



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA**

**KARIM REGINA DE BARROS**

São Paulo

2021



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA

## **SUBJETIVIDADES DE ALGUNS VELHOS INSTITUCIONALIZADOS, REGIDOS PELA NORMATIZAÇÃO**

Trabalho final de Defesa de Dissertação apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, inserido na área de concentração Gerontologia Social, linha de pesquisa Processo Político-Institucional e Práticas Sociais, do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, vinculado à FACHS, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, da PUC-SP, sob a orientação da Professora Doutora Flaminia Manzano Moreira Lodovici.

São Paulo

2021

**Banca Examinadora**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Monique Borba Cerqueira  
(Núcleo de Práticas e Políticas de Saúde  
Instituto de Saúde, SES/SP)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Beltrina Côrte  
(Gerontologia, PUC-SP)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flamínia Manzano Moreira Lodovici  
(Gerontologia, PUC-SP, Orientadora)

## DEDICATÓRIA

Aos meus velhos...

## **AGRADECIMENTO**

Agradecimento especial à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), fundação vinculada ao Ministério da Educação (MEC), pela bolsa concedida durante o curso, possibilitando maior dedicação a este.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que orienta meus passos e me permite ser sempre o meu melhor.

À minha mãe, responsável por toda essa trajetória, que fez por mim agora o que eu não pude fazer enquanto realizava meu mestrado.

A meu pai, que me ensinou a ter coragem, saudade eterna.

À filha, Fernanda, por me dar força e incentivo, orgulho e sentido para minha vida.

Ao meu doce amor, Antonella, por trazer-me a luz e a alegria da avosidade.

A meu irmão Tato, não estaremos velhos juntos...o meu eterno amor.

A meus irmãos Katia e Renato, pelo apoio sempre.

À minha amiga Tata por mostrar-me possível essa realização.

À minha orientadora, Profa. Dra. Fláminia Manzano Moreira Lodovici, que me transmitiu seus conhecimentos com muita competência e dedicação e, a um só tempo, com humildade, delicadeza e amor.

Aos membros da Banca de Qualificação e Defesa, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Monique Borba Cerqueira e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Beltrina Côrte, que aceitaram com muita boa-vontade participar das Bancas e que, certamente, têm grande mérito no avanço desta investigação, com seus comentários, sugestões, recomendações, de tão grande valia.

Aos Professores do Programa de Gerontologia da PUC-SP, que apresentaram conteúdos valiosos em suas disciplinas, me fazendo aprender, refletir e aplicar melhores práticas com os idosos.

Aos colegas do Programa de Gerontologia da PUC-SP, que estiveram comigo em todos os momentos do curso e junto aos quais fui muito feliz.

Ao Rafael Quini Arbeche, secretário do Programa de Gerontologia da PUC-SP, que nos assessorou durante todo o tempo com disponibilidade e atenção.

**SUBJETIVIDADES DE ALGUNS VELHOS INSTITUCIONALIZADOS,  
REGIDOS PELA NORMATIZAÇÃO**

<b>SUMÁRIO</b>	Págs.
Resumo	08
Abstract	09
1. Palavras iniciais	10
2. Introdução/Justificativa	17
2.1. Problematização/Questões de Pesquisa/Hipóteses	22
2.2. Caracterização do estudo / a pesquisa narrativa	25
3. Método	31
3.1. A narrativa como possibilidade de abordagem para a pesquisa na Gerontologia	33
4. Narrativas acerca de alguns sujeitos da pesquisa – uma interpretação operacional com recurso à experiência de vida	37
1ª) Dona Carmen, esposa do Sr. Manoel	38
2ª) A Professora: Dona Yolanda	55
3ª) Ignês, “ <i>com g mudo</i> ”	69
4ª) O amigo “maluco beleza”	75
5. Considerações finais	81
6. Referências bibliográficas	84
7. Anexos 1 e 2	92

## RESUMO

BARROS, Karim Regina de (2019). Percepção das subjetividades de alguns velhos institucionalizados, regidos pela normatização. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, São Paulo, 2021.

Este trabalho objetiva privilegiar as subjetividades diversas de velhos institucionalizados e regidos equitativamente conforme à normatização pelo Estado, de uma ILPI, fazendo-se uso de narrativas. Tentar explicar, à luz da fundamentação teórica da Gerontologia, em interface a outras áreas do conhecimento, os movimentos, as mudanças manifestas em cada idoso, no decorrer do período aqui observado de suas vidas. Como objetivos específicos, selecionar e tentar discutir os aspectos mais salientes da narrativa sobre algumas das circunstâncias da vida dos velhos aqui presentes, institucionalizados em uma ILPI. Também apresentar o cenário dessa ILPI em termos de como se verifica a aproximação institucional dos familiares de idosos, de como é o cotidiano dessa ILPI, de como são seus procedimentos rotineiros etc. Além disso, comentar a normatização que rege uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. Em seguida, confrontar as histórias em que sentimentos diversos emergem implicados com a normatização. Por fim, a partir dos resultados apurados da observação, narração e interpretação das ações de tais pessoas institucionalizadas, contribuir de alguma forma para os conhecimentos da sociedade, a respeito da vivência em uma Residência particular para idosos.

**Palavras-chave:** Instituição de Longa Permanência para idosos; Subjetividades; Resoluções normativas; Histórias de vida.

## ABSTRACT

BARROS, Karim Regina de (2019). Perception of the subjectivities of some institutionalized old people, governed by standardization. Thesis (Master's degree). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, São Paulo, 2021.

This work aims to privilege the diverse subjectivities of institutionalized old people and governed equitably according to the normatization by the State, of an ILPI, making use of narratives. Trying to explain, in the light of the theoretical foundation of Gerontology, in interface with other areas of knowledge, the movements, the changes manifested in each elderly person, during the period observed here in their lives. As specific objectives, select and try to discuss the most salient aspects of the narrative of some of the circumstances of the lives of the elderly present here, institutionalized in an LTCF. Also present the scenario of this LTCF in terms of how the elderly family members approach her, how her daily life is, how her routine procedures are, etc. In addition, comment on the regulations that govern a LongTerm Care Institution for the Elderly. Then, confront the stories in which different feelings emerge involved with the normatization. Finally, based on the results obtained from observation, narration and interpretation of the actions of such institutionalized people, to contribute in some way to the knowledge of society, regarding the experience in a private residence for the elderly.

**Keywords:** Long Term Institution for the elderly; Subjectivities; Normative resolutions; Life stories.

## 1. Palavras iniciais

### ***A Pergunta...***

Interessante escrever a história que, por tantas vezes, contei e conto, quando me perguntam sobre meu trabalho; aliás, trabalho em que raramente encontro pessoas que o exerçam.

Somente as encontrei em reuniões específicas, e que dificilmente estavam em consonância com meus questionamentos, embora na afinidade da rotina, mas completamente discordantes de meus desejos, anseios e dúvidas. Ainda me sinto dentro de um contexto que, quando me encontro com quem ali está, vejo-o do lado de fora ou me vejo do lado de fora.

É verdade que você trabalha em um Asilo? Como você escolheu trabalhar com idosos? – e diversas outras perguntas são alvo do início de conversa sobre esse trabalho estranho em que atuo, bizarro até, quando vejo a expressão de curiosidade e espanto. Rindo, respondo: *“Foi uma peça que minha mãe me pregou!”*.

Filha de pais muito carinhosos, minha casa era festiva e alegre, minha mãe cantava lindamente, enquanto meu pai dançava e se derretia por ela, mulher forte e determinada. Cuidadosa com a família e a casa, ensinava-nos a ficarmos quietinhos quando o papai chegava cansado do trabalho de policial civil. Ajoelhada, rezava por horas em longas noites quando ele saía para o trabalho.

Lembro-me de que minha mãe nos levava à casa da minha bisavó materna, chamada de Vó Rita, que também a criou e por quem ela tinha enorme amor. Na ida, passávamos no mercado para comprar os pães para o café. Minha bisá, a Vó Rita era neta de índios, parteira e benzedeira; seu quarto era cheio de imagens de santos, em cima da cômoda, e a casa tinha cheiro de arruda; às vezes chegávamos, e as orações já tinham começado; meu bisavô na cabeceira da mesa e minha bisavó ao lado, enquanto meus tios assentavam-se em outras cadeiras.

A toalha de renda branca e o copo de água, com luz das velas, traziam sempre o conforto daquele momento; eu e minha irmã corríamos para a cozinha onde comíamos pão

com açúcar, coisa que nunca fazíamos em casa; só comíamos pão com açúcar na casa da Vó Rita!

Quando as orações terminavam, ela vinha nos abençoando e rindo, passava as mãos nos meus cabelos e dizia o quanto eu parecia uma índia. Adorava brincar com aquela mão enrugada, puxava sua pele e me divertia porque a pele esticava. Meu bisavô sempre de chapéu, invariavelmente sentado na varanda em sua cadeira de balanço, enquanto descascava o fumo do cigarro, voz rouca, olhos verdes e semblante sereno.

Mãezoca era minha avó materna, apelido esse que ela ganhou do meu irmão mais velho; nunca aprendemos a chamá-la de vó; era no meio das suas pernas que eu rodava, enquanto ela me protegia da braveza da minha mãe. Era, nas suas rezas e benzeduras, que me dava conforto devido às dores de barriga e da garganta inflamada. Era meu porto seguro; tudo ficava mais confortável nos dias que ela passava em casa, e eu escondia sua bolsa quando percebia a intenção de ela ir embora. E ela achava graça disso, claro que gostava...

Passando as mãos pelas paredes da casa, minha mãe falava alto, afirmativa e determinada: *“Vamos trabalhar com idosos em uma casa de repouso!”* Papai faleceu e deixou uma casa térrea, jardim na frente, corredor comprido e com muitos quartos, casa em que morávamos anteriormente, todos juntos, e que agora estava vazia, tendo ficado à venda, mas nada de compradores e repetidamente minha mãe continuava a dizer: *“Vamos trabalhar com uma casa de repouso!”*. E eu sempre respondia: *“Mãe, você é louca! Tem ideia do que seja cuidar de velhos? Deus me livre! Você tá ficando maluca!”*. Com a expressão de quem iria aprontar algo, ela ria sorrateiramente e falava: *“Ah! Karim Regina, você verá!”*.

Numa tarde, enquanto montava as bijuterias produzidas para venda na minha barraca da feira de artesanato, trabalho de que eu muito gostava, e expressava total liberdade na criação das peças e na execução das vendas sem grande compromisso; afinal, expressava um pouco da minha rebeldia: era avessa aos compromissos rígidos, e a tudo que representava ser impositivo. A campainha tocou, era minha mãe com uma pasta em mãos, explicando que, havia levado ao contador os documentos necessários para abertura da nova empresa; e era exatamente o que ela havia dito por vezes: uma casa de repouso naquele momento se criava em uma atitude que eu considerava um tanto maluca, por parte de minha mãe!

*“Nem pensar! Nem pensar!”*, repeti. *Me recuso participar e te apoiar dessa loucura e outra coisa, nem de velho eu gosto!”*. Minha mãe achava graça da minha resistência a lidar com velhos.

Três meses se passaram, aí minha mãe animada me telefona, dizendo que, no dia seguinte, logo pela manhã, estaria chegando a primeira cliente, uma senhora de 85 anos e que tinha uma doença que ela nunca ouvira falar: uma tal de Alz..., sem saber o nome, curiosa, ela me perguntou que doença seria essa?

Sentada para não cair, perplexa com a coragem dela em insistir nessa ideia maluca, expliquei o tamanho do problema que estaria nos chegando, e questionei sobre o absurdo do trabalho que estava disposta a fazer, extremamente crítica e radicalmente contra minha mãe manter e levar adiante esse projeto. Aconselhei-a de que deveria desistir; afinal, não era uma ideia nada boa, e ela insistia em realizá-la.

Nunca tive absolutamente problemas para dormir; muito pelo contrário, em casa, todos riam e diziam que era só eu encostar que já adormecia. Filmes?, raros foram aos que assisti até o final. Nesse dia, a noite passava e eu virava de um lado para o outro; simplesmente eu não conseguia parar de pensar como minha mãe teria tamanha coragem!? - pensava nas medicações controladas, na responsabilidade imensa dessa proposta. Pensava e pensava.

Eu havia feito um curso técnico de radiologia; no conteúdo de disciplinas havia cuidados aplicados de enfermagem, no estágio realizado em ambiente hospitalar. Por ter uma noção minimamente básica do manuseio das medicações e de questões legais e éticas envolvidas no processo do cuidado, tudo ficava revolvendo na minha cabeça, e a noite passava, e eu não dormia.

Começava a amanhecer, e eu estava decidida; precisava ver de perto como seria a chegada da idosa; preocupada, meu pensamento era um só naquela hora: a idosa. Às sete horas da manhã cheguei à casa; uma placa enorme com meu sobrenome, adaptada com barras de apoio, e muitas plantas, senti o carinho da minha mãe ali, que sorriu, feliz e surpresa com minha chegada.

Ansiosa e preocupada, eu disse que iria somente explicar sobre como deveria administrar os medicamentos e que logo iria embora; afinal, eu tinha deixado bem claro que

não me envolveria com aquele trabalho. Achei adequado vestir meu jaleco para atender a primeira cliente que chegaria logo.

Lindos olhos azuis e cabelos brancos como algodão, e a senhora desce do carro em frente ao portão, amparada pelo genro e filha; andava rápido em pequenos passos e quando a trouxeram na minha direção, ela sorriu, pegou na minha mão e absolutamente nenhuma palavra conseguia esboçar, mas seu sorriso esperto e levado foi encantador. Quanta fragilidade vi naquelas mãos enrugadas, naquele corpo pequeno e magro; percebi no seu olhar que não parecia estar ali; a cada passo queria um destino sem tê-lo, sem posse de si mesma, uma vontade de não sei o quê.

Foi muito forte em mim aquela presença fragilizada que nela observei uma fraqueza cheia de grandeza, sua história, sua vida, tudo estava com ela, guardada, e nada poderia dela se desapropriar. Esses pensamentos aconteceram rapidamente, como se estivessem intrínsecos e óbvios naquele mergulho em que eu me envolvera.

A filha e o genro eram muito simpáticos e claramente estavam exaustos; relataram a dura e cansativa rotina dos cuidados; aposentados, tinham tempo disponível e se propuseram a assumir tudo o que fosse necessário para uma vida confortável a ela. Mas estavam adoecendo, não dormiam; o esforço físico para o banho e a troca de fraldas iniciaram-se com problemas dolorosos de coluna. Preocupados em deixá-la aos cuidados de outras pessoas, a institucionalização era completamente fora de possibilidade, até que, em consulta médica, isso foi proposto e assim chegaram a nossa *Barros Residência para Idosos*.

Naquele dia, não me preocupei em explicar como deveriam ser administrados os medicamentos e como seriam os cuidados; eu mesma teria que fazê-lo; minha cabeça, cheia de pensamentos, deparava com sentimentos que antes nunca havia sentido; ao olhar aquele casal indo embora, me passou em mãos e confiança o que lhes era precioso; aquela mulher, emocionada, com olhos embargados e profundos, apertou minhas mãos e, como que suplicante, me dizia para que cuidasse bem de sua mãe.

Dei comida na boca da senhora, troquei suas fraldas, fiz seu banho e cuidei a cada passo o que me foi confiado; o dia passou, a noite chegou. A “minha” idosa adormeceu.

A auxiliar de enfermagem do noturno chegou, garantindo que tudo ficaria bem, garantia nada garantida para mim. Não conseguia ir embora; muito tarde da noite, foi

quando resolvi ir para casa. No dia seguinte logo cedo, estava eu lá, e no outro dia, e em outros.

Era a responsabilidade e a vontade que meus dias fossem ali passados, mas uma certa leveza fazia parte da dinâmica e do aprendizado que preenchia esses dias e, ao mesmo tempo, abria espaço para a ânsia de saber e aprender sobre aquela “nova forma de viver”. A minha nova forma de viver. Viver a velhice, viver a demência, viver a dependência. Um novo mundo velho fazendo parte da minha vida; não haveria de ser como antes, simplesmente não haveria.

Um ano se passou e muito trabalho acontecia; numa tarde enquanto eu organizava o trabalho, minha mãe senta na minha frente e diz: *“Esse trabalho é seu, filha, é pra você, é de você!”*. E assim foi que passei a cuidar de idosos.

Cursar a graduação de enfermagem fora uma tentativa que, alguns anos antes, não me deu certo; cheguei a iniciar o curso; porém, devido a motivo de força maior não aconteceu. Mas sempre soube que a enfermagem, “a arte do cuidar”, era para a mim destinada.

Tenho um amigo médico, engraçado e querido, que trabalhava no pronto-socorro ao lado da padaria da minha família; ele sabia o quanto eu adorava assistir às suturas e às intercorrências da emergência; permitia que eu ficasse por lá horas e horas, olhando, e ele repetia: *“Você será excelente enfermeira!”*. Eu acalmava os pacientes e buscava lençóis para cobri-los; eram momentos que enchiam meu coração de alegria e prazer; sentia que era eu essencial naquele momento; dar as mãos e esquentar as que estavam frias de medo.

Entre muito trabalho, a necessidade de aprimoramento e a enfermagem, enfim, aconteceu! Tudo se encaixaria perfeitamente, atender os protocolos, conhecimento técnico-científico para o cuidado adequado.

Sempre achei muito estranho que embora os órgãos fiscalizadores como: Vigilância Sanitária, Conselho Municipal do idoso, dentro das normativas relacionadas para melhor aprimoramento do funcionamento da instituição, fossem cobranças de adequações prediais, protocolos a serem atendidos, papeladas, documentos, inscrições em diversos conselhos, com infinda burocracia irritante e me trazia questões como - Será tudo isso suficiente e atingível para dignidade ou simplesmente viver uma velhice? Institucionalizada?

Velhice não velha, mas repleta de novas formas formais para que pudesse ser aplicada e vivida.

Eu questionava se ofereceriam cursos, palestras ou atualizações específicas para melhorar o atendimento aos idosos; eu me referia à outra maneira com que esses órgãos poderiam colaborar, e não somente cobrar, fiscalizar e aplicar multas.

A Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) é uma prestadora de serviços e, como tal, pode e deve atender às normas, porém não são estas que garantem a continuação de moradia ou uma nova forma de conviver, moldada no respeito ao velho e sua história.

Não há garantia, por algum momento sequer, que realmente possa dar continuidade a essas histórias, uma vez que minha percepção, ao longo desses 17 anos, sendo enfermeira de uma ILPI, atender os protocolos estabelecidos em nada consegue atingir o nível mais íntimo dos anseios e propósitos reais de uma vida... de várias vidas. Uma vida num outro viver.

Senti sempre o estigma e o preconceito, desde o início, a cada atendimento; o familiar vem à instituição, carregando o fardo da culpa, justificando para si mesmo sobre a necessidade da institucionalização de seu idoso e de mãos dadas com o receio e a discriminação de outros olhares. Momento extremamente desgastante, um abortar de culpa, querendo o alívio de uma rotina, por muitas vezes, pesada, cheia de tentativas fracassadas de manter seu velho sob o seio familiar e onde não mais o consegue aconchegar.

Muitas dúvidas vêm dessa decisão: a culpa que envolve todo esse processo, a instituição estigmatizada, o desafio de instituição enquanto residência. Esse lugar em que ninguém quer estar, que não se gosta de entrar, e só se enxerga quando em última opção. Afinal, é lugar de velhos gementes e incoerentes, com fraldas, demências e dependências, e isso dói; evitamos dores, na verdade.

E, assim, me tornei uma acolhedora de uma culpa que alivia, acolhedora de um preconceito que aponta para dentro, de uma residência que é a instituição, e daquilo que não se quer. Trabalhar em um lugar que se tornou meu lugar, lugar esse que tem o peso do pesar. É ali o nosso estar, o meu e o dos meus velhos.

Preocupada, pois, com meus velhos é que me interessei por me aprofundar nos estudos sobre o processo de envelhecimento, sobre a velhice. Assim, candidatei-me para o ingresso no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, da PUC-SP. O melhor caminho que eu poderia seguir para me aperfeiçoar especialmente quanto às questões do cuidado à pessoa idosa, especialmente aquelas com doenças crônico-degenerativas de longa duração, e que tanto necessitam de cuidados, na verdade.

## 2 Introdução / Justificativa

A tarefa a que este estudo se propõe não se deixa enquadrar na área da Gerontologia sem que alguns apontamentos de início sejam feitos. Esta tão sensível área acadêmica vem se dedicando ao acolhimento e à escuta da voz do idoso, familiares, cuidadores, seja por meio de queixas, demandas, ou poesias, numa tentativa de não deixar perder esses dizeres que na oralidade, por sua natureza alada, correria, como se poderia imaginar, o risco de apagar-se para sempre.

Acontece que a natureza da oralidade é bem outra, conforme vai nos ensinando a Gerontologia, para o caso de quem se sente vocacionado, até por força do destino, mas agora por gosto no caso desta mestranda, em abrir espaços em sua vida para a observação das subjetividades de velhos - que querem falar, ora por meio de palavras, ora gestos ou movimentos e ruídos inesperados, ora em seu silêncio.

A oralidade que faz das palavras - longe de plumas que voam ao acaso sem destino ou razão -, mas, sim, borboletas que buscam, em seu leve voo, a nutrição para sua vida e para a vida de quem as observa na beleza de seus movimentos e cores. A oralidade que nos põe em confronto com o que nos é estranho, desconhecido, novo, tal qual os dizeres dos velhos aqui descritos, narrados, interpretados.

Neste estudo se mostra um pouco do que foi ouvido ou sentido e também, naqueles momentos de escuta, um pouco anotado - um material de oralidade que se perderia se não houvesse uma tentativa de pôr no papel o acompanhamento de alguns dos processos de subjetividades manifestos por algumas pessoas idosas em situação de moradia distanciada de seus familiares, mas recebendo o tratamento necessário à sua condição física ou psíquica daquele momento.

Realizam-se também, neste estudo, comentários, explicações, de caráter gerontológico sobre algumas narrativas orais de velhos, descritivamente registradas do modo que foi possível para evitar a perda, mas que atendeu a orientação de um método, inspirado pela Antropologia, a área do conhecimento que busca, nos cuidados com a cientificidade de uma pesquisa qualitativa, a valorização das técnicas de trabalho de campo, tão adequadas às pesquisas quantitativas.

Assim, para o registro imediato e constante das manifestações orais, o emprego de um diário de campo - pessoal, intransferível, segundo Minayo (1993). E seguindo o recomendado pela autora, sobre seu diário de campo, esta mestranda debruçou-se no sentido de incluir detalhamentos que, em seu somatório, poderiam congregiar diferentes momentos da pretendida pesquisa. E continuando a orientação de Minayo, esforcei-me para que, quanto mais rico em anotações estivesse esse meu diário, maior seria seu auxílio para a descrição e análise do objeto de estudo a que me propus; vendo esse trabalho de campo como, de fato, o fruto de um momento relacional e prático, que ia me mostrando que as inquietações que me levavam ao desenvolvimento de uma pesquisa nasciam justamente no universo de meu cotidiano profissional.

Esta mestranda, por passar a co-habitar territórios existenciais diversos de seus velhos, sentiu-se compelida, recebendo manifestações de subjetividades tão diversas de seus velhos, a não deixar que se perdessem... era preciso cartografá-las (cartografar no sentido etimológico do termo: < gr. *Khártes*=papel + *gráphein*=escrever, desenhar). Como dizer depois, a partir dessa vivência existencial, sobre as manifestações ouvidas de seus velhos?

Mas também seria preciso cartografar sobre o que havia de dados demográficos já descritos sobre o envelhecimento. Assim, me dei conta de que se pode atestar que a população brasileira manteve, nos últimos anos, a despeito das perdas pela pandemia pelo Coronavírus, desde março de 2020, a tendência manifesta mundialmente de envelhecimento, de ganho de 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017.<sup>1</sup> Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões dos novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil, conforme aponta a Projeção da População do IBGE atualizada em 2018.

Camarano e Kanso (2010) apontaram as projeções do contínuo crescimento do segmento populacional idoso, e do muito idoso, ambos beneficiados pela redução da mortalidade, mas em especial estes últimos com idade superior a 80 anos e que devem merecer um outro estatuto, o dos “superidosos”, e serem considerados como a “a prioridade da prioridade” (CAMARANO, 2018). Dados esses que podem sugerir uma real possibilidade

---

<sup>1</sup> Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (CAMARANO; KANSO, 2010).

de aumento desses indicadores acompanhados de melhor condição de saúde, a par, todavia, da tendência a idosos que manifestam perda de autonomia e independência para as atividades cotidianas.

Não sem razão, Camarano sublinha que o desafio para o futuro, e a que se deve atentar, será considerar as *especificidades* daqueles que se situam dentro da ampla faixa populacional que inclui o idoso (CAMARANO, 2018). Especificidades que variam, de acordo com a faixa etária longeva e com as condições de vida de cada pessoa, e a que os membros de uma família, por exemplo, precisarão pôr-se a par para o caso de terem que cuidar adequadamente de seus *idosos de casa*. Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) tornam clara essa realidade de prestação de cuidados pelas famílias: 78,8% de idosos brasileiros com mais de 60 anos recebem cuidados não-remunerados de um familiar (residente ou não no mesmo domicílio), enquanto 17,8% dos idosos recebem cuidados remunerados de alguém (familiar ou não familiar). E em se tratando de núcleo familiar, não restam dúvidas de que o crescimento populacional em idade mais avançada, a queda de fecundidade, a entrada da mulher no mercado de trabalho, os novos padrões de convivência apresentados na vida contemporânea, impactaram diretamente na transformação das famílias.

Mudanças que incidiram especialmente quanto à questão de prestar cuidado a idosos em condição de fragilidade ou de dependência, com perda de capacidade funcional e que demandam assistência; para além das particulares a cada caso, são as mais comuns, as das Atividades de Vida Diária (AVDs) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs).

No Brasil, segundo a PNS (2013), 6,8% das pessoas de 60 anos ou mais de idade apresentam limitação funcional<sup>2</sup> para realizar suas AVDs, necessitando de ajuda para realizá-las, ou seja, ao comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa de um cômodo para outro no mesmo andar, e deitar-se. Às AIVDs, de acordo com a PNS (2013), 17,3% dos idosos, com até 75 anos, com a proporção aumentando para 39,2% àqueles com 75 e mais anos, apresentam outras limitações funcionais, sentindo dificuldades para, sozinhos, fazer compras (de alimentos, roupas, medicamentos, dentre outros), administrar

---

<sup>2</sup> Como limitação funcional de um idoso, foi considerada a condição de ele não conseguir, ou ter grande dificuldade para realizar uma das nomeadas Atividades de Vida Diária (AVDs) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs).

as finanças, tomar medicamentos, utilizar meios de transporte (ônibus, metrô, táxi, carro), usar o telefone, realizar atividades domésticas.

Os fatores que ocasionam a necessidade de cuidados de longa duração, a patologias que incidem de maneira traumática e desordenada, provocam desarranjos às famílias, demandando de seus membros uma dinâmica de comprometimento, organização e disponibilidade de cuidados adequados, quando, muitas vezes, nem condições, as mais elementares, muitas famílias, em domicílio, não têm para oferecer a seus entes próximos. Acresce-se, ainda, que reconhecer alternativas outras, ou possibilidades de cuidados formais a esses idosos, diante de tais contextos, é lidar com emoções, conflitos e sentimentos de culpa em que reverbera a cultura associada ao abandono, ao fechamento em si mesmo do idoso, e aos maus-tratos ligados às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), comumente nomeadas de asilos.

Tal faceta negativa foi exposta por Debert (1999, p. 99) em termos muito fortes: “O asilo como a concreção dramática da solidão e do desprezo a que os velhos são relegados na nossa sociedade: ‘verdadeiros desertos de solidão’, diz Elias (1987), em seu livro sobre os velhos e moribundos (...)”.

Tal imagem negativa e a desconfortável ideia diante da possibilidade de institucionalização de um familiar, contribuem, na maioria das vezes, para o surgimento de desacordos familiares, o que pode impactar a qualidade da vida dos envolvidos em um tal processo, dificultando a resolutividade da provisão dos cuidados. Para Camarano *et al.* (2010, p. 20), “de modo geral, esta oferta, pública ou privada, visa a substituir ou amenizar o trabalho realizado pelas famílias, que, muitas vezes, ocorre em condições precárias e de conflito”.

A despeito dos estereótipos depreciativos que projetam a crença de que os idosos institucionalizados vivem expostos ao desamparo, ao isolamento, à despersonalização (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010; LEMOS; MEDEIROS, 2017), as instituições asilares são os locais mais antigos e sucessivamente replicados como alternativa de cuidado às pessoas idosas, dependentes ou não. Mas, justamente para afastar tal imagem estigmatizadora cristalizada na sociedade, eles passaram a ser nomeados oficialmente como Instituições de Longa Permanência para Idosos, e definidos em sentido positivo nos termos da ANVISA (2005): “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 condição de liberdade, dignidade e cidadania”.

A partir desse momento, segundo Camarano *et al.* (2010), além de definições mais adequadas, foram instituídas as normas gerais para a administração, funcionamento, delimitações físicas e recursos humanos dessa modalidade de instituição, com esses autores fazendo o levantamento desde a primeira tentativa de normatização, das quatro portarias de regulamentação das ILPIs no Brasil, e em vigência atual, e a que comentaram de modo detalhado:

A fiscalização das ILPIs foi definida pelo Estatuto do Idoso, como sendo de responsabilidade dos Conselhos do Idoso, do Ministério Público e dos órgãos de Vigilância Sanitária. No que se refere à vigilância sanitária, esta tem sido orientada pela RDC da Anvisa n.º 283, de 2005. Essa norma tem alcance amplo e é aplicável a todas as instituições governamentais, ou não governamentais, destinadas à longa permanência para idosos. Considerada rígida, ela define as regras de funcionamento e de organização física, sanitária e de recursos humanos, levando em conta o grau de dependência dos residentes dessas instituições (Camarano *et al.*, 2010, p. 77).

Conforme a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 283, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 26 de setembro de 2005, Art. 2º, as Secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal deveriam implementar procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por tal RDC, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais (Brasil, 2005).

Cada município, por sua vez, poderia estender suas próprias normas regulamentadoras, adotando critérios considerados pela Secretaria de Vigilância Sanitária local, e efetivados para exercerem o poder de fiscalização, mas, conseqüentemente, gerando impacto no custo, com inserção de maiores taxas tributárias.

A Resolução Normativa 283/05 é composta de considerações iniciais, visando a garantir direitos assegurados aos idosos institucionalizados, critérios mínimos de funcionamento e monitoramento, considerando-se a necessidade de qualidade de serviços prestados. A Resolução contém 4 artigos, um anexo com 8 itens e 114 subitens. Inseridos

no item n.º 4, são 13 os subitens concernentes à questão das subjetividades. No anexo 1, aparece essa Resolução, que vai ser substituída por outra similar, aqui também anexo, mas que, no dizer dos especialistas da área, nada vai acrescentando de substancial à anterior.

Documentos precedentes e de escopo maior, como a Política Nacional do Idoso (PNI, 1994) e o Estatuto do Idoso (2003) indicam o atendimento ao idoso por seus próprios familiares, sobrepondo-o ao atendimento em instituições, particulares ou públicas, à exceção dos idosos cujas famílias não disponham de condições físicas, psíquicas ou econômicas de assisti-los. Um idoso pode evidenciar “(...) situação de abandono, pobreza ou quando o cuidador familiar chegou no limite de suas condições para cuidar. Fatores esses que contribuem para a transferência do idoso para uma instituição de longa permanência” (BITENCOURT, 2019).

Camarano *et al.* (2010), por sua vez, alertam a sociedade e o Estado para a demanda cada vez maior dessa exigência de atendimento: “Assume-se, pelas razões anteriormente citadas, que a demanda por essa modalidade de cuidados tende a crescer e que o Estado e o mercado privado devem se preparar para atendê-la” (Camarano, *et al.*, 2010, p. 1).

As autoras chamam a atenção para a necessidade premente de um número maior de ILPIs, ainda mais se for levado em conta a questão do espaço geográfico em que elas se situam: verifica-se que as ILPIs existentes se distribuem de forma muito heterogênea na maior parte das localidades do estado de São Paulo, para não dizer do país; há cidades que não dispõem de nenhuma, enquanto outros apresentam um número razoável de instituições.

Este é o caso de Santos, cidade litorânea bastante próxima da capital paulistana, e onde reside esta aluna-pesquisadora, privilegiada também por se situar dentre as cinco cidades de melhor desempenho quanto ao bem-estar de seus residentes, justo pela sua liderança no número de idosos com acesso a serviços de planos privados de saúde, conforme aponta o Instituto de Longevidade Mongeral Aegon, em parceria com a Fundação Getúlio Vargas (2017). Em se tratando de qualidade de vida, a cidade de Santos, muito embora seja a mais adensada do litoral paulista, continua sempre bem-posicionada nos *rankings* de positividade. Dentre sua população estimada de 432.957 habitantes (IBGE, 2018), seu segmento idoso está em 93.702 pessoas (SEADE, 2019).

Santos dispõe atualmente de 50 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), registradas no Conselho Municipal do Idoso (CMI), mas que apresentam flutuação

constante em seus registros, em decorrência do surgimento de novas instituições e do encerramento das atividades de outras, justo por não terem como se reorganizar. Pelas duas razões, não existem ainda dados que apresentem precisamente o número de idosos institucionalizados na cidade, embora esse empírico deva ser constatado para que se evidencie a relevância de reflexões, como as aqui presentes, sobre o viver cotidiano desses velhos residentes nas ILPIs santistas.

A discussão em foco neste estudo trata de pessoas com 60 ou mais anos (embora em ILPIs muitas vezes se encontrem pessoas com menos idade), mas que, por variados e múltiplos fatores, demandam períodos de cuidados mais específicos que os comumente oferecidos em família, ou seja, refere-se a idosos que podem ficar institucionalizados por pequenos, ou mesmo longos períodos, na situação de vida formalizada que lhes é proposta, e/ou a seus familiares, em contexto institucional.

Como objetivos desta investigação propõe-se: Privilegiar, neste estudo, as subjetividades diversas de velhos institucionalizados e regidos equitativamente conforme à normatização pelo Estado, de uma ILPI, fazendo-se uso de narrativas. Tentar explicar, à luz da fundamentação teórica da Gerontologia, em interface a outras áreas do conhecimento como das Ciências Sociais, mais especificamente da Antropologia a respeito do emprego de seus instrumentos metodológicos, os movimentos, as mudanças manifestas em cada idoso, no decorrer do período aqui observado de suas vidas. Como objetivos específicos, selecionar e tentar discutir os aspectos mais salientes da narrativa de algumas das circunstâncias da vida dos velhos aqui presentes, institucionalizados em uma ILPI. Também apresentar o cenário dessa ILPI em termos de como se dá a aproximação de familiares de idosos a ela, de como é o cotidiano dela, de como são seus procedimentos rotineiros etc. Além disso, comentar a normatização que rege uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. Em seguida, confrontar as histórias em que sentimentos diversos emergem implicados com a normatização. Por fim, a partir dos resultados apurados da observação, narração e interpretação das ações de tais pessoas institucionalizadas, contribuir de alguma forma para os conhecimentos da sociedade, a respeito da vivência em uma Residência particular para idosos.

## 2.1. Problematização/Questões de Pesquisa/Hipóteses

A problemática da presente pesquisa pode ser subsumida por meio desta questão: É possível capturar as subjetividades, através de narrativas de velhos institucionalizados, regidos pela normatização das ILPIs, normatização esta que serve de parâmetro para as demais unidades de acolhimento a idosos? Normatização entendida no sentido de as ações ou os resultados de normalizar-se, regularizar-se, de criar e estabelecer normas seja relativamente ao ser humano, ao envelhecimento, relativamente a uma ILPI.

Acerca do conceito de normatização, a afirmação de Cerqueira (2020, p. 127) inquieta-nos e nos leva a pensar o quanto precisaríamos ir para além em nossas reflexões:

O envelhecimento passa a ser concebido em conformidade com padrões rigorosos de normatização. Predomina a visão biológica do envelhecer. A velhice passa a ser objeto de inúmeras práticas vinculadas ao discurso médico, desde o envelhecimento saudável, até a qualidade de vida e a terceira idade. O ilógico corpo que envelhece remete à compreensão de que, a despeito de todas as molduras sociais, envelhecer pode se tornar um processo transgressor, ao desafiar os padrões estéticos, as modelagens políticas e culturais. O ilógico, inesperado, insurgente pode ser um elemento afirmativo e sensível à vida de quem envelhece.

Seria necessário, pois, refletir sobre os contornos da resolução normativa das ILPIs, diante das singularidades ali existentes e que não se adequariam a padrões rígidos de normatização, refletir sobre o confronto entre o sistema séptico sanitário na sua proposição dogmática e a manifestação de sentidos, de sujeitos, de identidades.

Considera-se aqui, que, de modo similar a qualquer outro espaço de moradia, as ILPIs são também, a despeito da exigida normatização, permeadas por contradições, conflitos, e que precisam ser encaminhados sob à luz das normas já instituídas ou por se instituir culturalmente, irreduzíveis que são elas às leis da natureza.

Isso se justifica porque a normatividade humana é processo de natureza aberta, ou seja, uma conceituação que explica o pensamento e as ações dos seres humanos, da qual se espera que seja flexível, que opere mudanças, dado que deve possibilitar que se institua novas e diversas normas, em um processo contínuo, portanto, que se reconfigura todo o tempo. No caso da chamada oficialmente de normatização reguladora das instituições, espera-se também que se mantenha estável na medida de um núcleo comum

para a manutenção do necessário à vida comum dos moradores, mas flexível quanto às necessidades de cada clientela.

Para Canguilhem, “a vida é polaridade dinâmica (porque ela) é, de fato, uma atividade normativa” (2000, p. 98), ou dito de outro modo: a vida resulta de uma capacidade de instituir normas; a noção de norma entendida como *forma de vida*, o modo de como um ser humano lida com o respectivo meio (CANGUILHEM, 2000, p. 92). Para se entender o sentido de “normativo”, em se tratando do ser humano, pode-se dizer que, além de se adequar bem aos desafios do meio em que se vive, ser “normativo” refere a ser *saudável*, ser capaz de lidar com outros meios, criando novas normas; daí ser normativo (CANGUILHEM, 2000, p. 89). Ser normativo é não ser passivo, ou indiferente, ao que se lhe afigura como risco ou vantagem na própria vida ou no ambiente.

Contrariamente, estar doente é sentir-se preso a uma ou a poucas normas, é não ter a possibilidade de ousar em novos desafios normativos, o que faz ver uma vida em estado de restrição, de limites.

E o que é o envelhecer, no sentido de Canguilhem? Segundo Fonseca (2016, p. 5), “Envelhecer é viver! Mas, o que é a vida? De acordo com Canguilhem (1960/2000, p.98), a vida é *polaridade dinâmica* (dado que ela) é, de fato, uma atividade normativa. Segundo essa formulação, a vida resulta da capacidade de instituir normas para reagir à destruição (morte), capacidade essa denominada de “normatividade”. Se esta “é o germe da vida, viver é ser normativo. Nessa perspectiva, qualidade de vida tem a ver necessariamente com normatividade biológica. Mas não só!” (FONSECA, 2016, p. 5).

Em se tratando de uma instituição de acolhimento a idosos, a normatização, se bem entendida e aplicada seguindo-se a conceituação de Canguilhem, conduz para além dela própria, dado que esta permite, por assim dizer, diversos modos concretos e potenciais de realização das atividades, das relações entre moradores, familiares, profissionais, funcionários de uma ILPI da sua própria gestão. É preciso que, em uma instituição asilar, associem-se valores humanos para essa sua gestão, e em suas próprias ações, ou seja, não deve ser permitida qualquer indiferença diante daquilo que pode constituir riscos ou desvantagens à instituição ou as pessoas nela envolvida. Retomando Canguilhem (2014, p. 120), segundo este teórico, estender a normatividade pode ser entendido no sentido de desenvolver as capacidades de ação, e que o conceito proposto de *plasticidade*

*funcional*, sobretudo relativamente ao ser humano, mas também com referência às ILPIs, está ligado a sua normatividade (CANGUILHEM, 2000).

As doenças que sobrevêm aos idosos, seja no ambiente familiar seja no institucional, são ditas por Canguilhem (2000) como sendo de dimensões biológicas negativas, restrições negativas, que ele complementa ao referir que a doença, por não constituir um ser em si mesmo, não licencia a que se a afirme como um conceito desprovido de sentido, ou que não existam valores negativos, mesmo entre os valores vitais (CANGUILHEM, 2000).

Lopes e Harari (2016, p. 137), sob a perspectiva de Canguilhem, acrescentam a proposição: “é que algo novo se instaura, e não é uma variante daquilo que vinha ocorrendo, a saber, a saúde é um novo estado que exige daquele que o vive novas respostas, a construção de outras possibilidades, adaptações que levam algo diferente daquilo que era antes da doença”.

Pode-se sumarizar, ao olhar de Canguilhem (2014) que “O doente é doente por só poder admitir uma norma ou normas insuficientes. Como já dissemos muitas vezes, o doente não é anormal por ausência de norma, mas por incapacidade de ser normativo” (CANGUILHEM, 2000). Pela incapacidade de fazer ver sua potencialidade de vida, de realizações. Por incapacidade de afirmar o valor de sua subjetividade.

Diante dessa contextualização fundada em Canguilhem, as hipóteses deste estudo são as de que, a partir da explicitação de narrativas sobre alguns aspectos recuperados da vida de idosos, seja possível que se revele algo de sua subjetividade, que, algumas vezes pode ser apreendida no momento de entrada na ILPI ou no decorrer dos dias de institucionalização. Situação esta de institucionalização que faz aflorar sentimentos novos, alguns até estranháveis, da relação com outras pessoas (profissionais, funcionários da instituição...), e até mesmo com os próprios familiares.

Os sujeitos incluídos nesta pesquisa, e apresentados a seguir, constituem uma amostra privilegiada de residentes de uma ILPI, maiores de 60 anos, pertencentes a extratos médios da cidade litorânea de Santos, e que necessitam de cuidados específicos, em cada caso, dos profissionais da instituição. Partilham de boas condições de vida no ambiente institucional e seu desafio atual é ter sempre dias melhores, a partir das presentes possibilidades de convivência com profissionais que os atendem, funcionários e familiares.

Novas caracterizações da velhice, atualmente reconhecidas, passam a propor perspectivas promissoras a novas pesquisas, inclusive ao mercado (ARAÚJO; CÔRTE, 2016), possibilitando a criação de especialidades diversas quanto à prestação de serviços, atendendo a necessidades específicas desses novos velhos que se apresentam nesta segunda década do século XXI - ainda mais, velhos marcados por novos sentimentos e desejos, diante da pandemia destes 2020, continuando por 2021. Sobre a experiência da velhice diante das possibilidades de cuidados vem sendo a indagação de alguns pesquisadores: seria a Instituição de Longa Permanência, a ILPI, uma opção de cuidado para nossos velhos, mas para quais velhices? (LOPES; HARARI, 2016; MANSO; CONCONE, 2020).

A velhice é, de fato, uma condição de existência e, segundo Mercadante (1997), se compreendida somente pela esfera biológica, vela o contexto social, a historicidade e suas variáveis.

A observação sistemática do dia a dia de vida de quatro idosos institucionalizados, da escuta de seus dizeres expressos ou implícitos, concretizada, neste estudo, em narrativas escritas, mostrou-nos a possibilidade de uma reflexão sobre sentimentos, emoções, anseios, medos, manifestos em gestos, dizeres ou silêncios. Nestes se pode hipotetizar aqui, uma persistente rejeição à finitude. Finitude esta a que, antes, se lhes passava como indiferente, mas que agora lhes vem através de uma velhice mais avançada, às vezes com dependência.

Tenta-se, aqui, a interpretação dos sentidos que permeiam as relações entre as pessoas que convivem no espaço asilar da Residência em foco, compreender as subjetividades ali “submetidas” às normatividades, o que se torna uma tarefa complicada para se tentar compreender sob a imposição de um cotidiano com ambiência e ações planejadas. A formalização vista como limitação às singularidades dos moradores daquele espaço de acolhimento. Mas que têm nomes. Esta pesquisadora-narradora acostumou-se com eles, individualizando-os na própria lembrança, rindo, chorando, xingando, esperando e me desesperando com eles... Narrativas povoadas de nomes, pessoas e não conceitos, categorias ou números. Nomes que ficaram em suas histórias concretizadas nestas narrativas. Nomes próprios nos quais os eventos de vida se concentram e se perpetuam...

## 2.2 Caracterização do estudo / a pesquisa narrativa

Como antes dito, este é um estudo sobre algumas histórias de velhos, que foram selecionadas, dentre outras. Para o registro de suas falas, foram ouvidas pessoas que tinham em comum a idade (acima de 60 anos) e um espaço social dominante em suas vidas: uma ILPI onde esses idosos estavam institucionalizados, na cidade litorânea de Santos, próximo à praia.

Não se trata de um estudo com proposta de amostragem: esta mestranda pretendeu registrar, em escrita, a voz e, através dessa voz, a vida e os sentimentos de pessoas que já muito trabalharam, que conviveram com familiares e/ou amigos, e que ora estão residindo, quase que afastadas de todos, em uma habitação coletiva, acometidas por doenças crônico-degenerativas incuráveis, de fim de vida, às quais os familiares/cuidadores não dão mais conta de cuidar.

Estes registros não deixam de envolver uma memória pessoal, social, familiar, grupal, tanto que este estudo, desde o seu início, foi pensado, ele foi explicado aos idosos, e estes (ou os familiares que falavam por estes) tiveram autoridade sobre o registro dessas falas (tal como o realizou Eclea Bosi, em seu livro de 1987), sobre lembranças de velhos, sentimentos manifestos..., entendendo tal registro de falas como material reservado, clínico, de estudo.

A presente investigação caracteriza-se como uma pesquisa descritivo-qualitativa de campo. Qualitativa no sentido de buscar descrever e compreender um fenômeno, embora não se tivesse necessariamente que explicá-lo ou fazer previsões sobre ele (OLLAIK; ZILLER, 2012). Pesquisa de campo, porque faz uso do procedimento da observação sistemática, esta mestranda como *observadora-participante*, o que, para Roman Jakobson é, na verdade, a observação mais completa de um fenômeno. Segundo ele, uma pesquisa é um compromisso afetivo, um trabalho ombro a ombro com o sujeito de pesquisa.

Isso ocorreu nas dependências de uma ILPI, com captação de narrativas de conversas informais - um tanto fragmentadas, mas que poderiam constituir um material coeso, ordenado e com certa coerência; narrativas que tinham duração variável no contato com os idosos, mas nunca excedendo o máximo de 30 minutos, evitando que se cansassem em suas histórias, mas que iam saindo espontaneamente, bastando que se chegasse próximo aos velhos. A elicitación das narrativas se deu, portanto, em situações

naturais de comunicação, face a face, junto aos sujeitos de pesquisa e/ou de seus familiares, tendo ocorrido no período entre 2003 e 2013, com registro de algumas delas em caderno de campo e em seguida transcrito.

A preocupação inicial neste estudo foi verificar, e aqui explicitar, como se combinariam, ou qual seria a relação necessária a ser estabelecida, entre os três conceitos essenciais a qualquer pesquisa científica – a teoria, o método e o objeto de estudo, e que poderiam explicar, ou complicar, os caminhos a serem seguidos por esta pesquisadora. Considerando-se que a área da Gerontologia tem uma teoria própria de investigação, um método que lhe é característico, assim como um objeto específico de estudo, pareceria necessário determinar primeiramente o objeto de estudo, dado que os dois primeiros já mantêm entre si uma relação lógica. É, pois, a partir da existência real de um objeto de estudo, com todas as suas inúmeras, infinitas, e possíveis facetas, é que se tentaria construir, a seguir, um modelo teórico condizente a ele.

Pensando no objeto de estudo aqui, ele é o fato social constituído por narrativas criadas a partir da observação dos dizeres de alguns idosos, consideradas conforme os termos de Tarallo (2003, p. 18), “(...) ponto de partida e também um porto ao qual o modelo espera que retornemos, sempre que encontrarmos dificuldades de análise”. O fato social, os dados narrativos de análise, seriam ao mesmo tempo a base para este estudo, para fins de confirmação ou rejeição de hipóteses sobre as relações entre esses idosos consigo mesmos, com a família, com os profissionais e funcionários da ILPI, e também para o levantamento e lançamento de novas hipóteses.

Assim foi se definindo o objeto de estudo desta investigação, e o problema agora seria o de explicitar sobre como foram criadas tais narrativas, como foram coletadas as experiências pessoais de vida, como seria a interação com idosos e familiares para tal.

Uma pergunta inicial, em tais momentos, poderia advir: A presença de um pesquisador junto aos idosos poderia interferir na naturalidade da situação de convivência diária e de comunicação com ou entre eles?

A alternativa encontrada para encaminhar uma tal questão foi a de o pesquisador deve procurar fazer o papel de *pesquisador-observador*, daquele que mais observa, que não participa diretamente das situações de comunicação, não as forçando, justamente para evitar que seja prejudicada a naturalidade da situação de contato pesquisador-idoso residente da ILPI/familiares.

Os antropólogos muito têm se valido desse método de coleta de dados situacionais, discursivos etc. O pesquisador, neste estudo, precisará, já no caso de interação verbal com o idoso e seus familiares, ter uma participação mais direta, mas que não deixa de ser uma necessidade imposta pela própria orientação teórica. Uma pergunta, então, seria sobre como encaminhar o chamado *paradoxo do observador*? (TARALLO, 2003).

Isso significa que o pesquisador necessitaria, de um lado, recuperar, para sumarizar nas narrativas dos/sobre os idosos, de uma adequada e suficiente quantidade de dados, mas que somente podem ser coletados por meio de sua participação direta na relação, na interação com os idosos e seus familiares. De outro lado, essa participação direta poderia dar a impressão de perturbar a naturalidade dos acontecimentos a serem narrados.

Verificou-se, de acordo com Tarallo (2003), que a neutralidade necessária para evitar tal *paradoxo do observador* pode ser prevista e alcançada quando o pesquisador decide representar o papel de uma pessoa interessada pelos problemas, peculiaridades de vida, “aprender”, enfim, sobre aquele idoso na sua relação com familiares até aquele momento, ter escuta interessada por ele, dar oportunidade à sua voz - justamente a posição sobre isso da área gerontológica.

Tais propósitos metodológicos podem ser atingidos, a nosso ver, quando um pesquisador oferece oportunidade a que os idosos ou seus familiares passem a relatar, livre e espontaneamente, circunstâncias de sua vida. De fato, estudos de narrativas de experiências pessoais, cf. Tarallo (2003) vêm evidenciando que, ao relatá-las, seja os idosos, seja seus familiares, sentem-se tão envolvidos emocionalmente com *o que* relatam, deixando-se levar pelas suas histórias, que não prestam o mínimo de atenção à presença do pesquisador, ou ao *como* relatam... É precisamente esta a situação natural de comunicação, que não deixa de ser a desejada pelos idosos, que é ter escuta ao que narram.

O objeto de estudo, nesta pesquisa que se pode afirmar como de caráter eminentemente social, diz respeito, conforme explicita Minayo (1994, p. 11), “à possibilidade concreta de tratarmos de uma realidade da qual nós próprios, enquanto seres humanos, somos agentes”, somos seres capazes de ações, por conseguinte, somos normativos e que, para além da racionalidade, somos seres plenos de subjetividade. A partir dessas premissas, Minayo interroga se uma tal de conhecimento não escaparia

radicalmente a toda a possibilidade de objetivação, o que complicaria em um trabalho científico.

No presente estudo preocupa-nos essa primeira indagação colocada pela autora, especialmente por se estar lidando com narrativas escritas a partir das manifestações (verbais, gestuais, atitudinais, ou de silêncio/isolamento) de idosos no seu dia a dia na instituição, sem deixar de levar em conta serem estes acometidos, em sua maior parte, por doenças e processos crônico-degenerativos, demenciais muitas vezes.

A respeito de uma desejada científicidade/objetividade muito rigorosa na pesquisa científica, Minayo indaga: "...será que, buscando a objetivação própria das ciências naturais, não estaríamos descaracterizando o que há de essencial nos fenômenos e processos sociais, ou seja, o profundo sentido dado pela subjetividade?" (1994, p. 11).

Esse "profundo sentido dado pela subjetividade" trazido à tona pela autora talvez possa justificar o que se busca capturar, interpretar em sua especificidade, em sua singularidade, no presente estudo, por meio das narrativas de experiências, de circunstâncias pessoais de vida dos idosos e familiares ligados a ele, na sua fase avançada de vida.

Um terceiro ponto a que somos levados a pensar é que método geral poderia ser aplicado para explorar uma realidade, registrar a vivência de idosos em uma ILPI, tão marcada pela especificidade e pela diferenciação?

### **3. Método**

A exemplo de Minayo (1994), no momento em se poderia pensar sobre o dilema metodológico de um pesquisador diante de seu objeto de estudo: no presente caso, seria mais adequado seguir o caminho das ciências estabelecidas em termos metodológicos, mas talvez empobrecendo nosso objeto de estudo, tão singular relativamente às ideias de tempo, das relações interpessoais, de espaço..., ou tentando ir ao encontro de seu núcleo mais profundo?

A exemplo de Canguilhem (2014), pergunta-se: não se poderia inventar, ratificar caminhos novos, abandonar certas vias cientificamente consagradas, e encaminhar a

reflexão para outras direções privilegiadas pelo objeto de estudo que se pôs, neste estudo, em nossas mãos?

Nesta investigação, interpretar a subjetividade dos idosos torna-se como que uma aquisição do saber com que nos desafiam os dados coletados, a aplicação e o aperfeiçoamento de uma metodologia que à realidade de uma ILPI vai assim sendo inscrita — podendo-se dizer talvez como a elaboração criativa de novas normas, no sentido canguilhiano.

Entretanto, tem que se proceder necessariamente dentro da especificidade do que a Gerontologia representa no campo do conhecimento científico: há critérios gerais, discutidos em teóricos dessa área referenciados adiante, que a distinguem de outras áreas, não deixando, porém, de inscrevê-los, porém, dentro dos princípios da cientificidade. A nosso ver, é não deixar de ter em conta um presente, fundado em um passado, construindo um futuro, numa tentativa de articulação entre o que já é tido como dado, e o que está ora sendo construído, ou que ora emerge...

Este trabalho, como qualquer outro da Gerontologia, é com seres humanos, no presente caso, idosos; daí, estarmos totalmente imbricados, comprometidos junto a eles, tal como referia Lévi-Strauss (1975, p. 215, *apud* Minayo, 1994): “Numa ciência, onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é uma parte de sua observação” – com uma identidade, pois, entre sujeito e objeto, ou mais propriamente, de sujeito e sujeito. Entre o pesquisador e os idosos (que fornecem os dados para análise) partilham uma visão similar de mundo, que afeta a concepção do objeto de estudo, os resultados do trabalho...

Voltando à Minayo (1994, p. 15), tal como ela afirma relativamente às Ciências Sociais em geral, na Gerontologia seu objeto de estudo é essencialmente qualitativo. Esse caráter permite como que façam estudos de caso, com poucos sujeitos mas muito representativos quanto às possibilidades de interpretação de suas emergentes subjetividades.

Ainda tratando do método empregado neste estudo, foi o do registro escrito, o mais coeso e sistematizado possível, do resultado da coleta de manifestações orais de experiência pessoal do idoso ou do familiar que convivia com esse idoso.

O propósito deste método da *observação-participante* do pesquisador junto ao idoso e familiar, para poder em seguida registrar os pontos mais salientes das narrativas feitas, foi o de minimizar, como dito antes, o efeito negativo causado pela presença do pesquisador na naturalidade dessa situação de coleta de dados.

Isso significa, no presente estudo, que relatar algumas histórias aqui, as ações, práticas cotidianas de cada idoso envolvido, foi tentar estabelecer conexões, elos que se estabelecem no curso de uma vida mostrada em um presente, algumas vezes na relação com o passado, mas cujo futuro é um só: o fim de vida em uma residência coletiva e suas implicações.

### **3.1. A narrativa como possibilidade de abordagem para pesquisa na Gerontologia**

Este estudo, como dito antes, vale-se da narrativa como possibilidade de abordagem para a pesquisa na área da Gerontologia, tal como vem ocorrendo em pesquisas etnográficas da Antropologia. A narrativa entendida aqui, muito particularmente como técnica metodológica ou modalidade de registro escrito do que foi coletado por uma pesquisadora, dos dizeres, gestos e silêncios, depreendidos junto a alguns idosos de uma ILPI, destacando-se nelas alguns dos aspectos teóricos e práticos mais salientes para análise/interpretação, à luz dos conhecimentos sobre o envelhecimento e a velhice.

Reitere-se que o modo, então, de obter as narrativas, neste estudo, foi a da *observação-participante*, que ocorre justamente quando um pesquisador procura registrar histórias, advindas geralmente em situações de diálogo, de pessoas de uma comunidade, no presente caso, de idosos em uma ILPI, e que foram capturadas pelo pesquisador, juntamente com a observação de como essas histórias trazem efeitos ao cotidiano institucional e de como podem ser usadas como referência para análises de outras experiências. Muitas das histórias são resultantes da convivência com idosos desde seu acolhimento na ILPI, outras vezes dos desdobramentos do contato com o idoso, em circunstâncias vivenciadas já fora da ILPI.

Trata-se da aplicação, neste estudo, de um conceito estendido de narrativa, mas que preocupou a aluna-pesquisadora com sua forma de apresentação em um texto científico e

seu processo de análise/interpretação. Quanto à forma de apresentação, esta não foi a consagrada na academia, ou seja, não foi o registro, *ipsis litteris*, ou o mais fiel possível, como o deveria ser quanto às respostas de um idoso às perguntas de uma entrevista. Mas a certeza dessa fidelidade é possível de fato, a quem as transcreve? Ou, na verdade, ao se transcrever já não se estaria mesclando algo da interpretação do próprio pesquisador? E da parte dos idosos? Eles têm preocupação com a fidelidade, em suas respostas, a uma pergunta a eles dirigida?

Segundo Silva e Trentini (2002), os idosos, ao serem solicitados a responder mais objetivamente a questões abertas ou mesmo às fechadas de uma entrevista, por exemplo sobre doenças, passam, via de regra, a relatar outros acontecimentos ocorridos durante sua vida, ou durante seu processo do adoecer. À primeira vista, parece que esses fatos relatados nada têm a ver sobre sua experiência com a doença, que estariam se desviando da intenção, por exemplo, de uma entrevista. Segundo as autoras, porém, quando um idoso entrevistado relata longas e complicadas histórias, está, de certo modo, revelando-se como pessoa, como o ser complexo que é todo o ser humano.

E, ainda, que as respostas obtidas, seja para fins de pesquisa, seja para a prática de cuidados em geral, devem ser avaliadas considerando-se o contexto em que os idosos vivem, e em relação à sua visão de mundo.

Não sem razão, a área da antropologia, a da gerontologia, dentre outras, vêm desenvolvendo abordagens metodológicas e técnicas de pesquisa nessa direção, a exemplo do uso de narrativas. Estão as narrativas cada vez mais presentes em estudos qualitativos no sentido de compreender experiências e diferentes visões de sujeitos, num dado contexto (ONOCKO-CAMPOS, et al., 2013). As narrativas sendo consideradas como a expressão verbal, e na maior parte das vezes oral, costumeiramente empregada pelas pessoas, a fim de relatarem sagas coletivas ou individuais (conquistas, derrotas, dramas pessoais, alegrias, aflições). Narrativa, então, entendida como um modo universal presente em todas as culturas, a fim de as pessoas expressarem sua percepção do cosmos, sua visão de mundo, as formas de interpretar os acontecimentos e os conflitos em que vivem (SILVA; TRENTINI, 2002).

As mesmas autoras complementam que, ao se partir do pressuposto de que, para exercer os cuidados diários com idosos por exemplo em uma ILPI, assim como para desenvolver uma pesquisa de campo, é preciso envolver-se em interações sociais, ouvir

com atenção o que as pessoas têm e querem relatar, a narrativa (no presente caso, como registro escrito das interações orais), mostra-se como uma boa estratégia para capturar os dados necessários sobre suas demandas, necessidades, e na voz dos próprios idosos, a fim de planejar tais cuidados, e/ou fazer abstrações e interpretações acerca da prática pela pesquisa.

Ainda mais se se levar em consideração que, conforme explicitam as autoras, as análises que se fazem sobre a condição de saúde de pessoas idosas, tem se limitado a interpretar sinais e sintomas, avaliar tratamentos, desconsiderando-se, na maioria das vezes, a experiência da doença como um todo por um determinado sujeito. Inclusive para este, se em idade avançada e em condição crônica, a doença não é algo passageiro, mas permanece e torna-se imbricada na vivência do dia a dia. A partir dessa vivência, os idosos passam a ter uma outra história de vida para narrar. Histórias essas que segundo as autoras,

(...) não são separadas do processo de viver, mas são convergentes à maneira de ver o mundo e de viver nele, passando a integrar-se a esse mundo. Elas relatam várias situações vividas que, em seu conjunto, têm um sentido maior, o que as transforma em histórias acessíveis aos outros. Ao compreenderem o sentido de uma história, as pessoas captam a experiência ali contida, porém a experiência de uma pessoa não pode se tornar diretamente a experiência de outra, o que é possível transferir é a significação dessa experiência. Desse modo, as pessoas, ao narrarem sua vivência, abrem seu discurso de modo a permitir a apreensão de sua significação por outras pessoas (SILVA; TRENTINI, 2002, p. 427).

Onocko-Campos e colegas (2013) chamam a atenção para o fato de as abordagens etnográficas clássicas preocuparem-se sobretudo em relação à qualidade do material construído narrativamente, dando, porém, pouca ênfase, por exemplo, ao desejo de um pesquisador de comunicar sua experiência, envolvendo a intersubjetividade. Esta avulta muito em estudos que envolvem pessoas diagnosticadas dentro do espectro demencial, psicótico, que “sabidamente oferecem a um pesquisador histórias fragmentadas, em uma ordenação singular e não submetidas à lógica retórica habitual” (p. 2855), e que precisam ser recolhidas em um material mais denso que, longe de um ordenamento alheio à experiência encarnada, torne-as dignas de serem interpretadas, de produzirem compartilhamento e reflexões.

A despeito de toda a problemática que pode ser vista em torno de uma conceituação, como a entendida aqui, do termo narrativa, antes, ou acima de tudo, será necessário que se pense que as narrativas, segundo Silva e Trentini (2002), não deixam de criar um campo de ação coletiva, permitindo a profissionais, como os da Gerontologia, da Saúde, da Antropologia, a criação ou construção de um conhecimento fundado na experiência narrada, ainda que inconclusa ou fragmentada em relatos, acrescidos de gestos, silêncios, mas manifestos pelos próprios idosos e recuperados e compostos por um pesquisador atento e fiel às circunstâncias vivenciadas junto a esses mesmos idosos. A motivação a um pesquisador preocupado com a recuperação da narrativa sobre alguns idosos, no presente caso os eleitos de uma determinada ILPI, evoca a reflexão que encerra “Me chamo Lili”:

Nosso trabalho, além do desejo de comunicar uma experiência, e de reparar, na relação, uma falha cuja cicatriz ainda carregamos, para que não se torne uma lacuna de memória, é uma contribuição ao esforço de todos os que se recusam a alienar os velhos, como se aliena, ainda, com muita frequência, o psicótico, com o pretexto de irreversibilidade (MESSY, 1999, p. 112).

Neste estudo, emprega-se, pois, a narrativa escrita como uma possibilidade de abordagem em pesquisa, especialmente como técnica de registro escrito do acompanhamento feito a alguns idosos durante um determinado tempo, o que faz lembrar Messy (1999, p. 76), “um percurso seguido juntamente com a procura por uma passagem. Abertura vertiginosa que trabalha para encontrar o sujeito”.

A narrativa de experiências pessoais feita por um idoso ou por algum familiar seu – caso de alguns dos sujeitos desta pesquisa -, é “a mina de ouro” que um pesquisador procura (TARALLO, 2003, p. 23). Segundo este teórico, “Ao narrar suas experiências pessoais mais envolventes, ao colocá-las no gênero narrativa, o informante [idoso] desvencilha-se praticamente de qualquer preocupação(...)”.

Isso faz-nos ver que, a narrativa de um idoso – com interrupções, repetições, composta de fragmentos um tanto soltos, na verdade são altamente demandantes de encadeamento na interpretação. O sentido imediato do dito ou do vivenciado por um idoso institucionalizado é, na maior parte das vezes, insuficiente, e deve ser considerado apenas como ponto de partida de uma busca cuja finalização será provavelmente um sentido segundo de seus dizeres, de seus gritos, de seus gestos, de seu choro, inclusive de seu silêncio (ORLANDI, 1999; TODOROV, 2014). E é preciso que se alerte, conforme Todorov afirma (p. 122): “quanto mais o *sentido linguístico é pobre*, portanto sua compreensão é

limitada, tanto mais a *evocação simbólica* [a possibilidade de se recuperar um sentido outro] se enxerta facilmente nele e, em consequência, a interpretação é *rica*” – um princípio postulado por esse teórico e que fundou a escrita das narrativas relativas a alguns sujeitos que, a seguir, são explicitadas.

#### 4. Narrativas acerca de alguns sujeitos da pesquisa – uma interpretação operacional com o recurso à experiência de vida

*“Somos vozes num coro que transforma a vida vivida em vida narrada e depois devolve a narração à vida, não para refletir a vida, e sim, mais corretamente, para agregar-lhe algo: não uma cópia, mas uma nova dimensão; para agregar em cada novela algo novo, algo mais à vida.”*  
(Carlos Fuentes)<sup>3</sup>

As vozes que ecoaram dos sujeitos cotejados na presente investigação permitiram que algumas experiências de vida, circunstâncias que lhes ocorreram, especialmente as derradeiras, pudessem ser aqui trazidas à cena, registradas pela pesquisador-narrador em forma de pequenas narrativas que dizem de ações, gestos, atitudes, dos dizeres, do silêncio de alguns velhos. O pesquisador-narrador, que se colocara antes, na posição de escuta a um sujeito que pode experimentar os efeitos de sua fala sobre si mesmo.

Estas narrativas foram sendo registradas a partir do momento em que os idosos, passaram a conviver na instituição. Os sujeitos deste estudo constituem uma amostra reduzida, porém significativa diante dos objetivos propostos nesta pesquisa: quatro pessoas maiores de 60 anos, pertencentes a extratos médios da população da cidade balneária de Santos, que fazem ver e significar, cada qual ao olhar e à escuta de um mesmo profissional da área do envelhecimento, alguns momentos de sua velhice, ou mesmo de seu fim de vida. Todos partilham de razoável condição econômica de vida, tanto que os familiares puderam valer-se de uma residência de idosos remunerada pelos serviços de cuidados a estes entes fragilizados ou dependentes.

Entretanto, o desafio atual a esses idosos, e mais ainda a profissionais e funcionários da Instituição, é a adequação dos velhos a esse novo espaço para viver, ou seja, desapegar-se de uma residência familiar e ganhar novo apego à outra coletiva — uma instituição de acolhimento a idosos. E essa adequação mostrou-se diferente em cada caso. Mudanças significativas de vida que os leva a se confrontarem com uma nova ambiência e novas relações pessoais, muito diversas a eles, quando passam, a um só tempo, a aflorar

---

<sup>3</sup> Carlos Fuentes (1928-2012) foi um romancista, ensaísta e novelista mexicano, reconhecido como um dos maiores escritores em língua espanhola na América Latina. O aforismo acima é de veiculação pública, encontrado facilmente na internet.

sentimentos também outros na convivência com outros idosos e com os profissionais da nova residência.

Em um espaço assim, a que se poderia chamar, talvez, de reconstrução de novas subjetividades [haveria tempo para se falar de novas identidades?], os profissionais de uma residência de idosos precisam fazer uso de outros saberes, para além do cuidado técnico, advindo de sua formação na área da saúde. Estes também precisam de novos saberes e experiências para saber lidar com a subjetividade plural de uma instituição, particular ou pública, voltada aos cuidados a idosos fragilizados ou dependentes.

E, em se pensando na possibilidade de se oferecerem ILPIs em uma sociedade, isso nos evoca os dizeres de Mucida (2004), a qual, por sua vez, evoca as inúmeras oportunidades de experimentar os efeitos do aforismo lacaniano, *com a oferta cria-se a demanda*, uma demanda advinda, inclusive por indicação médica e de outros profissionais, com a família se dando conta da necessidade de institucionalização do idoso que ora começa a exigir cuidados mais técnicos, não mais possíveis no ambiente familiar.

## **1ª Narrativa – a de Dona Carmen, esposa do Sr. Manoel**

*Nós, na ILPI, a loucura, e a Harley Davidson...*

*“...que a loucura fale livremente a linguagem do seu escândalo.”*

(FOUCAULT)

Numa tarde ensolarada, na rotina nada rotineira da ILPI de que esta aluna-pesquisadora é uma das profissionais, vê-se, através da enorme janela de vidro da sala de TV, um senhor que desce de um carro que vinha dirigindo, toca a campainha à procura de um responsável pela Residência. Aparenta ter uns 80 anos ou algo mais, poucos cabelos, de pele muito clara, de óculos, manifestando um indiscreto tremor nas mãos; dentro do carro, do lado do passageiro, vê-se à distância uma mulher.

Esse homem, com um forte sotaque espanhol em sua fala muito rápida, denota, mais que preocupação, ansiedade; solicita uma conversa ali mesmo, sem ultrapassar o umbral da porta de entrada, pois não teria tempo para uma entrevista mais demorada, a despeito

de nossa insistência para que ele entrasse e se sentasse. Mas, de todo o modo, sua impressão inicial é de estar depositando uma certa confiança no trabalho desenvolvido naquela casa, pois, como visitante, sente o enfoque dirigido ao acolhimento e à relação também com o visitante, para que este primeiro contato possa ganhar sentido: o de um acolhimento amigo a um futuro residente.

O Sr. Manoel, é este o nome que apresenta, diz de modo objetivo e direto como em desabafo, de sua preocupação; angustiado na verdade é como ele se apresenta diante de dificuldades que não sabe mais como enfrentar: aquela mulher no carro, sua esposa, muitos anos mais jovem que ele, há algum tempo, manifesta uma estranha “teimosia”, que se torna rebeldia de vez em quando, quando passa a não aceitar mais seus “remedinhos”.

Com ar suplicante, o Sr. Manoel expressa sua demanda de atenção a tais “remedinhos”, sobre qual deles a esposa teria que tomar em determinado horário, e também a necessidade de ela “ter um pouco mais de um ambiente de descanso”, segundo suas próprias palavras.

A ideia de poder oferecer esse “descanso” à esposa revela que a instituição tem, a seu ver, uma concepção renovada diante de outras, quanto a oferecer um ambiente de acolhimento adequado que leva em conta as particularidades de cada residente, de suas necessidades, de respeito às condições de seu estado físico e ou psíquico no momento.

Pensando-se na questão de um ambiente institucional, Perracini (2011) afirma que este envolve muito mais do que estrutura física, dado que precisa estar adequado às características de quem o habita, compreendendo seu significado para esse morador e o conforto oferecido a ele. Desse modo, esse espaço necessita ser amigável, respondendo às necessidades do residente de uma ILPI, em que diversos aspectos devem estar implicados como a individualidade, a privacidade, a independência, a autonomia, o acolhimento e a funcionalidade, itens que, segundo Rinco e Bettesti (2015, p. 397) podem/devem garantir dignidade ao ser humano. Estes últimos autores complementam:

(...)podemos compreender a importância de estudar as condições ambientais, demonstrando como o espaço pode impactar a vida das pessoas, e como o conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais, que fazem parte dele, pode interferir positivamente na vida de familiares, de um cuidador e do próprio

doente, propiciando que todos ganhem uma melhor qualidade de vida (RINCO; BETTESTI, 2015, p. 399).

Algumas linhas adiante, os autores acrescentam:

O ambiente pode fazer toda a diferença na vida do idoso, da família e de profissionais relacionados ao cuidado. Quando adequamos o microambiente de uma residência ou de uma ILPI, esse local passa a ser organizado, adaptado, aconchegante, confortável, seguro, e ainda traz as características, a identidade e as lembranças dos sujeitos. Esses aspectos proporcionam aos idosos uma sensação de bem-estar, satisfação e felicidade (RINCO; BETTESTI, 2015, p. 411).

O Sr. Manoel considera que o espaço ambiental da instituição pode fazer com que sua esposa fique “boazinha”, livre da eventual dependência, após o que ele tem a expectativa de levá-la de volta para a própria residência.

Revela ele que, sozinho, vinha cuidando de todas as providências que em situação doméstica couberam a ele, desde a alimentação, remédios, até o auxílio para o banho da esposa. O Sr. Manoel, até então, vem mantendo, segundo ele, o compromisso dos votos cristãos: “Como minha legítima esposa, prometo amar-te e respeitar-te na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, na riqueza e na pobreza, por todos os dias da minha vida, até que a morte nos separe”. Foram esforços desmedidos durante anos, para que fosse mantido o sentido do companheirismo, do amor, mas a severidade da dependência estaria impondo, agora, outros encaminhamentos.

Tal dedicação do Sr. Manoel à esposa doente evoca-nos os dizeres da psicanalista Ângela Mucida (2009, p. 29),

Como acontecimento, a velhice coloca inúmeras questões por meio das diferentes modificações que se processam nos laços sociais, na imagem, no corpo e nas relações com o Outro. Se delas ninguém escapa e nenhuma fuga é possível, não há outra saída senão suportar [...]. (grifo nosso)

Suportar implica diferentes respostas: o Sr. Manoel, antes devotado aos cuidados, agora comprimido pelo avanço da dependência da esposa, sente que a situação de saúde desta se agudiza, exigindo para além de seus esforços pessoais, quando então vem recorrer ao apoio de outrem.

A conversa segue, e é quando o Sr. Manoel, abruptamente, dirige-se ao carro e chama a esposa para uma sua apresentação. A esposa abre a porta do carro de modo desajeitado, o vestido em desalinho, o cabelo eriçado, opaco, quando fazendo ver apenas dois dentes na boca, morde a língua com a gengiva e, como em um ritual, ora nos olha com temor, ora com olhar odioso. Olhar da loucura?, é a pergunta que pode nos vir em uma tal situação.

Dona Carmen faz ver, antes que por necessidade, a exigência de um apoio psicológico (MESSY, 1999, p. 143): a uma mulher confrontada com sua idade avançada, abalada por uma dependência (sofrimento psíquico demencial?), diante de uma demanda que necessita receber apoio também em casa. Em seguida, após a troca de mais algumas palavras, o casal volta para seu carro, para sua casa, com o Sr. Manoel, antes, deixado claro o intuito de retornar a esposa para a instituição.

Passados uns dias lá estão eles de volta, trazendo uma pequena bolsa com algumas roupas e um saquinho com as medicações; nas caixinhas, anotados estão os horários; insiste novamente sobre as tais “teimosias”, mas as ressalva, reiterando que a esposa sempre ficava “boazinha” se tomasse os “remedinhos, direitinho”: assim falava na forma diminutiva no seu marcante sotaque ibérico.

Claramente, se percebe que a relação entre os cônjuges passara a ser de dissociação, afastamento. Embora o Sr. Manoel não desejasse abandonar a esposa, entretanto agora se sentia totalmente despreparado, sozinho, diante do novo quadro de agravamento da doença.

Após a assinatura do contrato de prestação de serviços com a instituição, o Sr. Manoel afasta-se, transferindo para a instituição a problemática a que ele não mais dá conta. Aquele homem, também velho, acaba de deixar sua companheira de tempos e histórias, mas fez questão de deixar à luz a verdadeira condição de saúde dela: com perda de memória, conforme ele próprio sugere; ao descer do carro, no primeiro encontro, a manifesta desorientação espaço-temporal, perturbações da linguagem (o silêncio ou fala totalmente complicada), distúrbio do humor, agitação psicomotora; enfim, o enunciado, a demência.

O Sr. Manoel continuou numa desconfiada esperança de um futuro “melhorzinho”, de quando Dona Carmen voltasse a ficar “boazinha”, e pudesse retornar para a residência com ele; indo embora só, saindo desolado, deixando a bolsinha, o saquinho dos remédios,

como se os diminutivos de sua fala, aliviassem a condição de saúde da esposa, o peso da sua angústia diante daquele fato insuportável a ele.

De nossa parte, definir o comportamento da Sra. Carmen, na instituição, extremamente esquiva, parecia nunca antes ter tido contato com outras pessoas, ressabiada, desconfiada, agressiva a qualquer tentativa de contato verbal ou físico.

Tentamos entendê-la no seu forte sotaque espanhol, em um dialeto muito particular, muito dela: palavrões, xingamentos, ameaças verbais e físicas a quem dela se aproximasse. Diabética e insulínica, era como um tsunami a cada aplicação da medicação; tudo era muito difícil, para ela, e para todos os que queriam estreitar a relação de cuidados. Seu jeito, sua forma de olhar e andar continuavam sempre ameaçadores.

Tais atitudes lembram-nos Goffman (2015), ao ele descrever a instabilidade da concepção de si mesmo, do abalo na própria identidade, a ruptura do próprio mundo com a entrada em uma instituição, distanciando-se do apoio que ali pode ser recebido, enfim, diante de mudanças significativas na vida do asilado e de múltiplas perdas.

Dona Carmen não fica perto de ninguém, isolando-se todo o tempo, quando qualquer movimento a irrita, anda compulsivamente pelo corredor lateral, da frente para os fundos, dos fundos para a frente, abrindo e fechando a boca, com a língua para fora, inúmeras vezes, num ritual infinito. Durante as refeições, após muitas tentativas para que ela a aceite, ela toma o prato nas mãos e come no canto da sala, em pé, de colheradas, e muito rapidamente.

Comportamento que parece expressar medo, justo o que Foucault (2017, p. 478) coloca com clareza: “O princípio do medo, que raramente é diminuído na loucura, é considerado como de grande importância para o tratamento dos loucos. O medo surge como personagem essencial do asilo”. O medo que afeta a todos: funcionários que passam a questionar sobre a permanência da Dona Carmen na instituição, sem deixarem de mencionar o quão lamentável é sua condição: a de parecer não ter lugar no mundo para ela...

Foucault, na mesma obra, afirma que “O abismo da loucura em que estão mergulhados os homens é tal, que a aparência de verdade que nele se encontra é simultaneamente sua rigorosa contradição” (Ibid, 2017, p. 31). E esta profissional questionava-se intimamente, ora sobre a *razão*, ora sobre o sentido daquela mulher, com

demência senil, não ter espaço. A sua existência estaria banida pelo desatino que afligira sua vida e a levaria à morte? Ela ainda teria um lugar no mundo? Estaria condenada à segregação? O repúdio a ela era evidente nas expressões dos mais próximos. A loucura escancarada parece nada bem-vinda, subvertida aqui na epígrafe com que iniciamos esta parte do trabalho, no aforismo de Foucault: “...*que a loucura fale livremente a linguagem do seu escândalo*”.

A instituição por si parece acabar momentaneamente (a)tentada a ser instituída por aqueles que a utilizam. “Pergunta-se: por que pensar a ILPI com uma segregação? Pessoas acamadas ou em estado demencial também não estariam segregadas se estivessem junto a suas famílias? O que determina a segregação? O tipo de moradia ou os efeitos da fragilidade, ou dependência, física, mental ou econômica? (CAMARANO; BARBOSA, 2016, p. 484). Será em razão de serem abandonadas, equivocadamente “sob o pretexto falacioso de que seriam ‘inconscientes’, incuráveis?, conforme indaga Messy (1999, p. 119).

Nos dias que se sucederam, quando o Sr. Manoel a visitava, percebia-se uma certa agressividade ao dirigir-se a ela, parecendo estar sempre tenso; embora deixasse muito claro a sentida falta da esposa em casa, estava agora feliz por ela, no seu ponto de vista, vendo-a apresentar alguma melhora em suas atitudes, talvez a redução de seu sofrimento psíquico.

Com o passar do tempo, foi possível criar uma forma de contato com Dona Carmen, quando se percebeu que, ao tratar de solicitações, tais como o oferecimento de refeições ou o fazer as medicações, falava-se suavemente com ela, sem mostrar muito interesse naquilo, mas mostrando disponibilidade para o que ela precisasse, até que, um certo dia, ela balançou a cabeça positivamente.

Foi quando nos demos conta de que, por seu próprio corpo, ela emitia seu dizer. Quem sabe agora, ela não estaria prestes a estabelecer uma comunicação verbal comigo?, com esta aluna pesquisadora, que, ao chegar perto dela, talvez fosse ouvir um *Bom dia!*, em vez de ser mandada para um lugar a que ninguém gosta de ir... Assim foi até que, num certo dia, aconteceu o inesperado!: “*Um bom dia para a senhora!*” abriu um diálogo, uma interação dialógica, entre nós. Mas aí vem a pergunta: como explicar esse momento de adequada coerência verbal de Dona Carmen, em uma perfeita manifestação de lucidez, diante da condição demencial que antes se manifestara?

Ao descrever sua experiência no atendimento a uma já conhecida paciente, sem aderência ao tratamento além de muitas reclamações, Ayres (2004) sintetiza, deste modo, o caso:

“pode-se apontar a situação de um encontro não atualizado, isto é, de um potencial de interação que não se realiza plenamente, como núcleo contraditório da crise enfrentada naquela relação terapêutica, como a crise de legitimidade pelas quais passam as práticas de saúde de modo geral” (2004, p. 20).

O autor explicita, então, que mesmo diante do domínio de adequados recursos técnicos, avulta a mecânica estéril das práticas, fazendo valer a construção de afetos entre as pessoas, propondo-se constituir, assim, uma relação de cuidado, esta, sim, de ordem humanística e cujos efeitos benéficos podem ser surpreendentes.

Dia a dia, sutil era o contato com Dona Carmen; afinal, caso se mostrasse interesse por ela, se colocaria tudo a perder. Não eram assim as relações do seu mundo, e nesse mundo quem ditava como deveriam ser, era somente ela. Assim, ela se mantinha na segurança que conhecia, e da maneira que sabia, e conseguia viver.

Pouco se consegue saber sobre sua vida. O Sr. Manoel se mostra de tal objetividade, curto e grosso literalmente falando, tosco mesmo no trato com a esposa e os funcionários da instituição. Culmina, em certa tarde, com um tapa desferido nas costas da esposa, mais irritado do que comumente o fora. Diante de nossa objeção a tal agressiva atitude, ele se cala. Penalizada foi como nos sentimos diante aquela situação, diante de sua alegada tristeza, por se sentir sozinho, distante e com saudades da esposa.

Pensando nas implicações de sentimentos antitéticos como o amor e o ódio, Mucida (2009), ao escrever sobre o amor e seus reversos, articula que, para Freud, “o ódio é o precursor do amor, e os dois sentimentos se entrelaçam, se cruzam, transformando-se um no reverso do outro” (2009, p.126).

Dona Carmen passou a sorrir, quando queria, e quando não?! Adorava mandar alguém para algum lugar, e disso foi feita uma diversão; afinal, alguém passou a existir no seu mundo de quase ninguém. Achava graça de tantas coisas!, e quando não perambulava pelo corredor, estava deitada na cama, com o corpo totalmente esticado e mãos cruzadas na barriga, com olhos estatelados, olhando para o teto, sem piscar por longo tempo. — *Dona Carmen, quer alguma coisa? Não senhora*, respondia, ou, *só quero que a senhora vá*

*pra ...!* Não é que eu sentia um certo carinho naquela resposta? Na verdade, achava era muito engraçada tal situação!

O Sr. Manoel chega noutra dia, na instituição, com sorriso feliz nunca antes visto, e nos pede para arrumarmos as coisas da sua esposa; iria levá-la para casa; julgava estar “melhorzinha” e sentia demais sua falta, de suas coisas...

Preocupada, mas com delicadeza argumentei que ela estava com uma adaptação satisfatória e que aceitava as medicações sem a resistência anterior, mas que sair agora poderia complicar o caso. Estava decidido, infelizmente, ela iria embora com ele. Sem expressão que se pudesse definir, com que uma neutralidade presidiu sua partida. Ela me acenou um tchau, antes de entrar no carro.

Mas, ao ir embora esse casal de velhos, veio-me a preocupação: como viveriam naquelas condições um tanto instáveis, precárias quanto a um equilíbrio psíquico?

A fragilidade exibida por ele, junto à insanidade dela, em uma soma de evidentes “perdas”. Mas o velho espanhol estava disposto a manter o curso da vida que vivia e pagar o ônus para poder viver sua velhice, conforme a própria escolha. Tal como enunciou Messy: “Podemos ser velhos, ver-nos como velhos, sem nunca nos sentirmos velhos” (1999, p. 47), inclusive quando esse psicanalista relembra a vida de Tolstói que, aos 82 anos, deixou sua esposa, tendo ido fazer uma longa viagem turística, no sentido de dar movimento ao fim de sua vida.<sup>4</sup> Como Tolstói, o Sr. Manuel queria também manter a liberdade de seus movimentos, e com a esposa em casa...

A partir daí meu telefone passou a tocar rigorosamente a cada final de mês: era o Sr. Manoel; eu havia feito o cadastro deles no posto de saúde, onde ele passou a buscar a insulina para Dona Carmen, ocasião em que ele me punha a par do estado da doente. Assim, mantinha-se um vínculo, valioso, para o caso de uma necessária orientação a esse casal de velhos, sem filhos nem parentes.

O médico Ricardo Ayres (2004), ao pensar o cuidado em saúde nos diversos setores da sociedade, desde sua gestão, passando pelas políticas públicas e suas garantias, até a construção dos vínculos usuário-serviço, propõe a necessidade de esses profissionais

---

<sup>4</sup> Liev Nikoláievich Tolstói (1828-1910), foi um escritor russo, amplamente reconhecido como um dos maiores de todos os tempos, autor de obras consagradas pela literatura realista.

refletirem e questionarem acerca de como e o quanto estão comprometidos em projetos de felicidade daqueles que por eles têm sido cuidados.

Acostumando-me com aquele espanhol que fazia questão de se mostrar rabugento, que rigorosamente telefonaria no final do mês, estranhei quando isso não aconteceu. Passaram-se uns dois dias para além do previsto, quando liguei e seu celular tocava, até cair a ligação; fiz algumas tentativas e nada; estranhei cada vez mais esse fato; afinal, ele era pontual para atender o telefone. O que teria acontecido!? No dia seguinte, ligo novamente e nem sequer se fez a chamada. Estranho!, pensei. Será que havia acontecido algo?

Era uma sexta-feira, uma festa de aniversário me manteve atarefada, mas estava determinada que iria à casa dos ex-clientes espanhóis na semana seguinte, pois a toda a hora estavam meus pensamentos voltados àqueles dois.

Segunda-feira, atendo um outro caso, cuja história custaria algumas laudas, passei o dia entre assuntos de promotoria, dentre outros que roubaram minhas horas de trabalho. Acabei por não ir. *De amanhã não passa, preciso ver como estão*, pensei então eu.

Acelero meus afazeres no dia seguinte com a intenção de ficar livre após o almoço; assim, conseguiria fazer o que planejara há alguns dias, para acabar com a minha preocupação. Antes do meio-dia, o telefone da instituição toca; ao atender, uma pessoa me pergunta: *“É da Barros Residência para Idosos? Gostaria de falar com a responsável. Conhece Carmem M.? Encontramos seu contrato de prestação de serviços e precisamos urgente da sua presença no setor de psiquiatria do hospital — era a assistente social do Conselho Municipal do Idoso.*

Sabia que algo de ruim havia acontecido. Chegando na porta de entrada do hospital, a assistente social estava com nosso contrato de prestação de serviço em mãos, agradecida pela nossa presença ali, mas eu ainda preocupada para saber mais detalhes. O casal pouco mantinha relações com a vizinhança. Dona Carmen era a “bruxa” da rua e ninguém gostava de passar na calçada de sua casa, pois ela xingava a quem aparecesse à sua frente.

O que ocorrera agora? A vizinhança começou a sentir um forte cheiro, que a cada dia piorava; alguns vizinhos procuraram um possível animal morto na redondeza e nada. O cheiro aumentou a ponto de se tornar insuportável; as janelas como sempre fechadas na

casa do casal e seu carro não saía da garagem já há algum tempo. Foi quando um dos vizinhos tocou a campainha insistentemente, e Dona Carmen aparece na janela para xingar com seu repertório extenso de palavrões, fecha a janela e as cortinas novamente; os vizinhos resolveram chamar a polícia, que entrou na casa de máscara, encontrando um corpo em estado avançado de putrefação na cama de casal.

Ali estava o velho espanhol, morto e apodrecido, enquanto sua mulher nas profundezas da insanidade, tentava agredir a todos na tentativa de expulsá-los. Segundo descrito pelos bombeiros e policiais, foi uma cena de terror, muita sujeira, alimentos podres pela casa toda. Ele havia falecido dias antes de entrarem na casa.

Esse acontecimento do apego, neste caso, patológico ligado à situação demencial de Dona Carmen, mas que, de qualquer forma, um vínculo que pode ser explicado, ao evocarmos observações tocantes sobre o apego do ser humano, para além das pessoas, também aos objetos:

Sempre estamos diante dessa escolha entre romper com o passado, mesmo recente, ou conservar – mas até quando? – velhas roupas, velhas coisas que ocuparam um lugar em nossa existência e são para nós como amigos-defuntos. Baudelaire: *“O mes botes! Rentrez au fond de cette armoire/Qui va vous servir de cercueil!”* [Ó, minhas botas! Entrai no fundo desse armário/Que vos servirá de caixão]. (LÉVI-STRAUSS, 2010, p. 133).

O Sr. Manoel não deixava, em nenhum momento, de ser meu “amigo-defunto” — que proporcionou cena que, ao olhar social, trouxe horror, nojo, a alguns vizinhos, estranhamento em sua esquisitice a funcionários da Prefeitura, a ponto de a assistente social, conhecida desta pesquisadora de outros acontecimentos, responsabilizar-me, em dizer impositivo, quanto aos exigidos cuidados a Dona Carmen: *“Você vai cuidar dela, não é?”*, a que eu não poderia ter outra resposta senão sim.

Ao adentrar no setor da psiquiatria do hospital, ouvia eu conhecidos gritos e conhecia muito bem aquela voz rouca e arranhada de Dona Carmen, em total agressividade no seu sotaque espanhol, mas com os gestos contidos nos punhos e tornozelos. Quando me viu, calou-se, com os olhos fixos em mim, dizendo: *“Me ajuda!”*. Tive a sensação de ser a única pessoa deste planeta que poderia fazer algo por aquela mulher, porque laços nos uniam; calmamente fui retirando as amarras de seu corpo e ela pôde sentir-se liberta; suspirou de

alívio, sentou na cama, pegando minha mão. Saímos juntas, de mãos dadas, daquele hospital; não mais poderíamos nos separar; senti-me responsável por ela para sempre.

O tempo foi passando, ela na sua rude insanidade, seu jeito não-participativo nos eventos da instituição, mesmo quando por perto eu estava, ela sempre mantendo distância de todos. Respeitava-me; até me xingando, ela me respeitava. Era diferente com as outras cuidadoras; todas tinham sempre um certo medo dela, que fazia jus a isso; afinal, só de olhar para ela, as pessoas já ficavam com medo. Os cabelos eriçados, a falta dos dentes e o tique com a língua, claramente mostravam sua condição mental.

À sua maneira, me tratava muito bem, bem de um jeito difícil de entender, tínhamos uma comunicação peculiarmente carinhosa, mas imprevisível. Ou eu fazia uma leitura do seu olhar, ou recebia o palavreado insultante. Imprescindível para uma boa comunicação com ela, era não falar muito. Quase nada.

Falando sozinha como sempre, durante o dia e também durante a noite, não tinha horário para dormir; uma certa madrugada meu telefone toca, era a auxiliar de enfermagem do noturno, literalmente desesperada, pois ao fazer os cuidados nos quartos, foi até a sala cuja porta estava aberta, olhou a enfermaria à procura da chave e nada da chave. Viu que o portão de entrada estava trancado; em pânico inspecionou todos os que estavam ali e onde estava a Dona Carmen? Ao telefone, a funcionária gritava: *“Dona Carmen fugiu! Ela fugiu!”*.

Temos muito presente que, no Estatuto do Idoso, o Capítulo II, Parágrafo Único, determina que “O dirigente da instituição prestadora de atendimento ao idoso responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas”.

Era uma noite de inverno; lembro-me de que estava bastante frio; três horas da madrugada, dei um pulo da cama como se apertasse um botão de ejetar, não descí as escadas de casa, verdadeiramente deslizei pelos degraus; o desespero tomou conta de mim, ao ligar o carro, e sair saltando as lombadas da avenida, quando eu pensava: *“Onde estaria Dona Carmen? - Poderia ser atropelada na via expressa logo atrás da instituição... Negligenciei seus cuidados com uma pessoa incapaz disso?! Meu mundo estava acabado, meu trabalho! A responsabilidade é minha, minha culpa!”*. Desesperada, entro na delegacia: - *Minha idosa fugiu! Minha idosa fugiu!* O delegado intervém: *“Calma, moça!”*. Perplexo, com cara de paisagem, olha para o colega que também olha para ele, e ambos olham para

mim. Eu, de pijama de onça, e pantufa com trombas de elefantes, estava ali, solicitando o apoio daquela delegacia.

Fato é que, a nosso ver, na velhice, quando a loucura incomoda, atributos negativos são invariavelmente associados à institucionalização. A contratação de serviços prestados por uma ILPI, ocorre em mão dupla “contrária”: assim, o alívio culposo com o desejo de garantia de segurança e cuidado... e mais complexas garantias, tanto das famílias (para quem as têm), quanto da sociedade e do Poder Judiciário.

Na gestão de uma ILPI, assume-se a responsabilidade citada em lei com referência à amplitude desses cuidados e a atribuição de diversas competências, acarretando ilegalidades caso ocorra uma transgressão ou a exposição dos idosos a riscos biopsicossociais. A vulnerabilidade encontra-se envolvida por ocasião de todo e qualquer processo, dado que a instituição está sujeita aos ditames da lei:

“(...)é fundamental que o idoso seja cuidado, no sentido de receber atendimento integral, mormente diante do perfil dos residentes, com doenças incapacitantes [...] o que já desperta uma proteção especial dada sua vulnerabilidade reconhecida por lei” (MANUAL DE ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2016, p. 26).

Em meio a minha agitação, veio a ideia de ir até a casa dela; saí correndo da delegacia anunciando que ela poderia estar lá; entrando na rua de sua casa, vejo um movimento de pessoas e a viatura policial. Em meio à madrugada, na frente de sua casa, Dona Carmen gritava: “*Manoel, abra a porta seu* “— *. Abra a porta, que vou lhe bater na cara!*”, ou seja, acordou a vizinhança toda e aí se estabeleceu todo um alarido no quarteirão. Quando percebo, estou no meio daquele conflito, com o povo me acusando, Dona Carmem dizendo seus impropérios, os policiais perguntando sobre do que se tratava, até que ela me agarrou pelas mãos, subimos no carro e saímos nós duas, em direção à ILPI, e com todos continuando a ser xingados...!

*A realidade, nutrida por sonhos e desejos*

Um parêntese para uma confissão que tem a ver com este relato sobre os primeiros idosos aqui em foco, o Senhor Manoel e Dona Carmen: sempre gostei muito de motocicleta e, nessa época, eu tinha realizado uma paixão: ter a minha Harley Davidson, preta e com poucos cromados, escapamento aberto; um estrondo muito alto acontece na sua presença, som que eu costumo chamar de “uma sinfônica”. E é claro que, no dia da entrega, novinha

da loja, fui trabalhar com a “poderosa” e impositiva Harley Davidson. Mas que sonho bom, era um dia mais que especial, só entendem os apaixonados pelo vento no rosto e a sensação de liberdade; a felicidade na dança das curvas é indescritível, preenche a alma.

Ao chegar no trabalho, com aquele ronco alto do motor, pensei: *“Vou assustar minhas velhas! Minha nossa!, os familiares ficarão chocados!”*. Achando graça em tudo aquilo, abri o portão, e entrei com a moto. Dona Carmen, sempre desconfiada, um pouco assustada mas curiosa, apareceu tímida, de meio-corpo no corredor, e com pequeno sorriso, seu olho até franziu! *“Você gostou?”*, perguntei. Ela veio rindo em minha direção, olhando-me atentamente, deu um tapa no banco da moto e afirmou, decidida: *“Quero passear! Não vou morrer sem passear nesta moto!”*.

Resoluções normativas e protocolos podem atender a questões subjetivas?, a pergunta que me vem sempre no momento de uma tal cena. Afinal, o risco ficaria por minha conta... Se no dever ao cuidado, citado na Política Nacional do Idoso, Cap. IV, Art.10 1b: no cumprimento de prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas, pode-se perguntar: “Qual medida seria tomada relativamente ao devir perante a Lei?”.

Diante disso, destaca-se o que afirmou Morin, sobre o homem como um ser potencialmente capaz de resistência e revolução, capaz do melhor e do pior [...]; por isso, a necessidade do viver melhor. O viver verdadeiramente, para Morin, significa “viver com compreensão, solidariedade e compaixão” — tal é o espírito que sustenta a ILPI onde trabalhamos.

Na garupa da moto, sentou-se de lado, com as pernas cruzadas; as demais idosas, quando viram isso, ficaram agitadas, umas riam, outras, tomadas de susto ou horror. Liguei a moto, ela agarrou na minha cintura e lá fomos nós; saí cuidadosa em velocidade baixa, dia lindo, céu azul e o mar na sua imensidão não formava uma onda sequer, o sorriso se impregnou em nós duas, e ela, empolgada, apertava minha cintura, e dizia: *“Corre mais! Corre mais! Que beleza! Que beleza!”*. Cabe aqui, talvez, as reflexões de Ayres, 2004, p. 27: “Própria da construção das identidades individuais, as quais plasmam os projetos de felicidade em cujas singularidades se deve transitar na perspectiva do cuidar, se faz, [...] na interação com o outro, nas inúmeras relações nas quais qualquer indivíduo está imerso”.

Ayres (2004), nesse sentido, propõe a expansão de intervenção que perpassa o tecnicismo, ao propósito de flexibilizar e permear os horizontes terapêuticos do

morfofuncional normativo, trazendo interesse significativo na desconstrução das alteridades de características próprias ofertadas e mediadas nesses encontros.

Como se o vento levasse embora toda aquela doída loucura que fazia parte da sua vida, o sol no rosto a renovava, iluminando aquela alma; ríamos muito, e a cada acelerada, a sinfônica do motor era a música da nossa diversão. Era nosso aquele momento tão especial! Momentos felizes de vida!

Ao refletir sobre a felicidade, o teólogo Leonardo Boff afirma que: “Aqui aparece a natureza frágil da felicidade: é como uma pluma leve que o vento carrega. Ela tem vida breve porque, para subsistir, precisa que haja vento sem parar. Mas nem sempre há vento” (2016, p. 43).

Retornando à situação de Dona Carmen: um tempo depois, adoece seriamente, com um problema hepático, muitos medicamentos, inúmeras idas e vindas de internações hospitalares; nessa época, ela demonstrava mais afeto, aceitava, tornara-se branda e calma precisando de mais cuidados; assim, foi ficando fraquinha e abatida, sentia que ela estava indo embora. Até que, numa noite, ela partiu.

Havia um advogado, colega do Sr. Manoel, que providenciou uma curadora, mas a mulher nunca apareceu na instituição. Fiz tentativas de contato com o advogado, mas invariavelmente vivia viajando. O contrato de prestação de serviços em caráter de longa permanência havia sido celebrado, conforme a normativa, a RDC 283/05 que, a esse respeito, determina:

4.5.4 – A Instituição de Longa Permanência para idosos deve celebrar contrato formal de prestação de serviço com o idoso, Responsável legal, ou Curador em caso de interdição judicial, especificando o tipo de serviço prestado, bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário, em conformidade com o inciso I, artigo 50, da Lei n.º 10.741, de 2003.

Uma Procuradora de Justiça, a Profa. Dra. Iadya Gama Maio (2018), foi quem fez os esclarecimentos necessários sobre o chamado Processo de Interdição, como medida protetiva ao idoso, quando este estiver inapto à expressão de vontade, bem como sobre a Curatela, como instrumento de representação de um indivíduo que apresenta impossibilidade de expressão de vontade, como a prática de atos da vida civil. A Procuradora deixou claro, nestes termos: “a Curatela deve ser atribuída a quem melhor

possa atender aos interesses do curatelado, [...] zelando pelo seu bem-estar e tudo o que diz respeito à vida do curatelado”.

O contrato de prestação de serviços em caráter de longa permanência celebrado nos ditames da lei, porém, tem implicações, como advoga Natália Verdi (2020): “Os laços de afetividade são de tão grande monta que não há como custeá-los financeiramente, ou ainda como exigi-los judicialmente, sendo importante compreender que a justiça tem considerado estas questões para que, somente assim, seja efetivamente, justa”.<sup>5</sup>

Como enfermeira responsável da ILPI que teve aproximação com o casal em foco – Dona Carmen e Sr. Manoel -, pudemos iniciar as providências necessárias para o sepultamento, ao se apresentar o único documento de registro de que a instituição dispunha: uma xerox um tanto malfeita, mas primordial para a ocasião; entretanto, embora se tivesse em mãos um contrato particular da instituição, essa xerox não foi aceita pelo IML; a orientação foi a de que somente o delegado poderia liberar o sepultamento com aquele precário instrumento de identificação. Olhou o papel e decididamente respondeu que não poderia liberar o sepultamento apenas a partir daquela xerox. Pelo fato de a Dona Carmen ser de procedência espanhola, ela deveria ter talvez um parente que poderia ter a posse de um documento original para tal liberação. Em seguida, com olhar um tanto depreciativo, o delegado questionou sobre qual seria o interesse da insistência desta enfermeira da ILPI. Ressaltou que, afinal, tratava-se apenas de uma enfermeira do “asiló” onde morava a falecida, e não de um familiar. Os argumentos apresentados, a apresentação do contrato estabelecido entre o Sr. Manoel e a instituição de que eu dispunha em mãos, em nada fizeram mudar o delegado de posição.

A discrepância entre o que era importante para uma velha antes “asilada”, mas agora morta, e a solicitação da enfermeira do “asiló” em requerer a identidade de uma pessoa falecida, era este o ponto central. Era esta a coerência absoluta do Sr. Delegado em manter o modelo de justiça. Qual a real importância das *identidades* envolvidas? Goffman (2015) reflete sobre o profundo efeito em uma pessoa - como resultado de uma interação em que ela se sente estigmatizada, exposta a uma indesejabilidade social -, que faz acionar processos de estigmatização, o que acarreta a perturbação da identidade daquela pessoa,

---

<sup>5</sup> Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/curatela-reflexoes-sobre-o-dever-de-cuidar/>. Acesso em 14/02/2020.

que sente perdê-la para sempre. E se a pessoa já não é mais viva, o que justifica tal requisito de identidade, imposto pelo delegado, antes do sepultamento? A dignidade estende-se até quando?; Não seria mais digno encaminharem-se as providências para o sepultamento, a despeito de se ter um documento “legítimo” às exigências do delegado?

Contempla a RDC 283/05, no seu item 4.3.2: “Preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de *respeito e dignidade*”. E no Estatuto do Idoso, em seu cap. II, art.10: “É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar, à pessoa idosa, a liberdade, o *respeito e a dignidade*, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos e sociais, garantidos na Constituição e nas leis”.

Retornando ao IML e, sem nada resolvido pelo citado delegado, verifica-se que nada mais poderia ser feito para além do que haviam decidido: Dona Carmen seria sepultada como indigente. - *Indigente? Nem pensar! Como vou consentir que uma pessoa que eu sei quem é, com quem convivi meses, e de que tanto cuidei, agora seja enterrada sem identidade!?* No retorno à delegacia, outro delegado foi consultado e nenhuma mudança a tal inédita e incompreensível situação.

Chega a noite, decidindo-se o sepultamento para algo digno no dia seguinte, quando sonhei com Dona Carmen sorrindo para mim, embora nada dissesse no sonho, somente sorria. Acordei determinada a providenciar o enterro. Ecoavam-me alguns dizeres de Bauman, em uma reflexão sobre a questão da identidade: “Você só tende a perceber as coisas e colocá-las no foco do seu olhar perscrutador e de sua contemplação quando elas se desvanecem, fracassam, começam a se comportar estranhamente ou o decepcionam de alguma outra forma” (2005, p. 23). Como eu estava envolvida com toda aquela maluca situação...

Era final do ano, havia recesso no fórum e eu já era figura presente entre IML e delegacia; mais dois dias se passaram, até que, na tarde da antevéspera da passagem de ano, sentada no banco em frente à porta do necrotério, passei a orar. Justamente porque eu não achava certo sepultar Dona Carmen como indigente, pois a indigência não lhe cabia de forma alguma. Senti uma forte sensação de que deveria novamente ir à delegacia; ao chegar, entrando na sala do delegado, fui recebida, diferentemente desta vez, com simpatia e atenção; jamais vou esquecer aquele rosto oriental e prestativo, que escutou a história toda, olhou para mim, e disse: “Vejo sua preocupação, acho importante o que quer pra ela”.

E a seguir assinou a liberação. Assim, o coveiro e eu sepultamos Dona Carmen. Não sem sofrimento.

Narrar, como diria Eclea Bosi (1987) é também sofrer, quando aquele, que registra a narrativa, não opera a ruptura entre sujeito e objeto, ou entre sujeito e sujeito. A passagem da fala à escrita, em que esta narradora, deixa de lado a objetividade de um romancista ao integrar os dados narrativos, confundindo as histórias de seus personagens com as suas próprias. Tendo incorporado o teor narrativo das histórias coletadas, vejo transformar-se o meu próprio eu em mais uma personagem-narradora.

A esse respeito, Walter Benjamin (1962, *apud* Bosi, 1987: XIV) vai mais longe ao dizer: "O narrador conta o que ele extrai da experiência - a sua própria ou aquela contada por outros. E, de volta, ele a torna experiência daqueles que ouvem a sua história". Ouvinte e narradora — é assim que esta mestranda se sente ao trocar estas experiências inesquecíveis tidas com alguns dos velhos residentes da ILPI.

## 2ª Narrativa - A Professora Dona Yolanda

*“O Mestre absoluto, ou seja, a Morte.”*  
(Jean Clavreul)<sup>6</sup>

Sorridente, uma jovem chegou na instituição, procurando informações para saber se poderíamos receber o avô e uma prima, seriam ambos institucionalizados, pai e filha. O pai, um senhor de 94 anos e a filha com 64 anos; entendi no momento que o idoso era passível de cuidados, devido a sua condição de fragilidade e dependência, mas questioneei sobre a filha, ainda uma idosa-jovem, o porquê de necessitar de nossos serviços.

Idoso, idoso-jovem, de melhor idade, muito idoso, super-idoso, de idade avançada, de terceira idade, dentre outros, são os termos para classificar, genericamente, a pessoa com 60 ou mais anos, nos países em desenvolvimento como o Brasil. Tantas denominações para um velho mostram que: “A velhice não tem nada a ver com a idade cronológica”, a velhice é “um estado de espírito”, tal como a refere Messy (1999, p. 14). Para Beauvoir, “a velhice é uma categoria social, mais ou menos valorizada segundo as circunstâncias. Não deixa de ser, de fato, para cada indivíduo, um destino singular” (1990, p. 109).

Dada a regulamentação de direitos específicos para pessoas com mais de 60 anos, não de modo diferente para a institucionalização; somente acima dessa idade uma pessoa pode/deve ser institucionalizada. Muito embora seja frequente a busca de uma ILPI para pessoas com menos idade do que o limite mínimo para tal.

Yolanda, a idosa agora em foco, era filha única, tendo morado, a vida inteira, com os pais; nunca saiu da casa deles, nem para trabalhar fora, ou viajar, ou casar. Sempre integralmente dedicada em cuidar dos pais, do trabalho, e da casa; era professora de curso fundamental, antes dito primário, hoje aposentada, cuja rotina era dar aulas em escola situada numa pequena cidade do litoral de São Paulo.

Regrada, vida reservada e comportamento tímido, há alguns anos, com a morte da mãe, ela se dedicou aos exclusivos cuidados com o pai, e a rotina seguia. Pouco contato com vizinhos, suas amizades eram superficiais. Nas esporádicas visitas ao avô e uma

---

<sup>6</sup> Esse fragmento de uma frase do médico, psiquiatra e psicanalista Jean Clavreul, é de domínio público, extraída da internet, e se encontra na p. 8, do livro publicado em 1978, **A ordem médica – poder e impotência do discurso médico**. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/58109041/clavreul-jean-a-ordem-medica>. Acesso em 12/01/2018.

prima, a jovem relatou que percebia um certo abatimento e indisposição, nunca antes ocorrido; ao questionar a prima-professora não obtinha resposta; ela sempre mudava de assunto e, no decorrer do tempo, a casa já não era mais tão criteriosamente limpa e arrumada; os alimentos, acumulados, estragavam na geladeira.

Uma vizinha de muitos anos escutou choro e gritos; rapidamente reconheceu ser do Sr. Joaquim; entrando na casa, encontrou Dona Yolanda desmaiada; chamou a ambulância e telefonou para a prima. Internada por uns dias, passando por avaliação com especialistas; o médico oncologista questionou com a familiar sobre o não acompanhamento da doença pela paciente; ela estava com câncer de mama e metástase instalada, mas nunca antes havia realizado exames ginecológicos, de mama. Breve foi esse relato da familiar, que parecia ansiosa por encontrar uma maneira de o avô e a prima receberem a assistência adequada. Sua indignação era clara, diante da suposta falta de autocuidado de tal prima.

O autocuidado é compreendido, por Caldas e Lindolpho (2017), como comportamento relacionado à saúde e à capacidade de alguém proporcionar, a si mesmo, o que lhe é necessário à vida, o que é de sua própria responsabilidade, compreendendo a saúde como recurso que viabiliza projetos motivadores a uma vida plena. As autoras argumentam, ainda, à luz de Wiener e Merckstroth (2014): “O autocuidado ocorrerá quando houver uma atitude positiva em relação a tal comportamento, ressaltando as influências sociais, a confiança da pessoa em desenvolvê-lo, sua capacidade em executá-lo e se deseja alcançar este comportamento” (CALDAS; LINDOLPHO, 2017, p. 1255).

Dias depois, chegam na ILPI, Dona Yolanda e seu pai, o Sr. Joaquim. Ela, uma mulher alta, de pele muito clara, e uma palidez sintomática de alguma doença, cabelos pretos, curtos e encaracolados, e de braços dados com o pai que andava com dificuldade.

De voz aguda e falando baixo, não olhava nos olhos para conversarmos, pensei ser devido ao primeiro momento, tamanha timidez; assim, até uma proximidade entre nós talvez levasse algum tempo para acontecer. Dona Yolanda mostrou a delicadeza própria de professora; sim, tinha uma postura que lembrava muito bem as minhas professoras de início dos estudos. A partir do histórico relatado pela prima, considerei uma resistência inicial à institucionalização, de ambos os familiares, sendo lúcida e orientada; sair de casa para morar coletivamente seria uma grande mudança à vida de todos.

Medicamentos e exames foram trazidos pela familiar, juntamente com uma sacola que continha um arsenal para curativos. Ela não havia presenciado a realização dos

curativos, mas recebeu as orientações dos profissionais na alta hospitalar, trazendo-nos a prescrição.

Em alguns casos de câncer, ocorrem lesões na pele; os curativos deveriam ser realizados diariamente, após o banho, conforme a prescrição do oncologista. Curativos são frequentes em uma ILPI; portanto, não haveria problemas para a casa.

Ao recebê-la, convidei-a para um café da tarde; educada e o tempo todo de braços com o pai, aceitou agradecida. Ofereceu bolo e café na boca de seu pai; logo após, ela o limpava com o guardanapo, como se ele fosse um aprendiz; ela o tratava de modo infantil todo momento, supervisionava cada gole de café. Ao eu oferecer alguma assistência ao idoso, a filha gentilmente tomava a frente; tal comportamento ficou claro nesse primeiro dia; ela desejava ser a cuidadora; porém, ao se ambientarem provavelmente ela poderia aceitar nossos cuidados a ele.

A chegada na instituição é um momento delicado, e deve ser valorizado pela equipe oferecendo bom e tranquilo acolhimento; é preciso observar os mais sutis gestos e solicitações de quem chega. Entender a chegada como processo de rompimento brusco da vida até então e de tudo que se liga a uma pessoa, costumes, pertences, lugares, pessoas e a identificação do conhecido, agora rumo a um total desconhecido.

A Política Nacional de Humanização, ou PNH, define o conceito de Ambiência como o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva.

Bestetti (2016) é autora que faz pesquisa sobre a ambiência no caso de idosos, trabalhando questões relacionadas a seu conforto em uma residência coletiva. Segundo essa autora, o conceito de ambiência se refere ao espaço arquitetural, ou mesmo o moral, onde acontecem as vivências dos idosos de uma ILPI e onde se estabelecem as relações humanas. Os encontros desses sujeitos podem acarretar alterações nas suas atitudes, uma vez que elas evidenciam sobremaneira o conforto e o bem-estar dos ocupantes de um determinado espaço. Outro ponto destacado pela autora diz respeito à privacidade e à individualidade em uma ILPI, dado que é preciso manter as condições de respeito e dignidade aos residentes, para que se tenha a manutenção adequada dos territórios definidos (BESTETTI, 2012).

A seguir, a autora conceitua a ambiência como sendo entendida pelo espaço que visa à confortabilidade por meio da privacidade e individualidade das pessoas envolvidas, valorizando os elementos do ambiente que interagem com as pessoas e garantindo o conforto a todos (BESTETTI, 2016).

Em assim colocado, pode-se dizer que, à Dona Yolanda, a segunda idosa desta dissertação, seu dia de chegada na instituição decorreu com tranquilidade, considerando ser atípico sempre que se dá a chegada de novos moradores, que são acomodados em seus quartos; a supervisão na porta do quarto do pai de Dona Yolanda foi constante naquela noite; preocupada, por várias vezes Dona Yolanda, levantou-se para se certificar de que ele estaria bem.

Alguns idosos gostam de acordar muito cedo para o banho e, conforme a preferência de cada um, procuramos adequar a rotina da Residência. Voltei ao quarto de Dona Yolanda para desejar um bom dia a ela, notar qual seria seu momento do banho preferido. Pensando em estreitar esse contato, se teria que ser feito o curativo na mama; seria importante este nosso diálogo para que pudéssemos, juntas, realizar o procedimento, considerando-se ser uma parte íntima do corpo e em razão do comportamento dela ser reservado; seria fundamental abrir caminhos para amenizar o desconforto no caso da nudez diante de alguém a quem ela não conhecia. De qualquer forma, seria mais um curativo.

Separamos, juntas, as roupas e o *kit* de higiene, embora a cuidadora disponível para auxiliá-la, a Yoyo, pediu que somente eu a acompanhasse no banho. E assim foi.

Entramos no banheiro e, de costas, começou lentamente a desabotoar a blusa do pijama, um botão; e pausa, outro botão e outra pausa; ofereci ajuda e, agradecida, ela mesma a faria, quando com as mãos segurando com força a blusa, parou e olhou para o chão. Suas mãos colaram na blusa, com a impressão que tivesse toneladas para segurar, em silêncio, olhava para o chão, os tremores nas mãos fechadas e seu rosto com expressão de angústia. Ao colocar as mãos no seu ombro, eu disse: “Estamos juntas”. Em silêncio e com dificuldade, aquela blusa de pijama foi sendo desabotoada.

Um cheiro ruim começou a surgir, e a atadura em torno de todo o seu tórax, dava voltas numa extensão quase até o abdômen e pensei no exagero de quem fez aquele curativo; afinal, seria uma lesão, talvez como algumas outras que já havia visto. Ao começar a retirar a atadura delicadamente, tranquilizando-a ao mesmo tempo, o odor crescia; eu,

sabia que se tratava de uma lesão cancerígena; era característico e, assim, continuei em ritmo lento a remoção da atadura.

Os montes de gazes escurecidas e sujas estavam apareciam por baixo da atadura, o mau cheiro tomava conta do banheiro, e o rosto dela entorpeceria com a expressão de desgosto, de angústia, de tristeza; comecei a retirar as gazes uma a uma, e a cada gaze retirada, era um arrancar de dor profunda que seu olhar compunha e de que jamais esquecerei.

A ferida era interminável, não havia mama, nem direita, nem esquerda. Só havia feridas. Olhando o que foram seus seios, fizemos o nosso silêncio e a dor dela fez nascer a minha... sua dor fez-se em mim!

Transformar meus sentimentos daquele momento em compaixão seria demais para minha pequenez humana. No mesmo instante em que a indignação tomou conta de mim, a um só tempo acometida por uma grande compaixão daquela criatura. Todos erramos, certamente; mas seria um erro pensar em me colocar no “meu” lugar? Mas qual lugar seria esse? Quem sou eu para determinar o certo ou o errado sob certas circunstâncias? Como poderia uma professora que ensinou e educou suas crianças, preparando-as para a vida, permitir que sua saúde chegasse à tortura extrema de uma doença tão mal-cuidada no dia a dia? Daí me veio a afirmação de Nietzsche de que uma escrita do corpo se faz com o próprio sangue. E segundo o filósofo, é difícil compreender o sangue alheio!” (*apud* TÓTORA, 2015, p. 104). Mas é possível, a qualquer um, tentar.

Morin tem uma explicação que cabe muito bem aqui, a respeito da autoética, ao dizer que esta

(...) tem como valores fundantes a fé, o amor, a compaixão, a fraternidade, o perdão e a redenção (...) Assim, além da preocupação autocrítica da ética para si, o autor introduz a necessidade de uma moral da compreensão.

Cientes de que a tecnologia e a medicina ainda têm seus limites, diante do desenvolvimento de uma doença, dependendo de seu estágio e avanço, podemos, porém, ao perceber quando algo está fora do que sabemos ser “normal”, providenciar que o sofrimento seja minimizado, ao menos.

Dona Yolanda percebeu, há muito tempo, que seus seios estavam com nódulos, e outros nódulos foram surgindo, mas como uma adolescente ao “nascer os seios” (assim

dizia minha avó), escondê-los para que não fossem percebidos, queria escondê-los de si mesma. Não tomou providência alguma, quando sentia que os nódulos aumentavam, não quis fazer nada diferente, ocultou-os, usando as ataduras; assim fechava o que sabia, o que via e o que sentia. Medo talvez? Terror ao desconhecido? Falta de alguém com quem dialogar?

A respeito do cuidado de si, Tótora explicita: “O cuidado de si não é o mesmo que conhecimento de si a partir de um saber que se pretende verdadeiro[...]O cuidado de si é um exercício de si para consigo, com o objetivo de se transformar, produzir-se e atingir um certo modo de ser, um éthos” (TÓTORA, 2015, p. 31).

As feridas foram surgindo e, a seu modo, eram feitos os curativos, com a intenção de poder cobrir o que aparecia, o que era escancarado. No avanço do rompimento de sua pele, os seios de Dona Yolanda foram desaparecendo e, em seu lugar, as crostas tomaram conta de todo o seu peito, rasgando a pele, fazendo brotar pus, o horror, com e a dor decorrente. Era esse o destino diante da dor, pretendido por ela? Mas também como lidar com a escolha do outro, especialmente quando este quer fazer de si o que lhe concerne? Ainda que essa forma de agir nos seja incoerente, tendo em vista que nossas escolhas são nossas e de mais ninguém? Fazemos isso por toda a vida, todos os dias, escolhemos o tempo todo como agir assim ou assado?; aí vêm as reflexões sobre qual escolha teria sido determinante ou assertiva para que respondesse ao que realmente seria o melhor para cada um de nós.

A cada curativo, uma maior cumplicidade; criamos uma espécie de interpretação do silêncio mútuo, numa linguagem nossa, particular, nada precisava ser dito, o que evoca os dizeres sobre o silêncio, de Eni Orlandi (1999). Amizade e empatia, os sentimentos que foram crescendo entre nós, dia a dia. Passou a ser chamada de Yoyô e adorava esse apelido carinhoso; por isso, Yoyô.

Embora houvesse a necessidade óbvia de alimentos saudáveis, a vontade de ela comer Miojo foi atendida. Comprei alguns pacotinhos para que ele fosse servido quando ela o desejasse e é claro que não seria diferente; afinal, a professora estava primorosamente mimada nas suas solicitações; já sabia que eu não deixaria de atender a um pedido seu.

Com um sorriso aparentemente com um certo sarcasmo, sentava-se ela à cabeceira da mesa de refeições, e coordenava de forma sorrateira a organização da mesa, sempre

com seu pai ao lado e com o guardanapo bem posicionado para limpá-lo, após cada colherada, que ela mesma, na maioria das vezes, colocava-lhe na boca.

Comunicou que seu pai gostaria do tal macarrão e também uma outra idosa, e outro idoso...; assim ia apontando para cada um que desejasse comer o macarrão. Todos sorriam e estavam felizes por serem atendidos exatamente como a professora solicitava, e até que todos estavam comendo Miojo, ou seja, não aceitavam mais um jantar saudável, e ficavam super-alegres - já que a professora tinha suas vontades atendidas, todos queriam o que ela queria também! Ou será porque ela paga mais que nós!?! , questionavam.

Mucida (2004) se refere à prática nas instituições quanto a rotina como causa do apagamento das diferenças, como a mesma comida, horários [...]que as particularidades apaguem para favorecimento da rotina. A autora observa que “Os sujeitos devem deixar para trás todas as lembranças, todos os hábitos, todos os gostos e escolhas para se adequarem ao grupo” (2004, p. 87).

O motim do Miojo foi criado, tornando esse alimento o mais valioso item do cardápio da casa; afinal, era um absurdo que não fosse providenciado o que adoravam comer e eu sempre era chamada e pressionada para resolver a questão. Queremos Miojo!, em uma reivindicação liderada pela professora. Nesse contexto, cada um busca sua forma de escrever o seu particular, recorrendo a comportamentos diversos, para manter seus traços próprios. Entende como resposta daquilo que nunca se institucionaliza em cada *asilado* (MUCIDA, 2004).

Confesso nunca cumprir à risca o cardápio elaborado pela nutricionista, sempre comprando guloseimas e miúdos essenciais para uma autêntica feijoada (sic?). Nas festas, considero uma atrocidade um bolo não poder ser deliciosamente degustado por um diabético (sic?), que fica extremamente triste se não conseguir ao menos um limitado pedacinho de bolo com aqueles recheios saborosos. Utilizando “moedas” de troca, como sobremesas de que cada um gostava, para que fossem servidas após o jantar, em troca do famigerado Miojo... Funcionou, mas a pergunta que não se cala: será ético de nossa parte agir assim?

A amizade nossa com a residente foi crescendo dia a dia. Dona Yolanda vivia aprontando situações que nos deixavam de saia-justa, como prometer em meu nome que eu levaria uma idosa com Doença de Alzheimer visitar sua mãe no interior do Norte, e “de barquinha”, como desejava a idosa em seus momentos de desorientação. Ela se acabava

de rir, quando me via explicando para a idosa que nossa viagem seria em breve. Sim, ela ria muito enquanto eu mentia. Isso me fazia ver o quanto o humor daquela idosa trazia de benefícios psíquicos a ela.

“Trolar” com essas histórias e tantas outras, sorrir, trazendo sentido, sensações de felicidade. O que lembra Frei Betto (2016) quando ele conceitua a felicidade como momentos de alegria momentânea, sentir alegria mesmo se acometido por uma doença, de uma dor, desde que integre sentido à própria existência.

Cada vez p sorriso de Dona Yolanda era mais aberto; apareciam até seus dentes ao sorrir, o que antes era mais com os olhos. Aqueles eram momentos em que não havia feridas.

A realidade cruel e presente era escancarada na hora do banho, e a confiança também. A cada curativo, a dor. Aumentava a ferida e a nossa amizade. Enquanto o tempo passava, eu, com medo, sabia que ela passaria, que a vida dela passaria em breve, e eu sofria.

Desmaiou numa tarde logo após o café; a palidez era mais intensa dia a dia e a fraqueza tomava-lhe as forças. Ela necessitava de repouso mais prolongado, pois com poucos movimentos simples, vinha-lhe um cansaço extremo.

“*Cuida de mim? Estou com medo de ficar sozinha*”, disse-me ela - Respondi que eu sempre dela cuidaria, que estaria a seu lado. Seus olhos pretos lacrimejaram, sua mão gelada pegou a minha e eu, sentada ao lado da cama, com as mãos junto as dela. Se prometi, não a deixaria sozinha.

O crescer que traz o sofrimento do outro, cenário do medo, da solidão. Drummond entrelaça essas ideias no poema “Ausência”:

*Por muito tempo achei que a ausência é falta.  
E lastimava, ignorante, a falta.  
Hoje não a lastimo.  
Não há falta na ausência.  
A ausência é um estar em mim.  
E sinto-a, branca, tão pegada, aconchegada nos meus braços,  
que rio e danço e invento exclamações alegres,  
porque a ausência, essa ausência assimilada,  
ninguém a rouba mais de mim.*

Quando alguém lhe é precioso está indo para a morte e promete estar a seu lado, que não vai deixá-lo sozinho, este é um compromisso marcado na alma; não se trata de responsabilidade, é uma honra a cumprir que transpõe o dever estabelecido, mas como dever de vida. É um simples querer.

A fadiga de Dona Yolanda não a deixava; começou a ficar mais ainda emagrecida, as clavículas cada vez mais salientes, o inchaço nas mãos modificando a beleza das unhas, a palidez de cera tomando a forma do seu rosto. Os cuidados para seu conforto eram providenciados a todo o momento, os meus dias na ILPI de 12 passaram a ser de 18 horas; eu não conseguia ir para casa; tinha que ficar com a professora; eu podia aliviar, cuidar, podia pegar na sua mão e não a deixar sozinha com sua dor. Sentia a dor de uma partida que viria, mas tinha gratidão em poder estar com ela. Esses cuidados que eu sentia necessidade de prestar a Dona Yolanda visavam a diminuir os efeitos negativos de sua doença sobre seu bem-estar, um sofrimento que a deixava muito fragilizada, expressando muito significativamente

(...) o que significa o trabalho do cuidador àquela pessoa em fim de vida, em situação de fragilidade extrema: os que se dedicam aos cuidados paliativos são os que, sabendo da inutilidade dos tratamentos, ficam ao lado do enfermo para garantir que a partida seja a menos dolorosa possível, sem dores nem ansiedade (COSTA; LODOVICI, 2016, p. 34).

Mas é preciso registrar que estes cuidados, chamados de paliativos, devem ser parte integrante da prática de qualquer profissional de saúde, independentemente da doença que uma pessoa tenha ou do seu estágio de evolução. Essas ações paliativas podem ser prestadas:

(...) em nível de atenção básica, em situações de condição clínica irreversível ou de doença crônica progressiva. Nestes termos, os cuidados paliativos constituem uma modalidade emergente de assistência no fim da vida, construídos dentro de um modelo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, dispensados aos pacientes com doenças avançadas e em fase terminal. Tendo como filosofia o cuidar do ser humano que está morrendo, e de sua família, com compaixão e empatia, legitimados pelo direito do paciente de morrer com dignidade e com as melhores condições possíveis de qualidade de vida (GUTIERREZ; BARROS, 2012, p. 241).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitou os cuidados paliativos como a “abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, em face de uma doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais”.

A partir disso, Gutierrez e Barros (2012, p. 241) complementam sobre os cuidados paliativos:

(...) cuidados essenciais que devem ser prestados a pacientes com doença progressiva e irreversível, com poucas chances de obtenção de resposta positiva a tratamento curativo, sendo fundamental o controle da dor e de outros sintomas por meio da prevenção e do alívio do sofrimento em todas as suas dimensões (física, psicológica, social e espiritual).

Ainda segundo as autoras, a filosofia dos cuidados paliativos prioriza, acima de tudo, a humanização do cuidado prestado a todas as pessoas, principalmente aquelas em situação de fim de vida, de uma vida repleta de experiências, vivências e aprendizados únicos de cada pessoa.

Para além disso, segundo Pinho-Reis (2019, pp. 70-71), as necessidades e os desejos dos doentes e familiares devem ser levados em consideração, pois apenas uma tomada de decisão compartilhada poderá acompanhar bem as pessoas doentes no final da vida, contribuindo para seu conforto e qualidade de vida.

As qualidades ou atributos para um profissional da saúde que trabalha em cuidados paliativos devem ser: - uma sensibilidade aflorada, a fim de perceber e lidar com as emoções, sentimentos, dores, crenças e valores de pacientes e de seus familiares; - ser preparado para lidar com seus próprios anseios e sentimentos, como também dos pacientes que estão próximos do fim de suas vidas e de seus familiares.

Pela importância do preparo dos profissionais, a filosofia dos cuidados paliativos deve ser divulgada e explorada de forma mais abrangente, pois é nítido o despreparo de muitos profissionais diante do processo de morrer e da morte de pacientes, e da maneira de como devem agir perante os seus familiares que também estão passando por esse momento tão doloroso.

Os momentos de fragilização maior de um idoso e de seus familiares são aqueles nos quais as comunidades de afetos se mostram mais relevantes; segundo o Papa Francisco (2015), “a misericórdia torna-se [...] elemento indispensável para dar forma às relações mútuas entre os homens, em espírito do mais profundo respeito por aquilo que é humano e pela fraternidade recíproca” (*apud* BRANDÃO, 2016).

A doença daquela senhora progredia, com a fragilidade aumentando na mesma proporção que a preocupação com seu pai. Yoyô queria continuar a cuidar dele, mas não havia mais possibilidade alguma, ao mesmo tempo em que ele queria saber da filha. Não conseguia estar presente na mesa durante as refeições; as brincadeiras não aconteciam mais; e a mesa ficava vazia.

Os esquecimentos do Sr. Joaquim eram bem-vindos naquele período, pois, ao falar que sua filha estava bem, logo ele ficava feliz; ela com certeza faria a próxima refeição junto a ele - assim eu dizia, mesmo sabendo que ela não estaria.

Levei um chá para tomarmos juntas no quarto; a professora insistiu em sentar e esticar o braço para alcançar a gaveta do criado-mudo, pegou o anel de prata em turquesa azul e me olhando fixamente o colocou na minha mão, dizendo que adorava o anel e o usara por muitos anos; seria um presente da nossa amizade e sabia não poder usá-lo mais. A emoção tomou conta de nós; meu peito apertou e o nó na minha garganta, agradei por sua amizade e as lágrimas nos invadiram.

Passaram-se alguns dias e a piora da sua saúde era evidente; qualquer movimento tornava tudo muito difícil, engasgava com o mínimo de uma colher de sopa; a perda de peso mostrava a anorexia que lhe ia roubando as forças. Num esforço imenso em manter seu conforto, tudo era minuciosamente cuidado, travesseiros para posicionamento adequado, roupas de cama macias e bem-passadas e todos os alimentos de seu gosto e vontade, para que pudessem estimular-lhe sabor e apetite; atentamos a seu bem-estar de maneira criteriosa, para que as dores fossem amenizadas; embora a professora enfraquecesse progressivamente.

Sentia a serenidade transmitida por ela, mas ao mesmo tempo uma angústia apressada que me movimentava para não a deixar ir desta vida, como se fosse possível; não se tratava de negação diante a morte iminente, mas a ideia de que fosse salva, mais um dia ao menos.

A cada dia que ela vivia era uma vitória; enquanto eu metaforicamente nadava e a correnteza me trazia à beira, ela ia para o mar boiando serenamente, sem resistir. Como foi grande a professora! : aceitar tranquila o que a vida lhe trouxera, se resignar diante de tamanha dor do corpo e a dor da despedida da vida. Não houve, nesse tempo, um só momento de rancor, não havia arrependimento; se precisou resolver as suas dores, resolveu consigo mesma. Nossas conversas foram retomando a forma de nossas primeiras conversas, sem muitas palavras, tomavam a forma de um silêncio nosso.

A respiração curta e desconfortante, o ar rarefeito nos pulmões, seus lábios roxeados cada vez mais, enquanto a ambulância não chegava. Na emergência, o oxigênio e as medicações trouxeram um pouco mais de paz; adormecida, seu semblante era de cansaço, seu corpo cadavérico parecia diminuído naquela maca.

Horas depois, foi acomodada na sala ao lado, uma semi-intensiva para que pudesse ser melhor monitorada; o médico não tinha muito o que falar: informava sobre a progressão da doença, dizia que mais nada poderia ser feito. Eu sabia que a doença avançava como a maneira que avançava meu anseio em fazer por ela um melhor momento. Ela ainda estava viva.

Py, em seu livro **Velhice nos arredores da morte**, considera:

A doença não é culpada, nem inimiga. É uma habitante misteriosa do corpo, que passa a fazer parte integrante dele e o transforma persistentemente. Para lidar com isso, precisamos acionar recursos internos que transformem o modo de nos pensarmos vivos, carentes e dignos (PY, 2004, pp. 265-266).

Olhava para ela, e meu egoísmo era maior, não queria que partisse, por que não ficaria bem? Por que não levantaria dali como em um passe de mágica para que pudéssemos tomar um café com bolo e rir das travessuras que ela aprontava, achando graça dos esquecimentos dos idosos? Por que não poderia mais olhar aquele sorriso sarcástico e matreiro, enquanto eu bailava, para driblar a cisma daquela idosa, enquanto queria pegar a barquinha para visitar a mãe? Por que estava tão difícil vê-la descansar?

O descanso seria a separação, a rendição, mas o alívio. Essas questões me traziam pensamentos muito profundos à existência, qual o sentido disso tudo? Por que eu sentia aquele misto do sim e do não? Os instantes não passavam, nem percebia e, na verdade, não me importava saber que horas eram; refletia sobre o tempo e a vida, e a vida se esvaía, e seguia...

*“Oi, amiguinha! Que bom você estar aqui! Que lindo seu cabelo!”* – me tirou de um cochilo aquela voz fraquinha e aguda, que delicadamente acarinhava minha cabeça. Sim, estou, e estarei aqui, ficaremos juntas; unidas, seremos mais fortes e agora vai comer alguma coisa, pois sei que sente fome. - *“Não!”* – respondeu baixinho a professora – *“Sinto enjoo, cansaço, não tenho forças, sinto medo, muito medo, e te peço, por favor, fique perto de mim, não me deixe sozinha. Estou com medo!”*.

Bauman, em seu livro **Medo Líquido**, faz reflexões importantes sobre a morte – “Onde quer que eu esteja, estou em companhia de meu *pavor* de que mais cedo ou mais tarde a morte *vai* pôr um fim a minha presença aqui” (2008, p. 45).

Ao sair para comer e ir até em casa tomar banho, era o que eu fazia rapidamente, enquanto sua prima realizava visitas breves, não podia ficar muito tempo. Yoyô ficava agoniada, podia ver em seu rosto o alívio com minha chegada; por isso, em uma tarde em que fui tomar café na padaria ao lado do hospital e, em uma loja que vendia variedades, vi e adquirei uma boneca de pano com cabelos pretos feitos de lã.

Entre no quarto com a boneca, pendurei no suporte de soro, e disse: *“- Toda a vez que eu sair, a boneca estará aqui em meu lugar, olhando por você; portanto, você não ficará sozinha. Que linda! Tem cabelos pretos iguais aos seus!”*. Ela respondeu, sorrindo: *“Adorei a boneca, já gosto dela como gosto de você! Agora sei que está comigo o tempo todo”*.

A boneca representava a presença das minhas rápidas ausências, longas para ela, no intuito de amenizar a solidão e o medo, a simples boneca, relação de conforto, de contato. A manutenção dos laços.

Nossa companhia aquecia aquele ambiente gelado e desconfortável; o mundo vivendo do lado de fora e o nosso enclausurado e necessário ali, entre biombos e procedimentos e horários. Após alguns dias, havia rostos mais amigáveis, entre outros com faces robóticas, cumpridoras de rotinas.

Passaram-se seis dias e o estado da professora piorava; seu corpo definhando mostrava o destino próximo, a angústia do aniquilamento misturava-se com a naturalidade serena do seu olhar. Mostrava sutilmente um clamar por liberdade e dizia com dificuldade que estava cansada de lutar pela vida.

O dia amanheceu e a claridade forte atravessava a janela sem cortina, fazia reflexo na bandeja de inox paramentada com pinças e tesouras. Meus olhos estavam ardendo, já

não dormia direito desde então, olhando para a professora, em profundo sono; senti a grandiosidade daquele momento, e a gratidão em poder estar com ela, mas senti a despedida.

Logo no dia da chegada de sua prima, Dona Yolanda acordou muito fraca, com insistência para que fosse tomar banho e comer algo; sua prima argumentava que ela estaria lá para que eu pudesse me ausentar. Eu não queria sair, não gostaria que a professora sentisse minha falta, e nem desconforto algum. Foi quando ela falou baixinho para que eu fosse para casa, tomar um banho, lavar meus cabelos, apontou para a boneca pendurada e disse que eu estaria ali. Dei um beijo na sua testa e prometi voltar o mais rápido possível.

Tomei banho, lavei os cabelos. Ao sair do chuveiro, toca o telefone. Sabia, aconteceu – a sua prima na linha, dizendo que Yoyô começou a passar muito mal e que chamava por mim. Saí correndo, morava perto do hospital e, contra o tempo, pedia que ela tivesse calma, eu estaria chegando como prometi.

Quando, ofegante da corrida para chegar logo, e dizer: “*Estou aqui!*”. Vejo o médico, nada precisou dizer, o soluço do choro de sua prima em pé ao lado da cama e a querida professora, imóvel abraçada com a boneca de pano, faleceu.

Nenhuma experiência humana, rica que seja, oferece uma vaga ideia da sensação de que nada vai acontecer nada mais pode ser feito. O que aprendemos da vida, dia após dia, é exatamente o oposto – mas a morte anula tudo o que aprendemos. A morte é a encarnação do desconhecido (BAUMAN, 2008, p. 45).

A dor que a vida traz e a morte que a desfaz. A crueldade arrancada pela morte! Em sua brutal sutileza, mostra uma nudez que eu antes não havia percebido, a pureza do natural retorno apossou lentamente aquele quarto e minha amiga professora, enfim, descansou. Encantou! Não por acaso, a epígrafe de Jean Clavreul, encimando esta narrativa veio-nos, bastando pensar no caso dessa moradora da Residência – a Professora, Dona Yolanda: “*O Mestre absoluto, ou seja, a Morte*”.

### **3ª narrativa: a de Dona Ignês, “com g mudo”**

Mulher de poucas palavras, Dona Ignês, era assim que gostava de ser chamada, salientava sempre que seu primeiro nome era “*com g mudo e dois “z” no sobrenome*”.

Trabalhou por mais de 30 anos como secretária, uma funcionária executiva - o que se explica sua reiterada precisão quanto à escrita do próprio nome (“*com g mudo e dois “z” no sobrenome*”); morava sozinha em apartamento próprio em São Paulo; com vida social restrita; raras visitas eram recebidas por seu único irmão mais novo, era sua rotina ir do trabalho para casa. Não casou e nem teve filhos.

O que Dona Ignês gostava mesmo era da sua casa, como ela falava raramente, mas quando falava, a entonação saudosa transparecia. Expressão séria, quase sisuda, seu jeito reportava mesmo o estilo daquelas secretárias de filme antigo; não era de muita conversa, o básico e necessário eram suas atitudes e solicitações.

Chegou em nossa instituição acompanhada pelo irmão; este, por morar no litoral, sugeriu a ela que ficasse perto dele; assim poderiam ficar mais próximos já que a irmã estava em tratamento de câncer de mama há dois anos. Justificando que não moraria com ele, pois sua irmã tinha temperamento forte, e ela não se dava com sua esposa. Dona Ignês nunca tocou nesse assunto.

As quimioterapias haviam se iniciado há mais de um ano, no litoral mesmo; seu irmão fazia o traslado para acompanhá-la nas sessões e depois a levava para casa. Conforme a progressão da doença, não erradicada com o tratamento, as consultas tornaram-se mais frequentes.

Embora estivesse em tratamento com medicamentos para o câncer, estava forte e corada; filha de italianos, de aparência corpulenta e de cabelos brancos na altura do ombro, estava sempre a escovar os cabelos e a inseparável tiara.

Os medicamentos eram por via oral para o controle da doença, como referia repassando o que era prescrito por seu médico. A cada consulta, ela retornava com o papel do receituário, onde claramente havia um diferencial, pois ele escrevia, sem economizar palavras, cada detalhe que era possível fazer para a assistência dos cuidados, ampliados

a não somente prescrever medicação caso necessário, mas sugestões bem detalhadas de conforto que normalmente não são escritas numa prescrição médica.

Recebi, certo dia após um retorno de consulta, sempre entregue por ela, e estava direcionado a minha pessoa, onde estava escrito: *“Por gentileza, Srta. Karim Barros, anoto aqui meu telefone particular para que, a qualquer momento de possível desconforto da Sra. Ignês, possa solicitar minha assistência”*. Fiquei surpresa!

Surpresa com a conduta desse médico, mostrando o que eu nunca antes havia visto; ele sai dos protocolos? Telefone pessoal, a qualquer momento de necessidade, e preocupado com o conforto da sua paciente? Senti um alívio, e a curiosidade veio junto com aquela “prescrição”.

Nesse tempo de trabalho na ILPI, não me deparei com profissionais que demonstrassem essa sensibilidade, saindo das bordas desses tratamentos médicos que contornam pelo “essencial” da assistência à doença. Geralmente acontece uma relação às condutas exclusivamente medicamentosas.

Embora eu não a acompanhasse às consultas, era como se tivesse ido pessoalmente; cada vez que ela me entregava as orientações do médico, aquele cuidado nos aproximava, uma parceria incomum que me trazia a esperança de dias cada vez melhores, no sentido de amenizar o sofrimento dos meus velhos.

Quinzenalmente aconteciam as consultas; Dona Ignês não era de conversar; as raras vezes em que se referiu à doença, dizia: *“Esse meu problema no seio...”*. Não esboçava absolutamente nada que exteriorizasse alguma necessidade, vontade ou qualquer outra coisa. Calada, ficava cada vez mais no seu quarto; não havia dores físicas, mas havia muitos pensamentos; passava tardes e tardes deitada na cama, que ficava encostada à janela grande e aberta, e ela olhando o céu, em silêncio.

Eu já conhecia aquele cansaço, muito sutil inicialmente. O cansaço que ia lentamente lhe tomando as forças, se apossando, passo a passo, do seu movimento e olhar. Todo o cuidado que era ofertado a ela, junto vinha o agradecimento: pegava minha mão e agradecia; assim era com todas as cuidadoras, sempre agradecendo: *“Muito obrigada! Obrigada!”*.

Seus olhos ficavam fixos naquela janela; deitava com roupas arrumadas, como se fosse sair e, por cima da colcha sobre a cama, aos poucos se afastava de todos; das festas

comemorativas não participava mais, mas adorava os docinhos. E sempre com olhar profundo agradecia a qualquer atenção e cuidado.

*“Tem um minutinho para eu falar com você?”, “Claro! Dona Ignês!”, respondi. “Querida...”, disse ela: “quero do fundo do meu coração agradecer por tudo o que estão fazendo por mim; não tenho palavras; é gratidão que sinto. Obrigada, muito obrigada por tudo! Me sinto bem aqui”.*

Toca o telefone, atendo e era um homem querendo falar comigo. *“Gostaria de muito de falar com você, tem um minuto?”* Apresentou-se como o médico oncologista responsável pelo tratamento da Dona Ignês; foi relatando toda a condição em que dela estava mediante o prognóstico da doença, que realmente os dias que viriam poderiam ser muito difíceis, e sua preocupação era exclusivamente com o bem-estar que pudéssemos oferecer a nossa doente.

Colocou-se plenamente disponível, para que ela não sentisse dores físicas e nem dores emocionais, explicando que o tratamento mais favorável a ela estava sendo realizado e dentro das condições de dignidade, sem intervenções que pudessem lhe causar um desconforto maior.

Continuando a conversa, me perguntou se eu estaria disposta a cuidar e manter a Dona Ignês na instituição, dentro dessas condições que elencou, e ao longo da ligação foi explanando sobre a necessidade de um cuidado muito além do aspecto da doença física.

Sua intenção era que eu me sentisse segura em poder proporcionar o conforto, contrariamente ao antes vivenciado por mim, diante das condutas e recomendações médicas sempre estabelecidas em prescrições.

Nas conversas em consultas, ela havia pedido que pudesse ficar com “as meninas” que cuidam dela, pois se sentiria mais confortável e que não queria permanecer no hospital.

Com a intenção de preservar o bem-estar da paciente, deixou seu contato particular para que adiante de alguma intercorrência, estaria pronto para oferecer suporte de cuidados a ela.

Quem seria esse médico? Médico? Falando de emoções, conforto que perpassa as condutas protocoladas? Eu nunca antes tinha uma conversa delineada em uma perspectiva do ser, da pessoa, proveniente de um médico. Ele que ligou! Preocupado com as emoções da sua paciente!

Após desligar o telefone, sentei e comecei a pensar em cada detalhe da nossa conversa. Tive uma sensação de união, se é assim que consigo expressar, mas foi o que senti naquele dia, um conforto. Conforme os dias, seguia-se a evolução do mal-estar, a desintegração das forças vitais; era exigida uma competência humana muito adequada a esse cuidado, sentindo os turbilhões de questionamentos existenciais, nas minhas mãos, o humano, enfim.

Fui eu a escolhida para cuidar da Dona Ignês, e ela estava morrendo. E eu não estava sozinha. A conversa com o médico trouxe reflexões intensas e respondia aos anseios dos meus questionamentos, trazidos há algum tempo diante dessas situações.

Sentia que poderia fazer muito mais do que me preocupar com medicamentos, alimentação e horários, mas me perguntava até onde eu iria. Na verdade, comecei a organizar intimamente as aflições que participavam dessa atribuição.

A formação na enfermagem era um desejo intenso, mas ainda não tinha acontecido nessa época, mas sempre na busca de conhecer e pesquisar sobre situações específicas no cuidado com o idoso, numa conversa com um primo médico, ele disse que o colega possivelmente seria paliativista. Ao ler sobre o assunto, fiquei extasiada com essa filosofia de cuidado. O pensar no morrer com dignidade, espiritualidade, o privilegiar a subjetividade propõe a humanização essencialmente primordial nessa fase da vida - princípios dos Cuidados Paliativos.

O amadurecimento foi tomando forma lentamente, dia a dia nessa experiência, refletindo calma e serenidade, contrariando o que deveria aos olhos limitados uma dramática tentativa tangente em manter a vida.

A doença progredia, e junto, a nossa emoção diante da gratidão que era expressada a todo momento pela Dona Ignês, que fazia questão de agradecer por pequenos gestos, com olhar firme e sério. Todos os gestos eram delicados e o ambiente do seu quarto enriquecido, envolvido de harmonia. Em meio à correria cotidiana da Residência, quando entrávamos no quarto era assim: havia um certo refinamento ali.

Naquela manhã, manifestou-se um cansaço mais intenso: ela fez questão de ir tomar banho no chuveiro, recusou a cadeira de rodas, dizendo que devagar conseguiria ir andando, e foi. Retornando do banho, com auxílio vestiu sua roupa e deitou. Falei que fosse

bem devagar para que não se cansasse demais. Com um sorriso, mas exausta, ela disse: “*Eu consigo, devagar eu consigo, muito obrigada por tudo!*”.

Minha mãe chegaria em seguida, queria saber como estava a Dona Ignês; foi para o quarto querendo vê-la e ficou com ela por algum tempo. Meu escritório ficava próximo do quarto; foi quando ouvi minha mãe me chamar daquele jeito que só uma mãe chama.

Entro no quarto, aquela oração à qual cresci ouvindo, Dona Ignês deitada, com a mãos cruzadas sobre o peito, de olhos fechados, com a respiração calma e profunda, a Prece de Cáritas era proferida, enquanto o claro do quarto, e a paz e o descanso a eternizaram.

Estar na grandiosidade daquele momento foi e é infinitamente de pura gratidão. A gratidão que a Dona Ignês nos ensinou. Em situação de gratidão foi como ela viveu e foi como ela morreu.

Dona Ignês, como zelosa secretária que foi durante toda a vida, se soubesse do que recentemente foi estruturado em termos de um documento em que uma pessoa pode decidir sobre como deseja que transcorram os acontecimentos pré- e pós-morte, certamente ela teria aderido a ele. Nesse sentido, as diretivas antecipadas de vontade (DAV) constituem um gênero de manifestação de vontade para tratamento médico, hospitalar ou não, do qual são espécies o testamento vital e o mandato duradouro (DADALTO *et al.*, 2013, p. 463).

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), sob a forma de Testamento Vital e/ou o mandato duradouro, permitem que, através de um documento lavrado em um Cartório de Notas para garantir a segurança jurídica, alguém manifeste sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne a muitos aspectos da vida, como por exemplo, quanto a cuidados nutricionais que deseja, ou não, receber, caso não lhe seja possível expressar sua vontade numa fase mais avançada de doença (Pinho Reis, 2012). Assim, deverá prevalecer a autonomia de uma pessoa doente, em detrimento daquilo que o médico ou outro profissional de saúde possa determinar como a opção que mais beneficie o doente.

Para Dadalto *et al.* (2013, p. 463), um modelo para o Brasil de DAV deve deixar espaço para a subjetividade de cada pessoa, devendo-se concebê-las “(...) como guia e não como um modelo fechado às peculiaridades de cada situação concreta”.

E as autoras ressaltam, por fim, que:

o modelo proposto de nada adiantará se não houver um esforço coletivo em garantir que a vontade manifesta na DAV seja cumprida. A verdade é que não basta garantir o direito de o indivíduo manifestar sua vontade, é preciso ainda garantir-lhe a certeza de que será cumprida. E este é o desafio que ora se impõe (DADALTO, et al., 2013, p. 471).

#### 4ª Narrativa: a do amigo “maluco beleza”

*“Vamos fazer um poema  
Ou qualquer outra besteira  
Fitar por exemplo uma estrela  
Por muito tempo, muito tempo  
E dar um suspiro fundo  
Ou qualquer outra besteira.”*

(Carlos Drummond de Andrade)

Andar suave, pisando leve como não houvesse peso a sustentar. Um sorriso aberto, escancarado e gentil, leve também, sorriso bonito. Foi assim que ele apertou minha mão e fez questão de um beijo no rosto, quando me viu pela primeira vez, e era o dia de seu aniversário. Claudemir, um “jovem” idoso, que, para bem dizer, nunca consegui enxergar a velhice dele, somente relacionada à idade cronológica.

Diante de uma pergunta sobre o que seria a velhice em termos de idade?, Tótora (2015, p. 49), afirma que “enquadrar a velhice em determinados marcos cronológicos nem sempre foi possível, pois há múltiplos modos de experimentos biológicos e cronológicos”.

Assim era meu amigo Claudemir, que não mostrava velhice no corpo, não havia rugas a aparentar os anos biológicos. Na época tinha 64 anos e chegou na instituição acompanhado pela irmã, que, por toda a vida dele cuidou, sempre assistindo a ele, e vivendo o drama desse seu irmão desde jovem acometido pela esquizofrenia.

Em poucos períodos, ele conseguiu morar sozinho, chegando a viver com uma mulher na tentativa de manter um relacionamento convencional, como ele mesmo dizia, sobre o desejo de ter uma vida “normal”, em decorrência, porém, de crises da doença, o relacionamento em pouco tempo acabou.

Claudemir teve o diagnóstico de doença mental, em um tempo em que falar em esquizofrenia era algo restrito, pouco conhecido, abafado por todos, e o drama do estigma instalado na família; as pessoas não queriam e nem querem proximidade com um louco, o medo, o desdém oferecia o coagir do afastamento. Entre os hiatos das crises, ele insistente na investida de “ser normal”, tentava se relacionar, mas o mundo o repugnava, o expelia a um purgatório de ansiedade, que o empurrava ao poço daquela insanidade; entrava e saía na escuridão da loucura.

Músico e apaixonado por seu violão, companheiro de todas as horas, assim como o cigarro, fazia companhia naqueles cafezinhos vespertinos de que tanto gostava, pedia timidamente: *“Um cafezinho, amiga? Pode me trazer um cafezinho? Eu vou gostar!”*.

Fez amizades com outros idosos, sorrindo, sempre sorrindo, sorria com os olhos, numa sede de vida e felicidade, e exatamente dessa forma devaneava em seus pensamentos, parava e quieto olhava para o céu; em pé, cruzava os braços e contemplava dizendo que aquele azul trazia beleza.

Manhã linda, ensolarada, envolvida nas multitarefas a realizar na gestão da ILPI, ando para cá e para lá, coordenando os afazeres e rotinas, entre as mesas da ampla varanda. No espaço aberto, tomando sol no rosto, em pé e de olhos fechados, percebo um olhar meio de escondido. Era ele com sorriso discreto e com o canto dos olhos me observando. Fechava os olhos, mostrando seu rosto para o céu, abria os olhos e novamente risonho, me observava. *“Tudo bem, Claudemir?”*, perguntei, enquanto não perdia tempo em continuar inspecionando tudo. *“Tudo...”*, respondeu ele com o persistente, mas discreto, sorriso. Irritada, ao olhar o relógio e ver o atraso no horário da medicação a lhe ser administrada, começo a questionar a funcionária responsável, tomada pela agitação do momento que, junto, me veio um certo mal-humor e insatisfação.

A resolução normativa RDC 283/05, voltada para exigências sanitárias relacionadas à higiene e segurança, acaba por não atender de forma mais atenciosa às necessidades psicossociais e afetivas dos velhos institucionalizados. Assim, as instituições focam em manter uma maior preocupação com padrões organizacionais sanitários e biomédicos, sobrepostos a um olhar cotidiano na qualidade de vida daqueles que ali residem (CHERIX; KOVÁCS, 2012).

Com as mãos no meu ombro, olho pra trás e aquele olhar esperto e sorridente do Claudemir me convidando para olhar o céu. *“Vamos amiga? Vem aqui um pouco olhar o céu comigo?”*. Imagina que olhar o céu naquele momento seria a mais pura perda de tempo diante aquele monte de trabalho sob minha responsabilidade?! Agitada, disse que depois olharia para o céu, não naquele momento. Pegando na minha mão, com olhar pedinte, repetiu ele: *“Vamos amiga, é importante!”*.

Em segundos me questioneei, como poderia ser importante naquela hora eu olhar para o céu? Sentindo-me pressionada em fazer a vontade dele, deixei que me conduzisse até a área descoberta onde ele estava tomando sol, me posicionando pelos ombros, como

se faz quando requer a marcação de um lugar. *“Isso, fica aqui, fecha os olhos, respira, respira mais fundo”*. Enquanto me coordenava, minha cabeça girava; pensava: *“O que eu estou fazendo, meu Deus? Perdendo tempo com tanta coisa para fazer?! Não é possível!”*, mas ele continuava: *“Amiga, calma! solta o ombro, respira de novo, falava baixo com sua voz rouca”*.

Já que eu estava ali, fazendo a vontade dele em respirar, respirei, fechei os olhos

Já que eu estava ali, fazendo a vontade dele em respirar, respirei, fechei os olhos e soltei meus ombros. *“Agora, amiga, abra os olhos e veja o azul, a beleza do azul!”*. Abri meus olhos e vi a beleza do azul.

A maioria das tardes eram movimentadas ao som de seu violão, as músicas do Raul Seixas sempre preferidas, e os familiares adoravam ouvir os acordes na maioria das vezes com música popular brasileira, entre as românticas de Roberto Carlos, mas o que eu adorava era a cumplicidade que o amigo tinha com a música. Era trazida uma suavidade junto a cada nota do violão parceiro. Andava segurando seu violão quando não estava tocando, como se fosse seu elo com a lucidez que tanto desejava. A música dava o mundo a ele.

Falava rindo, como se contasse uma anedota; todas as vezes que achou poder parar com as medicações, e que se “deu mal” por isso, justificava se sentir “normal” e querer muito uma namorada e assim acreditava “ser normal”; afinal, ele queria “transar”. Explicava quase que tecnicamente sobre a baixa de libido que as medicações causavam.

Na verdade, os velhos são vistos como carentes de desejos sexuais, mas quando manifestam tal desejo, são julgados de modo preconceituoso, visto que relações sexuais são atribuídas apenas às pessoas jovens, e tidas como anormais para velhos. Por se tratar de um tema impregnado de estereótipos arcaicos, seria importante a busca de compreensão da sociedade ao tratar uma temática tão relevante e necessária como esta para favorecer a melhoria física e psíquica de um idoso.

Há como controlar o desejo? Messy (2009) afirma que “a velhice não apaga o desejo e a libido” (p.140). Numa síntese de pesquisa realizada sobre sexualidade, Côrte (2020) afirma ser uma violência o controle sobre a vida sexual de idosos institucionalizados exercida por profissionais e familiares, uma vez que a pessoa idosa é vista na condição de assexuada e sua sexualidade como secundária.

Certa vez, me barrou no corredor e eu como sempre cheia de trabalho a fazer, me fitando seriamente pediu que eu providenciasse com o médico uma injeção para ereção. *“Eu preciso fazer sexo! Transar, sabe? Por favor, me ajude, pois como poderei ser normal sem fazer sexo? As pessoas normais fazem sexo, eu poderia até pagar uma profissional, mas na verdade quero um amor, porém uma profissional também faz o seu trabalho e eu resolvo ao menos um pouco desse impasse, já tive ereções muitas vezes e as melhores foram quando tomei injeções. Amiga você deixa eu trazer uma mulher para passar uma noite comigo? Amiga você pode me ajudar? Você resolve isso para mim? Amiga, você me entende? Eu posso até cantar para ela e recitar uns poemas do Drummond, mas preciso das injeções! Você pode me ajudar? Sei que pode!”*

Claudemir teve sua primeira institucionalização em hospital psiquiátrico aos 19 anos; sua família, desesperada, buscou vários recursos para que ele melhorasse, mas as terapêuticas envolviam o eletrochoque. Nas crises ficava impossível mantê-lo no ambiente familiar; o sofrimento foi muito grande, contava sua irmã. Os medicamentos ocasionavam inúmeros efeitos colaterais que o afetaram drasticamente no decorrer de mais de quarenta anos de uso. Mesmo assim nunca desistiu em querer estar neste mundo, fazer parte dele; de personalidade naturalmente calma, a felicidade e o amor a que tanto ele desejava eram tolhidos pela esquizofrenia.

Por duas vezes, as crises atuaram com mais força, nunca expressas por agressividade ou ameaças; mas por uma agitação incansável de um buscar, de querer algo a que ele não sabia dizer; as frases se tornavam desconexas e incoerentes; seu olhar pedia ajuda e meu coração se partia. Como era difícil quando estendia a mão e ele ficava no vazio; não conseguia pegar as mãos de um amigo; embora ele procurasse cegamente tais mãos; ele não conseguia nos segurar, e daí a internação hospitalar na ala da psiquiatria.

O amigo, eu sabia, se calava pela química, não havia mais eletrochoque, mas sim a contenção para o caos de seu mundo. O caos que o desejo do amor e do normal desordenavam naquela ordem desejada profundamente por ele.

Era 15h40; a pasta da instituição passadas às minhas mãos, com contas a pagar e assuntos bancários para resolver [como eu não poderia auxiliar, a quem me fornecia os espaços para meu trabalho de enfermeira?], teria que ser até às 16h00, horário do fechamento do banco e eu já ansiosa acelerando os passos, enxergando somente o que haveria de ser cumprido, pagamento de contas, compromissos com tempo curto.

Olho para o relógio novamente; agitada pego a chave do portão, quando como uma mágica, ele, o Claudemir na minha frente, violão na mão, dizendo: *“Amiga, quero cantar pra você”*. Imediatamente pedi se poderia ser depois, estava muito atrasada. Segurando na minha mão, ele rogou: *“Por favor, quero cantar para você, é importante o que eu tenho para cantar, um minuto só, pode me ouvir cantar?”*

Pegando na minha mão, pediu que se sentasse, posicionou o violão, e sorrindo cantou:

*Enquanto você  
Se esforça pra ser  
Um sujeito normal  
E fazer tudo igual  
Eu do meu lado  
Aprendendo a ser louco  
Um maluco total  
Na loucura real  
Controlando  
A minha maluques  
Misturada  
Com minha lucidez  
Vou ficar  
Ficar com certeza  
Maluco beleza.*

Esse amigo, na sua sábia loucura, tinha consigo a mais louca lucidez e percebia com extrema sensibilidade as minhas fraquezas. Fez, nesses momentos em que me encontrava “perdida” na minha “normalidade”, a quebra de uma ordem miserável da rotina viciosa, a que, desorientada, nos sentidos mais profundos, eu estava mergulhada.

Foucault, ao discorrer sobre a loucura, refere que, na verdade, “o louco tem seus bons momentos, ou melhor, ele é em sua loucura, o próprio momento da verdade: insensato, tem mais senso comum e desatina menos que os atinados, isto é, do alto de sua sabedoria louca, sabe muito bem que sua alma foi atingida” (2017, p 211).

Aconteceu, então, que a instituição em que trabalho precisava mudar de endereço; o novo local seria na mesma cidade de Santos, mas inviabilizava as visitas da irmã de Claudemir. Decidida, mesmo contra a vontade do irmão, ela o levou para outro local nas proximidades, facilitando a ela as visitas, ficando eu sem nosso querido Claudemir.

Tempos depois, ao olhar contatos antigos, resolvi ligar para ter notícias do amigo: ele havia falecido há dois meses, dormindo, eu de nada sabia, mas ele sempre soube:

queria ser livre, anunciava o amor e a poesia e sua vida foi vivida entre as sensações e desejos desses dois mundos.

Esse amigo “maluco beleza” deixou comigo sua tocante poesia, aquela que deixamos passar, que deixamos de vivenciar... Claudemir foi um grande sonhador, e seus sonhos marcaram sua presença neste mundo.

## 5. Considerações Finais

*“A tragédia moderna é o esquecimento do ser.”*

(Heidegger)

Dezoito anos e sete meses se passaram, entre muitas emoções e sentidos; alguns anos atrás soube que chegaria o momento da escrita desta pesquisa, a tela em branco do computador à minha frente, a ansiedade mesclada com a dificuldade em dar letras ao que, até então, eram sensações e lembranças.

Cada narrativa foi sendo vivenciada novamente entre as linhas e parágrafos, trazendo reflexões que há muito tempo me instigavam sobre os velhos, a instituição, a normatização e tantos muitos viveres.

A ideia que persistia é a de podermos trazer sempre uma experiência rica às singularidades e vulnerabilidades envolvidas no complexo viver do modo institucionalizado, a experiência que é capturada, como dito, a partir de explosões fragmentárias de fala, de explosões de gritos ou xingamentos, de observação não apenas das manifestações sonoras dos idosos observados, mas também dos acontecimentos de entorno a eles, da relação com familiares, com profissionais e outros funcionários da ILPI.

Todo esse acúmulo de dados provoca um caos que não pode ser prontamente processado, analisado e sistematizado pela mente de um pesquisador-participante, provocando de início um certo desconforto, uma certa ansiedade. Mas este não deixa de estar acostumado a coisas similares e de ordem burocrática: um ritmo de trabalho intenso e frenético na instituição, inúmeros protocolos, documentos, adequações estruturais, organizacionais, documentais, entre outros, se acumulam numa lista de procedimentos e providências sem fim. Entretanto, ressalve-se que o foco exigido de atenção no modelo biomédico, acaba por nos envolver em um cuidado voltado especificamente para a multidimensionalidade de cada velhice...

Embora se possa observar a reiteração ainda que não explícita, em alguns pontos do trabalho, sobre o que a resolução normativa determina às instituições, dentre inúmeras outras orientações, lembrando agora que se devem prover direitos humanos que

ultrapassem necessidades físicas; que a instituição deve realizar educação permanente na área da gerontologia, na prática do cotidiano institucional tem-se a complexidade dessas ações que precisam ser implementadas, aliada à carência de profissionais na área da gerontologia, de especialistas na abordagem multifacetada e multifatorial, com acesso aos bens maiores da vida, e com uma consideração sublime à expressão máxima das vontades próprias — as subjetividades.

Conciliar as subjetividades no cotidiano da vida dos velhos institucionalizados é também muito complicado, dado que, por muitas vezes, eles são barrados, devido a normativas insidiosas, que lhes acarreta um sério impacto de ordem biopsicossocial em suas individualidades, além de onerarem administrativamente as instituições com a aplicação de multas e pesados encargos tributários. É necessária uma fiscalização atuante sobre as ILPIs, mas não só de forma repressiva e restritivo-normativa, mas orientadora e preventiva, no sentido de promover a aproximação com proprietários, profissionais, funcionários, gestores, a fim de qualificar, e não desmotivar/prejudicar o exercício das atividades de uma ILPI.

Um polo rico para a coleta de dados para pesquisa, a ILPI pode estar mais bem articulada com os sistemas de informação, facilitando acessos, estudos, atualizações, se utilizada para a aproximação aos processos da velhice, numa configuração extra-muros, com participação da sociedade e com fomento a ambientes externos favoráveis ao velho.

O fato é que os órgãos fiscalizadores realizam seu empenho restrito aos itens técnico- jurídicos e sanitaristas, acarretando dificuldades em qualificar o cuidado, frente à irredutível normatização formadora de generalização do cuidado tecnicista.

Faz-se com urgência a necessidade de reestruturação desses contornos normativos, reconhecendo-se o valor de todo o sistema que envolve a institucionalização. Urgência na articulação entre os próprios órgãos fiscalizadores, gestores, profissionais das instituições, além da capacitação dos fiscais para uma atuação profissional nutrida com o olhar gerontológico, proporcionando proximidade entre os envolvidos, a fim de conhecer estreitamente as peculiaridades, os diversos quadros, coordenando e contribuindo para o desenvolvimento com base na integração de todos.

É preciso desestigmatizar as ILPIs para que as pessoas tenham motivação para sua ativa participação nesses espaços. Trata-se de uma problemática envolvida nessas questões provindas de um histórico cultural de valorização negativa associada às ILPIs que

reverbera em/de políticas estabelecidas que instrumentam esse peso cultural ligado às instituições. Contudo, é nítido e percebido que o estigma está incrustado nas ações fiscalizatórias, emperrando um vasto campo de possibilidades.

O contato legítimo, a implementação diferenciada na assistência às velhices, a reconhecimento à autonomia, são aspectos que contribuem para encontros humanísticos, potencialização do conhecimento das individualidades, excluindo antes que a quantificação de cuidados, mas sua qualificação, ampliando, desse modo, os horizontes normativos.

Pensar num futuro mais digno aos velhos, reintegrando tais velhices às suas histórias de vida e de morte, com a sociedade tendo ouvidos para não apenas ouvir, mas interpretar dignamente a condição atual de um velho... É preciso romper o aforismo de Heidegger: “*A tragédia moderna é o esquecimento do ser*”. Abdicar ao “ter” desatinado e obstinado e ceder ao “ser” vital e encarnado, à potencialidade desse “ser”, talvez pudesse ser a mudança necessária para a melhoria da mentalidade, dos valores humanos da atual jovem sociedade, com desdobramentos positivos na vida e morte.

## 6 Referências bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Diário Oficial da União. **Resolução da Diretoria Colegiada n.º 283, de 26 de setembro de 2005**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html). Acesso em 05/04/2019.

ALBUQUERQUE, M. S. V.; MEDEIROS, K. R.; LUNA, K.; ALMEIDA, S. R.; FELISBERTO, E. **A expressão dos demônios de Morin**. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/240972661\\_A\\_expressao\\_dos\\_demonios\\_de\\_Morin](https://www.researchgate.net/publication/240972661_A_expressao_dos_demonios_de_Morin). Acesso em 10/08/2019.

ARAÚJO, D. A. P.; CÔRTE, B. Como a mídia, no Brasil, apresenta o mercado de trabalho para pessoas com 60+?, pp. 149-178. *In*: FONSECA, S. C. (Org.). **O Envelhecimento Ativo e seus Fundamentos**. São Paulo: Portal Edições, 2016.

AYRES, J.R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/?lang=pt>. Acesso em 05/10/2018.

BAUMAN, Z. **Medo Líquido**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2008.

BAUMAN, Z. **Identidade**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2005.

BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1990.

BESTETTI, M. L. T. **Ambiência: espaço físico e comportamento**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Set 2014, vol.17, no.3, pp. 601-610, 2014. ISSN 1809-9823. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00601.pdf>. Acesso em 03/09/2019 <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00601.pdf>. Acesso em 03/09/2018.

BETTO, F.; BOFF, L.; CORTELLA, M. S. **Felicidade foi-se embora?** Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2016.

BITENCOURT, S. M. Notas sobre o envelhecimento a partir de uma Instituição de Longa Permanência em Cuiabá, MT, Brasil. **Revista Kairós-Gerontologia**, 22(1), 163-183, 2019. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p163-183>. Acesso em 02 setembro, 2019.

BOSI, Eclea. **Memória e sociedade: Lembranças de velhos**. São Paulo: T A Queiros, Editora da Universidade de São Paulo, 1987.

BRAGA, A. A.; BESTETTI, M. L. T.; FRANCO, F. G. O conforto na ambiência de idosos moradores em Instituições de Longa Permanência. **Revista Kairós-Gerontologia**, 19(2), 327-347, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/35725/24555>. Acesso em 28/09/2018.

BRANDÃO, V. **Comunidade de afeto e o longeviver**. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/comunidades-de-afeto-e-o-longeviver/>. Acesso em 28/09/2018.

BRASIL. **Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm). Acesso em 15/03/2019

BRASIL. **Estatuto do Idoso: Lei Federal n.º 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. **Humanização -Ambiência**. Disponível em : <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/ambiencia> . Acesso em 21/08/2019

CALDAS, C. P.; LINDOLFO, M.C.; Promoção do autocuidado na velhice. Freitas, E. V. de *et al* (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 1255-1260. (4ª ed.). Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2017.

CAMARANO, A.A.; BARBOSA, P.; **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. AICÂNTARA, A. O. de *et al*. (Orgs.) Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006\\_livro\\_politica\\_nacional\\_idosos.PDF](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.PDF). Acesso em 20/08/2019.

CAMARANO, A. A. *Apud*: Caminhos para uma melhor idade (Texto de Camille Perissé e Mônica Marli). **Retratos, a Revista do IBGE**, v. 16), pp. 19-25, fevereiro 2019). Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf). Acesso em 01/09/2019.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas**

**PNADs. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** CAMARANO, A. A. (Org.). Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. **Introdução: Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** CAMARANO, A. A. (Org.). Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1960/2000.

CERQUEIRA, M. B. (2020). O ilógico corpo que envelhece: Das múltiplas respostas à passagem do tempo. **Revista Kairós-Gerontologia**, 23(2), 127-144. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50217>.

CHERIX, K.; KOVÁCS, M. J. A questão da morte nas Instituições de Longa Permanência para Idosos. São Paulo (SP), Brasil: PUC-SP: **Revista Temática Kairós-Gerontologia**, 15(4), pp. 175-184, 2012, "Finitude/Morte e Velhice". ISSNe 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/17046/12669>. Acesso em 03/03/2019.

CÔRTE, B.: Sexualidade na velhice e suas abordagens, 2020 Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/sexualidade-na-velhice-e-suas-abordagens/> Acesso em 15/04/2020.

COSTA, F. F. da S.; LODOVICI, F.M.M. Cuidador familiar de idosos em cuidados paliativos: limites e possibilidades, pp. 31-66. In: FONSECA, S. C. (Org.). **O envelhecimento ativo e seus fundamentos.** São Paulo: Portal Edições, 2016.

CHRISTOPHE, M.; CAMARANO, A. A. **Dos asilos às instituições de longa permanência: Uma história de mitos e preconceitos. Cuidados de longa duração para a população idosa: Um novo risco social a ser assumido?** CAMARANO, A. A. (Org.). Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico.** Noujaim, J. G. et al., Trad. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CMI. (2019). **Conselho Municipal do Idoso de Santos**, criado em 11 dezembro de 2013, por meio da Lei 2.936. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=downloads/cmi-conselho-municipal-do-idoso>. Acesso em 01/07/2018.

DADALTO, L.; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3: 463-476, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a11v21n3.pdf>. Acesso em 02/03/2020.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice – Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/FAPESP, 1999.

ESTATUTO DO IDOSO. **Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em 01/07/2018.

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

FOUCAULT, M.; **História da loucura na Idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2017.

FONSECA, S. C. Apresentação, pp. 5-15. *In*: FONSECA, S.C. (Org.). **O envelhecimento ativo e seus fundamentos**. São Paulo: Portal Edições, 2016.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**, 2015 (1963, versão original). Disponível em: <file:///C:/Users/Dados/AppData/Local/Temp/GOFFMAN,%20E.%20Estigma%20notas%20sobre%20a%20manipula%C3%A7%C3%A3o%20da%20identidade%20deteriorada.-1.pdf>. Acesso em 01/07/2018.

GUTIERREZ, B.A.O.; Barros, T.C.de. (2012, agosto). O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. São Paulo (SP), Brasil: PUC-SP: **Revista Temática Kairós-Gerontologia**, 15(4), “Finitude/Morte & Velhice”, pp. 239-258. ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/17049/12672>. Acesso em 12/02/2020.

HARARI, K.; LOPES, R. G. da C. Envelhecer com as mãos no barro. Narrativas sobre um viver criativo, pp. 127-146. *In*: FONSECA, S. C. (Org.). **O Envelhecimento Ativo e seus Fundamentos**. São Paulo: Portal Edições, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Panorama populacional da cidade de Santos, 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama>, 2018. Acesso em 20/03/2018.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em 20/03/2018.

IBGE. Série Eixos do Desenvolvimento Brasileiro - **Infraestrutura Social e Urbana no Brasil -Condições de funcionamento e Infraestrutura das Instituições de longa Permanência para Idosos no Brasil** COMUNICADOS DO IPEA, 2018. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5208/1/Comunicados\\_n93\\_Condicoes.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5208/1/Comunicados_n93_Condicoes.pdf). Acesso em 01/01/2018.

INSTITUTO DE LONGEVIDADE/ MONGERAL AEGON / FGV-EAESP-Instituto de Finanças. **IDL - Índice de desenvolvimento urbano para longevidade**, 2017. Disponível em: <https://idl.institutomongeralaegon.org/santos>. Acesso em 22/03/2018.

LEMOS, N. D.; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Elizabete Viana Freitas, Ligia Py. (4<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

LÉVI-STRAUSS, C. Aula inaugural. *In*: ZALUAR, A. (Org.). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975, pp. 211-244. *Apud*: MINAYO, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 17<sup>a</sup> ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

LÉVI-STRAUSS, C. **Olhar, Escutar, Ler**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

MAIO, I. G. **O Instituto da curatela**. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/o-instituto-da-curatela/>. Acesso em 03/08/2019.

MANSO, M. E. G.; CONCONE, M. H. V. B. Pessoas idosas e doenças crônicas: vivências com o tratamento. **Revista Kairós-Gerontologia**, 23(2), 77-94. ISSNprint 1516-2567.ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50179/32634>.

MANUAL DE ATUAÇÃO FUNCIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **O Ministério Público na Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos**. (130 p.). Brasília, DF: CNMP, Conselho Nacional do Ministério Público, 2016. Disponível em:

<https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2016/manual-de-atuacao-funcional.pdf>. Acesso em 01/01/2018.

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe – uma abordagem psicanalítica da velhice**. 2ª ed. São Paulo: Aleph, 1999.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MUCIDA, A. **O sujeito não envelhece: Psicanálise e velhice**. Minas Gerais, BH: Editora Autêntica, 2004.

MUCIDA, A. **Escrita de uma memória que não se apaga: Envelhecimento e velhice**. Belo Horizonte, MG: Editora Autêntica, 2009.

OLLAIK, L.G.; ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, 38(1):2 29-241, 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v38n1/ep448.pdf>. Acesso em 01/03/2020.

ONOCKO- CAMPOS et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10): 2847-2857, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n10/2847-2857/pt>. Acesso em 01/03/2019.

ORLANDI, E. P. **Formas do silêncio – no movimento dos sentidos**. 3ª ed. Campinas: Ed. Unicamp, 1999.

PINHO-REIS, C. (2012). Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. **Revista Nutrícias**, 15, 27-30. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S21827230201200040006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S21827230201200040006). Acesso em 05 março, 2020.

PERRACINI, M. R. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. FREITAS, E. V. de et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 1311-1323. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PINHO-REIS, C. Beneficência e Não-maleficência em Fim de Vida: O Caso da Nutrição e Hidratação Artificiais. São Paulo (SP), Brasil: PUC-SP: **Revista Kairós-Gerontologia**, 22(4), 57-76. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176-901X. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/47590/31707>. Acesso em 01/03/2020.

PNS. Pesquisa Nacional de Saúde, **IBGE**, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>. Acesso em 01/10/2018.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, PNH. **HumanizaSUS**. Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [www.saude.gov.br/www.redehumanizasus.net](http://www.saude.gov.br/www.redehumanizasus.net). Acesso em 20/03/2018.

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO (PNI). **Lei n.º 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm). Acesso em 01/10/2018.

PY, L. **Velhice aos arredores da morte: a interdependência na relação entre idosos e seus familiares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

RINCO, M.; BESTETTI, M. L. T. A Ambiência em ILPI a partir da percepção de idosos com doença de Alzheimer e de cuidadores. **Revista Kairós-Gerontologia**, 18(3), pp. 397-415, 2012. São Paulo: PUC-SP. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/28641/20111>. Acesso em 01/01/2018.

SEADE. **Sistema Seade de Projeções Populacionais**. Disponível em: <https://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/index.php>. Acesso em 20/03/2018.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300017>. Acesso em 01/12/2019.

TARALLO, F. **A pesquisa sociolinguística**. São Paulo: Ática, 2003.

TÓTORA, S. **Velhice uma estética da existência**. São Paulo: EDUC; FAPESP, 2015.

## Anexo 1

**MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA  
SANITÁRIA - ANVISA**

**RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 283, DE 26 DE  
SETEMBRO DE 2005**

(Publicada no D.O.U. n.º 186, de 27 de setembro de 2005)

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV do Regulamento da ANVISA, aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c do Art. 111, inciso I, alínea “b” § 1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria n.º 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no D.O.U. de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 20, de setembro de 2005, e:

-considerando-se a necessidade de garantir à população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor;

- considerando-se a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde, aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de Longa Permanência;

-considerando-se a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, bem como os mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para idosos;

Considerando-se a necessidade de qualificar a prestação de serviços públicos e privados das Instituições de Longa Permanência para Idosos, adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, na forma do Anexo desta Resolução.

Art. 2º As secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar procedimentos para a adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta

RDC, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 3º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária, sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei n.º 6437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

## DIRCEU RAPOSO DE MELLO

Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

### ANEXO

## REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

### 1. OBJETIVO

Estabelecer o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

### 2. ABRANGÊNCIA

Esta norma é aplicável a toda a 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.

### 3. DEFINIÇÕES

3.1 – Cuidador de Idosos: pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária.

3.2 – Dependência do Idoso – condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária.

3.3 - Equipamento de Autoajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como: bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.

#### 3.4 – Grau de Dependência do Idoso

a) Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;

b) Grau de Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

c) Grau de Dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

3.5 – Indivíduo autônomo – é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.

3.6 – Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) – 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 condição de liberdade e dignidade e cidadania.

## 4. CONDIÇÕES GERAIS

4.1 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos é responsável pela atenção ao idoso conforme definido neste regulamento técnico.

4.2 – A instituição deve propiciar o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes.

4.3 - A instituição deve atender, dentre outras, às seguintes premissas:

4.3.1 - Observar os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde;

4.3.2 - Preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;

4.3.3 – Promover ambiência acolhedora;

4.3.4 – Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;

4.3.5 - Promover integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local;

4.3.6 - Favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;

4.3.7 - Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;

4.3.8 – Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos;

4.3.9 - Promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais.

4.3.10 - Desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.

4.4 - A categorização da instituição deve obedecer à normalização do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Coordenador da Política Nacional do Idoso.

#### 4.5. Organização

4.5.1 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente, de acordo com o estabelecido na Lei Federal n.º 6.437, de 20 de agosto de 1977, e comprovar a inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso, em conformidade com o Parágrafo Único, Art. 48 da Lei n.º 10.741 de 2003.

4.5.2 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve estar legalmente constituída e apresentar:

- a) Estatuto registrado;
- b) Registro de entidade social;
- c) Regimento Interno.

4.5.3 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir um Responsável Técnico, RT, pelo serviço, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local.

4.5.3.1 - O Responsável Técnico deve possuir formação de nível superior.

4.5.4 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve celebrar contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou Curador, em caso de interdição judicial, especificando o tipo de serviço prestado, bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário, em conformidade com inciso I artigo 50 da Lei n.º 10.741 de 2003.

4.5.5 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve organizar e manter atualizados, e com fácil acesso, os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social.

4.5.6 – A instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória à apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada.

4.5.6.1 A instituição que terceirizar estes serviços está dispensada de manter quadro de pessoal próprio, e área física específica para os respectivos serviços.

#### 4.6 – Recursos Humanos

4.6.1 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve apresentar recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:

4.6.1.1 – Para a coordenação técnica: Responsável Técnico com carga horária mínima de 20 horas por semana.

4.6.1.2 – Para os cuidados aos residentes:

a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;

b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;

c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

4.6.1.3 – Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.

4.6.1.4 – Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m<sup>2</sup> de área interna ou fração por turno diariamente.

4.6.1.5 – Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.

4.6.1.6 – Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.

4.6.2 – A instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, deve exigir registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe.

4.6.3 – A Instituição deve realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, com o objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.

#### 4.7 – Infraestrutura Física

4.7.1 - Toda a construção, reforma ou adaptação na estrutura física das instituições, deve ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local, bem como do órgão municipal competente.

4.7.2 - A Instituição deve atender aos requisitos de infraestrutura física previstos neste Regulamento Técnico, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas referenciadas neste Regulamento.

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.

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.

4.7.5 - Instalações Prediais - As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

4.7.6 - A instituição deve atender às seguintes exigências específicas:

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 executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT, observadas as exigências de corrimão e sinalização.

a) A escada e a rampa acesso à edificação devem ter, no mínimo, 1,20m de largura.

4.7.6.4 - Circulações internas – as 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.

a) circulações com largura maior ou igual a 1,50 m, devem possuir corrimão dos dois lados; b) circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados.

4.7.6.5 - Elevadores – devem seguir as especificações da NBR 7192/ABNT e NBR 13.994.

4.7.6.6 - Portas - devem ter um vão livre com largura mínima de 1,10m, com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.

4.7.6.7 – Janelas e guarda-corpos - devem ter peitoris de no mínimo 1,00m.

4.7.7 - A Instituição deve possuir os seguintes ambientes:

4.7.7.1 – Dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro.

a) Os dormitórios de 01 pessoa devem possuir área mínima de 7,50 m<sup>2</sup>, incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente.

b) Os dormitórios de 02 a 04 pessoas devem possuir área mínima de 5,50m<sup>2</sup> por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes.

c) Devem ser dotados de luz de vigília e campainha de alarme.

d) Deve ser prevista uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas e 0,50m entre a lateral da cama e a parede paralela.

d) Deve ser prevista uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas. (Redação dada pela Resolução – RDC n.º 94, de 31 de dezembro de 2007).

e) O banheiro deve possuir área mínima de 3,60 m<sup>2</sup>, com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, não sendo permitido qualquer desnível em forma de degrau para conter a água, nem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos.

4.7.7.2 Áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I, II e que atendam ao seguinte padrão:

a) Sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m<sup>2</sup> por pessoa;

b) Sala de convivência com área mínima de 1,3 m<sup>2</sup> por pessoa

4.7.7.3 Sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m<sup>2</sup>.

4.7.7.4 – Banheiros Coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas, conforme especificações da NBR9050/ABNT.

a) As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos devem ter vãos livres de 0,20m na parte inferior.

4.7.7.5 - Espaço ecumênico e/ou para meditação.

4.7.7.6 - Sala administrativa/reunião.

4.7.7.7 - Refeitório com área mínima de 1m<sup>2</sup> por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília.

4.7.7.8 - Cozinha e despensa.

4.7.7.9 – Lavanderia.

4.7.7.10 – Local para guarda de roupas de uso coletivo.

4.7.7.11 – Local para guarda de material de limpeza.

4.7.7.12 - Almojarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m<sup>2</sup>.

4.7.7.13 – Vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo.

a) Banheiro com área mínima de 3,6 m<sup>2</sup>, contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração.

b) Área de vestiário com área mínima de 0,5 m<sup>2</sup> por funcionário/turno.

4.7.7.14 -Lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta.

4.7.7.15 - Área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros)

4.7.7.16 - A exigência de um ambiente, depende da execução da atividade correspondente.

4.7.8 - Os ambientes podem ser compartilhados de acordo com a afinidade funcional e a utilização em horários ou situações diferenciadas.

## 5 – PROCESSOS OPERACIONAIS

### 5.1 – Gerais

5.1.1 - Toda ILPI deve elaborar um plano de trabalho, que contemple as atividades previstas nos itens 4.3.1 a 4.3.11 e seja compatível com os princípios deste Regulamento.

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.

5.1.3 – Cabe às Instituições de Longa Permanência para idosos manter registro atualizado de cada idoso, em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 1.0741 de 2003.

5.1.4 – A Instituição de Longa Permanência para idosos deve comunicar à Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar do idoso ou a ausência de identificação civil. 5.1.5 - O responsável pela instituição deve manter disponível cópia deste Regulamento para consulta dos interessados.

## 5.2 – Saúde

5.2.1 - A instituição deve elaborar, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde.

5.2.2 - O Plano de Atenção à Saúde deve contar com as seguintes características:

5.2.2.1 - Ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade

5.2.2.2 - Indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário;

5.2.2.3 - prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção;

5.2.2.4 - conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes;

5.2.3 – A instituição deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização;

5.2.4 – A Instituição deve comprovar, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde;

5.2.5 – Cabe ao Responsável Técnico - RT da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos idosos, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

5.2.6 A instituição deve dispor de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso

5.2.7 – Em caso de intercorrência médica, cabe ao RT providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar a sua família ou representante legal.

5.2.7.1 – Para o encaminhamento, a instituição deve dispor de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde

### 5.3 – Alimentação

5.3.1 A Instituição deve garantir aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias.

5.3.2 – A manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos devem seguir o estabelecido na RDC n.º 216/2004 que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para os Serviços de Alimentação.

5.3.3 - A instituição deve manter disponíveis normas e rotinas técnicas quanto aos seguintes procedimentos:

- a) limpeza e descontaminação dos alimentos;
- b) armazenagem de alimentos;
- c) preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas de manipulação;
- d) boas práticas para prevenção e controle de vetores;
- e) acondicionamento dos resíduos.

### 5.4 – Lavagem, processamento, e guarda de roupas

5.4.1 - A instituição deve manter disponíveis as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo, que contemple:

- a) lavar, secar, passar e reparar as roupas;
- b) guarda e troca de roupas de uso coletivo.

5.4.2 – A Instituição deve possibilitar aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal.

5.4.3 – As roupas de uso pessoal devem ser identificadas, visando à manutenção da individualidade e humanização.

5.4.4 – Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa/MS

## 5.5 – Limpeza

5.5.1 - A instituição deve manter os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade;

5.5.2 – A instituição deve manter disponíveis as rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes;

5.5.3 – Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa/MS

## 6. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

6.1 - A equipe de saúde responsável pelos residentes deverá notificar à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação compulsória, conforme o estabelecido no Decreto n.º 49.974-A - de 21 de janeiro de 1961, Portaria n.º 1.943, de 18 de outubro de 2001, suas atualizações, ou outra que venha a substituí-la.

6.2 – A instituição deverá notificar imediatamente à autoridade sanitária local, a ocorrência dos eventos sentinelas abaixo:

6.2.1 – Queda com lesão

6.2.2 – Tentativa de suicídio.

6.3 – A definição dos eventos mencionados nesta Resolução deve obedecer à padronização a ser publicada pela Anvisa, juntamente com o fluxo e instrumentos de notificação.

## 7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES

7.1 – A constatação de qualquer irregularidade no funcionamento das instituições deve ser imediatamente comunicada a vigilância sanitária local.

7.2 -. Compete às Instituições de Longa Permanência para Idosos a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição.

7.3. A avaliação referida no item anterior deve ser realizada levando em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

Nº	Indicador	Fórmula e Unidade	Frequência de Produção
1	Taxa de mortalidade em idosos residentes	$(\text{Número de óbitos de idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100[\%]$	Mensal
2	Taxa incidência <sup>2</sup> de doença diarreica aguda <sup>3</sup> em idosos residentes	$(\text{Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100 [\%]$	Mensal
3	Taxa de incidência de escabiose <sup>4</sup> em idosos residentes	$(\text{Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100 [\%]$	Mensal
4	Taxa de incidência de desidratação <sup>5</sup>	$(\text{Número de idosos que apresentaram desidratação} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100 [\%]$	Mensal

	em idosos residentes		
5	Taxa de prevalência <sup>6</sup> de úlcera de decúbito em idosos residentes	(Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês/ Número de idosos residentes no mês <sup>1</sup> ) *100 [%]	Mensal
6	Taxa de prevalência de desnutrição <sup>7</sup> em idosos residentes	(Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês/ Número de idosos residentes no mês <sup>1</sup> ) *100 [%]	Mensal

1 - População exposta: considerar o número de idosos residentes do dia 15 de cada mês.

2 - Taxa de incidência: é uma estimativa direta da probabilidade ou risco de desenvolvimento de determinada doença em um período de tempo específico; o numerador corresponde aos novos casos, ou seja, aqueles iniciados no período em estudo.

3- Doença diarreica aguda: Síndrome causada por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Com frequência, é acompanhada de vômito, febre e dor abdominal. Em alguns casos, há

<p>presença de muco e sangue. No geral, é autolimitada, com duração entre 2 e 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição prévia.</p>
<p>4- Escabiose: parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele onde se visualizam essas lesões são as regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região peri-umbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em crianças e idosos, podem também ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas. O prurido é intenso e, caracteristicamente, maior durante a noite, por ser o período de reprodução e deposição de ovos.</p>
<p>5- Desidratação: (perda de água) Falta de quantidade suficiente de líquidos corpóreos para manter as funções normais em um nível adequado. Deficiência de água e eletrólitos corpóreos por perdas superiores à ingestão. Pode ser causada por: ingestão reduzida (anorexia, coma e restrição hídrica); perda aumentada gastrointestinal (vômitos e diarreia), ou urinária (diurese osmótica, administração de diuréticos, insuficiência renal crônica e da supra-renal), ou cutânea e respiratória (queimaduras e exposição ao calor).</p>
<p>6 - Taxa de prevalência: mede o número de casos presentes em um momento ou em um período específico; o numerador compreende os casos existentes no início do período de estudo, somados aos novos casos.</p>
<p>7 - Desnutrição: Condição causada por ingestão ou digestão inadequada de nutrientes. Pode ser causada pela ingestão de uma dieta não balanceada, problemas digestivos, problemas de absorção ou problemas similares. É a manifestação clínica decorrente da adoção de dieta inadequada ou de patologias que impedem o aproveitamento biológico adequado da alimentação ingerida.</p>

7.4. Todo mês de janeiro a instituição de Longa Permanência para idosos deve encaminhar à Vigilância Sanitária local o consolidado dos indicadores do ano anterior

7.5 O consolidado do município deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à ANVISA e à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

## 8. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

8.1. As instituições existentes na data da publicação desta RDC, independente da denominação ou da estrutura que possuam, devem adequar-se aos requisitos deste Regulamento Técnico, no prazo de vinte e quatro meses a contar da data de publicação desta.

A recente Resolução de Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA Nº 502, de 27 de maio de 2021, entra em vigor em 1º de julho de 2021, revoga e substitui a RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005.

## Anexo 2

### **MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA**

### **RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 502, DE 27 DE MAIO DE 2021**

(Publicada no D.O.U. n.º de 31 de maio de 2021)

#### **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**

Publicado em: 31/05/2021 | Edição: 101 | Seção: 1 | Página: 110

**Órgão: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Diretoria  
Colegiada**

### **RESOLUÇÃO RDC Nº 502, DE 27 DE MAIO DE 2021**

Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das competências que lhe conferem os arts. 7º, inciso III, e 15, incisos III e IV, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e considerando o disposto no art. 53, inciso VI e §§ 1º e 3º, do Regimento Interno, aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 255, de 10 de dezembro de 2018, resolve adotar a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada, conforme deliberado em reunião realizada em 26 de maio de 2021, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

## CAPÍTULO I

### DISPOSIÇÕES INICIAIS

#### Seção I

##### Objetivo

Art. 1º Esta Resolução estabelece o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Parágrafo único. As secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar procedimentos estabelecidos nesta Resolução, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-la às especificidades locais.

#### Seção II

##### Abrangência

Art. 2º Esta Resolução 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 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar.

#### Seção III

##### Definições

Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - cuidador de idosos: pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária;

II - dependência do idoso: condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária;

III - equipamento de autoajuda: qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada;

IV - grau de dependência do idoso:

1. grau de dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;

2. grau de dependência II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; e

3. grau de dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo;

V - indivíduo autônomo: é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida; e

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

## CAPÍTULO II

### CONDIÇÕES GERAIS

#### Seção I

##### Requisitos

Art. 4º A Instituição de Longa Permanência para Idosos é responsável pela atenção ao idoso conforme definido nesta Resolução.

Art. 5º A instituição deve propiciar o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes.

Art. 6º A instituição deve atender, dentre outras, às seguintes premissas:

I - observar os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde;

II - preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;

III - promover ambiência acolhedora;

IV - promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;

V - promover integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local;

VI - favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;

VII - incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;

VIII - desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos;

IX - promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais; e

X - desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.

Art. 7º A categorização da instituição deve obedecer à normalização do Ministério da Cidadania e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

## Seção II

### Organização

Art. 8º A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente, de acordo com o estabelecido na Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, e comprovar a inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso, em conformidade com o parágrafo único, art. 48 da Lei nº 10.741, de 2003.

Art. 9º A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve estar legalmente constituída e apresentar:

I - Estatuto registrado;

II - Registro de entidade social; e

III - Regimento Interno.

Art. 10. A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir um Responsável Técnico - RT pelo serviço, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local.

Art. 11. O Responsável Técnico deve possuir formação de nível superior.

Art. 12. A Instituição de Longa Permanência para idosos deve celebrar contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou Curador, em caso de interdição judicial, especificando o tipo de serviço prestado bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário em conformidade com inciso I do art. 50 da Lei nº 10.741, de 2003.

Art. 13. A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve organizar e manter atualizados e com fácil acesso, os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social.

Art. 14. A Instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória à apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada.

Art. 15. A Instituição que terceirizar estes serviços está dispensada de manter quadro de pessoal próprio e área física específica para os respectivos serviços.

### Seção III

#### Recursos Humanos

Art. 16. A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve apresentar recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:

I - para a coordenação técnica: Responsável Técnico com carga horária mínima de 20 (vinte) horas por semana;

II - para os cuidados aos residentes:

a) grau de dependência I: 1 (um) cuidador para cada 20 (vinte) idosos, ou fração, com carga horária de 8 (oito) horas/dia;

b) grau de dependência II: 1 (um) cuidador para cada 10 (dez) idosos, ou fração, por turno; e

c) grau de dependência III:1 (um) cuidador para cada 6 (seis) idosos, ou fração, por turno.

III - para atividades de lazer: 1 (um) profissional com formação de nível superior para cada 40 (quarenta) idosos, com carga horária de 12 (doze) horas por semana;

IV - para serviços de limpeza: 1 (um) profissional para cada 100m<sup>2</sup>de área interna ou fração por turno diariamente;

V - para o serviço de alimentação:1 (um) profissional para cada 20 (vinte) idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 (oito) horas; e

VI - para o serviço de lavanderia: 1 (um) profissional para cada 30 (trinta) idosos, ou fração, diariamente.

Art. 17. A Instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, deve exigir registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe.

Art. 18. A Instituição deve realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.

#### Seção IV

##### Infraestrutura Física

Art. 19. Toda construção, reforma ou adaptação na estrutura física das instituições, deve ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal competente.

Art. 20. A Instituição deve atender aos requisitos de infraestrutura física previstos nesta Resolução, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas referenciadas nesta Resolução.

Art. 21. 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 nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

Art. 22. 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.

Art. 23. As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

Art. 24. A Instituição deve atender às seguintes exigências específicas:

I - acesso externo: devem ser previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço;

II - 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; e

III - rampas e escadas: devem ser executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT, observadas as exigências de corrimão e sinalização.

Parágrafo único. A escada e a rampa de acesso à edificação devem ter, no mínimo, 1,20m de largura.

Art. 25. As circulações internas principais devem ter largura mínima de 1,00 m e as secundárias podem ter largura mínima de 0,80 m; contando com luz de vigília permanente.

§ 1º Circulações com largura maior ou igual a 1,50 m devem possuir corrimão dos dois lados.

§ 2º Circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados.

Art. 26. Os elevadores devem seguir as especificações das normas pertinentes da ABNT.

Art. 27. As portas devem ter um vão livre com largura mínima de 1,10m, com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.

Art. 28. Janelas e guarda-corpos devem ter peitoris de no mínimo 1,00m.

Art. 29. A Instituição deve possuir os seguintes ambientes:

I - dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro e que atendam aos seguintes padrões:

1. os dormitórios de 01 pessoa devem possuir área mínima de 7,50 m<sup>2</sup>, incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente;

2. os dormitórios de 02 a 04 pessoas devem possuir área mínima de 5,50m<sup>2</sup>por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes;

3. devem ser dotados de luz de vigília e campainha de alarme;

4. deve ser prevista uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas; e

5. o banheiro deve possuir área mínima de 3,60 m<sup>2</sup>, com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, não sendo permitido qualquer desnível em forma de degrau para conter a água, nem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos.

II - áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I, II e que atendam aos seguintes padrões:

1. sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m<sup>2</sup>por pessoa;

2. sala de convivência com área mínima de 1,3 m<sup>2</sup>por pessoa; e

3. sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m<sup>2</sup>.

III - sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m<sup>2</sup>.

IV - banheiros coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas, conforme especificações da NBR9050/ABNT e as seguintes especificações:

a) as portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos devem ter vãos livres de 0,20m na parte inferior.

V - espaço ecumênico e/ou para meditação;

VI - sala administrativa/reunião;

VII - refeitório com área mínima de 1m<sup>2</sup>por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília;

VIII - cozinha e despensa;

IX - lavanderia;

X - local para guarda de roupas de uso coletivo;

XI - local para guarda de material de limpeza;

XII - almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m<sup>2</sup>;

XIII - vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo:

a) banheiro com área mínima de 3,6 m<sup>2</sup>, contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração; e

b) área de vestiário com área mínima de 0,5 m<sup>2</sup>por funcionário/turno.

XIV - lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta;

XV - área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros); e

Parágrafo único. A exigência de um ambiente depende da execução da atividade correspondente.

Art. 30. Os ambientes podem ser compartilhados de acordo com a afinidade funcional e a utilização em horários ou situações diferenciadas.

#### Seção IV

#### Processos Operacionais

#### Subseção I

#### Condições Gerais

Art. 31. Toda ILPI deve elaborar um plano de trabalho, que contemple as atividades previstas no Art. 6º e seja compatível com os princípios desta Resolução.

Art. 32. 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 sócio-culturais do idoso e da região onde estão inseridos.

Art. 33. Cabe às Instituições de Longa Permanência para idosos manter registro atualizado de cada idoso, em conformidade com o estabelecido no art. 50, inciso XV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

Art. 34. A Instituição de Longa Permanência para idosos deve comunicar à Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar do idoso ou a ausência de identificação civil.

Art. 35. O responsável pela instituição deve manter disponível cópia desta Resolução para consulta dos interessados.

## Subseção II

### Saúde

Art. 36. A Instituição deve elaborar, a cada 2 (dois) anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde.

Art. 37. O Plano de Atenção à Saúde deve contar com as seguintes características:

I - ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade;

II - indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário;

III - prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção; e

IV - conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.

Art. 38. A instituição deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

Art. 39. A Instituição deve comprovar, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde.

Art. 40. Cabe ao Responsável Técnico - RT da Instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos idosos, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

Art. 41. A Instituição deve dispor de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso.

Art. 42. Em caso de intercorrência médica, cabe ao RT providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar a sua família ou representante legal.

Art. 43. Para o encaminhamento, a instituição deve dispor de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde.

### Subseção III

#### Alimentação

Art. 44. A Instituição deve garantir aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias.

Art. 45. A manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos devem seguir o estabelecido na Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004, que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.

Art. 46. A Instituição deve manter disponíveis normas e rotinas técnicas quanto aos seguintes procedimentos:

- I - limpeza e descontaminação dos alimentos;
- II - armazenagem de alimentos;
- III - preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas de manipulação;
- IV - boas práticas para prevenção e controle de vetores; e
- V - acondicionamento dos resíduos.

### Subseção IV

#### Lavagem, Processamento e Guarda de Roupas

Art. 47. A instituição deve manter disponíveis as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo, que contemple:

I - lavar, secar, passar e reparar as roupas; e

II - guarda e troca de roupas de uso coletivo.

Art. 48. A Instituição deve possibilitar aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal.

Art. 49. As roupas de uso pessoal devem ser identificadas, visando a manutenção da individualidade e humanização.

Art. 50. Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa.

#### Subseção V

#### Limpeza

Art. 51. A Instituição deve manter os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade.

Art. 52. A Instituição deve manter disponíveis as rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes.

Art. 53. Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa.

### CAPÍTULO III

#### NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 54. A equipe de saúde responsável pelos residentes deverá notificar à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação compulsória conforme legislação vigente.

Art. 55. A instituição deverá notificar imediatamente à autoridade sanitária local, a ocorrência dos eventos sentinelas abaixo:

I - queda com lesão; e

II - tentativa de suicídio.

Art. 56. A definição dos eventos mencionados nesta Resolução deve obedecer à padronização a ser publicada pela Anvisa, juntamente com o fluxo e instrumentos de notificação.

#### CAPÍTULO IV

##### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES

Art. 57. A constatação de qualquer irregularidade no funcionamento das instituições deve ser imediatamente comunicada a vigilância sanitária local.

Art. 58. Compete às Instituições de Longa Permanência para Idosos a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição.

Art. 59. A avaliação referida no artigo anterior deve ser realizada levando em conta, no mínimo, os indicadores constantes do Anexo desta Resolução.

Art. 60. Todo mês de janeiro a Instituição de Longa Permanência para Idosos deve encaminhar à Vigilância Sanitária local o consolidado dos indicadores do ano anterior.

Art. 61. O consolidado do município deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à Anvisa e à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

#### CAPÍTULO V

##### DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 62. O descumprimento das determinações desta Resolução constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 63. Ficam revogadas:

- I - Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, e
- II - Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 94, de 31 de dezembro de 2007.

Art. 64. Esta Resolução entra em vigor em 1º de julho de 2021.

**ANTONIO BARRA TORRES**

## ANEXO

Nº	Indicador	Fórmula e Unidade	Frequência de Produção
1	Taxa de mortalidade em idosos residentes	$(\text{Número de óbitos de idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100[\%]$	Mensal
2	Taxa incidência <sup>2</sup> de doença diarreica aguda <sup>3</sup> em idosos residentes	$(\text{Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100 [\%]$	Mensal
3	Taxa de incidência de escabiose <sup>4</sup> em idosos residentes	$(\text{Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100 [\%]$	Mensal
4	Taxa de incidência de desidratação <sup>5</sup> em idosos residentes	$(\text{Número de idosos que apresentaram desidratação} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100 [\%]$	Mensal
5	Taxa de prevalência <sup>6</sup> de úlcera de decúbito em	$(\text{Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100 [\%]$	Mensal

	idosos residentes		
6	Taxa de prevalência de desnutrição <sup>7</sup> em idosos residentes	(Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês/ Número de idosos residentes no mês <sup>1</sup> ) *100 [%]	Mensal

1 - População exposta: considerar o número de idosos residentes do dia 15 de cada mês.
2 - Taxa de incidência: é uma estimativa direta da probabilidade ou risco de desenvolvimento de determinada doença em um período de tempo específico; o numerador corresponde aos novos casos, ou seja, aqueles iniciados no período em estudo.
3- Doença diarreica aguda: Síndrome causada por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Com frequência, é acompanhada de vômito, febre e dor abdominal. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. No geral, é autolimitada, com duração entre 2 e 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição prévia.
4- Escabiose: parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele onde se visualizam essas lesões são as regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região peri-umbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em crianças e idosos, podem também ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas. O prurido é intenso e,

<p>caracteristicamente, maior durante a noite, por ser o período de reprodução e deposição de ovos.</p>
<p>5- Desidratação: (perda de água) Falta de quantidade suficiente de líquidos corpóreos para manter as funções normais em um nível adequado. Deficiência de água e eletrólitos corpóreos por perdas superiores à ingestão. Pode ser causada por: ingestão reduzida (anorexia, coma e restrição hídrica); perda aumentada gastrointestinal (vômitos e diarreia), ou urinária (diurese osmótica, administração de diuréticos, insuficiência renal crônica e da supra-renal), ou cutânea e respiratória (queimaduras e exposição ao calor).</p>
<p>6 - Taxa de prevalência: mede o número de casos presentes em um momento ou em um período específico; o numerador compreende os casos existentes no início do período de estudo, somados aos novos casos.</p>
<p>7 - Desnutrição: Condição causada por ingestão ou digestão inadequada de nutrientes. Pode ser causada pela ingestão de uma dieta não balanceada, problemas digestivos, problemas de absorção ou problemas similares. É a manifestação clínica decorrente da adoção de dieta inadequada ou de patologias que impedem o aproveitamento biológico adequado da alimentação ingerida.</p>