposição populacional². No Brasil, por exemplo, a taxa em 2010 chegou a 1,8 filho por mulher. Essa transição, já comum em países da Europa, acontece de maneira muito rápida na América Latina, trazendo questões de cunho urgente e complexo para as políticas de cuidado nos países em questão.

O envelhecimento populacional, junto às conquistas na área de saúde e qualidade de vida, traz à tona preocupações em relação à saúde pública, principalmente no que tange a estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas e com dificuldades em relação à própria autonomia. Com o perfil da população se modificando, as necessidades na área de saúde também apresentam mudanças, o que não significa uma simples troca de foco nas políticas oferecidas, mas sim um acréscimo de necessidades.

O objetivo deste artigo é discutir algumas das estratégias de cuidado doméstico e institucional para atender as demandas de envelhecimentos acompanhados de decréscimo de autonomia pessoal e consequente aumento da dependência e da necessidade por atenção cotidiana. Aqui não afirmo que envelhecimento esteja necessariamente ligado à dependência, mas sublinho essa questão como fundamental para as políticas públicas de saúde.

Este trabalho foi elaborado a partir das informações e dados produzidos pela pesquisa *Envelhecimento de mulheres: práticas institucionais de violência e abandono – EVA*³, realizada no DF e em Goiânia, por meio de metodologias qualitativas: observações e entrevistas em mais de 25 Instituições de Acolhimento de Pessoas Idosas. A coleta foi realizada durante os anos de 2008 e 2009. Tal trabalho propiciou um levantamento inicial sobre as alternativas de instituições de cuidado de idosos fora do ambiente familiar-doméstico. A partir das informações dessa pesquisa,

² Que seria de 2,2 filhos por mulher.

³ O estudo foi financiado pela FINEP – Financiadora de Projetos, e coordenado pelas professoras doutoras Lourdes Maria Bandeira e Analia Sória Batista, da Universidade de Brasília.

adiciono considerações mais recentes ligadas a um novo projeto sobre o apoio prestado no ambiente familiar a pessoas acometidas pelo mal de Alzheimer.

Para cumprir com os objetivos propostos, primeiramente apresento qual o perfil dessa população e quais são suas demandas principais. Depois, discuto a questão dos cuidados oferecidos/realizados no espaço familiar-doméstico, para então entrar especificamente no apoio institucional e nos dados produzidos pela pesquisa EVA. Ao final, proponho algumas reflexões sobre outras estratégias no que tange ao auxílio cotidiano às pessoas que experimentam situações de dependência.

PERFIL GERACIONAL E DEMANDAS DE CUIDADOS

O aumento da proporção de idosos na população geral do Brasil pode ser facilmente observado em pesquisas demográficas. Em 1940 o número de idosos era de 2,4%, quadro que dobrou em 1994, quando a população idosa representava 4,1% (1,7 milhão) da população geral (PNAD, 1940, 1994). Acompanhando os dados da PNAD, em 2009 o número já teria aumentado em proporção ainda maior (11%). Projeções feitas, em 1997, para a proporção de idosos brasileiros em 2020 consideram que essa população atingirá 10% do contingente. As projeções, que já assustavam os demógrafos do passado, têm sido ultrapassadas. De acordo com o CENSO de 2010 o contingente de idosos ultrapassou 14 milhões de pessoas, com maior concentração nas regiões do Sudeste e Sul.

A população de 20 anos, em contra partida, experimenta um processo de diminuição de seu contingente populacional, o que vai se agravar nas próximas décadas. Em 2030 a projeção é de que o Brasil tenha uma população super envelhecida. A partir desse ano os únicos grupos que deverão apresentar crescimento populacional são relativos às pessoas que estão com mais de 45 anos (IPEA, 2010).

O quadro se repete na América Latina, de modo geral, com algumas especificidades. Uruguai e Argentina, por exemplo, são países com um contingente ainda maior da população idosa. Dados da CEPAL (2000)⁴, referentes ao ano de 2000, apontam que a porcentagem da população idosa nesses países ultrapassava o 10%: na Argentina tal *coorte* representava 13,3%, enquanto no Uruguai o número era de 17%. Já no México, a porcentagem da população idosa (6,9%) se parecia mais com o quadro brasileiro. O que se sublinha é uma tendência comum nesses países de queda na taxa de fecundidade e de aumento da longevidade, que está ocorrendo de maneira mais rápida do que nos países europeus. Na mesma pesquisa da CEPAL, foi calculado o que se chamou de taxa

⁴ Dados do SISE – Sistema Regional de Indicadores Sobre Envejecimiento (UNFPA/CELAD/CEPAL), 2000.

de envelhecimento populacional. No Brasil, tal número seria de 28,9%, na Argentina de 47,5%, no Uruguai de 74,1% e no México de 21,5%.

O tom das produções sobre o envelhecimento tem sido o de sublinhar repetidamente a importância desses números e suas conseqüências para tais países. É comum encontrar reflexões sobre a falta de capacidade das políticas de saúde, sobre os gastos crescentes e sobre novas formas de inserir tal *coorte* na população ativa. Mas vale sublinhar que essa não é a única forma de tratar da questão do envelhecimento. Cientistas sociais, como Guita Debert (1994, 1999, 2000) e Ana Amélia Camarano (1999, 2003), chamam atenção para a importância que essa população tem na criação de novos mercados de consumo, além da diversidade de processos subjetivos, sociais e culturais que acompanham o envelhecimento. Vê-se que não se trata mais de apontar – preconceituosamente – para um grupo: os velhos, ou idosos. Existe uma necessidade crescente de diferenciar as demandas no interior do próprio grupo. Os jovens idosos, ou a chamada terceira idade, por exemplo, passam por uma experiência diferenciada e, conseqüentemente, focar somente em processos de dor, abandono ou perda, mesmo em relação à saúde, pode ser muito limitante, como bem apontam as autoras.

Contudo, perceber outras questões e processos, não é esquecer que com o envelhecimento existem grandes possibilidades de que alguns problemas de saúde sejam mais comuns, principalmente em situações de idade avançada e condição sócio-econômica desprivilegiada. As especificidades das experiências de envelhecimento, além de dependerem de características culturais e subjetivas, se relacionam de maneira clara com questões de gênero, raça e condição sócio-econômica, entre outras. No Brasil sublinham-se ainda as peculiaridades regionais.

Neste artigo a intenção não é denunciar o envelhecimento como quadro preocupante para os países latinos, ou ainda diminuir essa experiência a situações de dependência e necessidades de cuidado. Pretendo antes discutir algumas demandas claras de uma parte considerável da população e refletir sobre estratégias de cuidado e assistência, sem cair em acusações irrefletidas sobre “quebras de vínculos familiares” ou ainda sobre a “falta de importância do idoso na sociedade de consumo”. Argumentos usados também com insistência quando o assunto é envelhecimento.

As demandas por cuidados relativas à população idosa são maiores em relação à saúde e, em boa parte dos casos, essas necessidades de apoio se estendem a atividades cotidianas, como alimentar-se, vestir-se e banhar-se, ou seja, atividades/cuidados muito pessoais, individuais e íntimos. De acordo com a PNAD de 2008 (IBGE, 2010), 15,2% da população com mais de 65 anos afirmou que teve restrições em suas atividades cotidianas nas últimas duas semanas. O número médio de restrições chega a oito tipos diferentes no caso dos maiores de 65 anos. Excetuando-se a faixa das crianças, que também apresenta um número alto de necessidade de apoio de uma terceira pessoa, os

maiores de 65 anos são os que mais encontram dificuldades em realizar tarefas da vida cotidiana, o que significa também que esses precisam de apoio constante, alguns mais, outros menos. Os dados chamam atenção para a importância do cuidado e de alternativas viáveis de apoio diário. Importante ressaltar que em lares de baixa renda esse número é ainda maior, independente da faixa etária.

Sobre a percepção em relação à saúde, entre maiores de 65 anos as avaliações positivas são comparativamente menores que em outras faixas etárias, pois 14,8% avaliam sua condição como ruim ou muito ruim. Situação essa que pode ser observada diretamente por meio de dados sobre a saúde dessa faixa etária: 79,1% da população com mais de 65 anos afirma ter pelo menos uma doença crônica, sendo que 28,3% assumem ter três ou mais doenças desse tipo. Fato que também acarreta maior procura pelo sistema de saúde: 82,3% da população com mais de 65 anos afirmou que realizou alguma consulta médica nos últimos 12 meses. Outro dado importante é que 13,5% da população nessa faixa etária necessitou de alguma internação médico-hospitalar também no período de 12 meses.

Os dados sempre apontam uma taxa maior de dependência e problemas de saúde nas mulheres. Apesar de essas viverem mais, elas enfrentam mais situações de doença e dependência. O gênero é uma categoria de análise importantíssima ao tratar de envelhecimento, tanto no que diz respeito ao envelhecimento em si, como também em relação às estratégias de apoio e cuidado, normalmente deixadas a cargo das mulheres, seja nas casas-famílias ou nas instituições de apoio.

Com base nessa análise contextual do envelhecimento, permanecem as questões sobre as estratégias de apoio cotidiano aos que necessitam dele. No Brasil, como também na América Latina de maneira geral, o espaço doméstico tem sido aquele de referência quando se trata de cuidado. Ainda existem as Instituições de Longa Permanência, antigamente chamadas de asilos, que, apesar de poucas, se constituem nas únicas alternativas de cuidado fora das residências. Apesar de existirem outros tipos de alternativas, como cuidado profissional na residência, ou ainda casas diurnas, as Instituições de Longa Permanência e as residências são as principais bases de apoio das pessoas idosas que demandam por cuidados. E é sobre essas duas principais instituições de apoio que faço a reflexão aqui.

ESTRATÉGIAS DE APOIO – AS FAMÍLIAS

O foco na família como espaço de cuidados e apoio é dominante nas políticas latinas. No Brasil, por exemplo, o Estatuto do Idoso, e outros textos na mesma linha, apontam a família como principal responsável pelo cuidado, junto com Estado e a comunidade. No entanto, mesmo propondo essa tripla parceria, a família acaba sendo

privilegiada enquanto espaço ideal de cuidado, o que na prática significa que esta fica sobrecarregada com a maior parte do trabalho. As Instituições de Longa Permanência, em contrapartida, são consideradas pela legislação citada como última opção, já que poderiam representar isolamento.

A situação se repete em outros países latinos, de acordo com Arriagada (2004), as políticas de assistência e cuidado tendem a reforçar a ideia da família como responsável principal, levando em consideração uma concepção geral de família. Aliás, mais ideal que geral, a construção da família base das políticas de cuidado se configura no lar nuclear, com ambos os cônjuges, em relação heterossexual, com filhos. O fato é que tal configuração deixou de ser a mais freqüente nos países latinos desde os anos 1990, com exceção do México e Chile. Em contrapartida, os lares monoparentais femininos, unipessoais e estendidos têm crescido consideravelmente.

Outra categoria fundante dessas políticas citadas pela autora é a figura da mulher cuidadora e com tempo disponível. Mesmo com dados claros em relação à saída das mulheres do espaço doméstico, sua entrada no mercado de trabalho e participação na renda familiar; a figura da mulher cuidadora ainda se apresenta de maneira orgânica e pouco refletida. Estudos sobre usos do tempo no Brasil apontam que essas ainda são as principais encarregadas das funções de cuidado e reprodução doméstica, ocupando-se, em média, 23,9 horas semanais com tais atividades, em comparação com 9,7 horas dos homens (FONTOURA, 2010).

Sem dúvida, a família foi e é a principal instituição atribuída de atividades de apoio a pessoas com dependência, principalmente no caso de crianças e idosos. Importante ainda citar que o trabalho feito pela família pode ser ignorado como atividade, ou diminuído em importância quando o assunto são os cuidados com a saúde. O caráter informal e invisibilizado desta prática tende a considerar tais questões como naturais, orgânicas do espaço familiar, e de função da figura feminina, independente do arranjo familiar em questão. Essa ideia ainda é responsável por uma série de acusações frente às famílias/mulheres que não realizam esse cuidado, seja por falta de possibilidades ou por escolha.

Contudo, o apoio exercido dentro da família apresenta diversos complicadores, muitas vezes desconhecidos ou pouco discutidos ao se pensar na família como sendo a melhor ou única alternativa para as pessoas idosas. O impacto emocional e financeiro que a experiência de cuidar de uma pessoa idosa com alto grau de dependência é ponto a ser devidamente analisado. Para isso, é importante refletir sobre quais são as necessidades reais da família para proceder com o cuidado, primeiramente avaliando quais são as condições necessárias para a manutenção dos cuidadores com pessoas dependentes, ou seja, quais os recursos financeiros necessários, o tempo de dedicação, a experiência com a doença e o conhecimento sobre técnicas de cuidado. Além dessa

questão, existe a discussão sobre o contexto da própria família brasileira e latina urbana, e quais são os sujeitos, dentro de famílias pequenas e, em maioria, de pessoas ativas, que possam dispor de tempo para realizar a tarefa de cuidar (CALDAS, 2003).

Em pesquisas recentes realizadas com a temática dos cuidados domésticos (SILVEIRA et. al. 2006, CALDAS, 2003, GUTIERREZ & MINAYO, 2010), principalmente no caso de indivíduos com algum tipo de dependência funcional ou demência, alguns fatores se repetem quando o assunto são dificuldades encontradas. Dentre elas, sublinho a sobrecarga para uma mulher, escolhida como cuidadora principal. São raras as situações em que o cuidado é dividido entre os familiares, pois, na maioria dos casos, uma figura principal é escolhida ou se oferece voluntariamente, sendo que os outros membros contribuem esporadicamente ou com recursos financeiros. Essa cuidadora principal, normalmente cônjuge ou filha, experimenta sérias mudanças em sua vida pessoal, principalmente com perda de liberdade pessoal. Tal condição também acarreta possíveis conflitos familiares, com divergências sobre o que é de responsabilidade de quem e com afastamentos entre os membros.

Outro ponto importante também apontado pelas pesquisas anteriormente citadas são os recursos financeiros, por vezes diminuídos com os custos do cuidado e a possível diminuição da renda da cuidadora que, em muitos casos, deixa sua atividade no mercado de trabalho para exercer a função de cuidado. Todavia, essa questão precisa ser relativizada, uma vez que o número de pessoas idosas chefes de família no Brasil aumentou bruscamente com as políticas de previdência e assistência, o que faz com que em muitas situações a renda dessas mulheres seja a principal fonte de recursos domésticos e, inclusive, melhore a situação anterior da família. Em outras palavras, muitas pessoas idosas passaram a constituir a chefia econômica (fonte de renda) da família.

A falta de apoio externo também é citada nesses estudos, seja pela falta de redes de troca de informação ou de assistência, ou mesmo pela carência de outros recursos do Estado com políticas de saúde mais adaptadas à realidade. O que se percebe é que a função do cuidado de pessoas idosas é uma atividade bastante solitária, tanto na configuração da família, como levando em conta as relações possíveis com Estado e comunidade.

A carga emocional dessa função também é um ponto fundamental. Além do cuidado em si representar uma atividade essencialmente afetiva, baseada em uma relação emocional, principalmente com parentes, algumas cuidadoras experimentam sentimentos confusos em relação a sua atividade: ao mesmo tempo em que sentem que o que fazem é bom, pois gostam daquela pessoa ou tem obrigação/responsabilidade para com ela, experimentam outros sentimentos, como raiva, medo, decepção. Situação essa

que se intensifica em casos de parentes demenciados, que podem ter atitudes agressivas, ou mesmo não reconhecer o que é feito.

De maneira geral, o cuidado doméstico é muito centrado em um sujeito (uma mulher), que na prática conta com pouco apoio, o que acaba transformando uma situação de vulnerabilidade em duas: a do parente que necessita de apoio e a do familiar que se dispõe a cuidar.

ESTRATÉGIAS DE APOIO – O CASO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA NO DF E EM GOIÂNIA

As Instituições de Longa Permanência (ILP) representam uma alternativa para o apoio às pessoas idosas. Para o Estatuto do Idoso esse modelo de assistência só deve ser adotado quando o grupo familiar já não existe ou não possui recursos suficientes. Tais instituições também são consideradas pela lei brasileira como alternativa no caso de abandono da pessoa idosa pela família⁵. O Estatuto reafirma que a convivência e o apoio da família é fundamental, e assinala alternativas que não prevejam internações, como centros de convivência diurnos.

De acordo com Camarano (2007) a situação das ILPs no Brasil é definida tanto pelas imagens negativas atribuídas a essas, como pelo histórico complicado dos asilos de idosos. Esse quadro é perpetrado pela legislação, pois as ILPs surgem como última alternativa, o que na opinião da autora seria razão para o número insuficiente dessas instituições. Levando em conta somente o número de pessoas idosas com dificuldades para realizar atividades diárias, apenas 5% dessas são atendidas por ILPs, sendo que todos os demais contam com apoio doméstico⁶.

Para a autora, além da ideia principal de que o cuidado é função da família, outras razões são citadas por idosos e por não idosos ao colocar as ILP como última opção, tais como o medo de perder a autonomia e ter que se adaptar a rotinas disciplinares e regras fechadas/rígidas impostas pela instituição. A percepção é de que tais espaços privam os sujeitos da liberdade de decisão sobre sua vida. Outro ponto de receio é que em tais locais existem muitas pessoas com problemas mentais, o que na prática é proibido, mas no imaginário da população é recorrente pensar esses espaços tendo como referência os antigos asilos nos quais se mesclavam os tidos como loucos e idosos.

⁵ Estatuto do Idoso, artigo 37.

⁶ Nessa categoria também estão incluídos aqueles cuidados realizados no ambiente doméstico por profissionais de cuidado externos à família. Contudo, os dados sobre a proporção desses cuidados ainda são escassos.

Na pesquisa *EVA* algumas dessas problemáticas em relação à vivência institucional se evidenciaram. Trago aqui uma discussão sobre modalidades de instituição e práticas de cuidado desses espaços, com intenção de usá-las como exemplo da experiência institucional de cuidado.

Os tipos de instituições pesquisadas variam pouco em relação à estrutura de organização de cuidado. De maneira geral, foram encontrados duas principais opções: a primeira delas é organizada como “casas de abrigo”, ou seja, como um espaço geral, com áreas comuns e quartos divididos entre duas ou três pessoas. Nessas instituições, as práticas de cuidado são mais intensas, o alimento é preparado e muitas vezes servido com auxílio de cuidadoras, os horários de banho são delimitados (todos pela manhã), e as pessoas que precisam de auxílio para o banho são atendidos também pelas cuidadoras nesses horários. Outro tipo de instituição encontrada são as “casas-lares”, pequenas residências organizadas em formato de vila. Nessas instituições são aceitos somente idosos independentes e os cuidados são mais esporádicos, centrados em “dicas” de higiene, alimentação e auto-cuidado. Essa modalidade de instituição foi encontrada somente em Goiânia, pois em Brasília as únicas opções disponíveis são as “casas de abrigo”.

Dada a lógica das instituições em Brasília, as casas são pouco especializadas, ou seja, não existem locais somente para idosos dependentes ou independentes. Dessa forma, o trabalho das cuidadoras é dividido entre aqueles que demandam de maiores cuidados e os que precisam de um acompanhamento mais distante e episódico. Contudo, todos os moradores e moradoras devem se adaptar aos horários e regras da instituição, o que inclusive é pensado para facilitar o trabalho das cuidadoras. Há, portanto, uma visão homogeneizadora sobre o cuidado/atendimento às pessoas idosas, como se todas fossem necessitar dos mesmos cuidados. O número de cuidadoras é normalmente inferior se levado em conta a demanda de trabalho, e os horários bem definidos em algum sentido facilitam a organização do trabalho em série, mas, em outro acabam sobrecarregando alguns horários do dia, como a manhã (por conta das medicações, da alimentação e do banho).

Mesmo que a organização geral dessas instituições seja parecida, elas variam bastante em relação ao número de idosos atendidos, ao tipo de instalações, e aos profissionais contratados, além do fato de algumas serem de administração privadas e outras filantrópicas. No DF o mais comum foram instituições privadas e filantrópicas, o Estado oferece pouquíssimas opções próprias, mas auxilia financeiramente algumas dessas instituições. A dinâmica de cuidado também acompanha essas especificidades. Em instituições com número maior de idosos o trabalho é mais burocratizado e segmentado, por vezes contando com profissionais específicos, como homens responsáveis por tarefas que exigem maior força. Os abrigos privados também apresentam algumas outras opções, como acompanhantes particulares e quartos

individuais, todos com acréscimo no valor final da mensalidade. Algumas instituições filantrópicas também oferecem quartos particulares para os que têm condições de contribuir com um valor maior. Vale ressaltar que uma porcentagem das aposentadorias ou assistências são repassadas para as instituições, mesmo as de caráter filantrópico, normalmente em porcentagem elevada.

No caso de Goiânia são oferecidas as modalidades de casas que levam em conta se as pessoas idosas são independentes ou não. Caso sejam, existem as “vilas”, nas quais o cuidado é menos íntimo e a moradia é em casas separadas. Mesmo assim, tais instituições têm regras bastante claras em relação à saída dos moradores e entrada de outras pessoas. As relações sexuais e afetivas, por exemplo, são controladas dentro da instituição, permitidas apenas com parceiros formais, casados. Algumas outras regras em relação à higiene doméstica e pessoal também são observadas de perto por enfermeiras ou técnicas de enfermagem. Outra questão é que tais espaços também são organizados com algumas peculiaridades, alguns locais oferecem refeição conjunta, outros permitem alimentação nas casas, alguns são mais abertos em relação às saídas, outros bem menos.

Os espaços nessas “vilas” são mais privados, alguns casais dividem casa, outras pessoas moram sozinhas, outros dividem com amigos. A porcentagem da aposentadoria também é encaminhada em parte para a instituição, mas outra parte fica com os indivíduos, que decidem o que fazer com o dinheiro, mas se algum idoso gastar seu dinheiro com itens considerados inúteis ou prejudiciais, como jogatinas, as enfermeiras podem intervir e tutelar o dinheiro. Pode-se dizer que se trata de uma privacidade vigiada e comedida.

Já os idosos dependentes são atendidos nas “casas de abrigamento”, que em Goiânia estão particularmente lotadas. Além de atenderem idosos que são encaminhados pela primeira vez a uma instituição, recebem idosos das “vilas”, que já reduziram sua autonomia. Tais instituições suprem demandas de cuidado íntimo e diário, como banho, alimentação e vestuário. Nessas casas estão idosos com dependência funcional, ou seja, os que não conseguem realizar suas necessidades e atividades pessoais por alguma questão física, como paralisias. Além desses, são internos idosos demenciados, que não realizam suas atividades por dificuldades de entendimento, convivência e perdas cognitivas.

As instituições de Goiânia se configuram por uma organização mais centralizada. Uma ONG, financiada maciçamente pelo governo local, é responsável por boa parte da oferta de instituições, e essas tendem a se organizarem entre vilas e abrigos. Mesmo instituições não ligadas diretamente a tal organismo acabam seguindo essa lógica. Ademais, o estado também oferece uma instituição pública, no formato de vila, pensada para atender a população com baixa renda.

Nas entrevistas realizadas, foram comuns os relatos de medo dos moradores das vilas em perder sua autonomia e serem encaminhados para as casas de abrigamento pois, nos discursos, essas apreensões representam o passo final da autonomia pessoal. Algumas cuidadoras refletiram, inclusive, sobre a considerável piora dos idosos que se mudam de instituição, uma vez que a convivência com pessoas com menos autonomia e a rotina de cuidados das casas de abrigamento dariam pouco espaço para a recuperação da autonomia, ou pelo menos para o retardamento da doença e da condição de dependência. Alguns idosos tentam esconder qualquer condição desse tipo, o máximo que podem, prejudicando alguns tratamentos por medo de demonstrar fragilidades e serem encaminhados para os abrigos.

Retomando as questões levantadas por Camarano, é interessante que o medo de conviver com pessoas em condição pior, principalmente demenciados, é grande, pois é como se esses pudessem de alguma forma piorar a situação dos outros, ou ainda representar um futuro indesejável de ser observado. A questão da autonomia também é cara para os moradores: dividir espaços íntimos, não decidir mais sobre pequenas situações cotidianas, como o que vestir ou qual a hora de acordar, são aspectos pouco chamativos nessas instituições. De alguma maneira, elas representam uma alternativa quando o cuidado diário e constante é indispensável.

O trabalho das cuidadoras⁷ em instituições do tipo casas de abrigamento é intenso, elas são responsáveis por acordar as pessoas, dar banho em quem necessita de auxílio, coordenar o banho dos que podem fazê-lo sozinhos, preparar o vestuário, dar alimentação, moderar conflitos, cuidar da arrumação dos quartos, dentre outros. Ou seja, todas as atividades de apoio diário, também necessárias no ambiente doméstico, mas com um número maior de pessoas.

A carga emocional do trabalho é intensa, é um trabalho definido pelo convívio diário e o envolvimento afetivo com os indivíduos. Ao mesmo tempo em que o trabalho é considerado gratificante, as cuidadoras se referem com frequência a situações de sofrimento, como morte de moradores muito queridos, ou ainda a conflitos e possíveis violências simbólicas (que ocorrem de maneira mútua). Além disso, é comum na fala das entrevistadas um sentimento de pena e compaixão pelos internos e suas relações consideradas frágeis com a família, como a falta de visitas e o sentimento de abandono. Perguntamos às cuidadoras se elas deixariam seus familiares morarem em uma instituição, mesmo dizendo que cuidam muito bem dos moradores, ao que elas

⁷ Nessa pesquisa encontramos cuidadoras com curso técnico em enfermagem, ou com cursos rápidos de específico para formar cuidadores de idosos. O salário é baixo, beira um ou dois salários mínimos, no máximo. São, em grande maioria, mulheres e trazem experiências de cuidado de suas vivências cotidianas, como criação de filhos, ou cuidado específico de idosos na família.

afirmaram que não deixariam seus familiares a disposição dos cuidados institucionais. A ideia da Instituição de Longa Permanência como espaço de abandono é reproduzida mesmo por aqueles/as que trabalham nesses locais.

Contudo, o estereótipo não limita o fato de que a convivência no espaço institucional não é um isolamento em si, pois seria mais uma troca de grupos de convivência. De acordo com Debert (1999), as instituições são locais privilegiados de relacionamentos pessoais, sejam eles de amizade, amorosos, ou mesmo familiares. Tirando do foco a família sanguínea como única opção, é comum na fala de cuidadoras e de idosos tomar a instituição como uma grande família, com afetos e desafetos. É interessante refletir sobre o que incomoda as pessoas ao pensar em se mudar para uma dessas instituições, já que tais questões podem ser revistas ao se desenvolver novas alternativas de cuidado. Mas também é importante não deixar de lado estratégias de adaptação e aspectos positivos da convivência institucional, quebrando um pouco as amarras colocadas pelos estereótipos, inclusive os de ordem legal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: PENSANDO EM ALTERNATIVAS

Entre as alternativas mais citadas por autoras que discutem a questão do apoio ao envelhecimento com dependência, repete-se a busca por opções que desafoguem o espaço familiar, mas que não necessariamente tenham como consequência a internação (ARRIAGADA, 2004; DEBERT, 1999; CAMARANO, 1999; FONTOURA, 2010). Para tal feito, tais autoras citam com constância a necessária parceria maior entre família, Estado e mercado.

A co-responsabilização entre essas três esferas básicas é colocada pelas autoras citadas como fundamental para dar conta de demandas crescentes. O contingente de pessoas envelhecidas com algum tipo de dependência tende a aumentar, assim como o envelhecimento de pessoas sem dependência. Ao mesmo tempo em que os indivíduos envelhecem com mais saúde e têm maior perspectiva de tratar determinadas doenças e de prevenir outras, as pessoas também ficam mais tempo envelhecidas, aumentando a possibilidade de em algum momento necessitarem de apoio. Para não cair em responsabilizações vazias, culpando indivíduos por doenças na velhice como consequência de uma vida sem cuidados adequados, faz-se necessário pensar que existem limitações em relação ao corpo e às condições de saúde. Quanto maior a longevidade, maiores as chances de essas limitações se evidenciarem. Tal quadro pode servir como gatilho para a reflexão sobre novas possibilidades de apoio, para que as conquistas em relação à longevidade e o discurso repetido sobre a qualidade de vida se adéquem a realidades não ideais.

Se o envelhecimento com dependência for encarado como “problema privado”, como aponta Debert (1999), as chances de que a necessidade por apoio também seja encarada como privada, de responsabilidade familiar, é grande. As co-responsabilidades objetivam uma abordagem da questão mais abrangente, levando em conta aspectos de ordem social, econômica, financeira, subjetiva e cultural.

O “calo” do cuidado familiar está na falta de possibilidades reais da família contemporânea em suprir demandas e dar conta de políticas baseadas em modelos ideais de espaço doméstico, que não se reproduzem na prática. As possibilidades de tirar essa carga das famílias, principalmente das mulheres, toma dois rumos: se refletem pelo afastamento das mulheres do mercado de trabalho, por horários reduzidos e disponibilidade de tempo para o ambiente doméstico - o que na prática representa vários passos no rumo contrário das demandas históricas dos movimentos sociais feministas, retomando a ideia de mulher organicamente responsável pelo cuidado. A segunda forma de pensar na questão se encaminha pelo rumo do que Sunkel (2006) chama de troca das “políticas familistas” adotadas pelos estados latinos, para políticas de “amistosidade com a família”. Posturas amistosas com a família se configuram como estratégias de compartilhamento do cuidado, tanto no espaço doméstico, levando em conta políticas que reduzam horários de homens e mulheres, e incentivem a divisão de tarefas; como o compartilhamento do cuidado entre família, Estado e mercado, levando em conta opções de instituições e de outros tipos, como o cuidado especializado nas próprias residências.

O cuidado nas residências é uma opção cada vez mais comum nos discursos de estudiosos e dos próprios idosos. Poder morar nas próprias casas e contar com o apoio de pessoas especializadas, que pode ser mais intenso ou mais espaçado, de acordo com as necessidades pessoais, é uma opção tida como interessante. No Brasil, algumas iniciativas do tipo já estão sendo realizadas, mas ainda são bastante escassas. No DF, por exemplo, existe a proposta de internação domiciliar, no qual os equipamentos médicos são levados para as casas, e profissionais de saúde visitam diariamente os locais auxiliando a família no cuidado.

Já o “calo” das Instituições de Longa Permanência está nas concepções negativas e em algumas práticas estabelecidas que tendem a diminuir o espaço privado, a autonomia e as decisões pessoais, e ainda trabalham com um tipo de cuidado e apoio que infantiliza os sujeitos, não os tomando como conhecedores de seu corpo e de suas vontades. A liberdade pessoal reduzida dessas instalações muitas vezes é desnecessária, baseada em razões e motivações de ordem costumeira. Para repensar nas ILPs, é interessante partir da quebra de alguns estereótipos e da consideração dessas instituições como espaços possíveis de convivência, autonomia e qualidade de vida, e não apenas como última opção para os que não contam com a família. Entendendo esses espaços

como alternativas possíveis, o investimento em opções especializadas e que atendam diferentes demandas pode aumentar, tanto por investimentos estatais, como de mercado.

Muita discussão ainda está por vir no que diz respeito às estratégias de apoio ao envelhecimento com dependência. As organizações civis da população idosa também estão cada vez mais se envolvendo nessa questão, o que possibilita maior abrangência das discussões sobre as questões colocadas. A tarefa é como pensar essas questões sem cair em soluções frágeis, baseadas em construtos ideais ou tradicionais, antes de observar o que ocorre na prática e as demandas de idosos/as e cuidadores/as.

REFERÊNCIAS

ARRIAGADA, Irma. Estructuras familiares, trabajo y bienestar en América Latina. Em: ARRIAGADA, I. y V. ARANDA (Comps.). *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*. Serie Seminarios y Conferencias N° 42 (LC/L.2230-P). Santiago de Chile: CEPAL, Publicación de las Naciones Unidas, 2004.

BRASIL. *Estatuto do idoso*. Brasília: Editora MS, 2008.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 3, p. 773-781, mai-jun, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idoso. In: NERI, A. *Idosos no Brasil : vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Edições SESCSP; Editora Fundação Perseu Abramo, 2007.

_____. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org). *Muito alem dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999, p. 19-71.

_____. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, São Paulo, vol.17, n.49, p.35-63, 2003

DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da velhice : socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 1999.

_____. *Antropologia e velhice*. Campinas, SP: IFCH/UNICAMP, 1994.

_____. O significado da velhice na sociedade brasileira. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, Número Especial, Vol.1, p.146-150, 2000.

FONTOURA, Natália. et. al. Pesquisas de uso do tempo no Brasil: contribuições para a formulação de políticas de conciliação entre trabalho, família e vida pessoal. *Revista Econômica*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 11-46, junho, 2010.

GUTIERREZ, Denise. Machado. Duran & MINAYO, Maria. Cecília. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (supl. 1), p.1497-1508, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008* – Suplemento de Saúde. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA- IPEA. PNAP 2009 – Primeiras Análises: tendências demográficas. *Comunicados do Ipea*, No.64, 13 de outubro de 2010. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101013_comunicadoipea64.pdf

SILVEIRA, Terezinha Melo. Da; CALDAS, Célia Pereira & CARNEIRO, Terezinha Féres. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8), p. 1629-1638, ago, 2006.

SUNKEL, Guillermo. El papel de la familia en la protección social en la América Latina. *Serie Políticas Sociales*, nº 120. Chile: CEPAL, abril de 2006.