



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DOMÉSTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONSUMO, COTIDIANO E
DESENVOLVIMENTO SOCIAL

TAMIRES CAROLINA MARQUES FABRÍCIO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS/AS USUÁRIOS/AS
DE ILPIS ACERCA DOS FATORES QUE AFETAM A QUALIDADE
DO CONSUMO COLETIVO DE PRODUTOS E DE SERVIÇOS

RECIFE-PE

2017

TAMIRES CAROLINA MARQUES FABRÍCIO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS/AS USUÁRIOS/AS
DE ILPIS ACERCA DOS FATORES QUE AFETAM A QUALIDADE
DO CONSUMO COLETIVO DE PRODUTOS E DE SERVIÇOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social - PGCDS/UFRPE, como requisito complementar para obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Prof^a Dra. Joseana Maria Saraiva

Co-orientadora: Prof^a Dra Ana Carolina Amaral de Pontes

RECIFE-PE

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFRPE
Nome da Biblioteca, Recife-PE, Brasil

F126r Fabrício, Tamires Carolina Marques
Representações sociais de idosos/as usuários/as de ILPIS acerca dos fatores que afetam a
qualidade do consumo coletivo de produtos e de serviços / Tamires Carolina Marques
Fabrício. – 2017.
132 f. : il.

Orientadora: Joseana Maria Saraiva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social, Recife,
BR-PE, 2017.
Inclui referências.

1. Direitos Sociais 2. Idosos 3. ILPI 4. Consumo (Economia) I. Saraiva, Joseana Maria,
orient. II. Título

CDD 640

TAMIRES CAROLINA MARQUES FABRÍCIO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS/AS USUÁRIOS/AS DE ILPIS
ACERCA DOS FATORES QUE AFETAM A QUALIDADE DO CONSUMO
COLETIVO DE PRODUTOS E DE SERVIÇOS**

APROVADA EM: 23 / 02 / 2017

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Joseana Maria Saraiva - ORIENTADORA

Docente do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e
Desenvolvimento Social / Universidade Federal Rural de Pernambuco Examinadora Interna
Presidente

Prof. Dr. Luiz Flavio Arreguy Maia Filho

Docente do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento
Social Universidade Federal Rural de Pernambuco
Examinador Interno

Prof^ª. Dr^ª. Raquel de Aragão Uchôa Fernandes

Docente do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento
Social Universidade Federal Rural de Pernambuco
Examinadora Interna

Prof^ª. Dr^ª. Helena Lúcia Augusto Chaves

Docente da Universidade Federal de Pernambuco – Programa de Pós-Graduação e
Serviço Social/ UFPE
Examinadora Externa

DEDICATÓRIA

A **DEUS** pela vida e por iluminar meus caminhos, principalmente por me conceder a oportunidade de aprofundar meus estudos e meus conhecimentos.

Aos meus pais, **JÚLIO E CÉLIA** pelo apoio incondicional nesse processo de lutas, aprendizados e conquistas.

AGRADECIMENTOS

Desejo apresentar meus sinceros sentimentos de gratidão para todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste estudo. São muitas as pessoas pensadas, todavia, quero agradecer:

A **UFRPE** e ao Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social pela oportunidade de estar defendendo a dissertação e em breve está concluindo mais uma etapa da minha vida acadêmica.

A **PROF^a Dr^a. JOSEANA SARAIVA**, orientadora deste trabalho, pelo estímulo, amizade, compreensão, sobretudo, um especial agradecimento pelas oportunidades de ensino, pesquisa e extensão e pela troca de conhecimentos e ensinamentos ao longo de toda minha vida acadêmica. Minha eterna gratidão.

A **FUNDAÇÃO DE AMPARO A CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO – FACEPE** pela oportunidade de me tornar um pesquisador através da elaboração desse estudo pelo o apoio financeiro, sem ele não teria sido possível realizar este estudo.

Aos **IDOSOS** e as **GESTORAS** das ILPIs onde se realizou a pesquisa que originou o estudo, que com tanto carinho compartilharam comigo suas histórias, suas lágrimas e sorrisos, sem vocês meu trabalho não seria nada.

A todo **CORPO DOCENTE** Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social obrigada pelos ensinamentos e orientações.

Especialmente aos meus **PAIS JÚLIO** e **CÉLIA** que com tanto esforço e humildade me educaram, sobretudo, por todo amor que me dão e por ensinar a superar os desafios da vida com muita fé em Deus.

A minha família, meu **IRMÃO, TÚLIO**, minha **TIA, ELISANGELA**, por todo companheirismos e amor que me dedicaram.

Ao meu **NOIVO, MARCONY**, por toda compreensão e amor, principalmente, nos momentos conflituosos de graduação, sobretudo, por me ensinar com tanta paciência a ser mais paciente.

Aos **AMIGOS (AS)** que conquistei nesta grande casa – A UFRPE e que levarei em meu coração por toda a vida, companheiros/as importantes e inesquecíveis para minha formação pessoal e para a construção deste trabalho.

RESUMO

Nos termos da lei, o Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso, entre outras normas e leis, estabelecem que as Instituições de Longa Permanência para Idosos/as devem oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e acessibilidade a todas as pessoas com 60 ou mais anos, com ou sem dificuldades de locomoção. Estabelecem ainda a necessidade de atender as demandas de cuidados de saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos/as seus/suas usuários/as, tendo em vista promover a sua saúde, autonomia, independência e bem-estar físico, psicológico e social. Contudo, os estudos evidenciam que a organização e o funcionamento dessas instituições em estados do país como Pernambuco, particularmente, na cidade de Recife e na Região Metropolitana, apresentam condições que limitam a efetivação do direito do/a idoso/a ao atendimento de suas demandas e necessidades, conforme assegura a legislação vigente. A fim de compreender as interpretações, ideias, visões e concepções que os/as idosos/as possuem a respeito da problemática em questão, este estudo tem como objetivo compreender as representações sociais dos/as usuários/as de instituições de longa permanência da rede de prestação de serviços da cidade de Recife e da Região Metropolitana acerca dos fatores que podem afetar o padrão de qualidade do consumo de produtos e de serviços nestas instituições. Nessa direção, o estudo caracteriza-se como sendo de abordagem quanti-quali e de tipologia estudo de caso. As análises se fundamentaram na teoria das representações sociais que tem como figura central Serge Moscovici. A amostra se constituiu de 40 idosos/as, usuários/as dos serviços de 11 ILPIs que participaram da pesquisa. Para a coleta de dados, utilizaram-se entrevistas, relatos e registros que permitiram um retrato abrangente e detalhado do objeto de estudo. As representações sociais dos/as idosos/as a respeito do fenômeno social investigado mostram a existência de fatores agravantes e expressivos na organização e funcionamento das ILPIs onde se realizou o estudo, que afetam consideravelmente o padrão de qualidade dos produtos e dos serviços prestados pelas ILPIs investigadas e, por conseguinte, a promoção da saúde, autonomia, independência e bem-estar físico, psicológico e social desse segmento. Estes achados refletem a ausência do Estado na provisão dos equipamentos coletivos de atendimento ao/a idoso/a e o predomínio da participação da sociedade, sobretudo, da igreja e das instituições sem fins lucrativos, na manutenção das ILPIs. Confirmam, portanto, a existência de uma postura inerte do Estado, de desresponsabilização social frente às demandas dos/as idosos/as que precisam ou que já se encontram institucionalizados/as, cooperando, dessa forma, para que a relação de cuidado resulte em risco social para os/as idosos/as, pela negação do direito dentro dos padrões exigidos pela legislação.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Sociais. Idosos(as). ILPI. Qualidade.

ABSTRACT

Under the law, the status of older persons, the national policy for the elderly, the National Health Policy for the elderly, among other rules and laws provide that long-stay institutions for Elderly offer facilities in conditions of habitability, hygiene, health, safety and accessibility to all persons aged 60 years or more, with difficulties or not. Establish the need to meet the demands of health care, food, hygiene, rest and recreation of its users, in order to promote health, autonomy, independence and physical, psychological and social well-being of its users. However, studies show that the organisation and functioning of such institutions in other States of the country, particularly in the city of Recife and in the metropolitan region, present conditions that limit the effectiveness of the right of the elderly to the care of your demands and needs, as it ensures the legislation in force. In order to understand the interpretations, ideas, visions, concepts, that elderly people have about the problem in question, this study aims to understand the social representations of users of long-stay institutions of the network to provide services of the Recife metropolitan region and about the factors that can affect the quality of the products and services in these institutions. This way, the study is characterized as PN and approach to typology, case study. If analyses substantiate the theory of social representations whose central figure Serge Moscovici. The sample consisted of 40 elderly, users 11 ILPIs services who took part in the research. For data collection used interviews, reports, and records that enabled a comprehensive and detailed picture of the object of study. The social representations of the elderly concerning social phenomenon investigated show the existence of aggravating factors and expressive in the Organization and functioning of the ILPIs where the study took place, affecting considerably the quality standard of products and services, provided by ILPIS investigation, therefore, the promotion of health, autonomy, independence and physical well-being This segment, psychological and social. These findings reflect the absence of the State in the provision of collective equipment elderly care and the predominance of the participation of society, particularly, of the Church, and nonprofit institutions in the maintenance of the ILPIs. Confirming that there is an inert state, posture of social desresponsabilização front of the demands of the elderly who need or already institutionalized. Cooperating in this way so that the relationship of care results in social risk to the elderly/the Cooperating in this way so that the relationship of care results in social risk to the elderly/the denial of the right within the standards required by law.

Keywords: Social Rights. The elderly. ILPI. Quality. Factors.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I	23
1.1. CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO E CULTURAL DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS – ILPIS, A PARTIR DAS GRANDES CIVILIZAÇÕES	23
1.1.1. Dos <i>Gerontokomium</i> da Idade Antiga às Instituições de Longa Permanência para Idoso – ILPIS da Contemporaneidade	23
CAPÍTULO II	32
2.1. CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO E CULTURAL DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS – ILPIS NO BRASIL	32
2.1.1. Dos Asilos do Século XVI as ILPIs no Século XX e XXI	32
2.1.1. Legislação e direitos dos idosos no Brasil: avanços e retrocessos	38
CAPÍTULO III	46
3.1. CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO E CULTURAL DA EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE NA SOCIEDADE DE CONSUMO: DA PERSPECTIVA EMPRESARIAL A SOCIAL COMO DIREITO DE TODOS	46
3.1.1. Da pré-história a antiguidade: das práticas de consumo ao primeiro pensamento	46
3.1.2. Da idade Média a Idade Moderna: a perspectiva empresarial	52
3.1.3. Na Contemporaneidade: a qualidade como direito de todos	58
3.1.4. Na Gestão Pública	63
CAPÍTULO IV	69
4.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
4.1.1. Caracterização do perfil socioeconômico, demográfico e cultural dos/as idosos /as usuários/as das ILPIS integrantes da pesquisa.	69
4.1.2. Motivações dos /as idosos/as para o ingresso em ILPIs e sua percepção como lugar para viver o processo de envelhecimento.	78
4.1.3. Representações sociais dos/as idosos/as sobre qualidade, de modo inclusivo, de produtos e de serviços.	83
4.1.4. Representações sociais dos/as idosos/as acerca dos fatores que afetam a	88

qualidade do consumo de produtos e de serviços em ILPIs.	
4.1.5. Fatores relacionados à infraestrutura física, mais especificamente, a habitabilidade (higiene, salubridade, segurança) e acessibilidade à organização que podem afetar o padrão de qualidade dos produtos e dos serviços prestado pelas ILPIs	92
4.1.6. Adequação da infraestrutura física e material em relação à habitabilidade (higiene, salubridade, segurança e acessibilidade).	93
4.1.7. Representações sociais dos/as idosos/as em relação aos fatores que afetam o consumo de alimentar	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES	125
Resumo da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N° 283, de 26 de setembro de 2005 a respeito dos tópicos abordados no presente estudo.	125
Formulário de Pesquisa	127
Liberação para pesquisa – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	129

LISTA DE QUADRO E TABELAS

- Quadro 01-** Resumo da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005 a respeito dos tópicos abordados no presente estudo.
- Tabela 01-** Distribuição dos entrevistados/as por ILPIS – Recife, 2016.
- Tabela 02-** Perfil sociodemográfico dos/as entrevistados/as – Recife, 2016.
- Tabela 03-** Perfil socioeconômico e cultural dos/as entrevistados/as – Recife, 2016.
- Tabela 04-** Motivações dos/as idosos/as para o ingresso em ILPIs e sua percepção como lugar para viver a velhice – Recife, 2016
- Tabela 05-** Representações sociais dos/as idosos/as acerca dos fatores que afetam a qualidade do consumo de produtos e de serviços em ILPIs.
- Tabela 06-** Representações sociais dos/as idosos/as acerca dos fatores que afetam o padrão de qualidade da institucionalização relacionado à preservação dos vínculos familiares.
- Tabela 07-** Representações sociais dos/as idosos/as sobre os fatores relacionados com a infraestrutura física acerca da habitabilidade (higiene, salubridade, segurança) e acessibilidade à organização, que podem afetar o padrão de qualidade dos produtos e dos serviços prestado pelas ILPIS – Recife, 2016.
- Tabela 08-** Representações sociais dos/as idosos/as em relação aos fatores que afetam o consumo de alimentar.

LISTA DE FIGURA

Figura 01- Localização das ILPIS filantrópicas na Cidade e Região Metropolitana de Recife

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

AVD – Atividades da Vida Diária

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CNDI - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa

DCD - Departamento de Ciências Domésticas

DIEESE-Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos.

FACEPE – Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco

ILPIs – Instituições de Longa Permanência para Idosos (as)

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOAS - Lei Organica da Assistencia Social

MPAS- Ministério da Previdencia e Assistencia Social

ONU- Organização das Nações Unidas

PE – Pernambuco

PSF-Programa de Saúde da Família

PIBIC - Programa Institucional Bolsista de Iniciação Científica

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

PRPPG - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RMR – Região Metropolitana do Recife

RT - Responsável Técnico

SEDH - Secretaria Especial dos Direitos Humanos

SUS- Sistema Único de Saúde

UFRPE - Universidade Federal Rural de Pernambuco

UFV - Universidade Federal de Viçosa

INTRODUÇÃO

Justificar os motivos que levam a autora a desenvolver este estudo implica fazer referência às experiências anteriores da pesquisadora como bolsista do Programa Institucional de Iniciação Científica CNPq/UFRPE, durante o período entre 2012 e 2014, como estudante do curso de Economia Doméstica da UFRPE. Neste período, a autora privilegiou a pesquisa sobre a "Crise no cuidado como risco social no cotidiano das organizações dedicadas ao cuidado de idosos/as que compõem a rede de prestação de serviços da cidade e da Região Metropolitana do Recife-PE". Mais especificamente, deteve-se em avaliar as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs – considerando o caráter destas instituições, o perfil dos/as usuários/as, dos/as gestores/as e do pessoal de nível operacional, as condições de infraestrutura física e material, bem como a organização e o funcionamento destas instituições. Ademais, a pesquisa consolida os estudos sobre Cuidado como Risco Social do idoso no Brasil, realizados em vários estados brasileiros, desde 2011, pelo Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica/UFV, através de pesquisa interinstitucional realizada pelo Núcleo de Pesquisa em Ergonomia e Planejamento–ERGOPLAN, da Universidade Federal de Viçosa/UFV/CNPq.

A partir dos resultados da pesquisa “Crise no cuidado como risco social no cotidiano das organizações que cuidam de idosos/ as que compõem a rede de prestação de serviços da cidade e da Região Metropolitana do Recife-PE”, evidenciou-se que a organização e o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos apresentam condições que limitam a efetivação do direito do/a idoso/a ao atendimento de suas demandas e necessidades, conforme asseguram a Constituição Federal (1988), o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), a Política Nacional do Idoso (Lei Nº 8.842 / 1994) e a ANVISA, através da RDC nº 283.

Estes documentos legais dispõem sobre as ILPIs, quer sejam públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, como sendo instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, que devem garantir infraestrutura física, material e pessoal qualificado, bem como

funcionar de forma adequada tendo em vista propiciar condições de saúde e bem-estar social a essa população em condições de liberdade, dignidade e cidadania.

Segundo a RDC 283/2005, a Instituição de Longa Permanência para Idosos deve oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir a acessibilidade a todas as pessoas, especialmente aquelas com dificuldade de locomoção, segundo o estabelecido na Lei Federal 10.098/00. Deve, ainda, dispor de um quadro de trabalhadores para atender às necessidades de cuidados de saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos/as usuários/as, essenciais à qualidade dos produtos e dos serviços prestados pelas ILPIs.

A preocupação com a qualidade dos serviços prestados por estas instituições surge com o aumento da esperança de vida do ser humano e, por conseguinte, com o aumento da população de idosos/as no mundo, particularmente no Brasil. Ademais, com a inserção da mulher no mercado de trabalho e com os novos modelos e arranjos familiares, começa a delinear-se a crise no cuidado desse segmento populacional. Emerge, a partir deste contexto, uma crescente proporção de idosos/as que requerem cuidados por vários motivos, incluindo perda da autonomia e da independência, necessitando, muitas vezes, do apoio de outros para realizar atividades essenciais à vida diária, ausência dos vínculos familiares e inexistência de alguém que cuide deles/as.

Este tipo de “cuidado” tem sido estudado por diversos teóricos (Camarano e Kanso, 2010; Janczura, 2014; Fabricio e Saraiva, 2014; Silva, 2015; Mafra, 2014/2015; Faria, Alves e Amaral, 2016; entre outros) que defendem que a ausência desse cuidado pode levar ao risco social dos/as idosos/as, próprio das sociedades em transição ou já desenvolvidas. Para estes/as autores/as, o termo cuidado é utilizado para descrever processos, relações e sentimentos entre pessoas que cuidam umas das outras, abrangendo várias dimensões da vida física, afetiva e social.

Neste estudo, compreende-se o cuidado como sendo o conjunto de atividades ou ocupações necessárias para o atendimento das necessidades e demandas em saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos/as dos /as idosos/as, realizadas por um/a cuidador/a na unidade doméstica ou por uma

equipe inter e multidisciplinar em uma Instituição de Longa Permanência, em condições físicas e materiais adequadas incluindo as condições de acessibilidade e habitabilidade - higiene, salubridade e segurança – tendo em vista a promoção da saúde física, mental, espiritual e social, e, por conseguinte, a melhoria da qualidade de vida dessa população.

Contudo, o risco social torna-se manifesto quando não é seguida a proteção integral definida, nos termos da lei, na Constituição Federal (1988), na Política Nacional do Idoso (1994), no Estatuto do Idoso (2003) e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), nem é seguido o padrão de qualidade exigido pelo conjunto de normativas – Lei 10.741/2003; ANVISA / RDC 283/2005; NBR 9050/2004 – que definem critérios mínimos para o funcionamento, monitoramento e avaliação das Instituições de Longa Permanência para idosos, de caráter público ou privado, na perspectiva de qualificar o cuidado e a prestação de serviços. Nesse contexto, cuidado e risco social são interdependentes, um não existe sem outro.

Estudos realizados por Cerqueira, 2003; Creutzberg; Santos, 2003; Souza, 2008; Fabrício, et al., 2013; Fabrício e Saraiva, 2015; Ferreira e Teixeira, 2014, entre outros, afirmam que as condições básicas das ILPIs no Brasil não atendem as exigências mínimas legais e, por conseguinte, o processo de institucionalização, especialmente quando o foco são as instituições para assistência ao idoso de baixa renda, é considerado um problema crônico, aparentemente sem solução na sociedade brasileira.

Esta problemática precisa ser estudada com maior profundidade, uma vez que a estimativa de crescimento da população idosa no Brasil prevê que em 2025 o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será superior a 21 milhões e a institucionalização tem sido uma alternativa recorrente, principalmente por parte das famílias de baixa renda, tendo em vista evitar o abandono dos seus idosos.

A conjuntura que leva os/as idosos/as ao risco social envolve a negação de direitos, a baixa oferta e os fatores que se interpõem ao padrão de qualidade da prestação de serviços providos por estas instituições de consumo coletivo¹.

Na cidade e na Região Metropolitana do Recife, local onde este estudo foi realizado, as Instituições de Longa Permanência para Idosos, públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, apresentam, conforme mostram os estudos, fatores comprometedores em relação às condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, alimentação e acessibilidade aos usuários, bem como em relação às condições materiais e humanas que afetam a funcionalidade das instituições. A partir das representações sociais dos/as idosos/as usuários/as e/ou consumidores/as, pretende-se apreender se estes fatores afetam a qualidade dos produtos e dos serviços prestados por estas instituições de consumo coletivo e, também, se estes fatores podem se constituir como indicadores para a melhoria da qualidade da prestação de serviços nessas instituições.

Segundo Donabedian (1980, p. 68), o estudo aprofundado destes fatores possibilitará conhecê-los de forma mais específica e, posteriormente, traduzir os mesmos em indicadores operacionais de qualidade, no sentido de oferecer às equipes das Instituições de Longa Permanência para Idosos/as e usuários/as atendidos/as por estas instituições um instrumento adicional de apoio ao seu trabalho. Compreendendo os seus pontos fortes e fracos, aspectos positivos e negativos e envolvendo as pessoas no processo de avaliação, a instituição vai poder intervir para melhorar a sua qualidade, de acordo com suas condições, prioridades, necessidades e demandas dos usuários.

Nessa direção, segundo Fabrício e Saraiva (2015, s/p), a formulação de indicadores operacionais de qualidade para ILPIs propiciará um caminho a seguir na construção de um trabalho que ofereça condições de funcionamento

¹ Compreende os serviços coletivos, que se constituem como valores de uso coletivo, indispensáveis ao desenvolvimento econômico e social, bem como à reprodução da força de trabalho e à produção do capital. Segundo Saraiva (2015), os meios de consumo coletivo tratam dos equipamentos e serviços urbanos (escolas, creches, instituições de longa permanência, áreas de lazer como praças, parques e clubes recreativos, centros comunitários, hospitais, serviços de saúde, infraestrutura básica - rodovias, telefonia, saneamento - meios de transportes, de comunicação, de lazer e de cultura) que se constituem como valores de uso coletivo, que devem ser providos pelo Estado, indispensáveis ao desenvolvimento econômico e social. Para Castells (1983), a cidade é o espaço do consumo coletivo, do uso e da vida cotidiana. Diferentemente do consumo individual de mercadorias, o consumo coletivo deve se realizar econômica e socialmente não por meio do mercado, mas do Estado e de suas políticas públicas.

adequadas ao processo de produção de bens (produtos) e de serviços. Faz-se necessário, portanto, um estudo mais aprofundado acerca desse processo, envolvendo todos os aspectos, com o intuito de se identificar as causas dos problemas existentes nas ILPIs, tendo em vista propiciar a efetivação do direito dos/as idosos/as, das condições de saúde e bem-estar social, liberdade, dignidade e cidadania, conforme garantido nos termos da lei. Ferreira (2009, p. 38) e Ribeiro e Schutz (2007, p. 69) revelam que as pessoas idosas usuárias dos serviços prestados por instituições de longa permanência têm reclamado de forma insistente sobre a inadequação dos produtos e dos serviços consumidos nestas instituições, inclusive das poucas oportunidades para participar de atividades recreativas ou de lazer, contribuindo para o seu isolamento social, adoecimento e, muitas vezes, a morte.

Diante do exposto, na ordem da construção do problema de pesquisa, interessa compreender as representações sociais dos/as idosos/as usuários/as de instituições de longa permanência da rede de prestação de serviços da cidade de Recife e da Região Metropolitana acerca dos fatores que podem afetar o padrão de qualidade do consumo de produtos e de serviços. Mais especificamente, objetiva caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos/as idosos/as usuários das ILPIs; Identificar as representações sociais que o/as idosos/as possuem sobre a condição qualidade; Identificar os fatores que afeta o padrão de qualidade dos produtos e dos serviços nas ILPIs, a partir das interpretações, ideias, visões, concepções, que idosos/as usuários/as destas ILPIs.

Ademais, considerando o aumento da população de idosos/as no Brasil e a grande demanda por estas instituições, este estudo visa contribuir para mudar essa realidade no sentido de qualificar a prestação de serviços públicos e privados oferecidos por pelas ILPIs.

A compreensão desses fatores que podem afetar a produção de bens (produtos) e a prestação de serviços em ILPIs, a partir das representações sociais dos/as próprios/as idosos/as, usuários/as ou consumidores/as, constitui alternativa importante para contribuir com a melhoria da qualidade da prestação de serviços, sobretudo, da relação de cuidados com o idoso/a, o que resultará em melhores condições de saúde e bem-estar social para os/as usuários/as

dessas instituições, em respeito aos preceitos de liberdade, dignidade e cidadania garantidos na legislação.

Nessa direção, o estudo caracteriza-se como de abordagem qualitativa e de tipologia, estudo de caso. A opção por este método de investigação prende-se ao fato de que o estudo de caso propicia pesquisar um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto real, especialmente quando esse fenômeno não se encontra ainda claramente esclarecido, possibilitando apreender a realidade a ser pesquisada dentro de um contexto mais amplo em que se acha situada (YIN, 2001, p. 94).

Além disso, o estudo de caso propiciou a utilização de métodos e técnicas diversificadas – documentos, artefatos, entrevistas, observações, relatos, avaliações - de modo a explorar o potencial descritivo e explicativo do fenômeno pesquisado, a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos.

Ao permitir a utilização de técnicas diversificadas e o recurso a diferentes fontes de evidências, o estudo de caso propiciou um retrato abrangente e detalhado do fenômeno em estudo e favoreceu a organização do relato ordenado e crítico da experiência e permitindo avaliar analiticamente, conforme explica CHIZZOTTI (1995, p. 102).

Segundo Merriam (1988) citado por Godoi, Bandeira-de-Melo e Silva (2010, p.119) o estudo de caso de abordagem qualitativa constitui uma descrição (holística e intensiva) de um fenômeno social bem delimitado (um programa, uma instituição, uma pessoa, um grupo de pessoas, um processo social ou uma unidade social).

No estudo de caso, o interesse do pesquisador está voltado à compreensão dos processos sociais que ocorrem num determinado contexto, na perspectiva de compreender uma situação em profundidade, enfatizando seu significado para os vários envolvidos com a situação. Nessa direção, o estudo de caso auxilia a compreensão e a descoberta de novos significados para o fenômeno que está sendo estudado (GODOY, BANDEIRA-DE-MELO E SILVA, 2010, p. 121). Ademais, este método de investigação, é significativamente importante na área organizacional, especialmente quando se quer compreender processos de inovação e mudanças organizacionais, a partir da complexa interação entre as forças internas e o ambiente externo (HALEY, 1995).

Para a realização da pesquisa considerou-se que na cidade do Recife e na Região Metropolitana conforme dados do (Conselho do Idoso/PE, 2015) existem 47 ILPISs, sendo 20 filantrópicas sem fins lucrativo e 27 da rede privada com fins lucrativos, que compõem a rede de prestação de serviços aos idosos/as. Destas instituições, selecionou-se 11 ILPIs localizadas na cidade e na Região Metropolitana do Recife-PE, de caráter filantrópico, não governamental, sem fins lucrativos como amostra para realizar a pesquisa. Esta escolha se justifica pelo fato dos estudos considerarem estas instituições como as mais precárias em termos de condições de organização e funcionamento, conforme mostra figura e tabela abaixo:

Figura 1 - Localização das ILPIS filantrópicas na Cidade e Região Metropolitana de Recife



Fonte: elaborada pela autora.

De cada instituição foi selecionada uma amostra de idosos/as na faixa etária de 60 anos ou mais, que apresentassem capacidade psicológica para

participar como respondentes, totalizando 40 idosos/as, como mostra a tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados (as) por ILPIS – Recife, 2016.

ORDEM	ILPIS	FREQUÊNCIA	
		N	%
01.	A.E.C.H	3	7,50
02.	L.B.A	6	15,00
03.	I.P.V	5	12,50
04.	A.C.R	8	20,00
05.	C.S	2	5,00
06.	A.A.I	2	5,00
07.	A.S.A	4	10,00
08.	C.R.J.C	2	5,00
09.	C.I.F.A	2	5,00
10.	L.I.M.C	4	10,00
11.	A.S.V.P	4	10,00
TOTAL		40	100

Fonte: elaborada pela autora.

Nesta direção, a amostra se constitui de quarenta idosos/as, usuários/as dos serviços das 11 ILPIs que participaram da pesquisa, dos/as quais se apreendeu as representações sociais a respeito do fenômeno social em estudo, mais especificamente, como percebem e interpretam a existência de fatores agravantes e expressivos que levam à configuração a problemática da efetivação dos seus direitos.

Para coleta de dados utilizou-se entrevistas, relatos, e registros que permitiram um retrato abrangente e detalhado do objeto de estudo. A entrevista estruturada foi utilizada como técnica principal de coleta de dados por ser a mais adequada para a obtenção de levantamentos do contexto social estudado. Segundo Richardson (2008, p. 207) a entrevista estruturada é um importante técnica que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre o entrevistador e o sujeito entrevistado, facilitando a interação face a face, elemento fundamental na pesquisa em ciências sociais. Para tanto, o instrumento de coleta de dados se constituiu de um formulário de entrevista composto por um conjunto de perguntas abertas e fechadas constituindo-se o pré-teste um momento oportuno e útil para revisar o processo de pesquisa.

Nos termos da lei, o Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso, Lei Federal 10.098/00 e a RDC 283/2005 estabelecem que as Instituições de Longa Permanência para Idosos/as devem oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade ou não de locomoção. Devem dispor ainda de um quadro de trabalhadores qualificados para atender às necessidades de cuidados de saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos seus usuários/as.

Essas exigências consideram que o processo de envelhecimento afeta a capacidade funcional dos/as idosos/as e determina limitações para as atividades da vida diária e necessidades específicas, que requerem cuidado integral qualificado, tendo em vista promover e manter a saúde, a autonomia, a independência e o bem-estar físico, psicológico e social desse segmento.

Contudo, os estudos evidenciam que a organização e o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos, em Recife e na Região Metropolitana, bem como em outros estados do País, apresentam condições que limitam a efetivação do direito do idoso/a ao atendimento de suas demandas e necessidade, conforme assegura a legislação vigente.

A fim de compreender as interpretações, ideias, visões, concepções, que idosos/as usuários/as destas ILPIs possuem a respeito da problemática em questão, privilegiou-se neste estudo o conceito das representações sociais, utilizada em várias áreas do conhecimento.

Nessa direção, as análises tratadas neste estudo se fundamentaram na teoria das representações sociais que tem como figura central Serge Moscovici, o qual defende que as representações sociais se constituem em uma das formas de compreensão da realidade, do mundo concreto, permitindo encontrar elementos do discurso social trazido pelos sujeitos sociais para melhor compreensão dos fenômenos sociais (MOSCOVICI, 2003, p. 123).

Conforme Alvântara e Vesce (2008, p. 2211), o método de análise caracterizado como representações sociais, bastante difundidos a partir dos estudos de Moscovici, consiste em um campo de conhecimento específico que tem por função a construção de condutas comportamentais, tendo em vista estabelecer comunicação entre sujeitos em um grupo social produtor de interações interpessoais.

A ideia de que os indivíduos constroem no cotidiano, teorias a respeito dos objetos sociais e que essas teorias são orientadoras dos comportamentos dos seres humanos, segundo Siqueira (2008, p. 20) Moscovici denominou de representação social ou Teorias do Senso Comum, através da qual buscou compreender o processo de construção de teorias do senso comum, mostrando que este se diferencia dos outros tipos de conhecimento.

Para Santos (2005, p. 19), com base em Moscovici (2003), a sociedade supervaloriza o conhecimento científico, o conhecimento elaborado, que é uma forma de dar conta da realidade, uma forma de produzir novos conhecimentos. Contudo, para Moscovici, a construção do conhecimento científico não é a única forma de conhecer a realidade. Para a maioria das pessoas, às quais Moscovici chama de “maioria de leigos”, o modo de produzir conhecimento no seu cotidiano é diferente, não segue os mesmos passos do conhecimento científico, segue a lógica do conhecimento do senso comum. Enquanto o conhecimento científico segue uma lógica formal, o conhecimento do senso comum tem uma lógica social, o sentido é dado em função do contexto histórico e político que aquele grupo vive (SIQUEIRA, 2008, p. 20).

Nesta mesma direção, Melo Filho (2014, p. 40) destaca que as representações sociais constituem formas de conhecimento que são elaboradas e compartilhadas socialmente. Para Minayo (2007, p. 236) as Representações Sociais manifestam-se em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam, portanto, podem e devem ser analisadas.

Compreende-se que, mesmo sabendo que o senso comum traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial frequentemente contraditória, ele possui graus diversos de clareza e nitidez em relação à realidade. Assim, cada sujeito social interpreta a realidade de acordo com o senso comum ao grupo, interagindo, porém, com outras sociedades, e, sob influência do conhecimento formal, constrói uma nova concepção de mundo.

Segundo Gramsci (1989), o senso comum seria o ponto inicial de onde se deveria partir para construir uma nova concepção de mundo, uma consciência crítica, ou seja, o senso comum, por ser submisso à ideologia dominante, precisaria, então, de ser superado pela filosofia da práxis. A possibilidade única de o senso comum ser capaz de gerar mudanças só pode

se dar pela via da possibilidade desse senso comum ser capaz de se transpor de uma consciência ingênua do mundo para uma consciência crítica.

Nessa perspectiva, tomar as representações contidas nas falas dos sujeitos sociais envolvidos na pesquisa como objeto de estudo é buscar uma explicação à luz da teoria das representações sociais e com ela compreender as contradições que limitam os avanços e a efetivação dos objetivos e das diretrizes da Política Nacional do idoso e de outros documentos legais.

Nesse sentido, o estudo buscou analisar as representações sociais dos sujeitos envolvidos na pesquisa, a partir de suas condições como consumidores/as de produtos e de serviços nas ILPIs contempladas pelo estudo, a fim de compreender as interpretações, ideias, visões, imagens que estes sujeitos têm sobre a existência de agravantes expressivos que levam à configuração a problemática da efetivação dos seus direitos como consumidores/as e cidadãos/ãs e cidadãos. Em outras palavras, compreender o que os sujeitos da pesquisa pensam acerca da problemática posta, apreender suas representações sociais vai se constituir elemento fundamental para compreensão da realidade. Além dos depoimentos de usuários, trazendo à consideração o seu cotidiano e suas representações sociais acerca do atendimento prestado pelas ILPIs, sobretudo, que fatores afetam a qualidade dos produtos e serviços consumidos por estes sujeitos consumidores/as e usuários destas instituições.

Buscou-se também dados secundários acerca do fenômeno, tendo em vista as análises qualitativas que foram realizadas, especialmente estudos desenvolvidos no Brasil e em outros países do mundo, dando especial atenção aos aspectos relacionados por estes estudos como essenciais para a compreensão mais macro da questão em pauta.

É importante destacar que este estudo vem consolidar outros que vêm sendo desenvolvidos pelo Programa de Pós-Graduação em Estudo do Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social do Departamento de Ciências Domésticas da Universidade Federal Rural de Pernambuco/UFRPE, que têm como objetivo subsidiar o planejamento de políticas sociais voltadas para enfrentar as diferentes realidades vivenciadas pelo/a idoso/a, em especial, assegurar os seus direitos sociais, criando condições para promover a sua

autonomia, independência, integração e participação efetiva na sociedade, tendo em vista evitar o risco social a que se encontram expostos idosos/as.

Este estudo encontra-se estruturado em cinco capítulos, o primeiro capítulo aborda o contexto sócio-histórico e cultural das instituições de longa permanência para idosos a partir das grandes civilizações, dos *Gerontokomium* da Idade Antiga às Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs – da Contemporaneidade.

O segundo capítulo aborda a trajetória histórica, política, econômica, social e cultural das instituições de longa permanência para idosos/as no Brasil, fazendo um resgate desde os Asilos do Século XVI às ILPIs no Século XX e XXI, considerando os avanços nos termos da lei e os retrocessos na prática cotidiana.

O terceiro capítulo ocupa-se de mostrar as intensas mudanças que o conceito de qualidade vem sofrendo na sociedade de consumo, a partir das práticas que remetem aos primeiros pensamentos filosóficos, até à qualidade como direito de todos, e não de poucos, na contemporaneidade.

O quarto capítulo traz os resultados e as discussões acerca das análises das representações sociais dos/as idosos/as sobre os fatores que se interpõem e levam tanto à configuração como à manutenção da ineficácia das instituições de longa permanência para idosos/as, e se estes fatores afetam a qualidade dos produtos e dos serviços prestados por estas instituições.

A partir destas premissas, pretende-se, com este estudo, agregar conhecimentos, estimular novas reflexões, proporcionar a troca de ideias, e, particularmente, dar visibilidade aos fatores que determinam e configuram a manutenção da ineficácia das instituições de longa permanência para idosos/as. Nessa direção, conhecidos estes fatores, buscar-se-á atacar a causa do problema na sua origem a fim de contribuir para a qualificação da efetivação do direito à proteção integral por parte do/a idoso/a.

CAPÍTULO I

1.1. CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO E CULTURAL DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS – ILPIS, A PARTIR DAS GRANDES CIVILIZAÇÕES

1.1.1. Dos *Gerontokomium* da Idade Antiga às Instituições de Longa Permanência para Idoso – ILPIS da Contemporaneidade

A história das instituições de longa permanência para idosos (ILPI) tem suas origens em épocas bem mais remotas do que se imagina. Um documento publicado pelo Ministério da Saúde (1944, p. 7) refere que na Grécia Antiga existia as casas de assistência denominadas *hospes* - hóspedes que recebiam peregrinos, pobres e enfermos. Além dessa designação, as casas de assistência eram também denominadas *ptochodochium*, *ptochotrophium*, que significava asilo para os pobres. Ademais, a história registra a existência dos *orphanotrophium* - orfanato, dos *zenodochium*, *xenotrophium* - refúgio para viajantes e estrangeiros, e os *gerontokomium* - asilo para velhos (Rezende, 2002, apud. LIMA, 2011, p. 60).

Não obstante as evidências da existência, ao longo da história, dos *gerontocômios*, caracterizados como asilos para velhos, reforçada por estudos que demonstram que as primeiras instituições filantrópicas destinadas a abrigar pessoas idosas já existiam no Império Bizantino, no século V a.C., somente após o Código Justiniano, que regulamentou a legislação do Império no ano 534 d.C., a literatura faz referência ao *gerontocômio* como instituição legalizada para o atendimento a pessoas à época vistas como velhas (Lima, 2011, p. 60). Segundo Alcantara (2004, p. 149), o primeiro *gerontocômio* foi fundado em Roma pelo Papa Pelágio II (520-590), que adaptou sua própria casa, transformando-a em hospital para idosos.

Não se sabe como funcionavam os primeiros *gerontocômios*, porém, pesquisas mostram que sua função básica era servir como instituição depositária, tuteladora de indivíduos idosos, oferecendo apenas os cuidados básicos para aqueles que estivessem nos seus últimos dias de vida (DAVIM et al., 2004, p. 521).

Segundo Cannon (2004), no século X, na Inglaterra, eram construídas casas próximas dos mosteiros, as *almshouses*, que se destinavam à caridade e à hospitalidade e serviam de abrigo para idosos desamparados e pessoas necessitadas. Estas instituições funcionavam com recursos oriundos de doações disponibilizados pelos mosteiros, sendo que, entre as doações, as heranças eram frequentes e determinavam quem poderia, ou não, ser beneficiado com a ajuda caritativa.

Como consequência da transição do sistema feudal para o capitalista, a pobreza e a miséria foram intensificadas. Este acontecimento veio também gerar consequências na Inglaterra do século XVI, no final do reinado da Rainha Elizabeth I. As migrações de trabalhadores das áreas rurais para as áreas urbanas à procura de trabalho levaram a um aumento considerável da população nas grandes cidades, sendo que essas pessoas nem sempre eram absorvidas pelos campos de trabalho. Consequentemente, desempregados e um contingente enorme de miseráveis, incluindo pessoas idosas, ficavam perambulando pelas ruas gerando problemas sociais de natureza diversa.

Nessa conjuntura, a rainha instituiu a Poor Law, mais conhecida como Lei dos Pobres, cujo conteúdo, segundo Dorigon (2006, p. 64-66), ordenava que todas as paróquias da Inglaterra nomeassem “inspetores” dos pobres, com a missão de encontrar trabalho para todos aqueles que estavam sem ofício e, ao mesmo tempo, construir “paróquias-abrigo”, hospitais e asilos que seriam utilizados para abrigar todos aqueles que não podiam se manter. Em conformidade com essa lei, se os inspetores se recusassem a ajudar qualquer pessoa, a justiça era requisitada para auxiliar e, ao mesmo tempo, ordenar que a assistência ao pobre fosse mantida.

Segundo Bois (1997, p. 7), essa situação vivida nos séculos XIV e XV faz surgir na Alemanha, Holanda e Itália várias casas de cuidado coletivo que abrigavam os pobres, os miseráveis e, entre muitos outros, os idosos. A lei dos pobres contribuiu significativamente para fortalecer e aumentar o número de *almshouses*, ou abrigos, tanto na Inglaterra como em outros países da Europa, sendo os usuários formados por mendigos, órfãos, loucos, idosos e indigentes, o que explica antropologicamente a imagem negativa desse tipo de instituição, a qual permanece até aos nossos dias (Born e Boechart, 2006, p. 1134). Para Fabricio, et. al. (2013, p. s/p), a percepção existente atualmente no Brasil

acerca das ILPIs como sendo local para idosos pobres e desamparados deve-se, sem dúvida, a essa contextualização. Para essas autoras, embora a legislação tenha reconceituado estas instituições e os idosos sejam hoje sujeitos de direito, estas instituições continuam sendo concebidas e criadas para atender pessoas em situação de pobreza e miséria, com problemas de saúde e sem suporte social.

Em função desse contexto histórico de pobreza e de precarização do atendimento às pessoas idosas, somente na Europa do século XVII os idosos começam a ser reconhecidos como um grupo diferenciado, destinado a ter um local de hospitalidade, o hospício, cujo exemplo modelar aparece na Holanda, em 1606, com a fundação dos *hofjies* em Haarlem (Cannon, 2000, apud. Lima, 2011, p. 61). Na Inglaterra, estas instituições possuíam uma função caritativa e tinham como objetivo abrigar pessoas desamparadas, sendo o governo central, em alguns condados, o principal proprietário das instituições.

Simone de Beauvoir (1990, p. 711) evidencia em seus estudos a construção, em 1656, por iniciativa de Louis XIV, do asilo conhecido como *Salpêtrière*, um dos maiores asilos da Europa. O edifício foi nomeado *Hôpital Général des pour le Renfermement Pauvres de Paris* (Hospital Geral para o internamento dos pobres e sem-teto de Paris) e tinha como objetivo principal internar pessoas velhas, pobres e sem-teto.

Em 1684, com o expressivo crescimento demográfico da população idosa na Europa, a qual se expandiu de 187 milhões para 300 milhões, parte do *La Salpêtrière* foi ampliado, tendo sido criado um edifício só para idosos desocupados, que servia para mantê-los afastados da sociedade, chegando a abrigar cerca de dois a três mil idosos, situação que contribuiu para dar visibilidade à quantidade de idosos pobres abandonados, não podendo estes mais ser ignorados (BEAUVOIR, 1990, p. 711).

No século XVII, com o fim do sistema feudal europeu, as ideias iluministas começam a proliferar. Enquanto o sistema feudal mantinha o poder sobre as estruturas feudais, a cultura da igreja católica, o monopólio comercial e a censura às ideias que visavam libertar as pessoas das trevas, da ignorância e da escuridão em que viviam, as ideias iluministas defendiam o melhor caminho para alcançar a liberdade, a autonomia e a emancipação por meio do uso da razão.

Durante este século, o número de pessoas em idade avançada continuou aumentando em consequência dos avanços dos estudos nos campos da fisiologia, anatomia, patologia e química. Segundo Beauvoir (1970, p. 202), a população por toda Europa não apenas continuou aumentando, como também rejuvenesceu, em virtude das melhores condições de higiene, materiais e de saúde, que resultaram em uma maior longevidade da população, multiplicando-se o número de pessoas com 80 ou mais anos, chegando mesmo a idades centenárias. Contudo, esta condição só abrangeu as pessoas pertencentes às classes privilegiadas, uma vez que os indivíduos pertencentes às classes inferiores, em função do tipo de trabalho e das condições de vida desfavoráveis e de miséria, apresentavam, por volta dos 40 anos, forte decadência física, fadiga, e eram, por conseguinte, condenados à indigência devido à sua própria condição de velhice, ficando os cuidados dos velhos a cargo das famílias e da igreja.

Em decorrência desta conjuntura de miséria e de indigência da população de velhos, desenvolve-se na Inglaterra uma corrente denominada Amigáveis, a qual, sensibilizada com esta questão, passa a influenciar o pensamento europeu acerca desta condição, levando a opinião pública a se emocionar com esta demanda e a entender que tal situação era responsabilidade da sociedade e não do indigente. Este movimento resultou, em 1782, na promulgação da lei que concedeu às paróquias o direito de aplicar e recolher os impostos dos pobres, ao mesmo tempo em que o Estado passou a reconhecer a todos os indivíduos inválidos e velhos o direito à Assistência Pública (Op. cit, 1970, p. 202).

Nesse contexto, as instituições de caráter caritativo, ligadas à igreja, começaram a se especializar e a dividir os seus beneficiários em categorias: orfanatos para crianças, hospícios para loucos e asilos para velhos (BOIS, 1997, p. 10; NOVAES, 2003, s/p). Os asilos para velhos, em toda Europa e América do Norte, eram chamados de Asilos de Madalena ou Casa de Mulheres Perdidas. Estes asilos subsistiram até ao final do século XX e abrigavam diferentes tipos de mulheres, nomeadamente mulheres com deficiência física e mental, rebeldes, mães solteiras e suas filhas, vítimas de estupro e aquelas que se acreditava possuir caráter duvidoso, como as prostitutas.

A missão destes asilos era reabilitar as mulheres para que voltassem à sociedade. Na maioria dos asilos, as internas eram obrigadas a realizar trabalhos físicos intensos, incluindo trabalhos na lavanderia e de costura, sendo também sujeitas a um regime diário constituído por longos períodos de oração e silêncio forçado. Na Irlanda, tais asilos eram conhecidos como lavanderias de Madalena e estima-se que cerca de 30 mil mulheres passaram por estas instituições, cuja extinção definitiva se deu em 1996. Estudos mostram que no século XIX, em simultâneo com a existência dos Asilos de Madalena, foram criados em várias cidades da Europa outros asilos de carácter filantrópico para mulheres velhas.

Nesse processo, é importante lembrar que, com a Revolução Industrial, os idosos passam a ser mais desvalorizados, sobretudo os idosos da classe trabalhadora. Na época anterior à Revolução Industrial, os jovens aprendiam o ofício estudando com os velhos artesãos profissionais por meio da transmissão direta, de pessoa para pessoa. Com a Revolução Industrial, esse processo de aprendizagem é substituído pelo ensino de massas ministrado em escolas, fábricas e por profissionais mais jovens, levando a que o saber profissional da pessoa idosa passasse a ser obsoleto. Segundo Schachter- Shalomi e Miller (1996, p. 6), a importância dada ao processo de produção e de consumo de bens materiais levou a que os idosos perdessem o lugar de prestígio que tinham em épocas anteriores e se tornassem vítimas da gerontofobia, medo irracional da idade avançada baseada nos estereótipos culturais de enfraquecimento dos idosos.

Assim, as transformações geradas a partir da Revolução Industrial, embora tenham contribuído para o aumento da população idosa, refletiram-se de forma muito negativa na condição de vida de uma parcela significativa desse segmento, a qual, sem condições para trabalhar devido às novas exigências de um novo modo de produção capitalista, foi reduzida a condições de vida insatisfatórias.

Com a Revolução Industrial, ocorre uma concentração da população nas grandes cidades, tornando cada vez mais difícil a sobrevivência da agricultura familiar no campo, que assistiu, impotente, à mecanização da produção agrícola, cujo resultado se expressa no êxodo rural (PALMA; SCHONS, 2000, p. 51). Beauvoir (1990, p. 713) relata que os trabalhadores que não puderam

mais subsistir no campo juntaram-se à nova massa de desvalidos na cidade e engrossaram o contingente do proletariado. O trabalho dos operários era duro e extremamente desgastante, especialmente cruel para o trabalhador mais velho, que perdia o emprego por causa da idade.

A formação de uma sociedade que se industrializava e se urbanizava em ritmo crescente implicava a reordenação da sociedade no sentido de acompanhar as mudanças e atender as necessidades e demandas da população. No entanto, tal não aconteceu, a ganância daqueles que detinham o poder econômico e político impediu esta reordenação, acarretando uma desvalorização declarada dos idosos, sobretudo dos menos favorecidos.

No contexto desse cenário urbano industrial, o idoso não se enquadrava em nenhuma função de relevante importância e sobre ele recaía o peso da inutilidade e da decadência. Com o aumento da expectativa de vida, a redução da taxa de fecundidade e a entrada da mulher no mercado de trabalho, a situação de precarização no atendimento às demandas do idoso bem como a indiferença relativamente à sua condição tornam-se cada vez mais visíveis, provocando revolta e questionamentos por parte dos movimentos sociais que buscavam a reinserção democrática dos (as) idosos (as) na sociedade (SANTIN; BOROWSKI, 2008, p. 144).

Essa conjuntura suscitou reflexões acerca desta questão e originou transformações. A temática da velhice começa, portanto, a figurar nas agendas políticas em todo o mundo, notadamente na Europa, sendo colocada como importante pauta que requer, além de frequentes e sistemáticas discussões, planos de ações comprometidos com a ideia de uma nova sociedade, em constantes transformações.

Em 1973, a União Europeia criou a Decisão nº 79 que tratava da totalização dos períodos de seguro e dos períodos equiparados em matérias de invalidez, velhice e morte, garantindo o pagamento de pensões aos segurados com menos de doze meses de contribuição e que tivessem completado o período mínimo estipulado pelo respectivo Estado-Membro (IVIC, 2013, p. 186).

A década de 80 trouxe alterações muito importantes para a Espanha na medida em que, com a recém-aprovada constituição (1978), o país conseguiu encerrar um longo período de ditadura e de ausência de direitos civis, e isto

levou, rapidamente, à implementação de políticas públicas sociais (SANCHO, 2012, p. 256). Enquanto que nos países mais desenvolvidos da Europa explodia a construção de instituições psiquiátricas e de idosos, na Espanha se vivenciava a era dourada da construção de residências de grande capacidade, com instalações hoteleiras de qualidade, destinadas a cuidar das carências socioeconômicas das pessoas idosas com autonomia para se cuidar. (SANCHO CASTIELLO; RODRIGUEZ, 1999).

Estas instituições tinham como objetivo “dar aos idosos o que nunca tiveram em sua época de duro trabalho”, acolhiam-nos apenas durante o dia, para ocupar seu tempo, ofereciam serviços básicos de saúde, comida e lazer, e, conforme as características dos usuários ofereciam cursos de costura, jogos de cartas e bailes (SANCHO, 2012 p. 256- 258).

Na década de 1990, as discussões e atos legislativos sobre envelhecimento ganharam uma nova dimensão quando o Comitê Econômico e Social da União Europeia propôs o desenvolvimento de ações comunitárias a favor dos idosos. Essa iniciativa indicava que, no período de 1º de janeiro de 1991 a 31 de dezembro de 1993, fossem desenvolvidas ações de nível comunitário a favor dos idosos, com o objetivo de definir estratégias preventivas para fazer face aos desafios de ordem econômica e social resultantes do envelhecimento populacional.

Segundo informação do Ministério da Saúde (2010, p. 7), neste mesmo ano foi instituído na Europa o “Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre gerações” e na Espanha, mais especificamente, foi instituído o “Plano Gerontológico”, que representou uma mudança histórica na planificação da atenção prestada às pessoas idosas, integrando os serviços sociais, de saúde, pensão, assistência sanitária, cultura e lazer (SANCHO, 2012, p. 257).

Conforme Veiga (2014, p. 380), em 1995, a União Europeia regulamentou um parecer que chamava a atenção dos governantes e da sociedade civil para a necessidade de se favorecer a participação e a tomada de decisões por parte dos idosos em matérias que lhes dizem respeito, sendo elaborada a Carta comunitária dos direitos fundamentais das pessoas idosas.

Com base nesse parecer, o Parlamento europeu aprovou uma resolução intitulada “Uma Europa para todas as idades. Promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações”. Esta resolução objetivava reiterar o processo

de adequação da sociedade ao envelhecimento da população, devendo este processo ser concebido sob o ponto de vista da valorização do idoso e não como mera adaptação unilateral por parte deste às condições do mundo do trabalho (VEIGA, 2014, p. 380).

O Comité das Regiões, que se constitui como parte integrante do Parlamento Europeu, lançou em 2005 o “Livro Verde: Uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas”, que discorre sobre os desafios da demografia europeia e propõe uma nova solidariedade entre as gerações, a partir do apoio mútuo e da transferência de competências e experiências, buscando respostas para questões no âmbito da promoção da qualidade de vida da população idosa (IVIC, 2013, p. 190).

Em 2010, o comitê emitiu mais dois pareceres com base em discussões conjuntas com a sociedade relativamente às consequências que o envelhecimento populacional poderá ter no que respeita aos sistemas sociais e de saúde. Consequentemente, emitiu, em 2012, um plano de estratégias para um envelhecimento ativo e saudável, garantindo a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos idosos europeus e ajudando-os a participar ativamente na sociedade à medida que envelhecem. Somando-se a isto, criou, em 2013, o programa “Direito, Igualdade e Cidadania” para ser aplicado no período de 2014 a 2020, reforçando, mais uma vez, o compromisso da União Europeia no sentido de viabilizar uma Europa sem discriminação e sem desigualdade social (VALENTE 2012 s/p).

No início do século XXI, foram desenvolvidos na França, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2011, p. 28), programas sociais e de suporte financeiro aos idosos dependentes em situação de vulnerabilidade social, com o intuito de oferecer assistência em instituição asilar, com subsídio do governo por meio dos fundos de seguro-saúde.

Segundo Ivic (2013, p.195), trata-se de um sistema de proteção universal que pressupõe uma extensão do Estado de bem-estar e que contribui para reforçar o sistema de proteção social em seu conjunto. Além disso, o sistema financia parte dos custos hospitalares com pessoas em instituições asilares por meio de subsídios fixos (*flat-rate allowances*) e as ações desses programas integram serviços básicos, como de habitação coletiva, lavanderia, alimentação e assistência médica.

A política social deve estar atenta a essa diversidade de necessidades, construindo respostas compatíveis com a satisfação das necessidades dos indivíduos, sobretudo aqueles que vivem em vulnerabilidade social, promovendo a sua participação social por meio de serviços de prestação de cuidados, possibilitando a esse grupo social exercer a sua cidadania (CARVALHO, 2012, p. 300).

De acordo com as reflexões feitas neste capítulo, mesmo sofrendo a Europa com problemas de todos os tipos, inclusive financeiros, um modelo público de Proteção à pessoa idosa tem sido construído a fim de responder a “velhas” necessidades e às “novas” necessidades da velhice, através de um conjunto de programas, equipamentos e serviços que complementam a intervenção e o apoio prestados às famílias, sendo aqueles incorporados na esfera do direito de cidadania e, portanto, tornando-se uma responsabilidade social (SANCHO, 2012; CARVALHO, 2012).

CAPÍTULO II

2.1. CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO E CULTURAL DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS – ILPIS NO BRASIL

2.1.1. Dos Asilos do Século XVI as ILPIs no Século XX e XXI

Na América Latina, particularmente no Brasil, o atendimento ao idoso em instituições geriátricas ou de longa permanência é mais recente. Mas a sua origem, assim como na Europa, está também associada às atividades filantrópicas, caritativas e iniciativas religiosas. Segundo Creutzberg; Santos (2003, p. 624-627), confunde-se com a história das internações de idosos em instituições asilares e hospitalares da Idade Média que surgiram para propiciar assistência aos pobres e miseráveis.

De acordo com Christophe; Camarano (2010, p. 36) e Born (2005, s/p), o primeiro asilo para idosos no Brasil foi fundado no Rio de Janeiro, no ano de 1782, pela Ordem 3ª da Imaculada Conceição e tinha capacidade para trinta leitos.

Em 1797, no Brasil Colônia, o Conde de Resende defendeu a ideia de que os soldados velhos mereciam uma velhice digna e "descansada" e fundou, no Rio de Janeiro, a Casa dos Inválidos, não como ação de caridade, mas como reconhecimento àqueles que prestaram serviço à pátria, para que tivessem uma velhice tranquila (ALCÂNTARA, 2004, p. 149).

Em 1879 foi inaugurado o lar da Mendicidade, com o objetivo de abrigar crianças, pessoas abandonadas, ociosas, indigentes, inválidas, velhos e alienados, que não podiam ser recebidos no Hospício Dom Pedro II. Apesar da segmentação com base na faixa etária e na condição em que as pessoas se encontravam, não havia uma distinção clara entre as necessidades de cuidado e o tratamento específico que deveria ser oferecido a cada indivíduo, todos recebiam o mesmo atendimento, independentemente de serem mendigos, velhos ou crianças (GROISMAN, 1999). A história dessa instituição foi curta, tendo os seus residentes sido transferidos para a Santa Casa no início do século seguinte, sendo que a chácara que lhe serviu de sede foi doada por Dom João VI ao seu médico, como pagamento de dívida. (FILIZZOLA, 1972).

No final do século XIX, mais concretamente em 1890, foi inaugurado, também na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro asilo direcionado especificamente para o abrigo de idosos, a Fundação do Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada. Para Lima (2011, p. 62), este asilo não foi uma instituição qualquer, mas sim um modelo à época, marcando, assim, o surgimento desta instituição o início de uma nova era no que respeita ao amparo da velhice brasileira. Fundada por um proeminente homem de negócios da sociedade carioca, o Visconde Ferreira de Almeida, rapidamente a instituição passou a receber subvenções públicas e a contar com o apoio de uma ordem de freiras Franciscanas que cedia irmãs para cuidar dos asilados. Para se ter uma ideia, em pouco mais de três décadas ampliou a sua capacidade de atendimento, de 45 leitos iniciais em 1892, para 260 leitos em 1925. Com o dinheiro de subvenções e dos inúmeros donativos que a instituição recebia da sociedade, ampliou e modernizou as instalações, numa série de obras que chamavam a atenção para o grande empreendimento (GROISMAN, 1999, p. 71). A fundação também recebia recursos públicos e contava diretamente com o apoio das freiras da ordem franciscana, que cuidavam das idosas como voluntárias. Nessa condição, diferenciando-se das demais instituições e prosseguindo na óptica filantrópica assistencialista típica do início do século XIX, abrigava não só idosos pobres, mas também aqueles que tinham recursos financeiros.

Para Groisman (1999, p. 71), o rápido desenvolvimento do Asilo São Luiz acompanhou a evolução econômica e social do país e o surgimento de novas representações sociais acerca da velhice. Nesse sentido, o traço mais marcante do trabalho social e caritativo desenvolvido na entidade era dar visibilidade aos idosos como segmento populacional com características distintas dos demais segmentos, objeto de preocupação e de cuidados sociais por parte da instituição.

No início do século XX, o campo de atuação da assistência social era um terreno bastante complicado, confundia-se frequentemente pobreza com vadiagem. Segundo Escorsim (2008), o atendimento das repercussões da pobreza e da miséria era entendido como “caso de polícia” na década de 20. Nesse contexto, ao mesmo tempo que as instituições filantrópicas floresciam, a população nutria sentimentos bastante ambivalentes em relação à pobreza

urbana. Groisman (1999, p. 72-75) explica que era necessário definir aqueles que realmente mereciam e deveriam ser assistidos, segundo critérios que visassem a preservação da ordem e combatessem a ociosidade e os “vícios” que caracterizavam a vadiagem. Nessa medida, os velhos que deveriam ser assistidos seriam diferenciados dos que faziam da mendicância uma “profissão”, sendo, por conseguinte, tratados como vítimas de circunstâncias que os isentavam de responsabilidade pela sua miséria. Assim, a velhice, sobretudo na classe pobre, deveria despertar a compaixão da sociedade.

Se não havia o entendimento da causa da pobreza dos idosos carentes e abandonados, também não havia culpados pelo desamparo na velhice, a responsabilidade pelo seu amparo deveria ser uma obrigação da sociedade. Faltava, contudo, o entendimento de que o processo de produção capitalista é que determinaria o lugar social dos idosos conforme ocupação ou não no processo produtivo. Segundo Escorsim (2008, s/p):

[...] a propriedade privada dos meios de produção e a mercantilização como substrato da sociedade capitalista determinam o lugar social daqueles trabalhadores inseridos no processo produtivo dos quais se extrai a mais-valia, e daqueles cuja força de trabalho não interessa imediatamente ao capital e, portanto, cumpriam a função de exército industrial de reserva. Relegados do processo produtivo, restava-lhes apenas a caridade, a benemerência, e a filantropia como resposta às suas indigências.

Como se vem mostrando neste estudo, pensar a institucionalização do idoso é uma tarefa difícil e complexa devido, sobretudo, à falta de compreensão e aos preconceitos estabelecidos historicamente em relação aos idosos, o que se reflete nos modelos de atendimento das demandas.

Embora a institucionalização do idoso seja um fenômeno antigo e esteja presente em todos os contextos da humanidade, a assistência social a esse segmento tem sido sistematicamente negligenciada. Corroborando esse pensamento, Christophe e Camarano (2010, p. 36) afirmam que:

[...] na história dessas instituições, o que é bastante visível e documentado é a participação intensa das associações religiosas, filantrópicas e de imigrantes nessa atividade, com cunho eminentemente assistencialista, de amparo aos miseráveis.

Esse contexto vai refletir o sentimento de pena movido espontaneamente pela boa vontade da sociedade. Para Pereira (2002, p.115-116), quando praticada pelos governos, como providência administrativa

emergencial, de pronto atendimento, a assistência ao idoso visa somente reparar carências gritantes de pessoas em estado de pobreza absoluta e extrema miséria.

No início do Século XX, de acordo com Novaes (2003, p. s/p), as instituições de atendimento ao idoso deixam de desempenhar apenas um papel de mera caridade, de ajuda e amparo aos mais necessitados, para se tornar numa fonte de arrecadação de renda, caracterizando um novo modelo de assistência social. Por conseguinte, aqueles que têm condições financeiras favorecidas passam a pagar pelos serviços prestados nas instituições, assinalando-se, deste modo, um novo modelo no sistema de institucionalização do idoso no Brasil.

Assim, uma mudança percebida a partir desse momento diz respeito aos usufruidores institucionalizados, na medida em que estes não mais eram constituídos apenas pelos desamparados que careciam de assistência, passando a abranger também a própria velhice, independentemente de condição social, a qual passa estar fortemente dependente dessas instituições. Segundo Lima (2011, p. 65), era comum a existência de quartos particulares para velhos que tinham condição de pagar para permanecerem no asilo e ter um abrigo, no mínimo, seguro.

Quando não existiam instituições específicas para idosos com condições econômicas favoráveis, estes eram abrigados em asilos de mendicidade, junto com outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados. Para se ter uma ideia dessa nova conjuntura, em meados do século XX, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo chegou a dar assistência a mendigos e, em conformidade com o aumento de internações para idosos, passou a definir-se também como instituição gerontológica em 1964 (Born, 2005 *apud* POLLO; Assis, 2008).

No transcorrer do século XX, entretanto, os asilos deixaram de ser uma novidade e passaram a figurar cada vez menos nas notícias de jornal. A fama conferida à velhice asilada foi substituída paulatinamente por uma invisibilidade, a institucionalização da velhice não seria mais gerenciada apenas por homens de bom coração dispostos a praticar a filantropia, mas por homens com interesses comerciais, mesmo quando praticando a filantropia. As

instituições filantrópicas transformaram-se num negócio lucrativo e proliferaram em abundância.

Na década de 1970 surgem diversos movimentos sociais no Brasil apontando novas formas de participação social e política das classes populares, concentrados em protestar contra as crises econômicas, as desigualdades sociais, cobrando do Estado a redistribuição de recursos, mais empregos e questionando a falta de políticas públicas em prol da população como um todo, exercendo, para tanto, certo controle sobre o Estado (Revista Tribunal de Contas do Estado do Piauí, 2014; ALVES, 2005).

A imagem que existia relativamente à velhice seria, também, bem diferente daquela do início do século XX. Para Groisman (1999, p. 78), o surgimento da “terceira idade” pode ser considerado como uma tentativa de rompimento com as imagens negativas da velhice que, como foi visto, predominavam no início do século. Diferentemente da “velhice”, a “terceira idade” se caracterizaria por ser uma fase da vida em que as pessoas aproveitariam intensamente o seu tempo na busca de realizações pessoais. O lazer, os cuidados com o corpo e a saúde, a ampliação do círculo social e até mesmo o exercício da sexualidade parecem estar presentes nessas novas representações sociais do envelhecimento. Os termos são importantes: a “velhice” é substituída pela “terceira idade”, e os “velhos” tornam-se “idosos”.

Embora os estudos evidenciem que o sistema de proteção social ora vigente remonta ao período colonial, só na década de 1970 é criada a primeira lei beneficiando os idosos. Os referidos estudos mostram que, anteriormente a essa década, foram criadas instituições de caráter assistencial, como a Santa Casa de Misericórdia, bem como outros antecedentes, tais como os montepios civis e militares, o regulamento da aposentadoria dos empregados dos correios com idade mínima de 60 anos, e ainda, em 1930, a política de bem-estar social que incluía a previdência social, saúde, educação e habitação. Porém, só a partir dos anos 70, através da lei nº 6.119/74 que institui, ao final da década, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), se passou a apoiar os centros de convivência enquanto lugares de socialização para idosos e estes começaram a se organizar em associações (RODRIGUES, 2005, p. 84-90).

Contra-pondo-se ao avanço na legislação, em 1970, a obra “A Velhice” de Simone de Beauvoir, um clássico na área do envelhecimento, denunciou

veementemente as deficiências dos asilos, afirmando que os problemas nas instituições de atendimento aos idosos persistiam e, apesar de existirem instituições com atendimento de qualidade, ainda era expressivo o número daquelas que não atendiam a parâmetros básicos de organização e funcionamento.

Em função das inúmeras denúncias acerca das deficiências e precarização das instituições de atendimento a idosos, o governo federal elaborou, em 1976, o primeiro documento contendo algumas diretrizes para uma política social voltada para a população idosa, editada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). O referido documento foi fundamentado nos resultados obtidos em três seminários regionais, realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza, além de outro de âmbito nacional, que objetivaram identificar as condições de vida do idoso brasileiro e as condições das instituições de apoio assistencial para atender as suas demandas e necessidades (LIMA, 2011, p. 43).

Com o processo de redemocratização do país, e, por conseguinte, com a promulgação da Constituição de 1988, os direitos e garantias fundamentais, juntamente com os direitos civis e políticos, passaram a ser a bandeira do Estado Democrático de Direito. Isto significa que a regulamentação de leis especiais que deveriam garantir a dignidade da pessoa humana, as relações de consumo e o direito a acesso a tratamento especial por parte dos hipossuficientes, em todas as esferas de direito, torna-se a preocupação de juristas e doutrinadores. Os projetos apresentados pelos parlamentares, com o escopo de regular estes direitos, advindos da Carta Magna, tornam-se prioridade nos gabinetes dos parlamentares no enquadramento da conjuntura política dos anos 80 e 90.

Assim, a partir das últimas décadas do Século XX, o número de instituições destinadas ao atendimento de idosos no Brasil começou a crescer, ao mesmo tempo em que foi sendo criada uma estrutura legal para regular suas atividades. Esse crescimento ocorreu como resposta às demandas de uma sociedade onde aumentava a expectativa de vida e diminuía a disponibilidade de recursos familiares para o cuidado dos idosos (CAMARANO; KANSO, 2010).

2.1.2. Legislação e direitos dos idosos no Brasil: avanços e retrocessos

Dentre as leis criadas em obediência às normas elencadas no artigo 5º, da Constituição Federal de 1988 - que trata dos direitos e garantias fundamentais - podem-se destacar o Código de Defesa do Consumidor, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, dentre outras. Segundo Lima (2011, p. 44), o caráter social e assistencial da Constituição Federal de 1988 abriu caminho para a efetivação de avanços na assistência social no Brasil.

As regulamentações criadas nas últimas décadas refletem diretamente a visão de mundo e cidadania que preside o texto da Constituição Federal de 1988, na qual os idosos passaram a ser definidos como sujeitos de direitos diferenciados, e, portanto, merecedores de especial atenção. Esta atenção se efetiva através da construção de uma rede de seguridade social, que tem como apoio um tripé composto por Previdência, Saúde e Assistência Social (PINTO E SIMSON, 2012, s/p).

Nestas áreas, vem sendo criado um arcabouço legal de proteção aos idosos, entendido como direito de todos e dever do Estado. Na Constituição de 1988, o apoio aos idosos passa explicitamente a ser dever da família, do Estado e da sociedade. Na prática, porém, a família continuou sendo a principal responsável por este apoio e a maioria carece de condições econômicas para viabilizá-lo. Segundo Silva et al., (2013), enquanto que nos países desenvolvidos o envelhecimento da população ocorreu conjuntamente com melhorias da condição e qualidade de vida dos idosos, nos países em desenvolvimento, esse crescimento ocorreu de forma rápida, carente de uma organização social e de saúde suficientemente capaz de atender as novas demandas e necessidades emergentes da população idosa.

No ano de 1989, o Ministério da Saúde, considerando o aumento da população de idosos no Brasil, a associação do envelhecimento a condições sociais e sanitárias que demandam atendimento específico, bem como a necessidade de serem estabelecidas normas para que o atendimento ao idoso em instituições fosse realizado dentro de padrões técnicos elevados, publicou a Portaria Federal nº 810/89, que determina a normatização do funcionamento padronizado de instituições ou estabelecimentos de atendimento ao idoso. Com base nessa portaria, eram aprovadas as normas e os padrões para o

funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o Território Nacional.

Em 1990 foi assinada a Lei n.º 8.080, criando a primeira Política Nacional de Saúde (PNS) e dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como sobre a organização e o funcionamento dos serviços. Partindo desta legislação de base, foram criadas, ao longo do tempo, legislações setoriais cuidando de grupos ou modalidades específicas de atenção à saúde. A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) é uma das políticas setoriais que vieram a se consolidar a partir da PNS.

No ano de 1993 foram promulgados o Estatuto do Ministério Público da União e a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), reconhecida como política de seguridade social, responsável pela garantia de proteção social não contributiva à população socialmente mais exposta a riscos e pela criação de instâncias de entendimento, compromisso e compartilhamento de experiências nos três níveis governamentais sob a forma de conferências.

No âmbito da Previdência Social, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, preveem que se preste especial proteção aos cidadãos na velhice. Esta proteção se traduz na garantia de um salário mínimo mensal - Benefício de Prestação Continuada (BPC) - desde que o idoso comprove não possuir, ele próprio ou sua família, recursos para prover seu sustento.

De acordo com Lima (2011, p. 45), dando prosseguimento às diretrizes lançadas pela Constituição Federal de 1988 e fortemente influenciada pelo avanço dos debates internacionais sobre a questão do envelhecimento, foi aprovada no Brasil, em 4 de janeiro de 1994, a Lei 8.842, que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI). Essa política consiste em um conjunto de ações governamentais que têm por objetivo assegurar os direitos de cidadania dos idosos, partindo do princípio fundamental de que este é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas (BRASIL, 1994). Para a sua coordenação e gestão foi designada a Secretaria de Assistência Social do então MPAS, atualmente Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Foi criado, também, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

(CNDI), que veio a ser implementado apenas em 2002 (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 269).

A Política Nacional do Idoso apresenta em sua composição seis capítulos e vinte e dois artigos contemplando as finalidades desta política. Nos seus artigos, destacam-se os direitos à cidadania, respeito à diversidade etária, não discriminação, informações sobre o envelhecimento, participação, capacitação, atualização, cultura, esporte, lazer, saúde, educação, previdência, trabalho, habitação e assistência social.

Em 1999, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), cujos eixos principais são: a prevenção, dentro das ideias da promoção de saúde e do atendimento multidisciplinar, o foco na capacidade funcional e a participação popular. Essa política se efetiva através das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), regulamentado posteriormente.

Ainda em 1999, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, considerando o interesse manifestado pelas diversas entidades e representações da sociedade, relativo ao Regulamento Técnico para o funcionamento de Instituições Residenciais sob Sistema Participativo e de Longa Permanência para Idosos, aprova o Decreto nº 3.029/99, o Regulamento Técnico para o funcionamento de Instituições Residenciais sob Sistema Participativo e de Longa Permanência para Idosos.

Evoluindo nesta perspectiva, é promulgado em 2003 o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O idoso, a partir da promulgação dessa lei, passa a gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. É clara a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público de assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Ressalta-se aqui a garantia de acesso

às redes de serviços de saúde e de assistência social locais, incluindo atendimento asilar, quando o idoso não a possuir ou carecer de condições de manutenção da própria sobrevivência e cuidados pela família.

É importante ressaltar que o Estatuto do Idoso reuniu em uma única e ampla peça legal muitas das leis e políticas já aprovadas e incorporou novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral, com visão de longo prazo, ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar aos idosos brasileiros (LIMA, 2011, p. 49).

Com o crescimento, em termos populacionais, do segmento acima de 60 anos de idade, há também o aumento da demanda por ILPIs, bem como o aumento dos problemas vivenciados pelos idosos nessas instituições. Estudos evidenciam (Moreira, 2007, p. 522.) situações de abandono e de descaso vividas por muitos idosos brasileiros que residem em instituições asilares. Essa situação conduziu à organização de associações e movimentos sociais para reivindicar a efetivação da garantia dos direitos dos idosos a um atendimento de qualidade em seus vários aspectos. Com base nessa premissa, o estatuto define a fiscalização das instituições de longa permanência a cargo dos municípios, da ANVISA e do Ministério Público.

Assim, considerando a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos, bem como os respectivos mecanismos de monitoramento, é formulada, em 2005, a RDC nº 283. Dentre estes mecanismos podem-se destacar: as condições gerais em relação à atenção ao idoso, organização do ambiente e infraestrutura física, material e humana, processos operacionais, saúde, alimentação, higiene e vigilância epidemiológica.

Em 2006, a Portaria/GM nº 399 publica as Diretrizes do Pacto pela Saúde, nas quais estão contempladas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A Saúde do Idoso aparece como uma das prioridades no Pacto pela Vida, o que significa que, pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil, a preocupação com a saúde da população idosa brasileira é explicitada (BRASIL, 2010, p. 11).

Neste documento é assumido um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que, de fato, apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, incluindo a população idosa. Assim,

a Saúde do Idoso tornou-se uma das prioridades do Pacto Pela Vida, como consequência da dinâmica demográfica do país. Em tal perspectiva é visto o conjunto de diretrizes e ações contidas no Pacto pela Vida/Saúde do Idoso, que visa subsidiar os Termos de Compromisso de Gestão Estaduais e Municipais, na área da atenção à saúde da população idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 11).

A partir do exposto, constata-se que a institucionalização do(a) idoso(a) é, portanto, uma demanda social que tem sido cada vez mais reivindicada pelas populações urbanas e rurais e que precisa ser reconhecida e atendida em função dos fatores já expostos, independentemente de se tratem de instituições públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, governamentais ou não governamentais. Devem garantir infraestrutura física e material e funcionar de forma adequada, tendo em vista propiciar condições de saúde e bem-estar social a essa população, em condições de liberdade, dignidade e cidadania.

Contudo, pesquisas têm mostrado (Salomão, 2001; Cerqueira, 2003; Creutzberg, 2007; Souza, 2008; Fabrício, et al., 2013) que o processo de institucionalização no Brasil, especialmente quando o foco são instituições para assistência ao idoso de baixa renda, é considerado um problema crônico, aparentemente sem solução na sociedade brasileira. Apesar de a Constituição Federal, assim como outros documentos formais, ressaltar que o dever de assegurar esse tipo de equipamento e de serviço coletivo não é apenas do Estado, mas, também, da sociedade, a disponibilidade de oferta de ILPIs ainda é muito baixa.

Considerando que a estimativa de crescimento da população com mais de 60 anos de idade até 2025 será superior a 27 milhões de pessoas e que, conforme mostram os estudos, a institucionalização tem sido uma alternativa recorrente, principalmente por parte das famílias de baixa renda tendo em vista evitar o abandono dos seus idosos, essa questão é um problema preocupante. Pesquisas evidenciam (FERREIRA, 2007; RIBEIRO E SCHUTZ, 2007; LIMA, 2011) que, além da baixa oferta, a qualidade da prestação de serviços provida pelo Estado e pelas instituições particulares sem fins lucrativos não é a desejável, o problema em relação a essa questão é muito sério e envolve variados fatores que precisam ser melhor estudados.

Esta situação tem exposto uma parcela significativa de idosos/as a um cotidiano apático, depressivo e insalubre, o qual não propicia, por sua vez, a manutenção ou melhoria de sua qualidade de vida e, conseqüentemente, o bem-estar físico e social dos (as) envolvidos (as) (SALOMÃO, 2001; CERQUEIRA, 2003; SILVA, *et al.*, 2006; RIBEIRO E SCHUTZ, 2007; SOUSA, 2008). Segundo Bertelli (2006), o espaço físico e social habitado pelos idosos/as em uma instituição de longa permanência depende de vários fatores que podem incentivar, deprimir, cuidar ou colocar em risco a pessoa, no caso o/a idoso/a que faz uso dele.

Segundo Pollo e Assis (2008), isso se deve à contextualização em que essas instituições foram criadas e à forma como continuam sendo concebidas. Historicamente, surgiram para atender pessoas em situação de pobreza, com problemas de saúde e sem suporte social. Para Costa e Mercadante (2013), falar de idoso institucionalizado, ou daquele que mora em asilo ou em ILPI, evoca uma imagem negativa de “pobreza” e “abandono”, porque essas instituições, na sua maioria, foram e continuam sendo mantidas por associações religiosas ou por outras organizações de benemerência que têm como objetivo o amparo dos idosos pobres ou miseráveis em situação de abandono.

Estes estudiosos ressaltam ainda que, embora se identifiquem muitas instituições particulares com assistência relativamente boa para atender idosos, ainda assim apresentam uma condição em que se associa a ideia de abandono à velhice. Quer se tratem de instituições públicas, vinculadas ao Estado, ou das que vivem de doações públicas e/ou privadas, todas lidam com uma realidade muito ligada à situação financeira e com um denominador comum implicado com a ideia de abandono e de precarização da prestação de serviços.

O que se constata é que, apesar do avanço na legislação e independentemente do seu caráter, pesquisas têm apresentado a existência de uma precarização dessas instituições, não apenas no que concerne à infraestrutura física e material, mas também no que respeita ao alto índice de idosos(as) mal cuidados(as) e abandonados(as) nesses locais, devido à qualidade do atendimento prestado. Vários estudos têm revelado que as pessoas idosas que vivem em instituições de longa permanência têm poucas oportunidades para participar em atividades recreativas ou de lazer,

contribuindo para o seu isolamento social (FERREIRA, 2007; RIBEIRO E SCHUTZ, 2007).

Embora seja possível desfrutar boa qualidade de vida até idades avançadas, esta é a população que mais cresce e que ao mesmo tempo possui os maiores índices de dependência física, déficits cognitivos e de dificuldades associadas ao autocuidado e à manutenção de uma vida independente (BALTES & SMITH, 2006).

Em face desse panorama, torna-se urgente pensar em modalidades de cuidados de longa duração em instituições de longa permanência que possam responder às necessidades sociais e de saúde dos/as idosos/as, associadas ao envelhecimento, protegendo, os/as idosos/as em todas as suas demandas e necessidades. Segundo (Ferrini & Ferrini, 2008, p. 455) os cuidados de longa duração compreendem uma variedade de serviços médicos, sociais e de atenção pessoal cujo objetivo é o de auxiliar os indivíduos a viverem da forma mais independente possível, maximizando os seus níveis de funcionamento físico e psicológico.

Esses cuidados devem ser prestados em vários âmbitos: no domicílio (cuidados domiciliares), em centros de saúde, centros-dia e nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), visando oferecer apoio às famílias e aos idosos/as situados em diferentes graus de dependência, cuidados e vulnerabilidade social.

Nessa direção, o cuidado com idosos deve ser visto como fator de grande importância para o combate à solidão, o tédio e a depressão, principais causadores de sofrimento entre os idosos assistidos pelas ILPI, com redução no desempenho em atividades sociais, domésticas e relacionadas ao autocuidado. Por essa razão o cuidado deve seguir os princípios que compreendem amor, atividades de lazer, diálogo permanente com os idosos, a fim de se conhecer seus desejos e expectativas, e as interações espontâneas (BALTES, 1996; PAVARINI, 1996).

Considerando a lógica e a ordem de construção do problema que fundamenta este estudo, interessa compreender se as ILPIs da cidade e Região Metropolitana do Recife-PE, atendem aos parâmetros exigidos pelo Regulamento Técnico que define as normas de organização e funcionamento para estas instituições, especificado na Resolução Nº 283/2005, bem como

identificar a satisfação dos (as) idosos (as) com as condições de infraestrutura física e material e com a qualidade dos produtos e dos serviços consumidos nas instituições.

CAPÍTULO III

3.1. CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO E CULTURAL DA EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE NA SOCIEDADE DE CONSUMO: DA PERSPECTIVA EMPRESARIA A SOCIAL COMO DIREITO DE TODOS

3.1.1. Da pré-história a antiguidade: das práticas de consumo ao primeiro pensamento

O consumo desde épocas muito remotas tem exercido papel importante no atendimento das demandas do ser humano, que vão sendo ampliadas ao longo da história das sociedades. Assim como o consumo, o conceito de qualidade, também, historicamente, vem se alterando no tempo e no espaço. Para compreender estes fenômenos, faz-se necessário estabelecer vinculação com as demandas e as exigências sociais de cada período da história. Isto significa afirmar que tratar fenômenos como consumo e qualidade no período atual é totalmente diferente de tratar em épocas remotas da humanidade.

Segundo Marx (1981, p.81) o consumo sempre esteve presente em todas as sociedades desde as pré-históricas, permitindo a satisfação das necessidades dos indivíduos. Barbosa (2004, p.17) corroborando Marx (1984, p.13) afirma que desde a vida nômade há nas pessoas uma propensão natural a consumir. Nessa direção, para Veblen (1988 p.13) o ato de consumir vai evoluindo historicamente, seguindo uma trajetória de quatro estágios culturais: selvageria pacífica, bárbara, predatória e pecuniária. Nos primeiros três estágios, caracterizado como os mais primitivos, baseados em forma de subsistência, dependentes da natureza, o consumo é proveniente da caça, da pesca e dos conflitos travados entre as tribos para a sobrevivência e o sustento de seus grupos. Nas fases seguintes, predatória e pecuniária, o processo de acumulação de riqueza, dos bens, de produtos passou a ser fator de diferenciação social e emulação, modificando o comportamento dos indivíduos na sociedade.

Para Canclini (1996, p.53) o consumo é assim, nesse período, um conjunto de processos socioculturais em que se realizam a apropriação e usos

de bens (produtos) para o atendimento de necessidades básicas de sobrevivência, direcionadas, sobretudo, a alimentação e ao vestuário. Para este autor, assim como o consumo, a preocupação com qualidade, inicialmente dos produtos e, posteriormente, com os serviços, não é recente. É uma condição que vem despertando a atenção dos estudiosos desde tempos remotos, tendo em vista atender as demandas dos seres humanos, posteriormente conceituados como consumidores, configurando uma questão bastante relevante.

A preocupação com a qualidade sempre esteve presente na vida do ser humano considerando as várias dimensões que a compreende. Segundo Aildefonso (2006, p. 2) pela própria natureza, a busca pela melhoria e pelo aperfeiçoamento sempre foi uma constante. Nas sociedades pré-históricas, o ser humano para sobreviver, já se deparava com a busca da qualidade dos alimentos que extraía da natureza. Com o desenvolvimento da agricultura, o ser humano passou a se preocupar com a qualidade, daquilo que plantava e colhia, por meio do processo de seleção consumia os produtos em bom estado de conservação e excluía aqueles inapropriados. Por questão de segurança e sobrevivência, preocupava-se também com a qualidade das pedras selecionadas para a fabricação de armas e ferramentas.

Segundo Lima (2015, p.11) o termo qualidade pode não ter existido na Pré-História, mas com certeza já existia como elemento que dá qualificação, considerando as melhorias que ocorreram há milênios e que contribuíram inquestionavelmente para a evolução da humanidade. O homem das cavernas pode não ter pensado em qualidade na perspectiva que se apresenta na contemporaneidade, mas descobriu que, se as suas ferramentas e armas não fossem corretamente fabricadas com material adequado, ele teria tido graves problemas. Nessa direção, na luta pela sobrevivência, o homem, caçava animais selvagens para se alimentar e quando descobria que as ferramentas de caça tais como lança, cajado e faca de pedra estavam com qualquer tipo de problema, criava estratégias para qualificar seu trabalho. Com o passar dos tempos, novas ferramentas foram inventadas e aperfeiçoadas, tais como arco, flecha, armadilhas e redes. Inicialmente, o homem só podia caçar animais lentos, mas, à medida que aperfeiçoava suas ferramentas e armas, sua

habilidade de caçar animais rápidos também melhorou (FERNANDES, 2011, p.15).

Segundo Fernandes (2011, p.18) descobertas arqueológicas históricas evidenciam a prática da qualidade há mais de 4.000 anos a.C. À época, no noroeste da Índia foi descoberto uma cidade bem mais avançada quando comparada com outras existentes na atualidade, uma vez que possuía selos especiais que identificava bens comerciais, poços de água revestidos com tijolos, fábricas de jóias, redes sanitárias com banheiros e sistemas de fornecimento de água.

O enfoque na qualidade, portanto, evolui à medida que as relações sociais e econômicas do homem com a natureza se tornam mais complexas (LIMA, 2015, p.11). Segundo Dourado e Oliveira (2009, p.203) qualidade é um conceito histórico que vem se alterando no tempo e no espaço e se vincula às demandas e exigências sociais do processo histórico.

Assim como a qualidade, as formas de consumo também evoluem historicamente e se transformam, conforme as demandas dos seres humanos em todas as sociedades. À medida que exploram regiões mais distantes, que se agregam, se comunicam e se socializam com outros povos, inicia-se a construção da consciência social. Segundo Silva (1978, p.67) desse processo surge as sociedades, o interesse dos seres humanos de se fixar-se na propriedade, constituindo o primeiro passo para apropriação das condições objetivas de vida, dando expressão material as atividades de pastores, caçadores e agricultores, a terra passa a ser o arsenal que proporciona os meios e objetos de trabalho ao indivíduo.

Segundo Marx (1984, p. 67) a materialização desse processo vai se dá com a combinação da manufatura e agricultura, que favorece a produção de excedentes, que posteriormente serão trocados em outras aldeias, aumentando a oferta de novos produtos que serão consumidos por toda tribo e comunidade. Os grãos preferidos semeados no solo já preparado para esse fim e os frutos do trabalho agrícola repartidos entre os produtores-consumidores contribuem para evolução das formas de consumo (MAZOYER e ROUDART 2010, p.109).

A sociedade começa minimamente a estabelecer o escambo através das trocas de produtos excedentes. Segundo Marx (1984 p.68) as cidades,

propriamente ditas, começam a surgir, ao lado das aldeias e das comunidades tribais para estabelecer o comércio exterior, designadas feiras ao ar livres, onde o chefe de Estado, os chamados sátrapas trocam suas receitas, o produto excedente, por trabalho.

A invenção da escrita como resultado da necessidade de desenvolvimento da economia marca o fim da pré-história e o início da Idade Antiga. A escrita vai se caracterizar como uma das maiores contribuições da humanidade, uma vez que através dela torna-se possível o registro dos fatos, dos pensamentos e das obras do conhecimento pertinente à evolução humana, por conseguinte contribui significativamente para difusão das ideias, das informações e das relações sociais e de consumo (ROSA, 2012, p. 56).

Na Idade Antiga, o ser humano deixa de ser nômade e passa a fixar-se num determinado local. Segundo Marx (1981, p. 66-67) este local passa a se constituir o grande laboratório proporcionador dos meios e das condições de trabalho e de consumo, propiciando condições a organização das cidades e à ampliação das novas formas de produção de bens (produtos) baseadas na propriedade da terra e na agricultura. É neste período que as relações de classes entre cidadãos e escravos atingem maior desenvolvimento, tendo como base as relações escravistas, responsáveis por toda a produção e oposição entre cidade e campo (MARX, 1984, p. 20).

Apesar de simples, as relações econômicas na antiguidade foram capazes de promover as trocas a partir do excesso de alimentos produzidos e destinados à própria sobrevivência. Segundo Souza (2011, p. 1), neste processo, aqueles que produziam armas e ferramentas não dispunham de tempo para providenciar alimentos e peles para vestimentas. Assim, a fim de atender necessidades imediatas, agricultores, caçadores e pescadores sucediam as trocas de produtos variados por gêneros alimentícios.

Rosa (2012, p.56) explica que as trocas na antiguidade fizeram surgir uma nova sociedade com a criação de cidades muradas. Nestas cidades aconteciam as trocas e se armazenavam a riqueza acumulada com os excedentes agrícolas e aquisições de objetos e materiais comercializados com outros povos. Além disso, era o lugar onde os artesões exerciam seu ofício e o comércio. Nesta direção, a economia adquire maior complexidade, à medida que se intensificam as trocas para outras localidades, colocam-se em contato

culturas diferentes e estruturas produtivas, e sobretudo, novos hábitos de consumo vão sendo formados.

Na Grécia antiga, em Roma, a população era composta, na sua grande maioria, por escravos que realizavam seu trabalho em troca do estritamente necessário para sobreviver, ou seja, alimentação e o vestuário, enquanto seus patrões, conhecidos como senhores se apropriavam da produção excedente para as necessidades de consumo e acumulação destes bens (SOUZA, 2011, p. 2). Com o surgimento dos líderes comunitários, formaram-se as classes dos soldados, dos religiosos, dos trabalhadores e dos negociantes e com a divisão do trabalho e as especializações surgem, à época, os diferentes agentes econômicos, como o governo, consumidores, produtores, comerciantes e banqueiros. O sistema bancário torna-se importante com o surgimento da moeda, que passou a circular como meio de troca e, à medida que era depositada nos bancos, passa a ser emprestada mediante pagamento a juros.

Contudo, o pensamento no mundo grego, explica Souza (2011, p.3), em decorrência da busca de riqueza ser considerada um mal, a acumulação de bens era vista como vício e a economia representava uma ínfima parte da cidade. A riqueza era secundária, o cotidiano da vida política e filosófica eram os verdadeiros valores da humanidade. O pensamento econômico era de igualdades entre os cidadãos e de desprezo pela riqueza e pelo luxo. O domínio da filosofia grega sobre o pensamento econômico implicava nas ideias de igualdade entre os cidadãos. O ser humano devia procurar o aprimoramento de sua alma, dedicando a maior parte de seu tempo à meditação, com prejuízo de sua atividade econômica.

A busca e a posse de riquezas eram sinônimas de vaidade, orgulho e luxúria. Essa posição filosófica, entretanto, dificultava o desenvolvimento das relações econômicas e de produção, além disso, havia restrições aos empréstimos, aos juros e ao emprego de trabalho assalariado. As pessoas deveriam levar uma vida simples, e isto incluía consumir apenas o necessário para a subsistência, o que não favorecia o consumo supérfluo e a produção de bens também desnecessários. Para o filósofo Platão, o trabalho era considerado indigno porque retirava do cidadão o tempo para as atividades políticas, filosóficas e de lazer, devendo ser realizado apenas pelos escravos.

O empréstimo a juros era condenado porque a moeda deveria ser usada com a única finalidade de facilitar as trocas e não a acumulação. (SOUZA, 2011, p. 3).

Nessa conjuntura, o pensamento filosófico se constituiu fonte de grande valia para se alcançar a apreensão do significado do conceito de qualidade. Segundo Bittar (2009, p.15) o termo qualidade foi utilizado pelo filósofo Aristóteles quando propôs a criação de uma escola de Estado pública com qualidade e em quantidade como sendo um direito de todos. A partir dessa proposição a educação passou a ser entendida como sendo um “direito” de todos, encontrando defensores da ideia por todas as civilizações ocidentais da Grécia Antiga. A perspectiva de educação pública com qualidade defendida por Aristóteles se justificava no entendimento que tinha acerca desse fenômeno.

Segundo Cury (2010, p.15) para Aristóteles, “a qualidade é um modo de ser da unidade do sujeito ou da coisa que os atinge neles mesmos ou que se lhes venha a acrescentar, de modo a configurar uma disposição habitual e estável”. Nestes termos, a educação deveria ser direito do estado, ou seja, deveria haver uma educação pública voltada para todos. E, ao mesmo tempo, a educação teria seus fundamentos na família, sendo supervisionada pelo estado a fim de se garantir sua qualidade com o intuito de preparar a criança para a polis, para a produção.

A partir deste conceito, entre as dez categorias que distribuem todos os seres ou realidades do mundo proposta por Aristóteles - substância; quantidade; qualidade; relação ou relativo; lugar; tempo ou data; situação ou posição; posse ou estado ou condição; ação e paixão - qualidade é algo que pode ser dito acerca da substância ou do ser que o qualifica. Assim, a qualidade apresenta as virtudes (justiça; domínio próprio; qualidade moral um atributo positivo de um indivíduo; disposição de um indivíduo para praticar o bem), as formas (triangular, redonda), as coisas que nos tornam capazes ou incapazes de fazer algo (força muscular, cegueira) e quaisquer características que somos capazes de perceber (doçura, clareza), sobremodo, o conhecimento de algo em particular, é classificado como uma qualidade (Op. cit. 2010, p. 15).

Nessa perspectiva, percebendo a qualidade como algo complexo, para Aristóteles a mente humana se adéqua a esses modos de ser que estão nas próprias coisas. A qualidade nas coisas supõe as coisas, supõe um sujeito e,

portanto, certa substância da qual fazem parte tanto a quantidade como a qualidade. A primeira se caracteriza pela extensão mensurável de sua grandeza. A segunda, a qualidade propriamente dita confere a seu portador uma qualidade que o enriquece e tanto mais o enriquece quanto mais aquele ser que o possui está capacitado (LIMA, 2015, p.14).

Ainda sob o ponto de vista de Aristóteles, a qualidade afeta aquele ser no seu modo de ser e de agir, se faz acompanhar de um modo de ação. Cury (2010), na sua análise sobre qualidade afirma corroborando com Aristóteles, que a qualidade é uma classificação lógica das quais deriva categorias específicas. Dela se supõe uma certa quantidade capaz de ser mensurada, na qual reside um modo de ser de tal forma distinta, apresentando um saldo e agregando valor aquilo que a sustém (CURY, 2010, p.15).

Essas reflexões iniciais acerca do conceito de qualidade servirão, pois, de ponto de partida para o estudo desse fenômeno nos períodos subsequentes que se desenvolvem, na direção de desvelar aspectos da qualidade ou da sua falta na sociedade de consumo, fenômenos de interesse deste estudo.

3.1.2. Da idade Média a Idade Moderna: a perspectiva empresarial

A crise econômica do Império Romano no III século levou a decadência urbana do império, marcou o desaparecimento da cidade antiga, das instituições e do gênero de vida urbana. A partir dos séculos X e XI as cidades e as formas urbanas ali existentes reapareceram, esporádicas inicialmente, depois cada vez mais densas. O movimento se espalhou progressivamente e a cidade tomou a forma, propriamente de cidade medieval. Todavia, essa cidade medieval, mesmo quando parece renascer das cinzas da cidade antiga e se instala sobre o mesmo local desta ou na sua proximidade, apresenta características muito diferentes.

Segundo Lombard (1955, p.47) a cidade medieval apresenta um esquema muito diferente da cidade antiga. A característica principal é que ela é individualizada por uma muralha constituída de uma série sucessiva de muros fortificados, que no seu interior contém casas estreitamente apertadas umas contra as outras, além disso, arredores ultrapassando as muralhas, subúrbios industriais e comerciais que, pouco a pouco, são englobados no perímetro

urbano. Trata-se, portanto, de formas urbanas que invadem continuamente as formas rurais dos arredores, que englobam uma grande parte do campo. Mesmo as zonas que, materialmente, topograficamente, não são tocadas pela proliferação monumental que provoca o desenvolvimento urbano, sofrem a influência da cidade, são penetradas pelas influências humanas.

Essa nova cidade é habitada por burgueses que vivem, sobretudo do comércio e da produção industrial e forma um patriciado urbano, uma classe rica e dirigente que consumia o que de melhor existia (OLIVEIRA, 2007, p. 10). Além dessa classe, a nova cidade é habitada, também, por um proletariado urbano, artífices e operários, que permite à cidade desempenhar o seu papel de centro produtor, mais especificamente, uma cidade de função econômica. À época, as cruzadas² propiciaram a ocupação de novas terras, fomentando o povoamento das cidades, por conseguinte, fortaleceu o comércio e o consumo de produtos (LOMBARD, 1955 p.48).

A partir da formação das novas cidades - com muralhas - há uma diminuição das invasões, cujo resultado é a estabilidade social da Europa feudal. Aliado a isto, com a diminuição de disputas contra invasores e das epidemias, o número de nascimentos começou a superar o de mortes. Desta forma, houve um crescimento da população e, conseqüentemente, o aumento de demanda por alimentos e outros produtos básicos. Como solução para este problema, novas técnicas de cultivo foram aperfeiçoadas, a produtividade agrícola é elevada e a circulação de mercadorias comercializadas nas feiras livres majorada, com isso, o mercado consumidor começa a se fortalecer (SANTANA, 2002, p.7).

Segundo Oliveira (2007, p. 10) o consumo enquanto compra de bens (produtos) era algo reservado exclusivamente para a nobreza, pois estava associado ao status, a condição de berço das pessoas que determinava o que poderiam consumir ao longo da vida. Os reis e a nobreza consumiam o que de melhor existia e sem o esforço do trabalho, enquanto os servos teriam que produzir para o seu consumo e para os seus senhores (LIMA 2007, p. 25). Esta situação acarretou uma série de conflitos entre senhores e servos o que

²As Cruzadas foram movimentos militares de inspiração cristã que partiram da Europa Ocidental em direção à Terra Santa e à cidade de Jerusalém com o intuito de conquistá-las, ocupá-las e mantê-las sob domínio cristão.

associados a outros conflitos ocasionou a decadência do sistema feudal e estimulou a formação de um mercado consumidor.

Mediante tais conflitos – pressão exercida pelos senhores feudais sobre os servos para aumentar a produção e, por conseguinte a renda - surge ondas de rebeliões camponesas que se estenderam até as cidades, provocando uma estagnação da produção. Revoltada com este movimento, a nobreza limita cada vez mais os rendimentos dos trabalhadores (artesãos). Revoltados com as pressões da nobreza, os camponeses e os trabalhadores urbanos se rebelam contra a nobreza, explodindo grandes crises, conflitos que contribuíram para o enfraquecimento da nobreza e o fim do feudalismo (RAMOS e STOREL JÚNIOR, 2001, p.128).

O pensamento fundamentado no Teocentrismo, que significava Deus como centro do mundo e responsável por todas as coisas, sobrepondo à vontade e racionalidade humana, predominou durante toda idade Média.

Com base nesta doutrina, a Igreja Católica justificava os fenômenos da natureza, a sociedade e a economia, controlava as manifestações culturais e religiosas. Ademais, detinha grande poder ao lado da Nobreza, as quais acreditavam numa única verdade e controlavam a vida da população seja no âmbito cultural ou político. Diante disso, os indivíduos que criticassem ou questionassem os dogmas da Igreja, eram tratados como “filhos do diabo”, merecedores de castigos ou até mesmo a morte. A miséria, as tempestades, as pragas, as enchentes, as doenças e as más colheitas eram justificadas como castigos de Deus. A riqueza, a saúde, as boas colheitas, o tempo bom, a fortuna, ao contrário, eram bênçãos divinas. A própria posição que o indivíduo ocupava na sociedade (nobre, clérigo ou servo) tinha uma explicação religiosa (SANTANA, 2002, p.28).

No início da Idade Moderna, uma nova conjuntura é marcada sobretudo, pelo renascimento, movimento cultural que suscitou a transição de um conjunto de valores. O pensamento fundamentado no teocentrismo torna-se oposto a doutrina do antropocentrismo, bem como a do humanismo renascentista, cujo foco está sobre o homem como o centro mundo.

Os humanistas divulgaram novas ideias e conceitos acerca da natureza, cultura, da ciência, da economia, da religião e de Deus, identificaram e valorizaram os direitos dos cidadãos. Nesta direção, provocou mudanças na

consciência popular e junto com a burguesia (graças à intensificação das atividades marítimas, industriais, agrícolas e comerciais), foram lentamente e gradativamente acabando com a estrutura e o espírito medieval (LOMBARD, 1955, p.49).

Nesta perspectiva, o renascimento promoveu uma nova visão de mundo, que atingiu a filosofia, as artes e as ciências e resultou em grandes transformações. Segundo Franco Junior (2001, p.65) e Montañó (2011, p.20) estas mudanças contribuíram para revolucionar a economia, acender o crescimento das cidades, expandir o mercado e fazer surgir uma classe de comerciantes, que difunde o espírito de lucro e o racionalismo econômico. Movimento que caracterizou a transição do feudalismo para o capitalismo.

A partir do século XVI registra-se o aparecimento de todo um conjunto de novas mercadorias no cotidiano dos diversos segmentos sociais. Segundo Barbosa (2004, p.19) esse conjunto de novas mercadorias, constatados pelos próprios observadores da época, dificilmente poderia ser considerado de necessidade, pois incluía itens como alfinetes, botões, brinquedos, rendas, fitas, veludos, louças para casa, fivelas de cinto, cadarços, jogos, plantas ornamentais, novos itens de alimentação e bebida e produção de beleza entre outros.

Assim, os nobres não somente passam a consumir mais do que o mínimo necessário à sua subsistência, como o seu consumo se especializa quanto à qualidade dos bens (produtos) consumidos. Para Veblen (1988) os nobres passam a consumir livre e com qualidade:

Alimentos, bebida, narcóticos, abrigo, serviços, ornamentos, vestuário, armas e munições, divertimentos, amuletos, ídolos e divindades. Na melhoria gradual que se processa nos artigos de seu consumo, o motivo e o objeto imediato da inovação é sem dúvida a maior eficiência dos novos artigos, mais elaborados e perfeitos, na promoção de seu conforto e bem-estar pessoal. O processo de inovação sofre também a influência do critério de respeitabilidade na determinação dos produtos que, de acordo com ele, têm melhor possibilidade de sobrevivência. Por ser o consumo de bens de maior excelência prova de riqueza, a sua qualidade se torna uma marca de superioridade (VEBLEN, 1988 p.37).

Para Souza (2001, p.4) desta transição nasce uma nova Europa, com características econômicas, sociais, políticas e culturais, bastante diferenciadas do período feudal, ampliando o consumo e conseqüentemente sua produção. Nessa conjuntura, surge uma nova classe, os burgueses, cuja concepção de

mundo é mais materialista, conferindo sua ascensão social e econômica ao seu próprio esforço e trabalho e não à vontade ou bênçãos divinas como conferia o teocentrismo (Franco Junior, 2001, p. 65).

Na tentativa de defender seus interesses os burgueses criam e unem-se em associações destinadas a regulamentar as atividades econômicas, principalmente de artesãos e mercadores. Inicia-se assim, o processo de controlar o mercado, determinar o preço da matéria-prima e da mão-de-obra, bem como, a elaborar normas para proteger os produtores e os consumidores contra fraudes e falsificações (SANTANA, 2002, p.9).

A criação dessas associações, segundo Paladini (1995, p. 6) e Carvalho (2003, p. 11) propicia o aparecimento dos primeiros operadores de controle da qualidade e define neste período padrões rudimentares de qualidade para bens (produtos) e serviços, que vão determinar as condições gerais para o trabalho humano. De acordo com Arruda (1980, p.14) à época, como resultado desses padrões rudimentares de qualidade, as oficinas de artesanato trabalhavam com as portas abertas para que os consumidores pudessem inspecionar a qualidade do produto antes da compra.

A preocupação com a inspeção da qualidade estava em o artesão, mestre na sua especialidade, verificar o produto um a um, com o intuito de que este não chegasse ao comprador com defeito, o foco principal estava na detecção de eventuais defeitos de produção, sem haver metodologia preestabelecida para executá-la (SILVA, 2006, p. 12).

Com o desenvolvimento de novos processos e de novas modalidades de consumo, bem como sistemas e práticas de comercialização, novos mercados de consumidores foram formados, diferentes daqueles existentes nas sociedades tradicionais, cujo consumo se limitava apenas as necessidades de reprodução física e social da família (BARBOSA, 2004, p. 19).

As sociedades tradicionais (antiga e medieval) era por sua vez, composta por grupos de status, com estilos de vida previamente definidos e manifestos na escolha de roupas, atividades de lazer, padrões alimentares, bens de consumo e comportamento que orientava as escolhas individuais subordinadas e condicionadas às leis suntuárias. Segundo Barbosa (2004 p.21) todo o estilo de vida desses grupos de status era controlado e regulado,

em partes, pelas leis suntuárias³, estas defendiam o que deveria ser consumido por determinados segmentos sociais e o que era proibido para outros.

Neste contexto, os nobres, pertencentes à classe mais alta dessas sociedades, usufruíam de luxos, consumiam bens valiosos e modos de vida refinados em conformidade com a norma do ócio e do consumo conspícuo, como classe superior, sendo excluídos das ocupações industriais, em sentido lato, segundo Veblen (1988, p.38) denominada de classe ociosa.

Contudo, os nobres não trabalhavam, por conseguinte, não eram capazes de saber fazer render adequadamente seus próprios recursos, diferente dos burgueses considerados a classe produtiva da sociedade francesa, que por meio do trabalho, possuíam bens necessários para a manutenção permanente de um determinado estilo de vida, porém, a eles era vedado por lei o tipo de consumo dos nobres (VEBLEN 1988, p 38).

Nestas sociedades, segundo Elias (2001, s/p) a posição social de uma pessoa determinava o seu estilo de vida, independentemente da sua renda, ou seja, das condições objetivas que esta pessoa possuía para mantê-lo. Como os nobres franceses eram proibidos de trabalhar e nem todos eram capazes de saber fazer render adequadamente seus próprios recursos, a dependência dos favores reais por rendas vitalícias era imensa, assim como o casamento entre nobres e burgueses ocorria com frequência tendo em vista evitar a falência dos nobres. Estes últimos considerados a classe produtiva da sociedade francesa que trabalhava, ocorria com frequência tendo em vista evitar a falência dos nobres. Essa realidade coloca em dúvida a autenticidade da pureza de sangue da aristocracia francesa.

Nessa sociedade, os casamentos entre nobres e burgueses tornar-se consequência natural e necessária nessa sociedade onde trafegavam em sentido inverso a renda, o estilo de vida e o status, a fim de manter suas próprias satisfações (BARBOSA, 2004, p.21). Como consequência dessa relação matrimonial entre nobres e burgueses, as leis suntuárias que determinavam o que deveria ser consumido pelos nobres e o que era proibido para outros (burgueses e servos) foram extintas.

³ Leis que regulavam a vida privada dos cidadãos em todos os aspectos: o estilo de suas roupas, o número de pratos em suas refeições, quantos convidados ele poderia ter em seu casamento, jantar ou baile, com que frequência ele deveria ser permitido visitar a taverna e quanto ele poderia beber (BALDWIN, 1926, p.i).

Em função da extinção das leis Suntuárias (Códigos Sociais e Morais) segundo Bourdieu (2007, p. 77) a noção de liberdade de escolha e autonomia na decisão de como viver passa a ser na sociedade contemporânea do século XVII fundamentada nas próprias opções. A noção de gosto – bom ou mau – é visto como indicadores de uma individualidade que se torna um mecanismo fundamental de distinção, diferenciação, inclusão e exclusão social de classes.

Na sociedade de consumo contemporânea, com a Revolução Industrial, as transformações econômicas, políticas, sociais e culturais estabelecem relações que promovem um novo modo de vida no qual a autonomia e a liberdade de escolha são valores que vão romper com a relação de dependência entre rentabilidade, status e estilo nos modos vigentes nas sociedades de consumo tradicionais.

3.1.3. Na Contemporaneidade: a qualidade como direito de todos

Com as consequências geradas pela Revolução Industrial, procedeu-se uma intensa transformação estrutural social e comercial que provocou profundas e rápidas mudanças de ordem econômica, política e social, mundial em várias áreas. Inicialmente com a invenção da máquina a vapor de James Watt, se deu o desenvolvimento da agricultura, a descoberta da eletricidade, o aceleração dos transportes, das ferrovias, da navegação e das comunicações, e com a introdução das máquinas de fiar e tecer tecidos, o desenvolvimento das forças produtivas, da economia e de melhores condições de vida (SOUZA, 2011, p. 9).

Com essas mudanças, a produção antes realizada por artesãos organizados em corporações de ofícios, regidas por estatutos, onde todos se conheciam e o aprendiz tinha que produzir uma obra perfeita para apresentar ao seu mestre, passou o operário a produzir rapidamente por meio de máquinas, dentro de pequenas fábricas. Esse fenômeno da maquinização das oficinas, rápido e intenso, provocou uma série de fusões de pequenas oficinas que passaram a integrar outras maiores que, aos poucos, foram crescendo e se transformando em grandes fábricas (CHIAVENATO, 1936 p. 37).

Para Silva e Cavalcante (2011, s/p) com o aumento dos mercados, decorrentes da popularização dos preços, as fábricas passaram a exigir

grandes contingentes humanos, intensificando a migração do homem do campo para as grandes cidades, o que provocou um rápido crescimento da população urbana, exploração de mão de obra nas fábricas, maior produção, expansão dos negócios e acumulação de capital pela burguesia emergente.

A partir dessa conjuntura, a consolidação do capitalismo propicia mudanças progressivas das necessidades de consumo da população conforme produção de novas mercadorias. Para Marx:

Na produção, membros da sociedade adaptam, produzem, dão forma aos produtos da natureza em conformidade com as necessidades humanas; a distribuição determina a proporção em que o indivíduo participa na repartição desses produtos; a troca obtém-lhe os produtos particulares em que o indivíduo quer converter a quota parte que lhe é reservada pela distribuição; no consumo os produtos tornam-se objetos de prazer, satisfação e apropriação individual. O produto evade-se desse movimento social, torna-se diretamente objeto e servidor da necessidade individual, que satisfaz pela fruição (MARX, 1983 p.207).

Por conseguinte, esta conjuntura propicia inicialmente o aumento da sofisticação dos meios de consumo, e autorrealização e contribui para o melhoramento dos bens (produtos), proporcionando o desenvolvimento local e levando a sociedade a um processo de acumulação do capital (MARX, 1983, p. 208).

Para Veblen (1988, p.18) a eficiência industrial vai produzir bem mais do que o estritamente necessário para a subsistência, inclusive daqueles que se ocupam ou não do processo industrial e o ato de consumir assume o comando da satisfação das necessidades intrínsecas do ser humano.

O consumo é concebido na perspectiva de atender tanto as necessidades físicas do consumidor, isto é, seu conforto material, como de suas necessidades mais elevadas, espirituais, estéticas, intelectuais ou outras, seja quais forem. É frequente, na teoria econômica, falar-se então numa luta ulterior pela riqueza, nessa nova base industrial, como sendo competição pelo aumento dos confortos da vida, principalmente pelo aumento das condições físicas que o consumo de bens proporciona e pela acumulação de capital (VEBLEN, 1988, p. 16).

A preocupação com a qualidade de bens torna-se mais intensa, e o cuidado de inspecionar os bens produzidos pelas indústrias intensifica-se (GARVIN, 1992, p 32). Essa preocupação levou no início do século XX, o

engenheiro e executivo Frederick W. Taylor estabelecer os Princípios da Administração Científica, e Radford, publicar o livro *The Control of Quality in Manufacturing*, nestes registros legitimaram a função do inspetor conferindo a ele a responsabilidade pela Qualidade dos produtos.

Em 1930, Shewhart e Juran aplicam conhecimentos e técnicas estatísticas para o controle de processos e desenvolvem poderosa técnica com a finalidade de solucionar problemas de controle da qualidade. Estudos que se traduziram na introdução de técnicas de amostragem e de outros procedimentos de base estatística, bem como, em termos organizacionais, no aparecimento do setor de controle da qualidade. A partir desse conhecimento sistemas da qualidade foram pensados, esquematizados, melhorados e implantados nos Estados Unidos e, um pouco mais tarde na década de 40 no Japão e em vários outros países (ANDRADE, 2000, p.14).

Para Longo (1996, p. 8) o período pós-guerra trouxe dimensões novas ao planejamento das organizações. À medida que as indústrias aumentavam de tamanho e de sofisticação, a responsabilidade pela qualidade diluía-se nos diversos órgãos especializados, com enfoque nos produtos. Nos anos que se sucederam a segunda grande guerra, ocorre grande desenvolvimento tecnológico e industrial, por conseguinte a incompatibilidade entre produtos e as demandas do mercado, para isto, as organizações passaram a adotar o planejamento estratégico, tendo em vista atender o ambiente externo às empresas, preocupados com a qualidade dos produtos.

A partir da década de 50, surgiu a preocupação com a gestão da qualidade, que trouxe uma nova filosofia gerencial com base no desenvolvimento e na aplicação de conceitos, métodos e técnicas adequados a uma nova realidade, que marcou o deslocamento da análise do produto ou serviço para a concepção de um sistema da qualidade. A qualidade deixou de ser um aspecto do produto e responsabilidade apenas de departamento específico, e passou a ser um problema da empresa, abrangendo, como tal, todos os aspectos de sua operação (LONGO, 1996, p.8).

Segundo Aildefonso (2006, p.8) com o término da Segunda Guerra Mundial, o recrudescimento da Guerra Fria entre Oriente e Ocidente fez com que a questão “qualidade” ganhasse uma importância vital, uma vez os problemas da falta da qualidade eram causados em 80% dos casos por falhas

gerenciais e não por falhas técnicas. As empresas sempre se preocuparam com a qualidade no “chão de fábrica”, esquecendo-se de que os grandes problemas surgiam das falhas de comunicação entre os diversos órgãos da empresa e entre os diversos níveis hierárquicos.

Na década de 1960 os estudos da administração da Escola de Recursos Humanos, com trabalhos de Maslow, McGregor e Herzberg dão ênfase a motivação humana, com vários trabalhos publicados no campo da qualidade enfocando conceitos, habilidades e técnicas gerenciais, além da prevenção e técnicas de ferramentas estatísticas.

Com essa nova dimensão, segundo Aildefonso (2006, s/p) a qualidade passa a ser abordada de forma sistêmica, integrando as ações e as pessoas, máquinas, informações e todos os outros recursos envolvidos na administração da qualidade. A Garantia da obtenção da qualidade vai se dá pela valorização do planejamento, da coordenação das atividades entre os diversos departamentos, do estabelecimento de padrões de qualidade, além das já conhecidas técnicas estatísticas.

Na década de 70, o conceito de Qualidade Total foi amplamente difundido em nível mundial, sendo incorporado em programas técnicos de produção, controle e gestão empresarial, envolvendo de maneira sistêmica todos os órgãos da empresa. Esta nova fase iniciou-se no ocidente, a partir dos esforços de recuperação de mercados impetrados por grandes empresas americanas, em meio à invasão de produtos japoneses de alta qualidade (ANDRADE, 2000, p.19).

A gestão da qualidade total pode ser definida como um conjunto integrado e sistêmico de procedimentos que visam coordenar as ações das pessoas de uma organização, com o objetivo de se melhorar continuamente a qualidade de produtos e de serviços, a qualidade dos processos e a qualidade de vida na organização, dentro de um enfoque preventivo (AILDEFONSO, 2006, s/p).

Nos anos 80, conforme Wood Jr. e Urdan (1994 p.47) a prática da Qualidade Total entra em decadência devido à insatisfação com os resultados gerados entre as expectativas determinadas pelos projetos de implantação e os resultados efetivamente alcançados. Evidencia-se um descontentamento generalizado na aplicação desta prática, cujas pesquisas indicam que dois

terços dos gerentes consideram insuficientes os resultados alcançados. Para os estudiosos críticos da administração o essencial da prática Qualidade Total se resume em procurar integrar qualidade, estratégia e o gerenciamento financeiro da empresa e aí a sua falência.

A partir de então, nos anos 80, três abordagens distintas a respeito da gestão da qualidade se consolidam. No Japão, é dada ênfase à formação do homem, à organização do local de trabalho, ao trabalho em equipe e à criação de um ambiente de fidelidade mútua entre a empresa e o profissional, marcado pela estabilidade no emprego e pela resistência à sindicalização, com o objetivo de alcançar elevado grau de competitividade do produto no mercado.

Já nos EUA, o tratamento dado à qualidade vai valorizar a indústria bélica pelas exigências de segurança dessas aplicações no país. O estudo das falhas de segurança nessas áreas levou à conclusão de que estas eram provocadas, em boa parte dos casos, por problemas de natureza sistêmica. A visão norte-americana ficou centrada em assegurar que o sistema da qualidade fosse consistente e confiável, garantindo que o produto final atendesse às especificações estabelecidas. Nessa direção, priorizou-se a abordagem denominada de Garantia da Qualidade (ANDRADE, 2000, p.24).

A Europa deu ênfase a relação fornecedor-cliente priorizando a certificação dos fornecedores. Tal orientação decorria das necessidades de unificação do mercado comum europeu, que criava oportunidades de mercado nos vários países da comunidade. Assim, por exemplo, uma empresa grega poderia fornecer produtos para parceiros alemães, britânicos ou italianos. Para tal, em vez de necessitar de uma certificação de cada cliente, a empresa seria auditada uma única vez, por auditores independentes qualificados, dentro de critérios padronizados descritos nas normas ISO-9000. Essa certificação era aceita em todos os países da CEE e representava um requisito para acesso a esses mercados (CAMPOS, 1992, p.32).

Segundo Juran e Gryna (1992, p.50) o século XXI, será lembrado sempre como o “Século da Produtividade e da qualidade” uma vez que trouxe turbulência e mudanças para o mundo. O grande obstáculo constituído pela criação de modelos e parâmetros para a qualidade já foi superado, e um dos obstáculos a ser vencido para o avanço desse processo é a falta de liderança de alta gerência, ou seja, chegamos ao momento em que o ser humano passa

a ser o foco principal do processo de gestão de qualidade, em consequência a educação, a experiência, o conhecimento e a criatividade passam a ser fundamentais.

Nessa direção, o conceito de qualidade passa a ser utilizado não apenas no contexto das organizações privadas, sendo apreendidos pelos mais diversos setores da sociedade, inclusive pelas organizações públicas. Este novo paradigma trouxe dentro do seu arcabouço teórico, novos padrões de produção, de consumo, de conhecimento, formas culturais e práticas políticas que progressivamente foram sendo impetradas como um discurso oficial para as políticas públicas (ALVES 2012, p.2).

3.1.4. Na gestão pública

O conceito de qualidade, nas organizações públicas, foi inicialmente centrado nos recursos humanos e materiais dos sistemas educacionais e de saúde. O foco da atenção do conceito de qualidade empresarial se desloca para as políticas públicas cujo significado de qualidade se transfere dos recursos para a eficácia do processo, significando conseguir o máximo de resultado com o mínimo de custo (GENTILI E SILVA, 2015, p. 98).

A retórica da qualidade se impõe rapidamente como senso comum nas burocracias, entre os intelectuais e mais dramaticamente em um número nada desprezível daqueles que sofreram e continuam sofrendo as consequências do êxito da implantação e implementação destas práticas conservadoras, fundadas na lógica econômica do capital. Segundo Gentili (2015, p.108) os discursos da qualidade constituem dimensões anunciativas de um tipo específico de ideologia somente compreensível no contexto da realidade material que a determina, remetendo-se diretamente ao plano das práticas materiais nas quais este discurso tem sido lido e entendido. Em outras palavras, o discurso da qualidade nos serviços públicos torna-se a expressão de certas opções políticas de cunho claramente conservador e de sentido que hegemoniza o cenário latino-americano contemporâneo, fundado nas ideias neoliberais (Op. cit. 2015, p. 118).

Segundo Soller e Regis Filho (2011, p. 593); Vieira et al., (2000, p.75) a busca por transformações que privilegiam a melhoria da qualidade dos

processos de gestão com foco nos usuários, vêm sendo apontadas como absolutamente necessárias para enfrentar os novos desafios e provocar mudanças mais intensas em vários segmentos da sociedade contemporânea. Organizações governamentais e não governamentais da iniciativa privada e sem fins lucrativos, procuram se tornar mais flexíveis, inovadoras e empreendedoras para fazer frente aos desafios da sociedade de consumo contemporânea.

Nesse sentido, a qualidade não pode ser entendida como um fim em si mesmo, mas, como afirma Lee et al., (2007, s/p) um aliado na busca dos melhores resultados organizacionais sustentados, tendo as pessoas como principal elemento para viabilizar, de forma consciente e crítica, do processo de produção de bens (produtos) e serviços, por conseguinte a obtenção de resultados. Um fator que agrega valores aos processos operacionais e administrativos desenvolvidas em toda a organização, atendendo às necessidades de todas as partes interessadas.

Longo (1996, p.9) afirma que o conceito de qualidade pode ser percebido de forma diferenciada conforme o grupo e a classe social que o indivíduo pertença, geralmente em função de suas necessidades, demandas, experiências e expectativas. Portanto, é fundamental entender que antes de tudo o conceito de qualidade depende da percepção que cada indivíduo tem em função da cultura, dos valores, da condição social e econômica ou do grupo que se irá considerar. Deste modo, a questão de como analisar práticas de qualidade nas organizações de consumo coletivo, pública ou privada, é muito complexa, uma vez que vários aspectos, elementos, dimensões devem ser consideradas, no sentido de compreender a percepção que os consumidores ou usuários possuem acerca da qualidade de produtos ou de serviços na perspectiva do atendimento de suas demandas e necessidades (CERQUEIRA, 1994, p. 65).

Nessa direção, a constante avaliação da qualidade dos serviços é vital para o sucesso das organizações tendo em vista atender as necessidades e demandas dos usuários ou consumidores de produtos e de serviços. Segundo Escrivão Junior (2007, p. 659) é fundamental que esta avaliação seja feita com critérios objetivos, ou seja, utilize indicadores de qualidade que permitam “medir” a qualidade dos serviços em organizações públicas ou privadas para

que se possa obter dados precisos e concretos da situação e do que deve prioritariamente ser melhorado.

Nestes termos, a avaliação e a utilização de indicadores de qualidade tornam-se importante e fundamental para reconceituar o processo organizacional e administrativo, demonstrar fatos e falhas no processo de produção de bem (produtos) e de serviços, reconceituar o processo organizacional e administrativo e embasar as reivindicações dos usuários ou consumidores de melhoria contínua de bens (produtos) e de serviços (TENGAN, 2008, s/p).

Para Escrivão Junior (2007, p. 659) os indicadores de qualidade são, portanto, expressões, sinais, determinantes que proporcionam informações mensuráveis e servem como guia ou alerta para monitorar e avaliar situações de desvio do padrão estabelecido, tanto para resultados positivos quanto para negativos, que devem ser motivos de uma revisão. Um instrumento importante de trabalho para os administradores de organizações públicas governamentais, não governamentais da iniciativa privada lucrativa ou sem fins lucrativos, no apoio a gestão de sistemas ou na gerência de serviços.

A utilização de indicadores de qualidade tem sido cada vez maior em países como Estados Unidos da América, Reino Unido, Austrália acompanhada e também no Brasil, visando não apenas a melhoria dos sistemas de coleta e processamento de dados e informações, mas, também avaliar o acesso, a satisfação do usuário, a efetividade dos serviços prestados e o processo de produção outros bens (produtos) nas organizações (Escrivão Jr., 2007 p. 660).

Nessa ação, é importante considerar a participação efetiva das pessoas durante todo processo como sujeitos da investigação, a integridade e a uniformização quando da coleta dos dados e consistência dos valores, que devem ser coerentes e não contraditórios. Os indicadores de qualidade, resultado do processo de avaliação, devem ser compreensíveis, capazes de serem utilizados e interpretados pelas organizações no seu processo de operacionalização.

Entende-se neste estudo que a identificação dos fatores que afetam a produção de bens (produtos) e de serviços nas instituições de longa permanência para idosos serão importantes indicadores para melhoria da qualidade dos produtos e dos serviços consumidos pelos usuários destas

instituições, bem como para a formulação, implementação, avaliação e controle social das políticas públicas voltadas para os (as) idosos (as).

Segundo Donabedian (1980, p.163) o estudo destes fatores possibilita traduzir e detalhar os mesmos em indicadores operacionais de qualidade, no sentido de oferecer às equipes das Instituições de Longa Permanência para Idosos/as e usuários/as atendidos/as por estas instituições um instrumento adicional de apoio ao seu trabalho. Compreendendo seus pontos fortes e fracos, aspectos positivos e negativos, envolvendo as pessoas no processo de avaliação, a instituição vai poder intervir para melhorar sua qualidade, de acordo com suas condições, prioridades, necessidade e demandas dos usuários.

Nessa direção, segundo Fabrício e Saraiva (2015, s/p) a formulação de indicadores operacionais de qualidade para ILPIs propiciará um caminho a seguir na construção de um trabalho que ofereça condições adequadas tendo em vista garantir a população idosa saúde e bem-estar social, de liberdade, dignidade e cidadania. Diante do exposto, faz-se necessário, portanto, um estudo mais aprofundado sobre essa questão para se identificar a causas dos problemas existentes nas ILPIs.

Estudos têm mostrado (Cerqueira, 2003; Creutzberg; Santos, 2003; Souza, 2008; Fabrício, et al., 2013, entre outros) que o processo de institucionalização no Brasil, especialmente quando o foco são instituições para assistência ao idoso de baixa renda, é considerado um problema crônico, aparentemente sem solução na sociedade brasileira.

Apesar da Constituição Federal (1988), o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), da Política Nacional do Idoso (Lei Nº 8.842 / 1994) e da ANVISA, através da RDC nº 283, dispor sobre as ILPIs seja pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, como sendo instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, que devem garantir infraestrutura física e material, bem como funcionar de forma adequadas tendo em vista propiciar condições de saúde e bem-estar social a essa população, em condições de liberdade, dignidade e cidadania, estudos mostram a precarização destas instituições em seus vários aspectos.

O que se constata é que apesar do avanço na legislação, independente

do seu caráter, os estudos têm apresentado a precarização dessas instituições, não apenas no que concerne à infraestrutura física e material, mas, ao alto índice de idosos (as) mal cuidados (as) e abandonados (as) nesses locais, devido a qualidade do atendimento prestado.

Fabrício, et al., (2013, s/p) evidenciam que além da baixa oferta, a qualidade da prestação de produtos e de serviços provida pelo Estado e pelas instituições particulares sem fins lucrativos é não desejável, o problema em relação a essa questão é muito séria e envolve muitos fatores que precisam ser melhor estudados para sua compreensão e intervenção. Ferreira (2009); Ribeiro e Schutz (2007) revelam que as pessoas idosas que vivem em instituições de longa permanência têm reclamado de forma insistente sobre a inadequação dos produtos e dos serviços consumidos nestas instituições, as poucas oportunidades para participar de atividades recreativas ou de lazer, contribuindo para seu isolamento social.

Estudos realizados na cidade e na Região Metropolitana de Recife por Fabrício, et al., (2013), evidenciou a partir de observações realizadas em 56 ILPIs pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, que a maioria delas apresenta aspectos comprometedores em relação às condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, alimentação e acessibilidade aos usuários (as). As autoras chamam a atenção para o fato de que mesmo aquelas instituições que afirmam ter respeitado as normas legais, exigida pela ANVISA - RDC nº 283/05 no que se refere a aprovação do projeto arquitetônico e as condições materiais e humanas, apresentam aspectos negativos que afetam a funcionalidade das instituições e por conseguinte o padrão de qualidade dos produtos e dos serviços oferecidos. Esta situação tem exposto uma parcela significativa de idosos (as) a um cotidiano apático, depressivo e insalubre, e que não propicia por sua vez, a manutenção ou melhoria de sua qualidade de vida e conseqüentemente o bem-estar físico e social dos (as) envolvidos/as (SALOMÃO, 2001; CERQUEIRA, 2003; SILVA, *et al.*, 2006; Ribeiro e Schutz, 2007; SOUSA, 2008).

Na ordem da construção do problema interessa compreender porque apesar de todo avanço na legislação, a rede de equipamentos e de serviços coletivos de atendimento ao idoso (a) permanece precário e ineficaz? Mais, especificamente, objetiva identificar e compreender os fatores que contribuem

para manutenção da ineficácia da organização e do funcionamento destas instituições, afetando as condições de qualidade da prestação de serviços e assim se atacar a causa desse problema. Ademais considerando o aumento da população de idosos (as), este estudo visa contribuir para mudar essa realidade no sentido de qualificar a prestação de serviços públicos e privados oferecidos por estas instituições, entendendo a tendência como reversível.

A identificação e compreensão desses fatores constitui alternativa importante para formulação de indicadores de qualidade que possam contribuir efetivamente para a formulação, implementação, avaliação e controle social das políticas públicas voltadas para os (as) idosos (as), por conseguinte contribuir com a melhoria da relação de cuidados com o idoso (a), com a qualidade na prestação de produtos e de serviços, o que resultará em melhores condições de saúde, bem-estar social e qualidade de vida para os (as) usuários (as) dessas instituições.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Caracterização do perfil socioeconômico, demográfico e cultural dos (as) idosos (as) usuários/as das ILPIS integrantes da pesquisa.

A longevidade é uma realidade da sociedade de consumo contemporânea bem consolidada no Brasil, consequência da redução das taxas de fecundidade e mortalidade e do aumento da expectativa de vida. Os resultados do Censo demográfico de 2010 evidenciam a tendência, de enormes proporções, no sentido do envelhecimento da população brasileira. Conforme as estimativas da ONU (2013) e do IBGE (2011), há no Brasil cerca de 21 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que corresponde a 11,3% da população brasileira. Ainda de acordo com as estimativas, haverá em 2050 cerca de 50 milhões de idosos/as no Brasil.

Envelhecer é um processo natural que se configura como uma etapa da vida do ser humano em que ocorre um processo que acarreta mudanças físicas, psicológicas e sociais. Nessa direção, o processo de envelhecimento se caracteriza por um conjunto de perdas físicas (força física, vitalidade, coordenação corporal), psicológicas e sociais, o que resulta num aumento considerável do número de idosos com doenças e num aumento exponencial da mortalidade decorrente do avançar da idade. A velhice implica, portanto, problemas sociais – dependência, perda da autonomia, falta da família ou de algum/a cuidador/a, os quais, juntamente com os problemas econômicos, afetam principalmente a população pobre, que vai necessitar de suporte social, mais especificamente, a inserção em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos/as.

Dessa forma, caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico e cultural dos/as idosos/as usuários/as das ILPIs integrantes da pesquisa contribuirá de forma significativa para o aprofundamento teórico e empírico do problema colocado neste estudo, na perspectiva de propor novas variáveis para a construção de políticas sociais efetivas e eficientes na questão do cuidado institucional do/a idoso/a e, assim, evitar a crise do cuidado.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos(as) entrevistados(as) – Recife, 2016.

PERFIL DOS ENTREVISTADOS (AS)	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS	
	N	%
Sexo		
Feminino	35	87,50
Masculino	5	12,50
Faixa etária		
60 a 69	4	10,00
70 a 79	10	25,00
80 a 89	19	47,50
90 a 100	7	17,50
Estado civil		
Solteiro (a)	21	52,50
Casado (a)	-	-
Divorciado (a)	4	10,00
Viúvo (a)	15	37,50
Filhos (as)		
Sim	15	37,50
Não	25	62,50

Fonte: elaborada pela autora.

Em relação ao sexo

Das onze Instituições de Longa Permanência para Idosos (as) integrantes da pesquisa, apenas quatro acolhem idosos do sexo masculino. Do total de idosos (as) entrevistados (as), 87,50% são do sexo feminino e 12,50% do sexo masculino. Como se verifica, há nas ILPIs uma preponderância do sexo feminino, refletindo o que os estudos mostram sobre o fenômeno da feminização da velhice, cuja proporção no segmento de idosos no Brasil é crescente.

Quando se compara estes resultados com os estudos realizados pelo IBGE (2010), verifica-se que este fenômeno tem ocorrido em todo o território brasileiro. Conforme este estudo, em 1980 a população idosa brasileira era constituída por 7,2 milhões de pessoas, representando 6,1% do total da população, enquanto que, em 2010, passou para 20,6 milhões e compunha, aproximadamente, 11% da população total. Dessa população, a porcentagem de homens e mulheres em 1980 era, respectivamente, 5,8% e 6,3%. Em 1991, esta porcentagem aumenta para 6,8% no que concerne aos homens e 7,8% relativamente às mulheres. Em 2010, o crescimento é muito superior,

perfazendo um total de 9,8% de homens e 11,7% de mulheres. Para Camarano, Kanso e Fernandes (2016, p.66), o índice de envelhecimento das mulheres em 1980 já se apresentava um pouco elevado, crescendo ainda mais entre os anos de 1991 e 2010. Para se ter uma ideia mais concreta, o índice em 2010 era de 39,2 para os homens e 50,7 para as mulheres. Para Araújo (2010, p. 492), isto significa dizer que, em 2010, para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos.

Entre as capitais do Nordeste, Recife, local onde este estudo foi realizado, evidenciou a menor presença de homens, sendo 85 para cada 100 mulheres (IBGE, 2010). Este dado reflete a discussão do fenômeno da feminização da população idosa, recorrente não apenas no Brasil, mas, também, em outros países do mundo, a exemplo do Japão, com uma proporção de 80 homens para 100 mulheres, e da Inglaterra, com 85 para 100 mulheres.

Vários fatores são responsáveis pela feminização da população idosa, dentre os quais se destacam a queda da mortalidade materna, maior cuidado das mulheres no que concerne à exposição a situações de risco no trabalho e acidentes de trânsito, maior atenção à saúde e, sobretudo, maior adesão a tratamentos e prevenção de doenças em comparação com os homens (SILVA, 2007 p. 85; ROMERO, 2002, p. 94). Somando-se a isso, existe a prevalência de alcoolismo, drogas e tabagismo, que afetam também mulheres, embora em menor proporção (Lima; Bueno, 2009 p.80).

Corroborando essa análise, D. Rosa, de 75 anos, participante da pesquisa Crise no cuidado como RISCO SOCIAL: um estudo do cotidiano das famílias e das organizações que cuidam de idosos (as) da cidade e da Região Metropolitana do Recife/PE, realizada por Fabrício (2013/2014)⁴ reforça este fenômeno afirmando:

[...] a gente vive mais porque a gente tem mais cuidado com a gente mesma do que os homens. Meu marido morreu com 54 anos porque farrava demais bebia e fumava. Quase nunca ia ao médico, nunca fez um exame, eu mandava, mas ele nem escutava.

Essa perspectiva reforça as projeções do IBGE (2013, s/p) para a população idosa, por sexo e idade, para o período 2000-2060. Para este

⁴Desenvolvida na graduação através do Programa Institucional de Iniciação Científica / CNPq/ UFRPE.

instituto, o aumento da proporção de mulheres octogenárias nas próximas décadas é crescente, atingindo o valor máximo de 5,37% em 2060, em função dos fatores de risco já considerados.

Em relação à faixa etária

De acordo com os dados da Tabela 2, a maioria dos (as) idosos (as) está inserida nas faixas etárias entre 80 a 89 e 90 a 100 anos de idade, totalizando 65% dos (as) institucionalizados (as). Em seguida, surge o grupo de idosos (as) que se encontram na faixa etária entre 70 a 79 anos (25%) e apenas 10% de idosos (as) com idade entre os 60 e 69 anos.

Diversas pesquisas realizadas no Brasil corroboram os dados encontrados neste estudo, refletindo a concentração de idosos (as) na faixa etária de 80 ou mais anos, uma realidade cada vez mais evidente não apenas no Brasil, mas também em outros países. O Censo Demográfico brasileiro revelou que, em 2010, esse segmento representava 1,53% da população geral, com estimativas de que em 2060 os octogenários representem 8,75% da população idosa, sendo a maioria do sexo feminino (5,37%).

O que se verifica nessa análise é que os estudos e pesquisas dão muita ênfase ao avanço da idade, e, por conseguinte, da expectativa de vida da população, a qual, segundo o IBGE (2016)⁵, aumentou 41,7 anos em pouco mais de um século, atingindo 75,4 anos em 2014. Tão importante como pesquisar sobre o aumento da expectativa de vida, é avaliar a qualidade de vida do envelhecimento considerando os vários fatores que a compreendem: bem-estar físico e psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente de trabalho e lazer, religiosidade, entre outros.

Em relação aos idosos (as) investigados (as) neste estudo, evidencia-se, a partir de suas falas, certa insatisfação com o processo de envelhecimento e com a qualidade de vida, conforme salientam os relatos abaixo descritos:

A minha vida é mais ou menos, porque estou longe da minha família, me sinto sozinha e minha saúde não é boa (Severina, 82 anos);

Não considero minha vida ruim, mas, se eu tivesse a oportunidade de ter estudado teria uma vida melhor e não estaria aqui, estaria em

⁵Livro - Brasil: uma visão geográfica e ambiental do início do século XXI (2016) lançado pelo IBGE.

outra instituição, em uma melhor, mais meu dinheiro é pouco para pagar uma melhor (Carminha, 88 anos);

A velhice traz doenças e deixa a gente muito acomodada. Aqui a gente não faz nada, passa o dia deitada ou assistindo televisão. Eu gostaria de me movimentar, sair para passear, dançar, conversar, visitar os parentes do interior (Conceição, 78 anos);

Percebe-se nos relatos que a insatisfação com o envelhecimento está relacionada não apenas com a idade, mas também com a baixa qualidade de vida, ou seja, a interrupção ou queda das capacidades mentais, intelectuais e das atividades físicas, bem como com o isolamento social, afastamento da família e com a falta de lazer. O impacto causado pela inatividade do idoso (a) na instituição é, na fala dos idosos (as), um fator preponderante que compromete a qualidade de vida. É necessário, portanto, considerar uma organização para os anos da velhice a partir do momento em que os (as) idosos (as) chegam às ILPIs, na perspectiva de mantê-los em atividade a fim de reduzir o impacto causado pela inatividade quando são institucionalizados.

Existe a percepção de que é possível envelhecer com qualidade de vida, contudo, para que isto aconteça é importante que, no caso da institucionalização, se compreenda que envelhecer com qualidade de vida envolve, além da idade, o bem-estar físico (cuidados com a alimentação, higiene, banho de sol, atividade física) e psicológico (não isolamento social, ausência de doenças crônicas não transmissíveis – demência, esquizofrenia, estresse e depressão, entre outros), o nível de independência (autonomia física e econômica), as relações sociais (interação social, familiar e comunitária), o ambiente de trabalho e lazer e a religiosidade, entre outros.

Como se percebe, é comum os (as) idosos (as) comentarem que as limitações do processo de envelhecimento são inevitáveis. Na oportunidade da entrevista verificou-se que os octogenários relataram problemas relacionados com questões como dependência física, fragilidades em relação à movimentação do corpo, cansaço físico, depressão, pressão alta, diabetes, isolamento físico e falta de lazer, dentre outros. Porém, o envelhecer com qualidade de vida pode ser pensado com criatividade e lazer, sem dispensar os cuidados com a saúde, bem-estar físico, psicológico, intelectual e social.

Eu não tenho muita saúde, é colesterol, pressão alta, e depois dessa Zika fico me esquecendo de algumas coisas e com muitas dores, estou andando com dificuldades. Mas, pelo menos, não me envolvo

com as preocupações dos meus filhos e vivo tranquila (Josefa, 85 anos).

Nessa mesma perspectiva, Matos e Peruffo (2016, p.48) ressaltam a importância de inquirir os idosos acerca de indicadores que expressem, em cada contexto cultural, a noção de envelhecimento, sem a qual não é possível definir medidas que visem proporcionar um envelhecimento que tenha em conta suas necessidades, direitos e expectativas. Nessa direção, o conceito de envelhecimento bem-sucedido, segundo Fernández-Ballesteros (2011, p.23), corresponde àquele que compreende o conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais (ainda que alguns possam ser valorizados em detrimento de outros), apreendidos por indicadores que têm de ser definidos culturalmente, e não, somente, considerar apenas a idade.

Em relação ao Estado Civil

Os dados da Tabela 2 revelam que o número de idosos (as) solteiros (as) (52,50%), bem como sem filhos (as) (62,50%), corresponde à maioria dos (as) entrevistados (as), seguido dos (as) viúvos (as) (37,50%) e divorciados (as) (10%). Estes dados contrariam aqueles encontrados pelo IBGE (2014) apud IPEA em 2016.

Segundo este instituto, a maior parte dos homens idosos em 1993 estava em algum tipo de união – casados/união estável (79,1%), proporção que se manteve aproximada em 2014 (76,3%). Entre as mulheres, em 1993, o estado conjugal predominante era a viuvez com (44,7%). Após mais de 20 anos, esta proporção diminuiu (38,6%) e a vida em união passou a ser o estado predominante para as idosas, correspondendo a um percentual de 40,4%.

Para as autoras Camarano, Kanso, Fernandes (2016, p.69), a queda da taxa de mortalidade da população adulta pode ter contribuído para uma diminuição da viuvez e, conseqüentemente, para o aumento de pessoas em união. A diferença na proporção de viuvez entre idosos e idosas ocorre em função de dois fatores: a menor mortalidade das mulheres e o recasamento, mais frequentemente observado entre os homens (CAMARANO, 2003 s/p).

A análise da situação conjugal da população idosa participante deste estudo apresenta diferenças em relação àquela apresentada pelo IBGE (2014),

na qual a maioria da população brasileira idosa apresenta o estado civil de casado (a) e viúvo (a). Isto se justifica pelo fato de a maioria das idosas entrevistadas serem solteiras e procurarem as ILPIs como último recurso, uma vez que, sem companheiros, sem filhos, sem os pais, encontram na institucionalização a solução para o problema de moradia e convivência, conforme se evidencia nos depoimentos abaixo:

Eu nunca me casei, nunca tive filhos, só tive mamãe na minha vida, cuidei dela até sua morte, meu pai faleceu quando eu ainda era criança, depois vim pra cá e fiquei sozinha (Francisca, 80 anos);

Eu casei bem cedo e tentei ter filhos, mais abortava espontaneamente, não consegui. Deixei isso pra lá e vivi sozinha com meu esposo até ele morrer e aí eu decidir vim morar aqui, porque não tinha ninguém para cuidar de mim, se eu tivesse um filho teria sido diferente né? (Vicentina, 79 anos).

Estes depoimentos refletem a condição de solidão em que vive uma parcela significativa dos (as) usuários (as) das ILPIs onde se realizou a pesquisa, resultante da opção ou imposição de ficar solteira e sem filhos (as), levando a que, por conseguinte, a escolha de residir em uma instituição de longa permanência se desse como último ou único recurso.

Tabela 3 – Perfil socioeconômico e cultural dos (as) entrevistados (as) – Recife, 2016.

PERFIL DOS ENTREVISTADOS (AS)	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS	
	N	%
Escolaridade		
Não alfabetizado	3	7,50
Alfabetizado	23	57,50
Primeiro Grau	6	15,00
Segundo Grau	4	10,00
Superior	4	10,00
Trabalhou		
Sim	31	77,50
Não	9	22,50
Origem da renda		
Aposentadoria	33	82,50
Pensão	7	17,50
Renda (Faixa Salarial)		
1 a 2	36	90,00
3 a 4	04	10,00
Administração da renda é realizada por quem?		
Pela ILPI;	27	67,50
Pela família (filho/a; sobrinho/as);	8	20,00
Pelo (a) próprio (a) idoso (a);	4	10,00
Outros (procurador)	1	2,50
Religião		
Católica;	18	45,00
Evangélica;	18	45,00
Espírita	4	10,00

Fonte: elaborada pela autora.

Em relação à escolaridade e renda

O nível de escolaridade de uma determinada população é um importante indicador da sua condição de vida e, quando não satisfatório, afeta a participação dos indivíduos no mercado de trabalho, os rendimentos recebidos e, por conseguinte, a sua qualidade de vida, sobretudo, na velhice.

Os dados desta tabela mostram que a maioria dos (as) idosos (as) é apenas alfabetizado (a) (57,50%), somando-se a estes (as), aqueles (as) que

não são sequer alfabetizados (as) (7,50%). É importante observar que a grande maioria dos (as) idosos (as) auferem de 1 a 2 salários mínimos, oriundos de aposentadoria ou pensão, o que reflete a relação entre grau de escolaridade e condição de vida, bem como o grau de pobreza a que estão submetidos os participantes da pesquisa.

Os dados do IBGE (2014, s/p) corroboram estes achados. Segundo este instituto, a escolaridade média da população idosa brasileira, medida pelo número de anos de estudos, é muito baixa. Camarano, Kanso e Fernandes (2016, p.85) justificam estes achados levando em consideração as poucas chances de acesso à educação que tiveram as pessoas hoje com 75 ou mais anos, sendo que o seu ingresso na escola se dava de forma bastante assimétrica, ou seja, variava por classe social e gênero. Para estas autoras, e como consequência, os idosos, em particular as mulheres, estão expostos a dificuldades agravadas, sobretudo, pela falta de escolaridade. Já os (as) idosos (as) mais jovens, que se encontram na faixa etária entre 60 e 70 anos, apresentam uma escolaridade mais elevada, uma vez que tiveram a oportunidade de se beneficiarem dos avanços na educação formal no Brasil, iniciados nos anos de 1950.

Esses dados refletem, sobremaneira, a condição da mulher na sociedade brasileira no início do século XX. Segundo Veras (1944, s/p), no início desse século o direito de estudo era assegurado somente aos homens, resultando em um maior número de mulheres analfabetas, o que levou, conseqüentemente, à tríade pobreza, solidão e doença como representação da mulher analfabeta na velhice.

Como se verifica, nível de escolaridade e rendimentos estão intimamente relacionados e vão determinar e influenciar a escolha dos idosos(as), como mostram os depoimentos abaixo arrolados:

Se eu tivesse dinheiro o suficiente, ao invés de está aqui, estaria viajando pelo mundo e não como me encontro hoje, feito um pássaro engaiolado (Henrique, 70 anos);

Se eu tivesse mais dinheiro e mais saúde, não estaria aqui, estaria passeando pelas praias e dançando, não tem coisa melhor (Luiza, 77 anos).

As condições financeiras aparecem, nas falas dos (as) idosos (as), como um dos fatores primordiais que influenciam diretamente a sua condição e

qualidade de vida, inclusive a opção de estar como residente numa instituição de longa permanência.

4.1.2. Motivações dos/as idosos/as para o ingresso em ILPIs e sua percepção como lugar para viver o processo de envelhecimento.

Segundo a RDC 283 (2005), (ver quadro 1) as ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania. Considerando esta perspectiva, interessa compreender, a partir das representações sociais dos (as) idosos (as) participantes da pesquisa, as motivações para o ingresso nas instituições de longa permanência e sua percepção acerca destas instituições como lugar para viver o processo de envelhecimento.

Tabela 4 - Motivações dos/as idosos/as para o ingresso em ILPIs e sua percepção como lugar para viver a velhice – Recife, 2016.

MOTIVAÇÕES E PERCEPÇÕES DOS (AS) IDOSOS (AS)	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS	
	N	%
Motivações		
Problemas de saúde (não ter quem cuide);	23	57,50
Ausência da família (não teve filhos, morte do cônjuge, não queria ficar só);	11	27,50
Conflitos familiares (com filhos, noras, sobrinhos);	3	7,50
Decisão própria (aproximação com as ILPIs; sozinha no mundo);	3	7,50
Percepção das ILPIs como lugar para se viver a velhice		
É o melhor lugar para o idoso para não ficar sozinho (a);	33	82,50
Não é o melhor lugar (o melhor lugar é a família);	7	17,50

Fonte: elaborada pela autora.

A tabela 4 apresenta as representações sociais dos (as) idosos (as) acerca das motivações que os levaram a ingressar nas ILPIs, destacando-se como principal motivo os problemas de saúde (57,50%) que os atingem, mais especificamente pressão alta ou baixa, diabetes, esquecimento, depressão, doenças cardiovasculares, dentre outros, considerando que uns têm todas essas doenças, outros têm dois ou três tipos das mesmas e há, ainda, aqueles

que têm só pressão alta. O segundo motivo diz respeito à ausência da família (27,50%), principalmente por não ter casado, não ter constituído família, sendo o estado civil solteiro predominante neste estudo. Importa considerar, ainda, os conflitos familiares e a decisão própria.

Verifica-se neste estudo que a condição de saúde foi preponderante, justificada pelos (as) idosos (as) como um bem extremamente valorizado, em decorrência do medo de dependência, de perda da autonomia e pela falta da família ou de alguém que cuide, conforme reforçam os relatos transcritos:

Escolhi a instituição para morar porque estou sem saúde, esqueço com facilidade de fazer as coisas, tomar meus remédios, esqueço a comida no fogo, eu precisava de alguém para gerenciar minha vida, e aqui elas fazem tudo isso por mim (Catarina, 88 anos).

Eu não escolhi morar aqui, minha família que decidiu porque eu tenho problemas psicológicos e às vezes eu tenho surtos. Tenho um filho, mas, ele é muito novinho para cuidar de mim, e minha mãe já é muito idosa. Minhas irmãs tem a família delas, e também não podem ficar comigo, ai entre, me internar no hospício como aconteceu na primeira vez e ficar na instituição, eu preferi ficar aqui na instituição, e vou lhe dizer, estou me sentindo muito melhor aqui (Fátima, 60 anos).

Outro aspecto considerado relevante, na fala dos (as) idosa (as), quando da justificação do por que da institucionalização diz respeito à ausência da família, comprometida por diversos fatores, tais como a impossibilidade, por parte da família, de conciliar as demandas do cuidado familiar com as atividades de trabalho, por não ter tido filhos (as), e, no que concerne ao estado civil, por não ter constituído família ou pela morte do cônjuge. Mais precisamente, nas palavras de Lucia, de Maria e de Tereza:

[...] sou solteira, não tive filhos, fiquei sozinha, sem ninguém, minha opção foi vir para cá. Não gosto, queria está na minha casa, mas, é a vida, fazer o que? Ainda bem que tem aqui... (Maria, 80 anos);

[...] um padre me trouxe para esta instituição, eu morava na rua. Eu morei com um homem que era muito ruim, me afastei da minha família. Depois que ele morreu eu fiquei sozinha e sem nada. Aí um padre me perguntou se eu queria morar aqui e eu vim com ele (Lucia, 65 anos);

[...] vim morar na instituição depois que meu marido faleceu. Eu adoeci, fiquei muito triste, era uma solidão muito grande, não tinha ninguém da família que cuidasse de mim, só tinha duas sobrinhas que moram no Rio de Janeiro, mas, elas não queriam me levar para cuidar de mim lá no Rio, diziam que não tinham tempo, passava o dia fora de casa. Assim, com medo de ficar sozinha decidi vim para cá (Tereza, 72 anos).

Estes depoimentos refletem a fala de outros idosos do Brasil em estudos realizados por Vieira et al. (2012, p.50), onde relatam a motivação para o ingresso nas ILPIs. Entre as razões apresentadas, destacam-se a situação de solidão advinda da falta ou perda da família, por serem solteiros e não terem filhos, ou pela morte do cônjuge. Para estes (as) autores (as), no que respeita à institucionalização dos idosos sujeitos a esta condição, as ILPIs se apresentam como a única alternativa de moradia e convívio. Dessa maneira, a instituição passa a substituir a família, pois é nela que os (as) idosos (as) terão acolhimento e acompanhamento no seu cotidiano e durante o processo de envelhecimento.

As análises desses registros desvelam ainda o significado acerca do papel social que a ILPI exerce e que leva o (a) idoso (a) a procurar esta instituição como espaço de moradia. A perspectiva é de serem aceitos (as) e acolhidos (as) por estas instituições, uma vez que não têm outra opção. Esta realidade revela a situação de abandono dos (as) idosos (as) por parte das famílias existente na sociedade brasileira. Não obstante o significado atribuído às ILPIs como interruptoras de laços familiares, na verdade, a ruptura se dá pelo lado da família ao se deparar com a problemática do processo de envelhecimento e o esgotamento da sua possibilidade de cuidar.

Para Camarano e Barbosa (2016, p.479) apud Born (2001), na sociedade brasileira, os asilos são instituições que sempre foram associadas à pobreza, negligência e abandono do (a) idoso (a) pelas famílias, sendo, nesse sentido, comum a percepção de que a residência em uma ILPI significa rompimento de laços familiares e de amizades. Outros estudos vêm mostrando que a institucionalização do (a) idoso (a) é uma consequência da condição de abandono e negligência a que os (as) idosos (as) vêm se submetendo historicamente, a qual, de fato, já prevalece antes de o idoso chegar nela, conforme traduzem os depoimentos descritos abaixo:

Eu tive um serio problema de saúde no Natal de 2010, fiquei internada por dois dias, e como a minha filha não quis ficar comigo depois, porque todos da família iriam para a praia dos Carneiros eu pedi para meu filho me colocar aqui, para não dar trabalho, ele ficou muito triste com tudo isso, diferente dela. Ele passou o ano novo comigo e no dia 1 de janeiro me trouxe para cá (Luisinha, 84 anos);

[...] minha filha, tenho dois filhos homens, mais eles trabalham muito e não quero dar trabalho para eles, por isso conversamos achamos melhor eu ficar aqui, para ter sempre alguém que cuide de mim.

Depois de velho a gente só dá trabalho, ninguém quer viver conosco, fica cheia de doenças, eu tenho muita dificuldade de ficar andando porque tenho problemas de circulação e labirintite, e meus filhos não podem deixar o emprego por minha causa (Socorro, 81 anos).

Relativamente àqueles (as) que optaram, por vontade própria, por residir nas ILPIs participantes da pesquisa, um percentual insignificante (7,50%) justifica a institucionalização considerando os mesmos motivos citados anteriormente por aqueles (as) idosos (as) que não tiveram escolha, como pode ser observado nos depoimentos abaixo:

Eu participava da pastoral da igreja e aí tive a oportunidade de fazer uma visita a esta instituição, daí resolvi depois que minha mãe e meu pai morreram e fiquei sozinha morar aqui. Eu sou solteirona mesmo, vivi só para meus pais e para Deus. Já estou aqui a 10 anos e gosto, principalmente porque tenho uma vida normal, faço tudo aqui, cuido de mim e ainda ajudo com idosos (Terezinha 65);

[...] sozinha, sem ter ninguém, só algumas sobrinhas que não tem tempo de cuidar de mim, resolvi vir morar aqui (Maria, 80 anos).

Nesta perspectiva, as representações sociais dos entrevistados (as) acerca da percepção da ILPI como lugar para viver a velhice deixam claro que a institucionalização não é a melhor opção para viver o processo de envelhecimento de forma agradável e com qualidade de vida, no entanto, a ILPI se constitui como a única alternativa para não viver sozinho (a), como se pode constatar nas falas mencionadas abaixo:

Aqui não é o melhor lugar do mundo, mas, é o lugar certo para o idoso não ficar sozinho (Francismar, 79 anos);

Para mim, morar aqui me faz sentir segura, não me sinto sozinha como me sentia lá em casa, aqui tem sempre muita gente para conversar, para cuidar (Elizabeth, 80 anos);

O melhor lugar com toda certeza é a família, mas, quando não se tem ninguém, temos que vim para cá, porque teremos sempre pessoas para conversar, nunca estamos só (Jacira, 64 anos);

Com certeza a família é o melhor lugar, viver junto de quem se ama é a melhor coisa, mas, os filhos e os netos não tem muita paciência nem tem o mesmo respeito de antigamente, as coisas mudaram muito minha filha (Joaquina, 80 anos).

Estes depoimentos refletem a importância da rede de apoio familiar e as mudanças pelas quais esta rede vem passando ao longo do tempo. Sem sombra de dúvidas, os (as) idosos (as) chamam a atenção em suas falas para a importância que tem a família, não apenas no que se refere à companhia, ao estar junto, mas também ao cuidado e à promoção da saúde e do bem-estar

social.

Estudo realizado por Fabrício (2015), a partir do ponto de vista dos (as) idosos (as) institucionalizados (as) da cidade e Região Metropolitana de Recife/PE, confirma a importância da rede de apoio familiar para a garantia do cuidado e do bem-estar social do (a) idoso (a). Neste estudo, a autora evidencia que os principais motivos de procura pelas ILPIs, inclusive no início da entrada da velhice, são os fatores relacionados com a morte ou separação do cônjuge, a falta do convívio social e, sobretudo, a falta de contato com os familiares. Somando-se a esses fatores, surge o receio dos (as) idosos (as) de passar a morar com os (as) filhos (as), noras e netos, num mesmo espaço, ou sozinhos.

Constata-se nesse estudo que alguns aspectos já estudados nas últimas décadas em relação aos fatores que levam os (as) idosos (as) com 75 ou mais anos a procurar as ILPIs, ou mesmo serem encaminhados contra sua vontade, não se alteraram. Os estudos mostram várias situações, sendo uma delas aquela em que os (as) idosos (as) são totalmente dependentes, incapazes até mesmo de realizar atividades básicas. Outra situação é o fato de os membros da família exercerem atividades fora de casa, não tendo, por conseguinte, com quem deixar o (a) idoso (a), só lhes restando a institucionalização.

Apesar da Política Nacional do Idoso (Lei Nº 8.842/1994) dispor, através de ordem de prioridade, a família natural como principal cuidadora dos seus idosos, verifica-se que a dinâmica socioeconômica do país vem “alterando” significativamente a prioridade dada à família, especialmente por parte da mulher, vista como principal, e culturalmente naturalizada, cuidadora de idosos, em consequência do ingresso das mulheres no mundo do trabalho de forma marcante. A isso somam-se outros fatores como o aumento dos casos de divórcio no país, a redução do tamanho das famílias e o fechamento do ciclo familiar com o casamento dos filhos.

Estes fatores tornam inevitável a transferência do cuidado do idoso da família para uma instituição de longa permanência, seja pública ou privada, com ou sem fins lucrativos (filantrópicas). Nesta direção, muitos (as) idosos (as) são motivados a morar nas ILPIs, alguns, inclusive, no início da velhice, por considerarem ser o lugar mais adequado para não viver sozinho (a), ou, mais especificamente, para fugir da solidão. Na verdade, a ILPI para os (as)

idosos (as), não é um lugar bom para viver a velhice, bom é viver com a família.

4.1.3. Representações sociais dos/as idosos/as sobre qualidade, de modo inclusivo, de produtos e de serviços.

A partir das representações sociais dos/as idosos/as entrevistados/as se pretende apreender a percepção deste segmento acerca da qualidade, mais especificamente compreender de que forma conceituam como percebem e que expectativas desenvolvem a respeito desta categoria de análise. Almeja-se ainda compreender as representações sociais que possuem sobre qualidade de produtos e de serviços.

Tabela 5 – Representações sociais dos (as) idosos (as) sobre qualidade e o que compreendem acerca da qualidade de produtos e de serviços – Recife, 2016.

PERCEPÇÃO DOS/AS ENTREVISTADOS/AS	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS	
	N	%
Se já ouviu falar do termo qualidade		
Sim – O que significa?	18	45,00
É algo bom (é uma coisa boa);	10	25,00
É uma coisa excelente (é uma coisa eficiente; dura muito; não tem defeito);	4	10,00
É uma pessoa boa (confiável; honesta).	4	10,00
Não	22	55,00
Importância de se considerar a qualidade		
Não sabe responder;	22	55,00
Está em se viver melhor (em ter saúde; bem-estar)	14	35,00
Promove boa durabilidade (dos materiais, dos produtos);	4	10,00
Já ouviu falar de qualidade de produtos?		
Sim – o que significa?	15	37,50
É um produto bom (que tem durabilidade; não se estraga facilmente; dura muito tempo);	10	25,00
É um produto bonito (bom; produto bem-apresentado; que dá satisfação em usar; prazer).	5	12,50
Não	25	62,50
Já ouviu falar de qualidade de serviços?		
Sim	15	37,50
É um bom atendimento (ser bem atendido; é ter gentileza; é ser bem respeitado).	15	37,50
Não	25	62,50

Fonte: elaborada pela autora

Os dados da Tabela 5 mostram que 55% da população entrevistada afirma nunca ter ouvido falar do termo qualidade, em oposição a um percentual de 45% que afirma já ter ouvido falar. Para estes últimos, a resposta mais significativa, compreendida por (25%) dos (as) idosos (as), refere-se à qualidade como sendo “*algo bom*” (*é uma coisa boa*); para 10% dos inquiridos, qualidade “*é uma coisa excelente*” (*é uma coisa eficiente; dura muito; não tem defeito*), e, por fim, 10% atribuem qualidade à condição de ser “*uma pessoa boa*” (*confiável; honesta*).

Embora 45% dos entrevistados tenham afirmado já ter ouvido falar sobre qualidade e explicado o seu significado, os resultados mostram diferentes perspectivas, visões e concepções dos sujeitos. Para a maioria dos que responderam, o discurso da qualidade reflete uma visão restrita e tradicional, centrada numa perspectiva técnica, de eficiência, ressaltada pela sociedade de consumo e pelo mercado. Estudos mostram que o conceito de qualidade defendido pelos estudiosos dessa categoria vai mais além do que simplesmente “*algo bom*” ou “*uma coisa eficiente*”.

O discurso dos (as) idosos (as) reproduz uma visão sobre qualidade baseada em princípios defendidos pelo sistema produtivo empresarial, enraizados nas teorias funcionalistas – teoria taylorista, do início do século passado, ainda utilizada nos dias de hoje. Segundo Carvalho e Paladini (2012, p. 9) qualidade, na perspectiva do sistema produtivo, era conceituada como sendo “*uma variável precisa e mensurável oriunda do grau de conformidade do planejado com o executado*”, sendo ainda que, conforme Broh (1974, s/p), a qualidade era baseada no valor como sendo “*o grau de excelência a um preço aceitável*”.

Segundo Longo (1996, p.9), o conceito de qualidade pode ser percebido de forma diferenciada conforme a época, o grupo e a classe social a que o indivíduo pertença, ou em função de suas necessidades, demandas, experiências e expectativas. Corroborando Longo (1996), Gentilli e Silva (2015, p.98) acrescenta que o termo qualidade é de difícil conceituação e passível de múltiplas interpretações.

A representação social dos (as) idosos (as) sobre qualidade apresentada neste estudo pode ser explicada a partir do que Longo (1996, p.9) menciona,

considerando a época, mais especificamente, a faixa etária dos (as) idosos (as) – a maioria com idade entre 80 e 100 anos – mas, também, a classe social e o grau de instrução – a maioria é analfabeta e pobre. Por outro lado, embora os (as) idosos (as) não tenham apresentado esta percepção para além do âmbito técnico funcionalista, o conceito de qualidade deve ser pensado de forma democrática, como sendo um direito de todos, de forma inclusiva cultural e socialmente, uma condição básica para o consumo de produtos e de serviços.

Entende-se que a falta desta concepção por parte dos (as) idosos (as) pode comprometer de forma significativa a qualidade dos produtos e serviços consumidos pelos (as) idosos (as) nas ILPIs, isto porque, sem a compreensão da qualidade como uma condição básica a que todos (as) têm direito, como reivindicar qualidade de produtos e serviços? Sem sombra de dúvidas, esta compreensão proporciona informações relevantes que servem como indicadores de alerta para o monitoramento e aprimoramento dos produtos e dos serviços oferecidos pelas instituições, sobretudo por parte dos usuários (as) ou consumidores (as).

Para Matos e Perufo (2016, p.44), a compreensão do termo qualidade pelos (as) idosos (as) é essencial para orientar, garantir e alicerçar políticas públicas voltadas para este segmento da população, na perspectiva de responder às suas necessidades e anseios, no respeito pelos seus direitos, que promovam o bem-estar social e econômico numa sociedade que se quer inclusiva.

Quando se indagou os (as) idosos (as) a respeito da importância de se considerar a qualidade, a maioria dos (as) entrevistados (as) (55%) não soube responder, justificando que não sabiam qual sua importância, embora, entre estes, 25% tenham afirmado já ter ouvido falar sobre qualidade e explicado o seu significado. Entre os que afirmaram saber sobre a importância da qualidade, 35% responderam que a importância da qualidade está “*Em se viver melhor*” (em ter saúde; bem-estar) associando a importância da qualidade a qualidade de vida, ter saúde. Observe-se o que D. Socorro, de 75 anos, ressaltou:

Para mim, a importância da qualidade está em a gente ter saúde, alimentar bem, ter qualidade de vida.

Percebe-se que a relação estabelecida com a qualidade de vida centra a atenção no que os (as) idosos (as) mais desejam no processo de envelhecimento, ou seja, ter saúde, o que significa ter qualidade de vida. Isto indica a relevância da pesquisa, no sentido de a investigação recair sobre a representação social que o (a) idoso (a) tem sobre a importância de se considerar a qualidade como condição básica. Na perspectiva do investigado, esta relação com a qualidade de vida tem um grande significado e exprime uma demanda que deve ser perseguida pelas instituições de longa permanência no atendimento das necessidades dos usuários, isto é, ter saúde e bem-estar.

É sabido que o termo qualidade de vida vem sendo amplamente difundido e utilizado na sociedade a partir de diferentes abordagens. São muitos os estudiosos que tratam deste conceito (Teixeira e Santos, 2006; Santini, 2002; Moreira, 2006; Bagnara, Lori e Calonego, 2010, dentre outros). Para Moreira (2006, p.1), qualidade de vida é um conceito que vem se modificando ao longo da história conforme o desenvolvimento de cada sociedade, porém, sempre expressou a busca incessante da humanidade e sua necessidade de querer viver bem e superar as condições antagônicas, incluindo aqui as adversidades em relação à saúde, isto é, as doenças.

Diante das transformações demográficas iniciadas no século passado e da importância que adquirem as Instituições de Longa Permanência para Idosos, evidencia-se a obrigação de garantir aos idosos (as) não só uma maior longevidade, mas, também, uma vida com qualidade, e isso implica pensar na organização e funcionamento destas instituições considerando indicadores de qualidade que promovam a saúde e o bem-estar físico e social dos (as) idosos (as) conforme se encontra garantido nos termos da lei. Nesse sentido, as ILPIs devem funcionar na perspectiva de prevenção e redução dos riscos aos quais ficam expostos os idosos que não contam com moradia, assistência social, convívio e apoio familiar (Born, 2008), efetivando e garantindo, assim, a Política Nacional da Pessoa Idosa – atenção integral às pessoas com mais de 60 anos, defendendo a sua dignidade os seus direitos.

Em relação à representação social dos (as) idosos (as) sobre qualidade de produtos, isto é, se já ouviram falar sobre isso, a maioria (62,50%) afirmou

que não, nunca ouviu falar sobre isto, não sabe do que se trata. Um percentual de 37,50% respondeu positivamente, que já ouviu falar.

Entre aqueles que afirmaram já ter ouvido falar sobre qualidade de produtos, a maioria (25%) concebe a qualidade de produtos como sendo um produto bom (que tem durabilidade; não se estraga facilmente; dura muito tempo), confirmando a percepção sobre qualidade analisada anteriormente, cuja representação social enfatiza qualidade na perspectiva do sistema produtivo, ou seja, do produto em si. Em contraposição, os restantes 12,50% veem a qualidade de produto de uma forma bem mais ampla – bom; produto bem-apresentado; que dá satisfação em usar; que dá prazer – considerando o produto com qualidade como algo que vai atender e satisfazer as demandas e desejos do (a) consumidor (a). Segundo Deming (1990), esta percepção advém da definição baseada no usuário que “consiste na capacidade de satisfazer desejos”, o produto de melhor qualidade atende melhor o desejo do (a) consumidor (a).

No que diz respeito à representação social dos (as) idosos (as) sobre qualidade de serviços, ou seja, se já ouviram falar sobre isto, a maioria (62,50%) respondeu negativamente, nunca ouviu falar sobre isto, não sabe do que se trata. Em contrapartida, 37,50% afirmaram que sim, que já ouviram falar. Para estes últimos, qualidade de serviços se constitui como “um bom atendimento (ser bem atendido, ter gentileza e ser bem respeitado)”.

Diante do exposto, percebe-se que a maioria dos (as) idosos (as) não sabe o que significa qualidade de produto e de serviço. Embora se reconheça a falta de informação e conhecimento dos (as) entrevistados (as) levando em conta, particularmente, a ausência de oportunidade de acesso à educação e tendo também em consideração a época em que os idosos (as) de hoje tiveram oportunidade de frequentar a escola formal, por mais óbvio que possa parecer é importante chamar a atenção para a questão sobre de que forma podem os idosos (as) ansiar por qualidade, se não sabem do que se trata?

Corroborando esta análise, Lee et al. (2007, s/p) afirmam que qualidade de produto e de serviço é um fator que agrega valores aos processos e atividades desenvolvidas em toda a organização, atendendo as necessidades de todas as partes interessadas, sobretudo o(a) consumidor(a). Os autores chamam a atenção, ainda, para a importância de se entender igualmente as

demandas e necessidades dos (as) consumidores (as) na perspectiva de poder oferecer produtos e serviços com qualidade na expectativa do atendimento dessas demandas e necessidades.

4.1.4. Representações sociais dos/as idosos/as acerca dos fatores que afetam a qualidade do consumo de produtos e de serviços em ILPIs.

O vínculo familiar representa uma ligação afetiva ou moral estabelecida entre os membros da família, através do qual se sustenta o sentimento de afeto e proteção. A partir desse entendimento, os vínculos que os (as) idosos (as) estabelecem no grupo familiar no decorrer da vida afirmam os sentimentos de pertencimento, de apoio e segurança. Para Triadó e Villar (2007, p.28), as relações que o (a) idoso (a) estabelece com a família durante o seu processo de envelhecimento asseguram uma maior autonomia, independência, saúde e bem-estar. A família representa, portanto, elemento fundamental para o bem-estar do (a) idoso (a), que encontra nesse ambiente apoio e segurança para as diferentes situações com as quais se depara no processo de envelhecimento.

Tabela 6 – Representações sociais dos (as) idosos (as) acerca dos fatores que afetam o padrão de qualidade da institucionalização relacionado à preservação dos vínculos familiares – Recife, 2016.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS	
	N	%
Significado dos vínculos familiares		
Algo muito positivo (é bom e deve ser preservado; é importante; é uma coisa boa; é uma coisa saudável);	23	57,50
É algo importante para toda família (tem a conversa; se encontra; se ver; se relaciona);	08	20,00
É a relação de afeto (de amor; de carinho; de respeito entre o marido, os filhos, sobrinhos, netos).	09	22,50
Como avalia a preocupação das ILPIs em estimular a manutenção dos vínculos familiares		
Não tem mais família (não sabe avaliar; não tem o que dizer; não sabe o que falar);	15	37,50
A instituição se preocupa (a instituição promove cultos, missa com a participação das famílias; conversa com as famílias; recebe bem);	12	30,00
Não há incentivo por parte da instituição para aproximar as famílias dos idosos (não procura as famílias para conversar; não se preocupa em saber por que a família não vem visitar).	13	32,50
TOTAL	40	100,00

Fonte: elaborada pela autora.

Os dados obtidos na Tabela 6 revelam as representações sociais dos (as) idosos (as) sobre o significado de vínculos familiares e a forma como avaliam o papel da instituição na preservação desses vínculos. Para os (as) idosos (as) entrevistados (as), em sua totalidade, o vínculo familiar é um fator importante e positivo, que precisa ser preservado, conforme ajuízam os depoimentos abaixo:

É muito importante ter a família junto de nós, pelo menos nos finais de semana, para que a gente possa conversar sobre nossa vida, ver meus netos lindos, meus filhos e minha filha me visitarem me traz tanta alegria (Vânia, 80 anos).

A relação de afeto com a família não deveria mudar, é tão bom ver nossa família (Rosa, 82 anos).

Eu sinto muita falta das minhas filhas virem me visitar, do meu marido que já faleceu, eu me sentiria muito mais feliz se eu estivesse junto deles, eu seria uma pessoa mais satisfeita com a vida (Ana Maria, 88 anos).

Apesar das diversas mudanças ocorridas na contemporaneidade relativamente ao modelo de família, esta continua sendo, conforme representações sociais dos (as) idosos (as), esfera de extrema importância para um envelhecimento com qualidade de vida, alimentada pelos laços familiares fundados no afeto, no cuidado e na proteção.

Além dos vínculos que os idosos estabelecem com a família na unidade doméstica, aqueles estabelecidos através de amizades em outros espaços fora da unidade doméstica, como clubes, vizinhança, associações e instituições de longa permanência, também são considerados importantes no sentido de propiciar apoio em diferentes campos da vida do (a) idoso (a). No campo institucional, sobretudo, os vínculos familiares devem ser mantidos após a institucionalização do (a) idoso (a), tendo em vista propiciar-lhe a possibilidade de continuar a vivenciar suas relações afetivas com os seus familiares. Segundo Queiroz, na contramão dessa perspectiva,

O atual descaso com idosos, aliado à ideologia pós-moderna de negação da velhice, faz com que o atendimento prioritário a esta população se dê em Instituições de Longa Permanência com regime de guarda asilar, que atuam de forma segregatória, deixando esta população à margem da sociedade. Nas tradicionais ILPI's os idosos passam a maior parte do dia em inatividade, isolados do mundo externo e sob regras rígidas de funcionamento (QUEIROZ, 2010, p.21).

Na perspectiva de entender a forma como as instituições investigadas neste estudo tratam a questão dos vínculos familiares, considerada como um fator que pode afetar a qualidade dos serviços prestados pelas ILPIs, indagou-se os (as) idosos (as) acerca do modo como avaliam a preocupação das ILPIs em estimular a manutenção dos vínculos familiares. Os dados da Tabela 6 mostram que 37,50% não responderam ou não souberam avaliar em virtude de não possuírem mais vínculos familiares, isto é, por falecimento, por não terem tido filhos ou, ainda, por terem se distanciado da família ao ponto de perder totalmente o contato. Dos 62,50% que responderam à questão, 30% afirmaram que a instituição se preocupa, ou seja, promove culto e missas com a participação da família, conversam com as famílias e recebe-as bem quando visitam a instituição. Divergindo deste grupo, 32,50% dos (as) idosos (as) alegam não haver incentivo por parte da instituição para aproximar as famílias dos idosos (não procura as famílias para conversar, não se preocupa em saber por que a família não vem visitar).

As respostas acerca das representações sociais dos (as) idosos (as) sobre esta questão revelam-se confusas e contraditórias, uma vez que uma parcela significativa afirma existir preocupação da instituição em estimular a manutenção dos vínculos familiares e, ao mesmo tempo, outra parcela, mais significativa ainda, nega essa preocupação. Uma conclusão que se pode depreender acerca dessa questão, a partir das falas dos participantes da pesquisa, é que há certo temor por parte dos idosos (as) em fazer qualquer avaliação acerca da instituição, conforme se verifica na fala de D. Lourdes (72 anos) e D. Teresa, de 78:

[...] minha filha eu prefiro não responder a esta pergunta por que se o que eu disser chegar aos ouvidos da diretora e das enfermeiras elas podem ficar chateado e me prejudicar, deixar de fazer as coisas para mim;

[...] eu queria mesmo era falar o que sinto, mas, prefiro me calar. É, calar é melhor. Quando a gente reclama de qualquer coisa aqui a diretora diz logo que a gente é bocão, e não é isso.

Os depoimentos revelam aquilo que se observou em várias situações no andamento da pesquisa. Embora na ocasião das entrevistas se tenha explicado sobre o anonimato, ou seja, tenha sido deixada claro para os participantes que as falas deles não seriam nominadas, identificadas, a verdade

é que em várias situações no andamento da pesquisa observou-se que apesar de os (as) idosos (as) demonstrarem vontade de falar acerca dos problemas vivenciados por eles (as) nas instituições, esse desejo estava acompanhado do sentimento de medo, ou receio, de ser punido pelas gestoras e pelos (as) profissionais. Isto ocorre, geralmente quando os (as) gestores (as) e/ou profissionais de organizações prestadoras de serviços não têm uma consciência crítica em relação à importância do processo de avaliação como um poderoso instrumento para a melhoria do desempenho das organizações. O gestor consciente reconhece que o consumidor é extremamente importante enquanto avaliador da qualidade de produtos e de serviços.

Segundo Lee et al. (2007, p.90), o melhor reconhecimento que uma organização pode receber é, sem dúvida, aquele que parte do cliente, especificamente quando está satisfeito com o produto ou serviço consumido. Por estar próximo do fornecedor, é o cliente que ajuda o prestador de serviço a aprimorar-se toda vez que elogia, sugere ou que critica o que consumiu. A crítica é tão importante quanto o elogio no sentido de corrigir falhas com vista à melhoria contínua dos processos, e, por conseguinte, à satisfação das demandas dos(as) consumidores(as) e demais partes envolvidas.

A análise das representações sociais dos (as) idosos (as) parece demonstrar que as gestoras das organizações onde se realizou a pesquisa não estão preocupadas em estimular a manutenção dos vínculos familiares, uma demanda importante para os (as) usuários (as) destas instituições. Nessa direção, a avaliação desse aspecto por parte dos (as) idosos (as) seria um importante indicador na perspectiva de corrigir falhas, com vista à melhoria contínua do atendimento dessa demanda, e, por conseguinte, à satisfação dos (as) usuários (as).

Nessa direção, estudos recentes, como os de Assis e Amaral (2010), ressaltam a importância de as instituições de longa permanência envidar esforços no sentido de promover os vínculos familiares. Para estes autores, a ausência de suporte social, seja de base familiar e/ou amigos mais próximos, está associada a doenças e à mortalidade na terceira idade, sobretudo em idosos (as) institucionalizados (as). O suporte, especialmente o familiar, é indicador que produz efeito positivo na saúde e no bem-estar psicológico dos (as) idosos (as), uma vez que reduz as consequências negativas do estresse

na saúde.

É em função desta importância que o Estatuto do idoso/2003 prevê a manutenção dos vínculos familiares e a participação do (a) idoso (a) nas atividades internas e externas da comunidade. No entanto, o que os estudos têm mostrado é que esta determinação não é aplicada na maioria das instituições de longa permanência, e, como consequência, a solidão e o isolamento são uma constante para os usuários. Em pesquisa realizada por Fabrício (2014, p.70) em ILPIs da cidade e da Região Metropolitana do Recife, evidenciou-se, a partir do estudo das representações sociais dos (as) idosos (as) acerca da institucionalização, que todos os (as) entrevistados (as) participantes da pesquisa sentiam-se desabilitados, sozinhos e solitários na instituição, relacionando esta condição, sobremaneira, com a ausência da família, como salientam as falas abaixo:

[...] eu me sinto muito sozinha aqui, tenho filhas, mas, dificilmente vem aqui. Às vezes ligo para elas, sinto saudades, mas, elas são muito estressadas, me tratam mal, aí eu acabo desligando o telefone. Fico um pouco triste porque me sinto sozinha, se meu marido estivesse vivo não estaria aqui, viveríamos juntos na nossa casa (Maria, 78 anos);

[...] Olhe minha filha eu me sinto muito sozinha aqui, meu filho trabalha muito e não tem tempo pra me ver (Tereza, 80 anos)

[...] Eu nunca me casei, nunca tive filhos só tive mamãe na minha vida, cuidei dela até sua morte, meu pai faleceu quando eu ainda era criança, depois vim pra cá e fiquei sozinha (Lourdes, 79 anos).

As análises destes dados permitem ainda interpretar que, para os (as) idosos (as), a manutenção do convívio familiar é muito importante para auxiliar no enfrentamento das situações cotidianas vivenciadas na institucionalização, inclusive situações de solidão, e no compartilhamento dos problemas e demandas do próprio processo de envelhecimento.

4.1.5. Fatores relacionados com a infraestrutura física, mais especificamente, a habitabilidade (higiene, salubridade, segurança) e acessibilidade à organização que podem afetar o padrão de qualidade dos produtos e dos serviços prestado pelas ILPIs.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs – são estabelecimentos coletivos equipados para atender pessoas com 60 ou mais anos, sob o regime de internato e mediante pagamento, ou não, durante um

período indeterminado (Portaria nº 81/89). Segundo a RDC 283/2005, a Instituição de Longa Permanência para Idosos deve oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, bem como garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção, segundo o estabelecido na Lei Federal nº 10.098/00, (ver quadro 1). Devem dispor, ainda, de um quadro de trabalhadores para atender às necessidades de cuidados de saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários, além de desenvolver outras atividades características da vida institucional.

Essas exigências levam em consideração o fato de que o processo de envelhecimento afeta a capacidade funcional dos (as) idosos (as) e determina limitações para as atividades da vida diária e necessidades específicas que requerem cuidado integral qualificado, tendo em vista promover e manter a autonomia e independência desse segmento.

Para atender estas demandas e necessidades específicas, as ILPIs devem cumprir o que determina a legislação – Política Nacional do Idoso/PNI (1994); Estatuto do Idoso (2003); ANVISA/RDC 283/2005– no que se refere à oferta de instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e à garantia de acessibilidade aos seus usuários (as) (ver quadro 1).

Segundo Bestetti e Chiarelli (2012 p.38), conhecer o perfil da clientela das ILPIs, os seus desejos e necessidades é fundamental para a elaboração de um projeto institucional capaz de atender efetivamente as demandas do interessado, isto é, dos (as) usuários (as), consumidores (as). Dessa forma, a partir da investigação e considerando a percepção do (a) idoso (a) acerca dos fatores que interferem na qualidade dos produtos e dos serviços consumidos por este (a), é possível desenvolver estratégias que visem melhorias, reconhecendo os problemas, obstáculos e as suas causas.

Nesta perspectiva, através dos resultados da Tabela 7 se propõe aprofundar a análise dos fatores relacionados com a infraestrutura física, mais especificamente a habitabilidade (higiene, salubridade, segurança) e a acessibilidade, que podem afetar o padrão de qualidade dos produtos e dos serviços prestado pelas ILPIs, a partir das representações sociais dos (as) idosos (as).

Tabela 7- Representações sociais dos (as) idosos (as) sobre os fatores relacionados com a infraestrutura física acerca da habitabilidade (higiene, salubridade, segurança) e acessibilidade à organização, que podem afetar o padrão de qualidade dos produtos e dos serviços prestado pelas ILPIS – Recife, 2016.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	FREQUENCIA DAS RESPOSTAS	
	N	%
Adequação da infraestrutura física em relação habitabilidade (higiene, salubridade, segurança);		
Higiene		
A instituição deveria ser mais limpa (lavar melhor o piso; limpar melhor o banheiro; limpar melhor os quartos);	20	50,00
É tudo uma imundice (é tudo sujo; as idosas são sujas e desleixadas);	12	30,00
Não tenho o que reclamar (a limpeza é boa; o pessoal da limpeza trabalha bem);	8	20,00
Salubridade		
A instituição é muito quente (o espaço é pequeno; tem muita gente; quarto é sem ventilação; terraço é muito quente);	25	62,50
Água para beber é péssima (água de poço);	5	12,50
É muito barulho (o quarto é pequeno; tem muita gente);	10	25,00
Segurança		
Iluminação ruim (principalmente à noite);	20	50,00
Falta luz de vigília;	5	12,50
Falta pisos antiderrapantes (pisos quebrados);	5	12,50
Segurança ótima (luz nos corredores à noite; extintores nos corredores);	10	25,00
Acessibilidade		
É boa (espaço amplo; tem bom jardim; um terraço espaçoso; tem corrimão; rampa);	10	25,00
É ruim (principalmente para os deficientes; muita cadeira nos corredores; não tem área de lazer; não tem corrimão);	15	37,50
É inadequada (fica muito a dever; espaços bem apertados, pouco espaço; pisos quebrados; falta área para circular);	15	37,50
TOTAL	40	100,00

Fonte: elaborada pela autora.

4.1.6. Adequação da infraestrutura física em relação à habitabilidade (higiene, salubridade, segurança);

Em relação à higiene

Verifica-se na Tabela 7 que a maioria dos entrevistados (80%) reportou-se à higiene como sendo inadequada, ou seja, considera que “a instituição

deveria ser mais limpa” e que “é tudo sujo”, destacando ainda a falta de limpeza dos pisos, dos banheiros, dos quartos e o desleixo das idosas. De forma contrária, apenas 20% caracterizam a higiene das instituições como boa, atribuindo esse fato à qualificação dos (as) profissionais.

Estudo realizado por Lima (2011, p.59) identifica graves problemas nas instituições de longa permanência localizadas no Distrito Federal, devido à falta de higiene, haja vista a falta de qualificação dos profissionais responsáveis pelas atividades de manutenção, higiene e conservação do ambiente.

Para Silva Jr. (1995), higienização é o procedimento controlado que elimina ou reduz os perigos de contaminação, minimizando os riscos de transmissão de agentes causadores de doenças. Nestes termos, a higiene do ambiente tem por objetivo proporcionar um local limpo, desinfetado, seguro e confortável para os (as) usuários (as) de todo e qualquer equipamento de atendimento coletivo, como condição fundamental a ser garantida na prevenção e promoção da saúde.

Considerando esses conceitos, a análise das representações sociais dos (as) idosos (as) em relação às condições de habitabilidade aponta a falta de higiene nas ILPIs investigadas como um fator que afeta consideravelmente a qualidades dos produtos e dos serviços consumidos pelos (as) idosos (as). Isto é muito preocupante, considerando que a higiene do ambiente se constitui como um fator preponderante para a prevenção das doenças e promoção do bem-estar do (a) idoso (a).

Para Ribeiro e Rooke (2010, p. 14), é necessário que a higienização seja uma prática adotada por todos os profissionais e residentes em ILPIs para que estas não se tornem focos transmissores de doenças, na medida em que a falta de hábitos higiênicos, provocada pela pobreza e as más condições das instalações hidrossanitárias nestas instituições, facilita, em muitos casos, a transmissão de doenças infecciosas, colocando em risco as pessoas expostas aos agentes infecciosos que germinam nestes equipamentos de uso coletivo.

Segundo Saraiva e Luz (2009, p. 225), as práticas inadequadas de higienização do ambiente podem comprometer todo o processo de produção de bens (produtos) e de serviços em qualquer organização pública ou privada de uso coletivo. As autoras salientam ainda que a qualidade de vida se vincula à higienização do ambiente e, para tanto, os cuidados com a limpeza,

sanitização e manutenção dos ambientes de uso coletivo devem se constituir como pontos cruciais para a satisfação dos (as) usuários (as), no que concerne à segurança, conforto, prazer e bem-estar.

Sentindo-se satisfeitos com esta condição, apenas 20% dos (as) entrevistados (as) caracterizaram a higiene das instituições como boa, atribuindo esta condição à qualificação dos (as) profissionais das ILPIs. Este sentimento repercute-se na satisfação dos (as) entrevistados (as) com a qualidade dos serviços prestados pela instituição:

[...] não tenho nada de ruim para falar da limpeza, como você vê aqui é tudo limpinho e cheiroso. As meninas da limpeza são muito cuidadosas com a limpeza. Elas deixam tudo limpo e cheiroso. Eu gosto muito, pois a limpeza é uma coisa muito boa (Pereira, 70 anos);

[...] aqui a diretora tem muito cuidado com a limpeza. Quando as meninas estão fazendo a limpeza ela fica olhando tudo para ver se as meninas deixam tudo limpo. Isso é muito bom porque ninguém vive sem limpeza, principalmente aqui que é muita gente junta, tem gente que cospe no chão, faz xixi, coco, tem que limpar mesmo (Silva, 80 anos).

Estes depoimentos refletem a mesma concepção sobre higiene que têm outros (as) idosos (as) de ILPIs em estudo evidenciado por Fabrício e Saraiva (2015, s/p), no qual 93% dos(as) idosos(as) entrevistados(as) consideraram a higiene das ILPIs adequadas, justificando como adequado a condição do ambiente como limpo e cheiroso. Contudo, a análise realizada pelas autoras relativamente a esse dado permite verificar, a partir dos conceitos de higiene defendidos por Silva Jr. (1995) e por Saraiva (2002, p. 10), que os (as) idosos (as) carecem de uma compreensão mais aprofundada acerca dessa prática, tendo em vista um melhor exame das condições higiênicas das instituições investigadas.

Não desconsiderando a avaliação feita pelos (as) idosos (as) no presente estudo, a experiência da pesquisadora, advinda da sua permanência durante dias consecutivos em observação nessas instituições, revela situações relativas que se contrapõem ao ponto de vista dos (as) idosos (as). Em muitas situações, a pesquisadora observou que os procedimentos higiênicos aplicados não condiziam com as recomendações da literatura. É clara a confusão de conceitos feita pelos (as) idosos (as) no que respeita à higiene. Do ponto de

vista dos 20% que afirmam estar satisfeitos com a higienização das ILPIs, higiene e limpeza têm o mesmo significado. Porém, esse tipo de pensamento não é preciso, um ambiente com aparência de limpo pode não estar higienizado, isto é, livre dos agentes causadores de doenças. Nesses termos, o que se observou nas instituições pesquisadas foi à falta de conhecimento teórico-metodológico acerca dos procedimentos corretos de higienização.

Silva Jr. (2001) trata os conceitos de limpeza e de higiene de forma diferenciada. Para este autor, limpeza é o procedimento que envolve a simples remoção de sujidade ou resíduos sólidos de origem orgânica ou inorgânica (terra, poeira, papel, folhas, gordura, insetos, dentre outros), enquanto que higiene é um conjunto de procedimentos, que vão desde a limpeza até à desinfecção, utilizados visando reduzir as bactérias a um nível aceitável para o ser humano. Desse modo, a higienização é um processo que compreende diferentes etapas, tais como limpeza, lavagem e desinfecção. Dependendo da situação, ou em situações mais críticas, poderá envolver a esterilização.

O que se constata a partir das representações sociais dos (as) idosos (as) sobre higiene é que além de a higiene se configurar como um indicador importante para a satisfação dos (as) usuários (as) destas instituições, a falta de conhecimento teórico-metodológico dos (as) profissionais responsáveis por esta condição deve ser considerado como um fator que pode comprometer a qualidade da prestação de serviços e seu consumo pelos residentes e demais. Para realizar operações de limpeza, lavagem, desinfecção, desinfestação, esterilização e arrumação em ILPIs, os seus profissionais devem possuir conhecimentos teórico-metodológicos básicos sobre microrganismos, contaminação, higiene ambiental, produtos de limpeza, tipos de revestimentos de pisos e paredes, constituição dos móveis e objetos. Devem, também, conhecer os procedimentos corretos para a realização das referidas operações, que têm a função de eliminar ou reduzir os microrganismos patogênicos a níveis suportáveis, sem risco para a saúde dos (as) usuários (as).

Os profissionais contratados para o cargo de serviços de higiene, bem como para outras funções associadas à higienização do ambiente em ILPIs—higiene dos alimentos, do vestuário e pessoal dos(as) idosos(as) – são de fundamental importância para que haja qualidade dos produtos e dos serviços prestados por estas instituições. Nesse sentido, avaliações sistematizadas de

desempenho de recursos humanos devem ser realizadas, na perspectiva de corrigir erros e distorções e assegurar o melhor desempenho dos profissionais e o atendimento das necessidades dos (as) idosos (as). Nessa direção, a qualificação e a capacitação destes profissionais são imprescindíveis ao bom funcionamento destas instituições.

Nessa direção, cabe ao Estado, como provedor dos serviços públicos de consumo coletivo, investir em programas de capacitação para os profissionais de instituições de longa permanência para idosos (as), a fim de garantir não só a qualidade nos serviços prestados, mas também condições de segurança e dignidade aos residentes. O apoio e incentivo a uma formação continuada, no sentido de promover práticas mais adequadas de trabalho, podem contribuir para o desenvolvimento dos profissionais envolvidos com as atividades que abrangem não somente os cuidados com os (as) idosos (as), mas também atividades operacionais como limpeza, higiene, preparo de alimentos, higiene e conservação de roupas, dentre outras que contribuem para a prevenção e promoção da saúde dos (as) usuários.

Em relação à salubridade

Segundo Dias, Borja e Morais (2004, p.82), a salubridade do ambiente define-se como o conjunto das condições materiais e sociais necessárias para se alcançar um estado propício à saúde, de forma a que possa proporcionar à população a menor ocorrência possível de doenças. Esse conjunto de condições integra aspectos que envolvem agentes como o ruído, o calor, o frio, a umidade, a radiação e os agentes químicos, entre outros.

Neste estudo, e considerando o objetivo da pesquisa, tornou-se importante identificar as condições de salubridade das ILPIs, a partir das representações sociais dos (as) idosos (as), no sentido de apreender as suas demandas em relação a estas condições. Os dados da Tabela 7 mostram que a totalidade dos participantes da pesquisa (100%) estão insatisfeitos com as condições de salubridade na instituição. As representações sociais dos (as) idosos (as) acerca dos fatores que envolvem este item demonstram insatisfação com o calor, ventilação, barulho, qualidade da água para beber e com a dimensão dos espaços na instituição, conforme mostram os

depoimentos a seguir.

Aqui esta muito quente, antes tinha ar condicionado, mas, a diretora tirou porque a conta estava vindo muito alta, e assim, [pausa...] fica esse calor, porque a instituição fica do lado do sol da tarde (Rosalinda, 77 anos);

Aqui tem um idoso que é doente e faz muito barulho, incomoda todo mundo, ele grita como se estivesse apanhando, isso é muito chato (José, 70 anos);

Minha filha o que mais me incomoda aqui é essa agua de beber, depois que inventaram de cavar um poço e colocar essa agua pra gente beber, ficou péssimo (Fátima, 75 anos).

Estudos realizados por Fabrício e Saraiva (2015, s/p) em 14 ILPIs de caráter filantrópico e privado evidenciaram que a maioria das instituições, sobretudo aquelas de caráter filantrópico, não é resultado de um plano de construção precedido de um projeto arquitetônico, mas sim de reformas ou adaptações na estrutura física, geralmente de residências, contrariando o que determina a RDC nº238/05. Ademais, verificou-se que estas condições comprometem a adequação de habitabilidade, sobretudo no que se refere à ventilação, iluminação, aos espaços físicos para banho de sol, lazer e outras atividades, conforme determinam os Art. 48 e 50 – Parágrafo I e IV do Estatuto do Idoso/2003.

A análise desses dados, juntamente com aqueles encontrados neste estudo, revela o caráter filantrópico que está na origem das instituições de atendimento ao idoso, geralmente ligadas aos asilos e dirigidas à população carente que necessita de abrigo, fruto da caridade cristã e, sobretudo, da ausência do Estado como provedor social de políticas públicas efetivas. Reflete, igualmente, a forma como o atendimento ao idoso ainda é percebido pelo aparato estatal e pela sociedade, ou seja, como uma solução remediadora da extrema situação de pobreza em que vivem os (as) idosos (as) e suas famílias no Brasil.

Os estudos são unânimes em ressaltar que o (a) idoso (a) tem sido reconhecido nos termos da lei como cidadão (ã), ou seja, como sujeito de direitos (Silva e Mafra, 2015; Fabrício e Saraiva, 2015/2016; Alcântara, Camarano e Giacomini, 2016; entre outros), no entanto, a distância entre o que está garantido nos termos da lei e o que é realmente efetivado é muito grande, chega a ser quilométrica. Para Barbosa et. al. (2008, p. 5), no caso particular

do Brasil, o desafio é o de materializar em práticas as conquistas estabelecidas na lei. Nogueira (2007, p.46) afirma que não basta apenas a mera concessão estatal ou palavras bonitas ou escritas, é preciso que todos saibam que os direitos da pessoa idosa são fundamentais e precisam ser efetivados.

Quando o Estado nega as condições básicas de infraestrutura física, material, humana e de higiene e salubridade aos (às) idosos (as) institucionalizados (as), delegando estas responsabilidades à filantropia, está contribuindo para a situação do risco social. Conforme Silva e Mafrá (2015, p.90-91), o risco social está diretamente relacionado com a negação dos direitos dos (as) idosos (as).

Saraiva (2015, p. 197) afirma que embora a legislação tenha alterado a denominação de instituição de caridade, passando a entidades filantrópicas ou organizações sem fins lucrativos, bem como a de função de caridade e ajuda ao próximo, passando a função de assistência social, como direito a partir do legislador constitucional de 1988,

A concepção que permeia as ações sociais implementadas pela iniciativa privada articulada ao setor público continua sendo a da ajuda e, seus beneficiários continuam a ser tratados como carentes pertencentes aos estratos mais pobres da sociedade (SARAIVA, 2015, p.197).

As representações sociais dos (as) idosos (as) sobre os vários aspectos aqui levantados refletem o modelo assistencialista compensatório e as ações sociais implementadas por estas instituições, as quais podem potencializar riscos, não apenas em função do processo de envelhecimento, mas também devido à falta de condições adequadas de cuidado, de infraestruturas físicas, materiais e humanas, o que torna os (as) idosos (as) mais vulneráveis à incapacidade, à dependência, ao isolamento social e às doenças crônicas em geral. Durante a ocasião das entrevistas, era comum ouvir dos (as) idosos (as):

Eu cheguei aqui bem, mas, a solidão, a falta de ter o que fazer, passar o dia deitado, conviver com pessoas com vários tipos de doença, o calor, alimentação, fez com que eu ficasse assim como estou, sem coragem, só sinto vontade de morrer (VÁRIOS/AS IDOSOS/AS)

Sem um padrão de qualidade e sem a efetivação dos seus direitos, definidos na Constituição Federal de 1988, na Política Nacional do Idoso (1994), no Estatuto do Idoso (2003) e na Política Nacional de Saúde da Pessoa

Idosa (2006), o risco social torna-se mais evidente, uma vez que estar em situação de risco social significa ter os direitos violados.

Em relação à segurança

A condição segurança nas ILPIs deve ser pensada a partir do momento do planejamento do projeto arquitetônico, tendo em vista a adequação das instalações aos objetivos propostos. É através do projeto arquitetônico que se pode garantir a operacionalização de todas as atividades conforme as normas técnicas e padrões qualitativos desejados.

Para tanto, todas as instituições de longa permanência para idosos (as) devem, para poder funcionar, possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente e comprovar a inscrição de seu programa de funcionamento junto ao Conselho do Idoso, em conformidade com o Parágrafo Único, Art. 48, da Lei nº10.741 de 2003. O Alvará Sanitário é o documento que irá autorizar a ocupação e uso da instituição recém-construída ou reformada, garantindo o seu funcionamento com segurança. Para tanto, a equipe da vigilância sanitária deverá realizar vistoria na unidade solicitante, para verificar se a ILPI está cumprindo as recomendações da RDC nº 283/2005. Se o relatório de vistoria tiver parecer favorável, será concedido o Alvará Sanitário que tem o prazo de validade de um ano. Findo este período, será realizada nova vistoria na unidade solicitante para verificar se a ILPI continua cumprindo as recomendações da referida RDC.

A Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 283/2005 trata de garantir à população idosa os direitos assegurados no Estatuto do Idoso, considerando: a necessidade de prevenção e redução dos riscos para a saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de Longa Permanência; a necessidade de definir os critérios mínimos para a avaliação e funcionamento, bem como mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para Idosos; a necessidade de qualificar a prestação de serviços públicos e privados das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ver quadro 1).

Apesar de todo o avanço no campo normativo no sentido de assegurar a prevenção e a redução de riscos aos quais ficam expostos os (as) idosos (as)

residentes em ILPIs e dos esforços no sentido de qualificar a prestação de serviços dessas instituições, os dados da tabela 7 mostram que, em relação ao item segurança, critérios mínimos imprescindíveis para a segurança dos (as) idosos (as) não são atendidos pelas ILPIs onde se realizou a pesquisa. Os dados mostram que 75% dos (as) idosos (as) não estão satisfeitos (as) com o item segurança, destacando a iluminação como ruim (falta luz de vigília e campainha nas camas). Outro fator importante diz respeito à questão dos pisos, que são quebrados e lisos.

Outros estudos realizados em ILPIs do Brasil apresentam também problemas semelhantes aos encontrados neste estudo. Milaneze e Vazin (2016) estudaram a acessibilidade em ILPIs de Criciúma-Santa Catarina, visando analisar o atendimento das exigências legais e evidenciaram inadequações que se contrapõem totalmente às recomendações das normas vigentes. Os resultados apresentam distorções em relação à falta de campainha na lateral das cabeceiras das camas; inadequação na altura das camas; inadequação do modelo e dimensionamento favorável do padrão de mesas e cadeiras; desníveis existentes nos pisos internos e externos; falta de padronização das portas, dentre outras exigências.

Com base nesses achados, o que se constata é que as normativas de mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para Idosos constantes na Lei nº10.741/2003 e na RDC nº283/2005 não estão sendo aplicadas. Nessa direção, a perspectiva de qualificar a prestação de serviços públicos em organizações públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, de Longa Permanência para Idosos (as) não acontece e o objetivo de assegurar a prevenção e a redução de riscos aos quais ficam expostos os (as) idosos (as) residentes em Instituições de Longa Permanência não é alcançado.

É explícita a falta de efetivação de uma série de direitos garantidos aos idosos e a ineficaz participação do Estado como provedor social do pleno exercício da cidadania a esse segmento da população. Para Milaneze e Vazin (2016, p. 138), do ponto de vista normativo e legislativo, especificamente no Brasil, os ganhos em termos de direitos para a pessoa idosa foram significativos. Contudo, o maior desafio é a garantia da efetivação desses direitos pelo poder público e pela sociedade em geral.

Para Saraiva (2016, p. 156), o ponto crítico desta problemática se concentra, principalmente, na análise da intervenção do Estado na produção e distribuição dos equipamentos e serviços de consumo coletivo ou sociais. Do ponto de vista capitalista de rentabilidade, duas condições principais justificam essa contradição. A primeira consiste no fato de os meios de consumo coletivo de caráter público, sem fins lucrativos, serem geradores de despesas. No caso específico das ILPIs como equipamentos de serviços coletivos públicos, sem fins lucrativos, só efetivam, com efeito, despesas para o Estado, embora se constituam como equipamentos cada vez mais necessários e decisivos para a promoção da qualidade de vida dos (as) idosos (as) no processo de envelhecimento. A segunda condição diz respeito à natureza das despesas desse tipo de consumo, caracterizadas como despesas sem retorno. Nesse sentido, para o capital, as despesas de consumo coletivo público são consideradas supérfluas, sem retorno, na medida em que não criam valor, mas, pelo contrário, efetivam despesas e, por isso, devem ser comprimidas ao máximo (SARAIVA, 2016, p. 160).

A partir do ponto de vista dessa autora, pode-se entender o porquê da distância entre o que se define na lei e o que é efetivado na prática. Os estudos mostram que, assim como acontecia em épocas remotas, em pleno século XXI a grande maioria dos equipamentos de consumo coletivo públicos, sem fins lucrativos, de atendimento aos idosos, especialmente aqueles mais pobres, não conta com instalações físicas com condições de acessibilidade, habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, nem com profissionais qualificados, não desenvolvendo atividades sociais, culturais e de lazer. Segundo Silva e Mafra (2015, p. 90-91), o governo criou políticas públicas importantes, mas que não têm sido efetivamente aplicadas. Não basta possuir legislação que garanta direitos, é preciso efetivar o seu cumprimento e o que se percebe é um total descaso por parte do Estado com as ações voltadas para esse segmento, colocando os (as) idosos (as) potencialmente sob risco, devido às condições adversas.

Em relação à acessibilidade

Os estudos sobre a exclusão/inclusão das pessoas idosas têm sido recorrentes em inúmeras pesquisas nas diversas áreas do saber, assim como a evolução na legislação tem contribuído favoravelmente para o reconhecimento dos direitos desse segmento da população.

No que concerne à acessibilidade, a formulação da Lei federal nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, e a NBR 9050/2004/208/2015 constituem preceitos gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, estabelecendo o cumprimento das normas de acessibilidade por parte dos órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, organizações não governamentais, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, sujeitando os infratores a sanções.

A norma 9050/2004 trata da acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, tendo como objetivo principal:

Proporcionar à maior quantidade possível de pessoas, independentemente da idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção, a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos (NBR 9050/2004, p.1).

O Estatuto do (a) Idoso (a) também prevê, no Artigo 38, Capítulo II, implantação de equipamentos urbanos coletivos e comunitários voltados para o idoso. Nesse mesmo artigo, no Capítulo III, é mencionada a eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso (a). Segundo este mesmo estatuto, no Art. 48, Capítulo I, estes equipamentos coletivos devem oferecer aos idosos, instalações físicas em condições de acessibilidade, de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança.

A preocupação com a acessibilidade em ILPIs acontece em função do aumento da longevidade e, conseqüentemente, do acréscimo da demanda por estas instituições de consumo coletivo, que passam a ser alternativa de moradia para muitos (as) idosos (as). Esta condição gerou a preocupação do Estado e da sociedade – principalmente no plano da legislação – com a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente físico destas

instituições. Nos termos da lei, no que tange à acessibilidade no espaço institucional, consideram-se as demandas dos (as) seus (suas) usuários (as) na perspectiva de atender às necessidades de circulação e uso dos espaços internos e externos, ao longo de percursos horizontais e verticais de forma independente, segura e confortável, sem interrupções e livre de barreiras.

Para Dischinger, Bins Ely e Piardi (2009), um ambiente acessível permite ao usuário utilizá-lo e realizar quaisquer atividades de maneira confortável, fácil e segura. Para que se obtenha Acessibilidade Espacial, é necessário que se atenda aos quatro componentes da acessibilidade, em sua totalidade, quais sejam: a) Orientação Espacial – diz respeito à compreensão do espaço. Permite que os usuários reconheçam a identidade de funções do ambiente interno ou externo e, desta forma, definam suas estratégias de deslocamento e uso. Dependem não só das configurações arquitetônicas e dos suportes informativos adicionais existentes, como também das condições do indivíduo de tomar decisões e agir. B) Comunicação – refere-se às possibilidades de troca de informações interpessoais, ou troca de informações por meio da utilização de equipamentos de tecnologia de assistência, que permitam o acesso, a compreensão e o uso das atividades existentes. C) O Deslocamento – faz referência às condições de deslocamento ao longo de percursos horizontais e verticais de forma independente, segura e confortável, sem interrupções e livre de barreiras. D) O Uso – obtido através da possibilidade de participação de todo e qualquer indivíduo nas atividades, podendo utilizar todos os ambientes e equipamentos.

Segundo Milaneze e Vanzin (2016, s/p), são inúmeros os detalhes a serem pensados pelo arquiteto ao projetar a arquitetura de uma ILPI. Necessário se faz conhecer aspectos técnicos específicos dessa instituição, as exigências legais, bem como as necessidades e demandas dos/as usuários/as que precisam de um ambiente acessível. Ouvir os/as idosos/as acerca de suas demandas em relação à acessibilidade torna-se uma estratégia importante para projetar espaços acessíveis e seguros, conforme as suas próprias percepções acerca de suas necessidades.

Contraditoriamente, os dados da Tabela 7 mostram que a maioria (75%) dos/as entrevistados/as, quando indagados/as acerca da acessibilidade, admite que a instituição onde residem apresenta a condição de acessibilidade “ruim” e

“inadequada”. A justificativa para este julgamento remete aos “espaços bem apertados e estreitos” aos pisos quebrados, à falta de áreas livres para circulação, ausência de áreas para lazer, falta de corrimãos e piso do banheiro liso. Segundo os depoimentos, as instituições ficam a desejar:

Em minha opinião não existe nada que ajude as idosas aqui, principalmente, as mais fraquinhas, porque ela não tem onde se apoiar para andar pela instituição, ir ao jardim, andar pelos corredores. Eu vou mais eu não sou tão idosa assim né? E ainda não estou precisando de ajuda para me orientar no caminhar, tem que tirar essas cadeiras do corredor e colocar corrimão (Rosa, 65 anos);

Eu não posso reclamar daqui minha filha, porque a diretora me acolheu muito bem, mas, eu acho que os quartos são muito pequenos, estreitos para cinco idosas, deveria ser no máximo três (Betânia, 82 anos);

Veja só os pisos, olhe bem, tem muitos que estão quebrados, e isso dificulta a gente caminhar pela instituição, sair para tomar banho de sol sozinhas. O banheiro também tem problema, só tem apoio de um lado e o piso é liso (Rosário, 62 anos).

Estes depoimentos refletem a realidade do espaço físico e do ambiente da maioria das instituições onde se realizou a pesquisa, na cidade de Recife e Região Metropolitana, nas quais os/as entrevistados/as se encontram submetidos/as não apenas a ambientes insalubres, mas também a espaços não planejados, nos quais a arquitetura não é acessível no sentido de atender as necessidades tanto dos/as idosos/as institucionalizados/as como dos/as seus/suas trabalhadores/as, profissionais e cuidadores/as, que os auxiliam a cumprir suas necessidades básicas ou tarefas diárias.

Os/as idosos/as fazem referência às condições de deslocamento ao longo de percursos dentro e fora das instituições de forma independente, segura e confortável, sem interrupções e livre de barreiras. Ainda em relação a este item, ressaltam que, devido ao fato de o espaço nos quartos ser pequeno e estreito, colocam cadeiras e poltronas (conhecidas como do papai) nos corredores e que isto prejudica ainda mais a livre circulação. Ademais, reclamam sobre os revestimentos dos pisos, que possuem buracos e são lisos.

Segundo recomendação da NBR 9050/2015, os espaços projetados nas ILPIs devem permitir o acesso sem interrupções e livre de barreiras nos espaços horizontais e verticais de forma independente, segura e confortável. No que concerne à pavimentação na área externa, deve ter pisos com superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição e que

não provoque trepidação em dispositivos com rodas (cadeiras de rodas ou carrinhos de bebê). Quanto aos desníveis existentes nos pisos internos, recomenda-se nivelar todo o piso, deixando rampas para vencer os desníveis apenas nas portas de acesso à edificação. Deve-se substituir revestimentos de pisos cerâmicos não classificados como antiderrapantes, os pisos de madeira devem ser raspados e a massa das juntas retirada e substituída por outra nova, devendo-se, em seguida, aplicar uma resina de secagem rápida com acabamento fosco (NBR 9050/2015).

Os dados da Tabela 7 revelam ainda que apenas 25% dos/as entrevistados/as demonstram estar satisfeitos/as com as condições de acessibilidade das instituições, referindo que é “boa” porque possui espaço amplo, tem bom jardim, um terraço espaçoso e tem corrimão e rampa. Atribuiu-se esta avaliação aos idosos/as residentes em apenas três instituições localizadas na cidade do Recife, as quais, entre a amostra total, apresentam em termos gerais melhores condições físicas, materiais e humanas, contudo, isto não significa afirmar que são totalmente adequadas em relação ao item acessibilidade, devendo, assim como as outras, ser adequadas às normas técnicas.

4.1.7. Representações sociais dos/as idosos/as em relação aos fatores que afetam o consumo alimentar

A alimentação tanto em nível coletivo com o individual, desempenha uma função muito importante no processo de envelhecimento. Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais. Muitas dessas mudanças são progressivas, ocasionando reduções na capacidade funcional, desde a sensibilidade para os gostos até os processos metabólicos do organismo (Amerine et al., 1965; Mitchell et al., 1978; Wenck et al., 1983).

Para Rodrigues, Maia, Coelho, Barbosa (2016 p. 244) um bom estado nutricional, com o fornecimento adequado de energia, proteínas, vitaminas e minerais, é de extrema importância para que o idoso resista às doenças crônicas e debilitantes e possa manter a saúde e a independência.

No que se refere à alimentação do idoso institucionalizado, a RDC N° 283 determina que a ILPI deve garantir a alimentação respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias (ver quadro 1).

Tabela 8 – Demonstração do grau de satisfação dos (as) idosos (as) em relação a alimentação servida nas ILPIs - Recife, 2016.

GRAU DE SATISFAÇÃO COM A ALIMENTAÇÃO	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS	
	N	%
Como você avalia a alimentação oferecida pela ILPI?		
Tem muita comida (bastante comida; quantidade);	10	25,00
Tem hora certa de comer (a gente tem que comer naquela hora);	08	20,00
A comida higiênica (é tudo limpinho);	02	5,00
Eu mesmo faço minha comida (por isto gosto);	02	5,00
A comida não tem gosto (é sem sabor; sem sal);	08	20,00
Não podemos colocar a quantidade que queremos comer;	05	12,50
Não tem diversidade; são sempre as mesmas comidas).	05	12,50
TOTAL	40	100,00

Fonte: elaborada pela autora.

Os dados da tabela 8 mostram que a maioria (55%) dos/as entrevistados/as demonstrou grau de satisfação positiva em relação à alimentação servida nas ILPIs, justificando essa satisfação a partir de aspectos relacionados à quantidade, ressaltando que tem muita comida, no entanto, uma parcela significativa afirmou que “não podem comer a quantidade que desejam”. Outro aspecto relacionado diz respeito ao horário das refeições, ou seja, tem hora certa para comer, isto implica dizer que se come no horário estabelecido pela instituição. Além disso, o fator higiênico das preparações também foi citado - é muito higiênica, tudo é limpo, aspecto fundamental. Contraditoriamente, 45% dos/as entrevistados/as não está satisfeito com a alimentação servida pela ILPI no que se refere à diversidade e ao sabor. Os/as idosos/as afirmaram que as preparações foram consideradas sem sabor, pouca diversidade, não tem as preparações que gostariam de comer, é sempre a mesma coisa.

Ademais eles/as se referem à quantidade, ressaltam que é reduzida, o problema é o modelo de distribuição da alimentação que não permite que o/a idoso/a sirva sua própria comida.

Margarida de 89 anos de idade, Joaquim, 72 anos e Teresa de 70 anos, ressaltam:

Eu gosto da alimentação daqui, mas, não há variação, todo dia é a mesma coisa. Eu queria comer uma canjica, comer bode do meu sertão, carne assada, bolo de milho, coisas que eu comia na minha casa, eu mesma fazia. A gente pede para comer essas coisas, mas, dificilmente, a gente come. Só é galinha todo dia.

Deviam perguntar para nós o que a gente quer comer, mas, não perguntam, colocam o que eles querem, como se a gente não tivesse vontade.

Aqui não podemos escolher a porção que queremos, elas colocam a comida que querem e às vezes é muito pouca.

Os cuidados com a alimentação dos/as idosos/as são essenciais a fim de garantir a estes/as a melhoria do estado nutricional e da qualidade de vida. Oliveira e Marchini (1998, s/p) afirmam que uma alimentação saudável é um dos principais fatores relacionados ao processo de envelhecimento e que a expectativa de vida é resultado, sobretudo, de uma alimentação saudável.

Dessa forma, um consumo alimentar equilibrado na faixa etária da população idosa deve ser considerado, bem como seus hábitos alimentares, uma vez os hábitos alimentares das pessoas idosas sofrem influências de fatores psicológicos, socioculturais e biológicos. Nessa perspectiva, questionou-se aos idosos (as) sobre vários aspectos da alimentação consumida nas ILPIs onde se realizou a pesquisa, tendo em vista avaliar a sua satisfação. Porém, o que se verifica é a insatisfação dos/as idosos/as considerando vários aspectos da alimentação.

Estudo realizado por Silva, Silva & Murta (2013 p.230), reforça que a alimentação oferecida em instituições de longa permanência para idosos, não é tão diversificada, na maioria das vezes, devido à falta de recursos financeiros ou mesmo pelas alterações metabólicas que acometem o organismo dos idosos, ocasionando o aparecimento de patologias, há restrição a certos alimentos. Os idosos comem aquilo que lhes é disponibilizado, sem qualquer tipo de escolha, tipo da preparação e horário para comer. De certa forma, os idosos se veem obrigados a comerem o que é oferecido, fazendo com que os sabores do passado sejam paulatinamente esquecidos.

Morley (1993) refere que o estado nutricional inadequado em Instituições de Longa Permanência Para Idosos está associado a altas taxas

de morbidade e mortalidade. A presença de problemas de saúde, interferindo na alimentação do idoso, é referida como algo comum nesse tipo de instituição, indicando um fato que merece ser valorizado pelas equipes de saúde e pelas pessoas responsáveis pela alimentação. Assim, não apenas a questão dos hábitos alimentares deve ser considerada, mas, também a diversidade das preparações, a cor, o sabor, a textura e a aparência.

Percebe-se que a alimentação possui um significado abrangente e que engloba aspectos muito além do ato de nutrir. Quando a pessoa idosa relaciona os alimentos com sua vida passada, sua vida atual e sua comunidade, a alimentação assume um significado formidável (SILVA & CÁRDENAS, 2009). Portanto, a importância da alimentação está associada com o processo de envelhecimento, que pode inclusive contribuir para um envelhecimento mais saudável, com qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de redemocratização do país, sem sombra de dúvidas, incentivou as lutas políticas por democracia e direitos sociais, incidindo na participação da sociedade civil, a qual instigou o Estado a formular políticas e programas de cunho social que sinalizassem uma nova cidadania. No ápice dessa dinâmica, surge o movimento pelos direitos dos (as) idosos (as).

Como resultado dessa luta, a Constituição Federal de 1988, no Art. 230, determinou que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurar a sua participação na comunidade, defender a sua dignidade e bem-estar. Na sequência, em 1994, foi formulada a Política Nacional do Idoso, em 2003 o Estatuto do Idoso, em 2000 a Lei Federal nº 10.098, em 2004 a NBR 9050, em 2005 a RDC 283, em 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Somando-se a isto, entre outros, as NBR mais recentes, 9050:2004 e 9050:2015, tratam da acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos de consumo coletivo, incluindo as Instituições de Longa Permanência para Idosos (as).

Assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a saúde, a alimentação, a liberdade, a segurança e o bem-estar dos (as) idosos (as), criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade como cidadão (ã), no campo da igualdade e da justiça, representa um grande progresso na proteção do (a) idoso (a). Normatizar o planejamento, a organização e o funcionamento das ILPIs no Brasil significou também um grande avanço, uma vez que o estabelecimento de critérios básicos legais sobre acessibilidade, salubridade, higiene e segurança constituiu preceitos gerais e critérios básicos para a promoção adequada da segurança e da acessibilidade das pessoas idosas a estas instituições, independentemente de serem ou não portadoras de deficiência ou terem mobilidade reduzida. Ademais, estabelece a obrigatoriedade, por parte dos órgãos da administração pública direta, indireta, fundações, institutos, associações, organizações não governamentais, empresas prestadoras de serviços públicos e privados, de cumprir as normas vigentes, sujeitando os infratores a sanções.

Não obstante, as análises das representações sociais dos (as) idosos (as) acerca dos fatores que afetam o padrão de qualidade dos produtos e dos

serviços prestados pelas ILPIs, a partir das interpretações, ideias, visões e concepções que possuem sobre os diferentes aspectos investigados, evidenciam variáveis e fatores que negam a efetivação e a promoção desses direitos, que precisam ser considerados para evitar a crise do cuidado.

A caracterização do perfil socioeconômico e demográfico dos (as) idosos (as) usuários (as) das instituições de longa permanência de Recife e da Região Metropolitana apresenta uma feminização da população usuária de ILPIs. Vários fatores são responsáveis por este fenômeno, destacando-se, principalmente, a maior atenção dedicada pelas mulheres à saúde, sobretudo, a adesão ao tratamento e à prevenção, em comparação com os homens. Isto indica que as mulheres idosas estão se cuidando mais do que os homens, variável importante para a construção de políticas sociais efetivas e eficientes para o cuidado das mulheres idosas, considerando o crescente aumento, no Brasil, da proporção de mulheres conforme aumenta a faixa etária, mas sem desconsiderar a importância do cuidado com a promoção da saúde masculina.

Contudo, evidencia-se a insatisfação dos (as) idosos (as) com o processo de envelhecimento e a baixa qualidade de vida, pautada não apenas na idade, mas também devido à interrupção ou queda das capacidades mentais, intelectuais e da atividade física. Neste contexto, uma variável chama a atenção, nomeadamente, o isolamento social, o afastamento da família e a falta de lazer.

A inatividade dos (as) idosos (as) institucionalizados é um fator preponderante que compromete a sua qualidade de vida nas ILPIs. É necessário, portanto, que a gestão destas instituições considere este fator, a fim de reduzir o impacto causado pela inatividade dos (as) usuários (as). O entendimento do conceito de envelhecimento pelos formuladores de políticas públicas e pelos executores de direitos precisa ser entendido numa perspectiva de totalidade, envolvendo os aspectos físicos, biológicos, psicológicos, culturais e sociais e não apenas considerando o fator idade.

A análise da situação conjugal da população idosa deste estudo apresenta também fatores que não podem ser desprezados. A maioria das entrevistadas é solteira, sem companheiros e sem filhos, isto implica encontrar na ILPI a solução para o problema de moradia, convivência e, sobretudo, de solidão. A escolha de residir em uma instituição de longa permanência se dá

como último ou único recurso.

Os idosos, em particular as mulheres, estão expostos a dificuldades agravadas, sobretudo pela falta de escolaridade, refletindo, sobremaneira, a condição de pobreza da mulher e do homem idoso institucionalizado (a) na sociedade brasileira, no início do século XXI. Este fator vai influenciar e determinar, na maioria das vezes, a escolha dos (as) idosos (as) pelas instituições filantrópicas, caracterizando estas instituições pelas condições econômicas ou de classe social. O que se percebe é que embora a legislação tenha reconceituado estas instituições, e os idosos sejam hoje sujeitos de direito, estas instituições continuam sendo concebidas e criadas para atender pessoas em situação de pobreza, de miséria, com problemas de saúde e sem suporte social.

Considerando esta condição, as representações sociais dos (as) idosos (as) para o ingresso nas instituições de longa permanência vão se dar pela condição de doença, dependência, perda da autonomia e falta da família ou de alguém que possa cuidar. Isto reflete a situação de abandono dos (as) idosos (as) pelas famílias e o esgotamento da sua possibilidade de cuidado, aumentando a responsabilidade do Estado como provedor social dos meios de consumo coletivos voltados para este segmento da população. A violação dos direitos dos (as) idosos (as) tem se tornado uma prática comum, estando à sociedade e, principalmente o Estado, alheios a esta situação, o que tem contribuído para o enraizamento do risco social na população idosa.

Outros fatores além desses já mencionados podem comprometer significativamente a qualidade dos produtos e serviços prestados pelas ILPIs. A falta de compreensão do conceito de qualidade como uma condição básica a que todos (as) têm direito revela a necessidade de se trabalhar este conceito com os (as) idosos (as), na perspectiva de conscientizá-los sobre a sua importância como um indicador de alerta para o monitoramento e aprimoramento dos produtos e dos serviços oferecidos pelas instituições. Sem sombra de dúvidas, esta compreensão por parte dos idosos possibilitará melhorias na relação de cuidados e nos serviços prestados pelas ILPIs.

Considerados como um fator que pode afetar a qualidade dos serviços prestados pelas ILPIs, os vínculos familiares são um indicador que produz efeitos positivos na saúde e no bem-estar psicológico dos (as) idosos (as), uma

vez que reduz as consequências negativas do estresse na saúde. Nesse sentido, a manutenção do convívio familiar é muito importante para o enfrentamento das situações cotidianas vivenciadas na institucionalização, inclusive, situações de solidão e compartilhamento dos problemas e demandas do próprio processo de envelhecimento.

Em relação à análise das representações sociais dos (as) idosos (as) acerca das condições de habitabilidade, a falta de higiene das ILPIs investigadas é apontada como fator preponderante que afeta a qualidade dos produtos e dos serviços consumidos pelos (as) idosos (as). Isto é muito preocupante considerando que a higiene do ambiente se constitui como um fator crucial para a prevenção das doenças e promoção do bem-estar do (a) idoso (a).

Nessa direção, cabe ao Estado, como provedor dos serviços públicos de consumo coletivo, investir em programas de capacitação profissional para os profissionais de instituições de longa permanência para idosos (as), a fim de garantir a qualidade nos serviços prestados, além de condições de segurança e dignidade aos residentes. O apoio e incentivo a uma formação continuada, no sentido de promover práticas mais adequadas de trabalho, podem contribuir para o desenvolvimento dos profissionais envolvidos com as atividades que abrangem não somente os cuidados com os (as) idosos (as), mas também atividades operacionais como limpeza, higiene, preparo de alimentos, higiene e conservação de roupas, dentre outras, que contribuem para a prevenção e promoção da saúde dos (as) usuários (as).

A análise dos dados acerca da condição de salubridade das ILPIs investigadas neste estudo, no que se refere a ruídos, calor, umidade e ventilação, entre outros, revela o caráter filantrópico das instituições de atendimento ao (à) idoso (a), geralmente ligado aos asilos, dirigido à população carente que necessita de abrigo, fruto da caridade cristã e, sobretudo, da ausência do Estado como provedor social de políticas públicas efetivas. Reflete, igualmente, a forma como o atendimento ao idoso ainda é percebido pelo aparato estatal e pela sociedade, ou seja, como uma solução remediadora da situação de pobreza extrema em que vivem os (as) idosos (as) no Brasil e suas famílias.

Assim como acontece com as condições de salubridade, as condições

de acessibilidade refletem a inadequação dos espaços físicos e dos ambientes da maioria das instituições onde se realizou a pesquisa, indicando fatores que precisam ser considerados na perspectiva da melhoria do padrão do cuidado oferecido pelas ILPIs investigadas.

Apesar dos avanços na legislação vigente, o que se constata é que as normativas de mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para Idosos não estão sendo aplicadas. Nessa direção, a perspectiva de qualificar a prestação de serviços públicos em organizações públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, de longa permanência para idosos (as) não acontece e o objetivo de assegurar a prevenção e a redução de riscos aos quais ficam expostos os (as) idosos (as) residentes em Instituições de Longa Permanência não é alcançado.

Os dados encontrados neste estudo mostram ainda como a cidade de Recife e Região Metropolitana não estão preparadas para enfrentar os problemas atuais e os advindos do crescimento da população idosa, e isso é muito preocupante considerando que esse segmento envelhece em escala progressiva. Trata-se de uma questão fundamental a ser priorizada na perspectiva do estabelecimento de direitos iguais, numa sociedade desigual e para grupos específicos.

Nesse entendimento, a velhice deve deixar de ser uma questão de ordem apenas privada e preocupação da assistência filantrópica, mas ser, sobretudo, uma preocupação do Estado e da sociedade. Reforça-se, ainda, o papel do Estado no investimento em programas de suporte ao (à) idoso (a), a fim de garantir a qualidade nos serviços prestados, além de condições de segurança e dignidade aos residentes, na perspectiva de evitar o Risco Social.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Diário Oficial da União. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 283**, de 26 de setembro de 2005. Brasília, 2005. Disponível em: www.portalsaude.gov.br. Acesso em: 10 de maio de 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS NBR 9050: 1994. **Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificação**, espaço mobiliário e equipamentos urbanos. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Rio de Janeiro: ABNT, 1994.
- ASSIS, L. P. P.; AMARAL, M. L. N. do. Envelhecimento e suporte social. In: COSTA, Geni de Araújo (Org.). **Atividade física, envelhecimento e a manutenção da saúde**. Uberlândia: EDUFU, 2010, p. 207-217.
- AMERINE, M.A., PANGBORN, R.M., ROESSLER, E.B. **Principles of sensory of food**. New York : Academic Press, 1965. 602p.
- ALCÂNTARA, A.O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. São Paulo: Alínea; 2004.
- ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina **Política Nacional do Idoso** : velhas e novas questões. Rio de Janeiro : Ipea, 2016. 615 p.
- AILDEFONSO, E. **Gestão da Qualidade**. Centro Federal de Educação Tecnológica, v.1, Espírito Santo, 2006.
- ALVES, A. A. **Qualidade Total x Qualidade Social**: duas correntes dicotômicas na educação pública do Rio Grande do Sul no Início do Século XXI. IXAMPED sul, Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, 2012.
- ALVES, E. N. et al. **Terceira idade**: Serviço social e qualidade de vida dos idosos. 2010. Monografia (Graduação em Serviço social) - Fundação Universidade do Tocantins – UNITINS.
- BARBOSA, L. **Sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.
- BARBOSA, José A. A. O idoso, a crise familiar e as instituições de longa permanência-uma análise sócio-crítica. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n.100, maio 2012.
- BORN, T; BOECHAT, NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1131-1141.
- BORN, T. **O que é uma ILPI?** Portal do envelhecimento, 29 de nov.2005.
- BORN, T. **A formação de cuidadores formais e informais**: acompanhamento e avaliação. Portal do envelhecimento, Caldas, nov. 2006.
- BORN, Tomiko. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência**. Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Tomiko Born (org.) Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, Subsecretaria de promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.
- BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.
- BRASIL. **Lei nº. 10.098**, de 19 de Dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

BRASIL. **Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo/ Agência Nacional de Saúde Suplementar – Dados eletrônicos.** – Rio de Janeiro: ANS, 2010. 44 p.

Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

_____. Lei no 10.471, de 10 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n.19).

_____. Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 dez. 1993.

BALDWIN, Frances. **Sumptuary Legislation and Personal Regulation in England.** Baltimore: Johns Hopkins Press, 1926.

BERTELLI, A; PALMEIRA, M; VELHO, O. G. **Estrutura de classes e estratificação social.** Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2006. p. 84-93.

BESTETTI, M. L.T.; CHIARELLI, T. M. Planejamento criativo em Instituições de Longa Permanência para Idosos: estudo de caso em Foz do Iguaçu-PR. *Pespectivas em Gestão e Conhecimento*, João Pessoa, v. 2, n.1, p.36-51, jan./jun. 2012.

BEAUVOIR, S. **A velhice.** As relações com o mundo. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

BEAUVOIR S. **A velhice.** 1. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

BEAUVOIR S. **A velhice.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BITTAR, M. **História da Educação:** da antiguidade à época contemporânea. São Carlos: Ed UFSCar, 2009.

BITTAR, O.J.N.V. Indicadores de qualidade e quantidade e saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001.

BOIS, Jean-Pierre. De la Vieillesse em Communauté à l'avieillesse em colectivité. Université Catholique de Louvain. Louvain, Bélgica: **Revue Génération**, nº 10-11-12, novembro 1997, pp. 6-12. Université de Nantes, Département d'Histoire.

BROH, R. A. **Managing quality for higher profits.** New York: McGraw-Hill, 1974.

BOURDIEU, P. 2007. **A Distinção:** crítica social do julgamento. São Paulo/Porto Alegre, EDUSP/Zouk.

BRASIL. **Indicadores de Saúde 2007.** Brasília: Ministério da Saúde.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v.27, n.1, p.233-235, 2010.

ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. In: CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, S; FERNANDES, D. **BRASIL ENVELHECE ANTES E PÓS-PNI.** Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p.63-106.

CAMARANO Ana Amélia; BARBOSA, Pamela. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Organizadores: Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano e Karla Cristina Giacomini. In.: **Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando?** Rio de Janeiro, 2016.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: _____. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. (p. 253-292).

CAMARGOS, M.C.S.; MACHADO, C.J.; RODRIGUES, R.N. **A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos** – 2000. Rev. Bras. Est. Pop., São Paulo, 2007, 24 (1): 37-51.

CAMPOS, Vicente Falconi. **Controle da qualidade total (no estilo japonês)**. Belo Horizonte: Bloch Editores, 1992.

CANNON, John. **A Dictionary of British History**.2004. Disponível em:<http://www.encyclopedia.com/> Acesso em:15 dez. 2015.

CARVALHO, M. C. (org.).**A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2003.

CARVALHO, M.I.L.B. Políticas Públicas para um país que envelhece. In: **Políticas de atenção às pessoas idosas na Espanha – a lei de dependência**. São Paulo: Martinari, 2012, p. 273-304.

CARVALHO, M. M. e Paladini. **Gestão da Qualidade**. São Paulo: Campus, 2012.

CAVALCANTE, Zedequias Vieira; SILVA, Mauro Luis Siqueira da. A Importância da Revolução Industrial no Mundo da Tecnologia. **VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar**. CESUMAR – Centro Universitário de Maringá. Editora CESUMAR. Maringá – Paraná – Brasil.

CERQUEIRA, M.B.R. **Envelhecimento populacional e população institucionalizada**, um estudo de caso dos asilos do município de Montes Claros. Belo Horizonte: 2003. 109p. Dissertação (Mestrado em Demografia). Universidade Federal de Minas Gerais.

CERQUEIRA, J. P. de et al. **Iniciando os conceitos de qualidade total**. Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios. São Paulo: Pioneira, 1994. Série Qualidade Brasil.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1995. 164p.

CREUTZBERG, M.; et al. A comunicação entre a família e a Instituição para Idosos. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v.10,n.2.Rio de Janeiro,2007.

CREUTZBERG, M; SANTOS B.R.L. Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, 2003, novembro-dezembro; 56 (6): 624-9.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria da Administração**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1986.

CHRISTOPHE, M.; CAMARANO, A.A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Cuidados de longa duração a pessoa idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010 (350 p).

COSTA, M.C.N.S. & MERCADANTE, E.F. O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. **Revista Kairós Gerontologia**,16(2), 209-222. Março: 2013. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

CURY, C.R.J. **Qualidade em Educação**. Nuances: estudos sobre Educação. Ano XVII, v. 17, n. 18, p. 15-31, jan./dez. 2010.

DAVIM, R.M.B; TORRES, G. V; DANTAS, S.M.M, LIMA, V.M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal (RN): características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino –em Enfermagem**, 2004, maio –junho; 12(3):100-11.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques - Saraiva, 1990.

DIAS, M.C.; BORJA, P.C.; MORAES, L.R.S. Índice de salubridade ambiental em áreas de ocupação espontânea: um estudo em Salvador – Bahia. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 9, n. 1, p. 82-92, jan./mar. 2004.

DISCHINGER, Marta; BINS ELY. Vera Helena Moro; PIARDI, Sonia. **Promovendo a acessibilidade nos edifícios públicos**: Programa de Fiscalização do Ministério Público de SantaCatarina. Florianópolis, 2009.

DOURADO, L.F.; OLIVEIRA. J.F. A Qualidade da Educação: Perspectivas e Desafios. **Cad.Cedes**, Campinas vol. 29, n. 78, p. 201-215, maio/ago. 2009.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**: the definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, v. 1, p. 163, 1980.

DORIGON, Nelci G. **EDUCAÇÃO E TRABALHO: A CONVOCAÇÃO DAS WORKHOUSES**. nº de folhas (167 f.). Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá. Orientador: José Joaquim Pereira Melo. Maringá, 2006.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**, seguido de Envelhecer e Morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ESCORSIM, Silvana Maria. A filantropia no Brasil: entre a caridade e a política de assistência social. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, Ano 8, n.86, jul. 2008.

ESCRIVÃO JR. A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 12(3):655-666, 2007.

FABRÍCIO, Tamires C. M; et al. Avaliação do caráter das organizações de consumo coletivo para idosos (as) da cidade e da região metropolitana do Recife – PE. In: **III Congresso Internacional de Envelhecimento humano - CIEh**, 2013, Campina Grande – PB. Ed. Realize, 2013.

FABRÍCIO, Tamires C. M; SARAIVA, Joseana M. Caracterização das Condições de Habitabilidade na perspectiva dos (as) usuários (as) das Instituições de Longa Permanência para Idosos (as) da Cidade e Região Metropolitana do Recife-PE. In: **COMUNICON 2015-ESPM**. São Paulo, 2015.

FARIA, L.; CALÁBRIA, W.; ALVES, W. **Envelhecimento: um olhar interdisciplinar**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 438p.

FERREIRA, A. R. S. **Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil 2000-2015**. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FILLIZOLA, M. **A velhice no Brasil**. Rio de Janeiro, CBAG: 1972.

FRANCO JÚNIOR, Hilário, **A Idade média: nascimento do ocidente**. 2. ed. rev. e ampl. - São Paulo: Brasiliense, 2001.

GARVIN, David A. **Managing quality**: The strategic and competitive edge. EUA, New York: Harvard Business School, 1992.

GENTILI, P.; SILVA, T. T. **Neoliberalismo, qualidade total e educação**: visões críticas. 2ª ed. Petrópolis, 2015.

GROINSMAN, D. **Asilos de velhos**: passado e presente. In: **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, 1999; v.2, p. 67-87.

GODOY, A. S. O estudo de caso qualitativo. p. 115-143. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (org.). 2.ed. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, 2010

IBGE. **Indicadores Sociais**. Municipais/Censo Demográfico 2010. Acesso em 8 de Fevereiro de 2015: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-11-16/numero-de-homens-supera-de-mulheres-em-cidades-brasileiras-com-ate-20-mil-habitantes>.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2011. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

IVIC, Sanja. "O Direito dos idosos na União Europeia". In: DADOS – **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 56, nº1, 2013, ISSN 1678-4588. P. 185-205.

IPEA. **Características das instituições de longa permanência para idosos**: região Nordeste. Brasília: Ipea; Presidência da República, 2008a.

JURAN, J. M.; GRZYNA, Frank M. **Controle da qualidade-handbook**. 4 ed. vol. III. São Paulo: Makron Books & McGraw-Hill, 1992.

LEE, et al., **Qualidade em prestação de serviços**. 2ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2007. 112p.

LIMA, Wanessa M. **Qualidade na Educação Infantil como meio de consumo coletivo**: discursos e práticas. Dissertação (Mestrado em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social). Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife-PE, 2016.

LIMA, Lara C. V; BUENO, Cléria M.L. Envelhecimento e Gênero: A Vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280.

LIMA, Claudia Regina Vieira. **Políticas Públicas para Idosos: a realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal. Brasília – DF**. Monografia (especialização). Curso em Legislação e Políticas públicas / Câmara dos Deputados/Centro de Formação, Treinamento e aperfeiçoamento (CEFOP), 2011.

LONGO, R.M.J. **Gestão da Qualidade**: Evolução Histórica, conceitos Básicos e Aplicação na Educação - Brasília: IPEA, 1996 (RI IPEA/CPS, n. 397 /94).

LOMBARD, Maurice. A Evolução Urbana durante a Alta Idade Média. **Revistas USP**, 1955.

MATOS, A.M.D.A; PERUFO, K.F. Envelhecimento: um olhar interdisciplinar. In.: **"O mais importante é ter saúde"**: Representações Sociais sobre envelhecimento positivo. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 438p.

MARX, Karl. **Formações Econômicas Pré- Capitalista**. 3ª ed. , Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981. p.65-112.

MARX, Karl. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. Tradução Maria Helena Barreiro Alves, 2º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia alemã**: teses sobre Feuerbach. São Paulo:

Moraes, 1984.

MAZOYER, Marcel; ROUDART, Laurence. **História das agriculturas no mundo: do neolítico à crise contemporânea** – São Paulo: Editora UNESP; Brasília, DF: NEAD, 2010.

MENDES M.R.S.S.B. **O cuidado com os pés: um processo em construção**. Dissertação. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

MILANEZE, Giovana L. S; VANZIN, Tarcsio. Acessibilidade em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com base na análise de instituições em Criciúma – SC. p. 136-147. In: **Anais do VI Encontro Nacional de Ergonomia do Ambiente Construído & VII Seminário Brasileiro de Acessibilidade Integral**, v.2 n.7. São Paulo: Blucher, 2016.

MITCHELL, H.S., RYNBERGEN, H.J., ANDERSON, L. Nutrição em geriatria. In: MITCHELL, H.S. **Nutrição**. 16.ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1978. Cap. 19: p.271-278.

MOREIRA, Marilda da Silva. Qualidade de vida: Expressões Subjetivas e Histórico – Sociais. **Sociais Serviço Social em Revista**. V.9, n.1,jul/Dez, p.1-7, 2006.

MOREIRA, Márcia, D; CALDAS, Célia P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso: Escola Anna Nery. **R. de enfermagem**, v.3, n11, p. 520-525, set. 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a19.pdf. Acessado em 20 de junho de 2014.

MONTAÑO, Carlos. Das lógicas do Estado às lógicas da sociedade civil: Estado e terceiro setor em questão. **Serviço Social e Sociedade**, n59. São Paulo, Cortez, 1999.

MORLEY JE. Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in older persons? **Geriatr Soc** 1993; 39:1139-40.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História e Evolução dos Hospitais**. Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1965.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso**. – Brasília, 2010. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12) ISBN 978-85-334-1620-8.

MOSCOVICI. S.. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro, Vozes 2003. 404p.

Neto JP, Carvalho MCB. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 4a ed. São Paulo (SP): Cortez; 1996.

NOVAES, R. H. L. **Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro**– repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos. Dissertação (Mestrado) – IMS, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

Oliveira, DEJ; Marchini, SJ. Ciências nutricionais. São Paulo-SP, Sarvier, 1998.

OLIVEIRA, L.A.P. **Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira**. IBGE - Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, n.26. Rio de Janeiro,2009.

ONU - Organização das Nações Unidas. A ONU e as pessoas idosas, 2013. Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>. Acesso em: 19 jan. 2014.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade no processo**. São Paulo: Atlas, 1995.

PEREIRA, Potyara A. P. Estado, regulação social e controle democrático. In: _____. **Política Social e Democracia**. 2 ed. São Paulo: Cortez,; Rio de Janeiro: UERJ, 2002, cap.1.p. 25-42.

PINTO, S. P. L. C.; SIMSON, O. R. M. V. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: Sumário da Legislação. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.169-174, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n1/18.pdf>. Acesso em: 24 nov. de 2015.

POLLO, SHL; ASSIS, M. Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol.11 n.1. Rio de Janeiro, 2008.

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO.Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.**Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos**.Senado Federal (BR). Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994: Brasília (DF); 1997.

QUEIROZ, G. A. **A Qualidade de vida em instituições de longa permanência para idosos: considerações a partir de um modelo alternativo de assistência** (Dissertação mestrado) – Universidade Federal de São João Del Rei, Departamento de Psicologia. 2010. 140f.; II

RAMOS, Pedro; STOREL JÚNIOR, Antonio Oswaldo. O Açúcar e as Transformações nos Regimes Alimentares. In__**Revista Cadernos de Debate**, uma publicação do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da UNICAMP- Vol. VIII, 2001, páginas 36- 54.

REZENDE, Joffre M. **Linguagem Médica: “institucionalização” do idoso**. Linguagem Médica, 3a.ed., Goiânia, AB Editora e Distribuidora de Livros Ltda, 2002.

REVISTA DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PIAUÍ. – volume 18, n.1 - Teresina: TCE-PI, 2014. INSS: 1980-7481.

RIBEIRO AP, SCHUTZ GE. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2007; 10(2): 191-201.

RIBEIRO, J.W; ROOKE, J.M.S.; **Saneamento básico e sua relação com o meio ambiente e a saúde pública**. Juiz de Fora, 2010. Monografia (Especialização em Análise Ambiental) - Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES, N. C. PNI - Retrospectiva da política nacional do idoso. **Revés do Avesso**, 14 (10/05). São Paulo: CEPE, 2005, p. 84- 90.

ROMERO, Dalia E. Variações de gênero na relação entre arranjo familiar e status de saúde dos idosos brasileiros. In: **Anais do XIII Encontro Nacional de Estudos da ABEP**. Ouro Preto – MG, 2002 .

SARAIVA, Joseana Maria. **Higiene Geral do ambiente de instituições de longa permanência para idosos**. Departamento de Ciências Domésticas- UFRPE. Manual do Curso para Profissionais de Limpeza. Recife/PE. 2002. 40p.

SARAIVA, Joseana Maria. **A logica do capital e do Estado na provisão dos meios de consumo coletivo**: uma experiência de responsabilidade social no campo da assistência à criança. Recife: Editora UFPE,2015.

SARAIVA, J. M.; LUZ, M. S. O (A) Profissional de hotelaria e empresas similares: o saber, o ser, e o saber-fazer. In.: **O/A Auxiliar de Serviços de Limpeza**. Recife: Bagaço, 2009. 360p.;II.

SANCHO CASTIELLO, T.; RODRÍGUEZ, P. Política social de atención a las personas mayores.

Gerontología Conductual, v.1, 1999.

SANCHO, M. Políticas públicas para um país que envelhece. In: _____. **Políticas de atenção às pessoas idosas na Espanha – a lei de dependência**. São Paulo: Martinari, 2012, p. 255-270.

SANTIN, Janaina Rigo; BOROWSKI, Marina Zancanaro. O idoso e o princípio constitucional da dignidade humana. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 141-153, jan./jun. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Normas para funcionamento de casas de repouso**, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. *Gerontologia*, 1(3):125-7, 1993.

SALDANHA, A.L. **Quando é preciso escolher uma instituição geriátrica**: instrumentos para avaliação da qualidade dos serviços. In: *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 28-34.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

SCHACHTER-SHALOMI, Z.; MILLER, R. S. **Mais velhos, mais sábios**: uma visão nova e profunda da arte de envelhecer. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

SILVA JÚNIOR, E. A. **Manual de controle higiênico-sanitário em alimentos**. São Paulo, SP: Livraria Varela, 1995. 394 p.

SILVA, Emília P; MAFRA, Simone C. T. **Envelhecimento no Brasil**: o retrato da diversidade. Visconde do Rio Branco: Suprema, 2015.

SILVA, C.A.; MENEZES, M.R.; SANTOS, A.C.P.O.; CARVALHO, L.S.; BARREIROS, E.X. Relacionamento de amizade na instituição asilar. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, 27 (2): 2006. 274p.

SILVA, S. S. **Estatuto do Idoso – um crítico e novo olhar sobre o idoso e os desafios a serem enfrentados**. Dissertação, 160 f., (Mestrado em Direito). Centro Universitário Eurípedes de Marília, Marília, SP, 2007.

SILVA, K.A., SILVA, M.DE F.G.DA & MURTA, N.M.G. (2013, setembro). Práticas alimentares e bem-estar de residentes de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos da cidade de Diamantina (MG). *Revista Kairós Gerontologia*, 16(3), pp. 221-236. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

SOUSA, E.C. **Avaliação antropométrica e funcional de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência no município de Teresina, PI**. Teresina: 2008. 114p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Piauí.

SOLLER, S. A. L.; REGIS FILHO G.I. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. **RAP** — Rio de Janeiro 45(3):591-610, Maio/jun. 2011

TENGAN, C. **Abordagem teórica e aplicação de um método de qualidade em serviço público odontológico**. Tese (doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2008.

TIER, C.G.; FONTANA RT, S. N.V. Refletindo sobre idosos institucionalizados. **Rev Bras. Enferm**, 2004 maio/jun.; 57(3):332-5.

TRIADÓ, C; VILLAR, F. (Org.). **Psicología de la vejez**. Madrid: Alianza Editorial, 2007.

- VALENTE, Isabel Maria Freitas. A Europa dos Cidadãos: reflexos sobre a Carta dos Direitos Fundamentais e a Iniciativa de Cidadania Europeia. In:_____. **Periódico do CIEDA e do CEIS20**. N° 7, Julho/Dezembro 2012 – semestral. ISSN 1647-6336.
- VEBLEN, Thorsteins. **A Teoria da Classe Ociosa**: um estudo econômico das instituições. 3. Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988.
- VEIGA, Márcia. Legislação da União Europeia para o Envelhecimento. In:_____. **Periódico do CIEDA e do CEIS20**. N° 11 julho/dezembro 2014. ISSN 1647-6336. P.373 -394.
- VERAS, R.; CAMARGO JR., K. R. Idosos e universidades: parceria para a qualidade de vida. In: R. Veras, R. (et al) **Terceira idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, UnATI/ UERJ, 1995, p. 11-28.
- VERAS, RP; et al. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **RevPsiq Clín**. 34(1): 5-12, 2007.
- YIN, Robert K. **Estudo de caso** – planejamento e métodos. (2Ed.). Porto Alegre: Bookman. 2001.
- VALLS, Valéria M. **O enfoque por processos da NBR ISO 9001 e sua aplicação nos serviços de informação**. Brasília, v. 33, n. 2, p. 172-178, maio/ago. 2004.
- VALENZUELA, M.T. Indicadores de salud: características, uso y exemplos. **Ciência & Trabajo**, Providência, año7, n. 17, p. 118-122, jul./set. 2005.
- VEYRET, Y. (Org.) Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente. São Paulo: Contexto, 2007.
- VEYRET, Y.; MESCHINET DE RICHEMOND, N. O risco, os riscos. In: VEYRET, Y. (Org.) Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente. São Paulo: Contexto, 2007. p. 23-79
- VIEIRA, M. M. F. et al. Indicadores de qualidade na administração municipal: um estudo exploratório na prefeitura da cidade de Recife. **RAC**, v. 4, n. 1, p. 69-91, jan./abr. 2000.
- WOOD JR, T.; URDAN, F.T. Gerenciamento da qualidade total: uma revisão crítica. **Revista de administração de empresas**. São Paulo, v.34, n. 6, p. 46 - 59, nov. -dez. 1994.
- WENCK, D.A., BAREN, M., DEWAN, S.P. **Nutrition**: the challeng of being well nourished. 2.ed. New Jersey : [s.n.], 1983. Chapter 17: p.399-409.

Quadro 1 – Resumo da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005 a respeito dos tópicos abordados no presente estudo.

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005.		
OBJETIVO	ABRANGÊNCIA	DEFINIÇÃO
Estabelecer o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIS.	Esta norma é aplicável a toda instituição de longa permanência para idosos, governamental ou não governamental, destinada à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar.	ILPIS - Instituições de Longa Permanência para Idosos - instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.
CONDIÇÕES GERAIS		
Em relação aos direitos humanos da pessoa idosa		
4.2 - A instituição deve propiciar o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes.	4.3.7 - Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;	4.7.3 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido na Lei Federal 10.098/00.
Em relação às condições de habitabilidade (higiene, salubridade e segurança) e acessibilidade		
4.7.4 - Quando o terreno da Instituição de Longa Permanência para idosos apresentar desníveis, deve ser dotado de rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes.	4.7.6.1 - Acesso externo - devem ser previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço.	4.7.6.2 - Pisos externos e internos (inclusive de rampas e escadas) - devem ser de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante.
4.7.6.3 - Rampas e Escadas - devem ser	4.7.6.4 - Circulações internas - as	

<p>executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT, observadas as exigências de corrimão e sinalização.</p>	<p>circulações principais devem ter largura mínima de 1,00m e as secundárias podem ter largura mínima de 0,80 m; contando com luz de vigília permanente.</p>	
<p>PROCESSOS OPERACIONAIS</p>		
<p>5.1.2 - As atividades das Instituições de Longa Permanência para idosos devem ser planejadas em parceria e com a participação efetiva dos idosos, respeitando as demandas do grupo e aspectos socioculturais do idoso e da região onde estão inseridos.</p>	<p>5.2.2.3 - prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção;</p>	<p>5.3.1 A Instituição deve garantir aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias.</p>



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DOMÉSTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM CONSUMO,
COTIDIANO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL**



FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

BLOCO I

**CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA, DEMOGRÁFICA, CULTURAL E RELIGIOSO
DO/A IDOSO/A**

Nome _____
 Idade _____
 Sexo: M() F()
 Estado Civil: ()Solteiro(a) ()Casado(a) ()Divorciado(a) ()Viúvo(a);
 Tem Filhos? () Sim, Quantos? _____ () Não;
 Grau de Instrução: () Não é alfabetizado () Alfabetizado; () Ensino Fundamental
 Ensino Médio () Ensino Superior () Pós-Graduação ()
 Profissão: _____
 Trabalha? () Sim. Onde? _____ () Não;
 Trabalhou? () Sim. Onde? _____ () Não;
 Tem renda? () Sim. Qual valor? _____ De onde provém? _____
 () Não;
 Quem administra sua renda? _____
 Você tem religião? Sim () Não _____ Qual? _____

BLOCO II

MOTIVOS QUE LEVARAM OS IDOSOS A RESIDIREM NAS ILPIS

1. Porque veio residir na instituição?
2. Para você a ILPI é um local apropriado para receber visitas?

BLOCO III

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS (AS) IDOSOS (AS) SOBRE QUALIDADE

1. Você já ouviu falar no termo qualidade? Sim () Não (). Se Sim, o que é?
2. Para você qualidade se justifica como importante? Sim () Não () Porque?
3. Você já ouviu falar sobre qualidade de produtos? () Sim () Não; Se Sim, o que significa?
4. Você já ouviu falar sobre qualidade de serviços? () Sim. () Não; Se Sim, o que significa?

BLOCO IV**CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES QUE AFETAM O PADRÃO DE QUALIDADE DOS PRODUTOS E DOS SERVIÇOS NAS ILPIS**

- 1.Com a sua institucionalização, como você ver a preservação dos vínculos familiares?
2. Como você ver a preservação dos vínculos familiares?
- 3.Em sua opinião a instituição é um ambiente apropriado para recebimento de visitas? Sim()Não(). Por quê? Se Não, o que falta?
- 4.Na instituição existem atividades que estimulam a autonomia do/a idoso/a? Sim () Não (). Se Sim, quais atividades?
- 5.Para você essas atividades interferem na sua vida de forma? Por quê?

BLOCO V**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS /AS IDOSOS/AS SOBRE FATORES RELACIONADOS À INFRAESTRUTURA FÍSICA DA ORGANIZAÇÃO QUE PODEM AFETAR A O PADRÃO DE QUALIDADE DOS PRODUTOS E DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS ILPIS**

- 1.Como você ver na instituição as instalações físicas em relação habitabilidade (higiene,salubridade, segurança)?
- 2.Como você analisa as instalações físicas no sentido de facilitar sua locomoção dentro instituição?
- 3.Como você analisa o acesso a água na instituição no sentido atender suas necessidades?
- 4.Como você analisa as instalações elétricas na instituição no sentido de atender suas necessidades?
- 5.Como você analisa as instalações de proteção e combate a incêndio na instituição tendo em vista a sua segurança?
- 6.Como você analisa as instalações de telefonia na instituição tendo em vista facilitar sua comunicação?
- 7.Como você analisa as condições de ventilação nos vários locais da instituição?

BLOCO VI**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS/AS EM RELAÇÃO AOS ASPECTOS RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO QUE PODEM AFETAR O PADRÃO DE QUALIDADE DOS PRODUTOS E DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS ILPIS**

- 1.Como você avalia a alimentação oferecida pela instituição?(respeita os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias, cardápios diários).



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DOMÉSTICAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DO CONSUMO, COTIDIANO E
DESENVOLVIMENTO SOCIAL



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Convidamos o/a Sr/a. para participar da pesquisa “**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS/AS USUÁRIOS/AS DE ILPES ACERCA DOS FATORES QUE AFETAM A QUALIDADE DO CONSUMO COLETIVO DE PRODUTOS E DE SERVIÇOS**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Tamires Carolina Marques Fabrício**, a qual pretende analisar e compreender os fatores que podem afetar a produção de bens (produtos) e a prestação de serviços em ILPIs.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista com utilização de recurso de gravação de áudio, a ser transcrito quando da análise dos dados coletados.

A participação na pesquisa não incide em riscos de qualquer espécie para os respondentes. Se você aceitar participar estará contribuindo com a melhoria da relação de cuidados com o idoso (a), com a qualidade na prestação de produtos e de serviços, o que resultará em melhores condições de saúde, bem-estar social e qualidade de vida para os (as) usuários (as) dessas instituições.

Se depois de consentir em sua participação o/a Sr/a. desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. O/a Sr/a. não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no endereço: Universidade Federal Rural de Pernambuco-UFRPE. Rua Dom Manoel de Medeiros, s/n, Dois Irmãos – CEP: 52171-090-Recife/PE pelo telefone (81) 3320.6534.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado/a sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não serei remunerado/a por minhas contribuições e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada uma de nós.

Assinatura do/a participante

Assinatura da pesquisadora

Local _____

Data: ___ / ___ / ___