

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC/SP

Gilcelia Lima da Silva Reis

**O CUIDADO LONGE DE CASA: A RELAÇÃO PROTEÇÃO/DESPROTEÇÃO
SOCIAL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

Doutorado em Serviço Social

São Paulo
2021

Gilcelia Lima da Silva Reis

**O CUIDADO LONGE DE CASA: A RELAÇÃO PROTEÇÃO/DESPROTEÇÃO
SOCIAL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

Doutorado em Serviço Social

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social sob a orientação da Professora Doutora Dirce Harue Ueno Koga.

São Paulo
2021

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese de Doutorado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Gilcelia Lima da Silva Reis

São Paulo, 25 de outubro de 2021.

E-mail: gilcelialima.reis103@gmail.com

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo –
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

R376P Reis, Gilcelia Lima da Silva
O Cuidado Longe de Casa: a proteção/desproteção social no processo de envelhecimento. / Gilcelia Lima da Silva Reis. -- São Paulo: [s.n.], 2021. 183p. il. ; cm.

Orientador: Dirce Harue Ueno Koga.
Tese (Doutorado)-- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, (Doutorado) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social.

1. Proteção. 2. Desproteção. 3. Envelhecimento. 4. Cuidado. I. Koga, Dirce Harue Ueno. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social. III. Título.

CDD

Gilcelia Lima da Silva Reis

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social sob a orientação da Professora Doutora Dirce Harue Ueno Koga.

Aprovado em: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dirce Harue Ueno Koga

Profa. Dra. Bader Burihan Sawaia

Profa. Dra. Maria Lucia Martinelli

Profa. Dra. Letícia Andrade

Profa. Dr. Rodrigo Aparecido Diniz

Em memória de meus pais, meus primeiros mestres da primeira linguagem, com os quais aprendi os limites para lidar com as dificuldades da vida, a descascar os “abacaxis” postos pela vida com os quais aprendi com atos e palavras a conjugar os verbos poder, dever, conquistar e respeitar. Também me ensinaram com generosidade e doçura, alguns dos limites impostos pelo mundo e as possibilidades da vida. Aos meus irmãos, sobrinhos, primos e amigos pela ausência e principalmente a minha querida prima Iracema, minha grande amiga e a minha tia Sinesia.

Recebam o meu amor!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), através do código de financiamento 001.

888-179655/2018-00

Na condição de bolsista, agradeço a CAPES pelo financiamento.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), through the financing code 001.

888-179655/2018-00

AGRADECIMENTOS

Amplio minha liberdade de expressar nesse espaço a companhia que tive, infelizmente quando doente, por um período longo de lágrimas, tristeza e solidão; sentimentos tais não em função da escrita da tese, mas de um momento sombrio que enfrentei na minha vida. Nesse momento contei com o meu grande e inseparável amigo, Deus! É claro que tais sentimentos provocaram a sensação de estar sozinha, mas era somente uma sensação, porque da presença desse grande amigo ecoava uma doce voz no meu coração mesmo estando em companhia de uma multidão. E eu pude vencer!

Jamais imaginaria que o tempo passaria tão rápido, tendo acabado de concluir o Mestrado, e logo no segundo semestre de 2017, iniciar no Doutorado. Os quatro anos foram de lutas, alegrias, conquistas, desafios, mas tiveram dias que olhei no espelho e agradei a mim mesma pela força, coragem, vontade de vencer e fui ressignificando o tempo.

Tive a companhia da minha querida e amada orientadora Profa. Dra. Dirce Koga, que nos momentos de fraquezas me fortaleceu com sua doçura, generosidade e palavras como “você vai conseguir”, “vamos avançar juntas”, “vamos dar conta do tempo”. Estivemos muito próximas, fortalecemos vínculos, foram orientações incansáveis.

Agradeço à Profa. Dra. Bader Sawaia, componente da banca, pelas contribuições, desde a qualificação até a leitura incansável da tese e à Profa. Dra. Letícia Andrade, igualmente componente da banca, pelo diálogo, pelas ricas trocas na qualificação e pela leitura da minha tese.

A Profa. Dra. Ana Maria de Campos, por compor esta banca com seu olhar diferenciado a partir da história e da educação popular, e que tanto tem me inspirado a seguir pela trilha da história de vida.

A Profa. Dra. Maria Lúcia Martinelli pela leitura atenta e pelas importantes contribuições em momentos importantes da minha vida e ao Prof. Dr. Rodrigo Aparecido Diniz por aceitar o convite para fazer parte da minha banca e por dispensar seu precioso tempo para leitura desta tese.

Aos colegas da Orientação Coletiva, sou grata pelas contribuições durante esses anos reunindo excelentes reflexões para construção deste trabalho. Da mesma forma, agradeço aos colegas do NEPI, pelo espaço de saber, criatividade, luz, poesias, local onde se tece identidade, sob coordenação da Profa. Dra. Maria Lucia Martinelli, a quem também sou grata

pelas contribuições, conselhos, carinho e palavras de incentivos, na primeira fase de orientação de minha tese.

Agradeço à Andreia Fazekas, secretária incansável do Programa, que no momento que estive doente entendeu meu sofrimento e chorou a minha dor e angústia de coração, jamais me esquecerei daquele momento tão ímpar.

Agradeço à Luciana Paiva, que encontrei ombro para chorar durante três anos, me ajudou a fazer reparos comigo mesma, com minha família, ajudou-me a amadurecer, me mostrou o valor da vida e a viver “um dia de cada vez” com maturidade e seriedade, trazendo detalhes que ficaram na minha memória e no meu coração para que eu pudesse viver com melhor qualidade de vida. Dra. Natássia Prates, que esteve comigo por três anos, e com ela tudo ficou mais fácil, me tornei mais flexível, trouxe o meu coração para mais perto de mim e o meu corpo como abrigo das minhas emoções com saúde e sensibilidade. Dra Claudia Hino, minha amiga, muito querida, que de forma incansável me ensina com muito respeito exercício do cuidado para além das fronteiras da medicina. Maria do Carmo, minha querida amiga, agradeço por suas orações, carinho e compreensão sempre. Elsa, presente no momento mais difícil da minha vida, estendeu-me suas fortes mãos, me amparou e acreditou no processo de ressignificação da vida. Fabiana, amiga, irmã inseparável são anos de amizade sempre me cobriu com seu amor e carinho, tudo se tornou possível com sua compreensão e ajuda. Cabe lembrar com muito carinho de Igor Gigechi, que me amparou como uma irmã nos seus braços quando eu mais precisei de ajuda. Linda da Silva, minha querida amiga, pela dedicação e cuidado quando estive doente, a quem expressei meu respeito e carinho. Ademais, dialogar com André foi muito gratificante: pude contar com sua opinião, com seus conselhos, sua inteligência e sua humildade; ter um amigo como você é uma grande honra. Gracielle, sempre atenciosa e pronta a repartir suas ideias e incentivos, ajudou-me muito.

Neste percurso, ouvir as ministrações dos meus pastores Fernando e Sonia Carvalho foi inspirador e apaixonante, pois pude contar com a sensibilidade e leveza de ambos, que me motivaram a amar e me fortaleceram. Agradeço à Sonia, especialmente, pelas mensagens motivadoras e pela preocupação em saber como estava o andamento do doutorado.

Agradeço à Bruna Jinete que me auxiliou na transcrição das entrevistas gravadas, sem o seu trabalho os sujeitos e sujeitas fariam pouco ou até mesmo estariam em tédio. Agradeço também ao programa “Celebrando a Recuperação”, por ser o meu ponto de apoio no processo de tratamento, espaço onde pude ouvir a voz do meu coração, foi lá que percebi que eu poderia “consertar as minhas asas e continuar voando”.

Agradecimentos especiais à Maria Lucinete, diretora da Casa de Repouso Vida Plena; tudo começou com um almoço em uma linda tarde, em seguida um telefonema confirmou a intenção pela pesquisa na Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI. Agradeço as portas abertas para o meu estudo das trajetórias de vida com as pessoas idosas e, ao mesmo tempo, pela contribuição como entrevistada.

À Iolanda Alves, funcionária da ILPI, agradeço carinhosamente pela rica contribuição e a forma generosa como participou, dividindo sua trajetória de vida profissional para enriquecer a minha pesquisa.

Agradeço à diretoria da Casa de Repouso Vida Plena por ter aberto as portas para que a pesquisa tomasse corpo.

E, finalmente, agradeço às pessoas idosas que concordaram em compartilhar suas trajetórias de vida com esta pesquisa:

- Araci de Almeida, entrevistada que muito contribuiu para que essa pesquisa ganhasse sentido, sem você este trabalho jamais ganharia esse fim. Receba meus aplausos por narrar sua história de **“Saudades de casa”**.
- Adeli Alves receba o meu eterno carinho por muito ter contribuído para que esta pesquisa ganhasse vida, traduzindo em forma de desenho a sua história e narrando sua trajetória de vida em **“Abandono, violência doméstica e o acesso à cidade”**.
- José Donizete, entrevistado que agradeço de coração pela rica história de vida, o respeito, confiança e generosidade em narrar sua história trazendo com muita humildade e ressignificação **“A luta pela sobrevivência”**.
- Valmir, meu imenso carinho pela linda contribuição ao trabalho, por sua luta e garra, que trouxe na sua narrativa **“Cuidado/Violência”**.

Sem esses personagens, minha orientadora, professores, amigos e pesquisados, jamais esta tese teria ganhado vida.

A todos vocês, meu carinho e o meu muito obrigada.

Todo homem e toda mulher é dono da sua própria história, mas toda história também é dona de um homem e de uma mulher, ambos, percebidos nos detalhes, se sustentam na intimidade de um corpo dos espaços da vida.

Gilcelia Reis

RESUMO

REIS, Gilcelia Lima da Silva. **O cuidado longe de casa:** a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2021.

Esta tese tem como objetivo analisar a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento a partir de trajetórias de vida de pessoas idosas residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), objetivando: 1) identificar a relação proteção/desproteção social no âmbito das políticas sociais voltadas para as pessoas idosas; 2) compreender os desdobramentos da trajetória de vida de pessoas idosas longe de casa, a partir dos “territórios de vivência”; 3) analisar o processo de envelhecimento na perspectiva do cuidado em ILPI. A metodologia consiste em abordagem qualitativa, a partir da escuta de sujeitos e sujeitas de uma ILPI, com base nas trajetórias de vida cruzadas de quatro pessoas idosas entremeadas pelas percepções de uma trabalhadora da Instituição e uma gestora. A pesquisa possibilitou identificar que os fios que tecem a proteção social também tecem a desproteção social. Além da dinâmica dialética entre proteção/ desproteção social que tem envolvido as trajetórias de vida das pessoas idosas em processo de envelhecimento longe de casa, se buscou contextualizar as trajetórias de vida à dinâmica socioterritorial que as envolve. A casa continua sendo o território de referência, uma territorialização que traz marcas e marcos repletos de sentidos, misturando saudade, esperança de retorno e tristeza pela possibilidade de não mais sair de onde se está. Mas, em contraponto, a desterritorialização em relação à casa é conjugada com a territorialização outrora vivenciada no mundo do trabalho, nos percursos pelos diversos territórios da cidade e seus recursos, passando a exigir cotidianamente novos esforços em direção à reterritorialização na “nova casa”, a ILPI. Este novo “território de vivência”, apesar de sua identidade institucional em torno do “abrigo e da convivência”, tem suscitado novas experiências marcadas pela relação tempo/espço. O “fim da linha” no processo de envelhecimento pode se abrir em “novas linhas”, a serem traçadas pelas próprias pessoas idosas e, portanto, ainda “sem fim”.

Palavras-chave: Proteção; Desproteção; Envelhecimento; Cuidado, território.

ABSTRACT

REIS, Gilcelia Lima da Silva. **Away from home:** a social protection/unprotection relationship in the aging process. Thesis (Doctorate in Social Work). Pontifical Catholic University of São Paulo, 2021.

This thesis aims to analyze the social protection/unprotection relationship in the aging process from the life trajectories of elderly people who are residing in a Long-Term Institution for the Elderly– *ILPI*, aiming to: 1) identify the social protection/unprotection relationship in the context of social policies aimed at elderly people; 2) understand the consequences of the life trajectory of elderly people away from home, based on the “living territories”; 3) analyze the aging process from the perspective of care in an *ILPI*. The methodology consists of a qualitative approach, based on listening to the subjects of an *ILPI*, based on the crossed life trajectories of four elderly people interspersed with the perceptions of a worker at the institution and a manager. It is possible to identify that the threads that weave social protection also weave social lack of protection. In addition to the dialectical dynamics between social protection/unprotection that has involved the life trajectories of elderly people in the process of aging away from home, it sought to contextualize the life trajectories to the socio-territorial dynamics that involve them. The house continues to be the reference territory, a territorialization that brings marks and landmarks full of meanings, mixing nostalgia, hopes of return and sadness for the possibility of no longer leaving where you are. But, still, the deterritorialization in relation to the house is combined with the territorialization formerly experienced in the world of work, in the journeys through the various territories of the city and its resources, starting to demand daily new efforts towards reterritorialization in the “new house”, the *ILPI*. This new “living territory”, despite it is institutional identity around “shelter and coexistence”, has given rise to new experiences marked by the time/space relationship. The “end of the line” in the aging process can open into “new lines”, to be drawn by the elderly themselves and, therefore, still “without end”.

Keywords: Protection; Unprotection; Aging; Caution, territory.

RESUMEN

REIS, Gilcelia Lima da Silva. **Los cuidados lejos Del hogar:** la relación protección/desprotección social en el proceso de envejecimiento. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2021.

Esta tesis tiene como objetivo analizar la relación protección/desprotección social en el proceso de envejecimiento a partir de las trayectorias de vida de las personas mayores que residen en un Centro de Larga Estancia para Personas Mayores - ILPI, con el fin de: 1) identificar la relación protección/desprotección social en el ámbito de las políticas sociales dirigidas a las personas mayores; 2) comprender los desdoblamientos de las trayectorias de vida de las personas mayores alejadas del hogar, desde los "territorios de vida"; 3) analizar el proceso de envejecimiento desde la perspectiva de los cuidados en el ILPI. La metodología consiste en un enfoque cualitativo, a partir de la escucha de sujetos y sujetos de un ILPI, basado en las trayectorias de vida cruzadas de cuatro personas mayores entrelazadas por las percepciones de un trabajador de la Institución y de un gerente. La investigación permitió identificar que los hilos que tejen la protección social también tejen la desprotección social. Además de la dinámica dialéctica entre protección/desprotección social que han envuelto la trayectoria de vida de las personas mayores en el proceso de envejecimiento fuera Del hogar, intentamos contextualizar las trayectorias vida a las dinámicas socioterritoriales que las envuelven. El hogar sigue siendo el territorio de referencia, una territorialización que aporta marcas e hitos llenos de significados, mezclando la nostalgia, las esperanzas de retorno y la tristeza por la posibilidad de ya no salir de donde se está. Pero, en contrapartida, la desterritorialización en relación con el hogar se conjuga con la territorialización experimentada en el mundo del trabajo, en los recorridos por los diversos territorios de la ciudad y sus recursos, exigiendo diariamente nuevos esfuerzos de reterritorialización en el "nuevo hogar", el ILPI. Este nuevo "territorio vivo", a pesar de su identidad institucional en torno al "refugio y la convivencia", ha planteado nuevas experiencias marcadas por la relación tiempo/espacio. El "final de la línea" en el proceso de envejecimiento puede abrirse en "nuevas líneas", que serán trazadas por los propios ancianos y, por tanto, todavía "sin fin".

Palabras clave: Protección; Desprotección; Envejecimiento; Cuidados, territorio.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Óbitos por COVID-19 em São Paulo (SP)	111
Tabela 2 – Internações por COVID-19 em São Paulo (SP)	112
Tabela 3 – Casos de COVID-19 em São Paulo (SP).....	112

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide da população mundial em 2002 e 2005	26
Figura 2 – Pirâmide da população mundial em 2012 e 2018	27
Figura 3 – Pilares do envelhecimento ativo	27
Figura 4 – Foto da entrada do bairro Parque Edu Chaves	36
Figura 5 – Mapa de localização do Parque Edu Chaves	37
Figura 6 – Percentual de pessoas com mais de 60 anos	56
Figura 7 – Ilustração da correlação entre perfil das vítimas de COVID-19 e mobilidade – São Paulo – 2020	100
Figura 8 – Média móvel de mortes no Brasil	109
Figura 9 – Foto da fachada da Casa de Repouso “Vida Plena”	114
Figura 10 – Desenho de Araci	152
Figura 11 – Desenho de José Donizete.....	154
Figura 12 – Desenho de Valmir.....	156
Figura 13 – Desenho de Adeli	159

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Revisão de literatura: palavra-chave/instituição.....	23
Quadro 2 – Identificação das pessoas idosas participantes da pesquisa.....	40
Quadro 3 – Identificação das funcionárias participantes da pesquisa	40
Quadro 4 – Quadro de diferenças das ILPI, segundo o grau de especialização do atendimento	63
Quadro 5 – Descrição dos serviços socioassistenciais às pessoas com mais de 60 anos	77
Quadro 6 – Marcas das trajetórias das pessoas idosas entrevistadas	132
Quadro 7 – Fim da linha” na vida das pessoas idosas	139

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABC	Atenção Básica à Saúde
ADV	Atividade de Vida Diária
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Cardiovascular
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDI	Conselho de Direito dos Idosos
CF	Constituição Federal
CNAS	Conselho Nacional Assistência Social
COVID 19	Sars-Cov-2
CP	Cuidado Paliativo
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
HC	Hospital das Clínicas
HCAMP	Hospital de Campanha
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Família e Indivíduos
PAI	Programa de Atendimento ao idoso
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
QV	Qualidade de Vida
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SAS	Sistema de Assistência à Saúde
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço de residência Terapêutica
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento

UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIBAN	Universidade Bandeirantes de São Paulo
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
1. A TRAJETÓRIA DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) E A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL	43
1.1. Proteção/desproteção social no contexto histórico brasileiro	43
1.2. O envelhecimento e as demandas de proteção social	52
1.3. O contexto brasileiro de envelhecimento	55
1.4. O lugar da ILPI no cruzamento entre as políticas de assistência social e de saúde ..	59
2. AS INTERFACES DO CUIDADO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	67
2.1. A expressão e a atitude do cuidado	67
2.2. Cuidado à pessoa idosa na perspectiva da proteção social	74
2.3. O lugar dos cuidados paliativos no âmbito do SUS	80
3. CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA: IMPACTOS DA COVID-19 EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS	90
3.1. A COVID-19 e seus desdobramentos	90
3.2. O distanciamento social e as consequências na vida da pessoa idosa em tempos pandêmicos	105
3.3. Os reflexos da vacinação contra a COVID-19 nas pessoas idosas	108
4. O CUIDADO LONGE DE CASA: O TRÂNSITO ENTRE A FAMÍLIA E O NOVO “TERRITÓRIO DE VIVÊNCIA”	114
4.1. O cenário da pesquisa	116
4.1.1. O impacto da entrevista e o caminho de volta para casa	117
4.1.2. Os retornos da pesquisa: entre voltas para casa e devolutiva dos resultados	119
4.2. Um lugar chamado ILPI: proteção social, envelhecimento e família	121
4.2.1. Trajetórias de vida profissional	123
4.2.2. Expectativas e rotina da ILPI durante e pós-pandemia	126
4.3. As expressões de sentimentos das pessoas idosas (residentes) sob a ótica da equipe técnica	128
4.3.1. O processo de envelhecimento a partir do cuidado	130
4.3.2. O envelhecer longe de casa	137
4.4. “Meu território”	141
CONCLUSÃO	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162
APÊNDICES	170
ANEXOS	171

INTRODUÇÃO

O indivíduo isolado é uma abstração. A identidade se concretiza na vida social. O mundo, criação humana, é o lugar do homem. Uma identidade que não se realiza na relação com o próximo é fictícia, é abstrata, é falsa.

Ciampa (2005)

Ao longo de minha história profissional tive oportunidade de atuar com famílias, crianças e adolescentes, mas em meio aos atendimentos apareciam avós, principalmente as mulheres, como responsáveis pelas crianças ou adolescentes. Nesse âmbito, acompanhei diversos relatos cheios de medo e receio em relação processo de envelhecimento, medo de não conseguir cuidar de si mesmo, receio de na “velhice” ser abandonada/o pela família ou mesmo ser enviado para uma casa de repouso.

Desse modo, esta pesquisa nasceu de uma inquietação que ultrapassa os muros da academia, pois foi gestada na realidade de minha vida profissional e perpassada pela minha trajetória. Quando atuei em um projeto social, muitos adolescentes viviam com os avós e com frequência chegavam tristes contando que os avós haviam “ido embora” para uma casa de repouso. Naquele momento me parecia “normal” os avós irem para uma Instituição de Longa Permanência (IPLI) e não soube acolher a dor que os adolescentes traziam.

Quando minha prática profissional se voltou para a inclusão musical de crianças e adolescentes, lá estavam novamente as avós e avôs nas reuniões de família, representando a mãe e/ou o pai que estavam trabalhando. Em algumas famílias a pessoa idosa fora vitimada por Acidente Vascular Cerebral (AVC), queda ou Alzheimer e, sem que tivessem condições de institucionalizá-lo, os adolescentes tornavam-se responsáveis pelos cuidados com a pessoa idosa. Não era raro que por esse motivo os adolescentes participantes tivessem que abandonar o projeto social e algumas famílias buscavam o Serviço Social do programa para acessar informações sobre a ILPI, demonstrando seu receio em contrariar o desejo da pessoa idosa de “não sair de casa”, e algumas famílias cogitavam a possibilidade de uma internação “compulsória” da pessoa idosa.

Essas vivências de famílias com pessoas idosas passaram a ter uma relevância no trabalho profissional cotidiano, pois se tratava de uma intervenção muito complexa: adentrar o movimento das famílias e juntos construirmos um caminho de possibilidades significava uma tarefa difícil para o/a assistente social. Mas naquele tempo ainda não vislumbrava a questão como uma possível temática de pesquisa, pois minha motivação para um olhar mais atento à

pessoa idosa relacionava-se mais ao “cuidado paterno” do que à discussão quanto às pessoas idosas em ILPI.

Como nada acontece por acaso, um almoço com uma amiga foi transferido para a casa de repouso em que ela atua como gestora-proprietária. Ao chegar, fui recebida por uma residente que carinhosamente perguntava meu nome. Imediatamente me recordei de meu pai, já falecido, das dificuldades no processo de seu cuidado e o quanto ele pedia para que não fosse colocado em uma casa de repouso, pois tinha medo de ficar longe da minha mãe, dos filhos, dos netos e dos sobrinhos.

No percurso de volta para casa muitos pensamentos me inquietavam e me senti motivada a pesquisar sobre o tema. Após uma semana da visita à casa de repouso, decidi uma mudança no foco da minha pesquisa, o que causou uma reviravolta em minha vida acadêmica, visto que foi necessário elaborar um novo projeto e me afastar da pesquisa sobre o cuidado às crianças portadoras de mielomeningocele¹.

Abordar as trajetórias de vida na perspectiva do cuidado longe de casa em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) significava um novo rumo para a pesquisa, apesar de manter o interesse no cuidado.

Com este tema em mente, ao revisitar minha trajetória profissional lembrei de um trabalho realizado em uma ILPI no bairro Helena Maria, em Osasco (SP), com pessoas em processo de envelhecimento. Tratava-se de uma parceria com jovens com muita energia e determinação do projeto Jovem Cidadão. Com aquela experiência foi despertado meu interesse pela temática. Minha trajetória profissional prosseguiu e o olhar para a pessoa idosa também estava presente no atendimento a pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, ao ter contato com pessoas idosas institucionalizadas em processo de acompanhamento para redução de danos.

As atividades com os usuários do serviço aconteciam uma vez por semana, oferecendo “rodas de conversa” em que falávamos de política, futebol, família, notícias da semana, sarau e também deixávamos que eles escolhessem o tema para a semana seguinte. Certamente essa experiência ficou registrada em minha memória e pude acessá-la no momento certo.

¹ Espinha bífida: “A mielomeningocele (MMC) é uma malformação complexa do tubo neural, em que ocorre uma falha na fusão dos elementos posteriores da coluna vertebral, ocasionando falta de fechamento do canal vertebral e displasia da medula espinhal. O defeito congênito acontece entre a terceira e a quinta semanas de vida intra-uterina. As manifestações clínicas mais frequentes da MMC são: paralisia de membros inferiores, distúrbios da sensibilidade cutânea, incontinência urinária e intestinal, deformidades musculoesqueléticas e cerca de 90% têm hidrocefalia. A incidência na população mundial é de 1:1.000 crianças nascidas” (CIPRIANO; QUEIROZ, 2008, p. 73).

Com essa trajetória de formulação, o foco da presente pesquisa consiste em analisar o processo de envelhecimento a partir de trajetórias de vida de pessoas idosas residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) na região metropolitana de São Paulo, tendo como perspectiva o direito à proteção social. Nesse contexto, a preocupação central desta pesquisa é compreender como se deu a relação proteção/desproteção social como parte da trajetória de vida dessas pessoas, o que não se restringe ao âmbito do cuidado prestado na ILPI.

Ainda que a escrita seja um ato solitário, as linhas que compõem esta tese estão carregadas de coletividade, ao buscar expressar as vozes e as vivências das pessoas idosas e trabalhadores/as sujeitos/as da pesquisa.

Para tanto, a pesquisa busca também analisar o processo de envelhecimento relacionando-o a outros processos de vínculos e rupturas sociais, tendo como referência a tríade estudada por Haesbaert (2006), que consiste nos processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização.

A revisão da literatura por meio do indexador Scielo utilizou o descritor “Institucionalização/ Cuidado/ Políticas Públicas”² no campo “palavras”, resultando em 265 publicações. Foram considerados somente artigos de periódicos científicos, contemplando 9 artigos de periódicos em língua portuguesa (ou seja, 3,4%) sem restrição de data de publicação voltados para os temas “Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)/ Cuidado/ Políticas Públicas”. Como demonstra o quadro a seguir:

² Disponível em: <<http://decs.bvs.br/p/decsweb2019.htm>>. Acesso em: 6 out. 2019.

Quadro 1 – Revisão de literatura: palavra-chave/instituição (2021)

Autor/Ano/Periódico/ Local	Palavra-chave	Publicações
PALTRONIERI, Bruno Costa; SOUZA, Edinilza Ramos de; RIBEIRO, Adalgisa. Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. Artigo interface, ago. 2019, v. 23. POLLO, Sandra Helena Lima; ASSIS, Mônica de. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, ago. 2019, v. 11, n. 1, p. 29-44. BORNT, Boechat Ns. In: FREITAS. Tratado de geriatria e gerontologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2006. HERÉDIA, Vânia Beatriz Merlotti et al. Texto sobre envelhecimento. UNATI/UERJ, jul. /dez. 2004, 712 (2), p. 9-31. ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. Velhos institucionalizados e família: entre o abafo e desabafos. Campinas: Alínia, 2004.	Instituição Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI): desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro Ação desenvolvida para cuidado aos idosos institucionalizados no Brasil A qualidade dos cuidados aos idosos institucionalizados A realidade do idoso institucionalizado Velhos institucionalizados e família: entre o abafo e desabafos
PALTRONIERI, Bruno Costa; SOUZA, Edinilza Ramos de; RIBEIRO, Adalgisa. Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. Artigo interface, ago. 2019, v. 23.	Políticas públicas	Violência e direito ao cuidado nas políticas públicas sobre Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso;

Fonte: Elaboração própria

Tendo em vista o envelhecimento da população brasileira, a vivência em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) – instituição governamental ou não governamental de caráter residencial destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania – se coloca como uma resposta no campo da proteção social à pessoa idosa, configurando-se como um serviço necessário para atender a essa demanda enquanto direito socioassistencial.

A Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) funciona de acordo com a Portaria n. 810/1989, primeira normativa a definir os padrões de funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras para idosos, bem como a organização da instituição, sua área física, instalação e recursos humanos.

A Portaria n. 73/2001 deu início ao processo de regulamentação da Política Nacional do Idoso, definindo normas de funcionamento para serviços e programas de atenção à pessoa idosa e adotando o termo de atendimento integral institucional. Em 2005, a Resolução da Diretoria RDC n. 283 adotou o termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)³ e estabeleceu normas de funcionamento desta modalidade assistida.

³ As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são instituições governamentais e não-governamentais de caráter residencial destinadas ao domicílio coletivo de pessoas idosas.

Em 2009, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) editou a Resolução n. 109, que define a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais no âmbito da política de Assistência Social. A Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) é configurada como um serviço de acolhimento institucional de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

O serviço de acolhimento institucional para idosos pode ser desenvolvido nas seguintes modalidades:

- Atendimento em unidade residencial onde grupos de até 10 idosos são acolhidos. Deve contar com pessoal habilitado, treinado e supervisionado por equipe técnica capacitada para auxiliar nas atividades da vida diária;
- Atendimento em unidade institucional com característica domiciliar que acolhe idosos com diferentes necessidades e graus de dependência. Deve assegurar a convivência com familiares, amigos e pessoas de referência de forma contínua, bem como o acesso às atividades culturais, educativas, lúdicas e de lazer na comunidade. A capacidade de atendimento das unidades deve seguir as normas da Vigilância Sanitária, devendo ser assegurado o atendimento de qualidade, personalizado, com até quatro idosos por quarto (BRASIL, 2014, p. 48).

Geralmente, a ILPI é considerada como o “fim da linha” do processo de envelhecimento. Em parte isso se relaciona ao princípio de subsidiariedade, em que a família e a rede de proteção próxima não puderam assumir o cuidado e o convívio com a pessoa idosa. Desse modo, abrigar a pessoa idosa em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) não se trata meramente de uma escolha ou de negação ao cuidado, mas envolve questões complexas, como a arquitetura da casa que impossibilita a mobilidade segura do idoso, a alimentação balanceada, o convívio com pessoas que lhe proporcionem felicidade. Nesses casos, não significa que a família esteja “abrindo mão” de exercer seu papel, mas que se encontra impossibilitada de oferecer os cuidados básicos necessários à pessoa idosa. Na Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, inscrita no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2014), o acolhimento para pessoas idosas tem caráter provisório e deverá ser acionado após esgotadas as demais possibilidades:

Acolhimento para idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos (BRASIL, 2014, p. 45-46).

Teixeira (2008), ao analisar o “envelhecimento e trabalho no tempo do capital”, lembra que é preciso atentar para o contexto do envelhecimento na realidade brasileira no que tange à condição da pessoa idosa enquanto trabalhadora inserida ou não no mercado de trabalho, o que implica em desigualdades sociais e em condições de vida marcadas pela precariedade.

Essas desigualdades sociais são produzidas e ampliadas no envelhecimento do trabalhador, que tem suas necessidades sociais rebaixadas, submetidas a mínimos sociais para sua sobrevivência e de sua família. Esses determinantes materiais somam-se aos subjetivos, culturais, como a predominância do valor econômico dos indivíduos, que promove desvalorização social (os destituídos de renda), principalmente quando retirados do mundo produtivo, quando perdem a rentabilidade para o capital, perdendo a qualidade de homem (econômico), parâmetro para a definição dos direitos humanos e de “cidadania” (TEIXEIRA, 2008, p. 301).

A reflexão desenvolvida nesta pesquisa decorre do entendimento de que a relação proteção/desproteção social marca a trajetória de vida de pessoas e famílias no processo de envelhecimento e, portanto, de que a demanda por cuidado associado a convívio se inscreve nesse contexto como um direito social, na medida em que se trata de situações de vulnerabilidade e risco social a serem afiançadas pelo Estado. É a partir dessa reflexão no campo do direito social que esta pesquisa reconhece a importância da relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento, tendo como foco o cuidado em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

O envelhecimento se configura como um processo orgânico e funcional independentemente de doença e que acontece com o avançar da idade. No Brasil, o envelhecimento populacional é uma realidade nova, do ponto de vista de sua pirâmide demográfica, sendo que os fatores que determinam essa realidade demográfica decorrem da baixa taxa de fertilidade, que reduz a proporção de jovens, e diminuição das taxas de mortalidade, impactando no aumento da expectativa de vida da população.

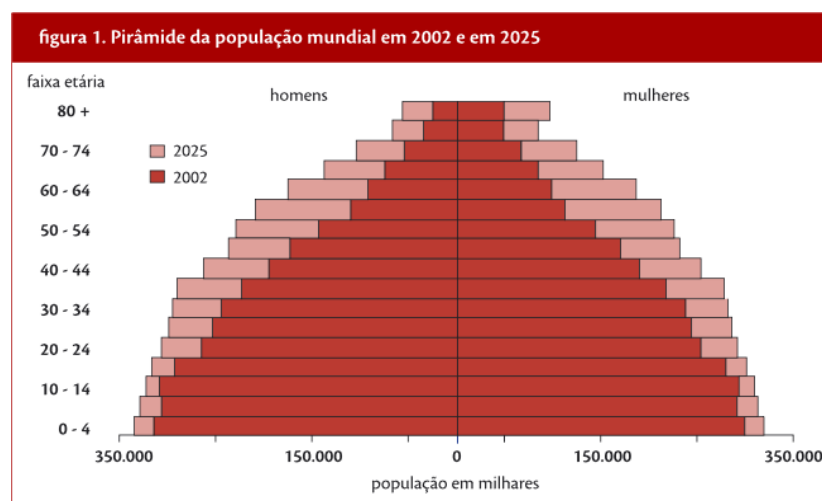
Para alguns autores, as faixas etárias se subdividem em subfaixas, como adulto jovem, meia idade e velhice, com expectativa de desempenho de papéis mais definidos, e estabelecem uma descontinuidade entre as noções de “adultos” e de pessoas idosas. Nesse sentido, cabe considerar o preconceito que vê no adulto a fase plena da vida, desqualificando os que ainda não chegaram a esse momento e aqueles que já ultrapassaram essa faixa etária. Para Lapassade (1975), nessa perspectiva, a velhice é tida como sinônimo de decadência, daquilo que já foi ou que “já era” (expressão bastante usada, principalmente pelos jovens), mas a pessoa idosa não deixa de ser um adulto, pois continua sendo um adulto mais velho.

Em publicação de 2005 sobre “envelhecimento ativo” a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas-OMS) alerta que

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2005, p. 8).

A pirâmide etária da população mundial comparativa entre 2002 e 2025 ficaria da seguinte forma, segundo o mesmo documento:

Figura 1 – Pirâmide da população mundial em 2002 e 2025



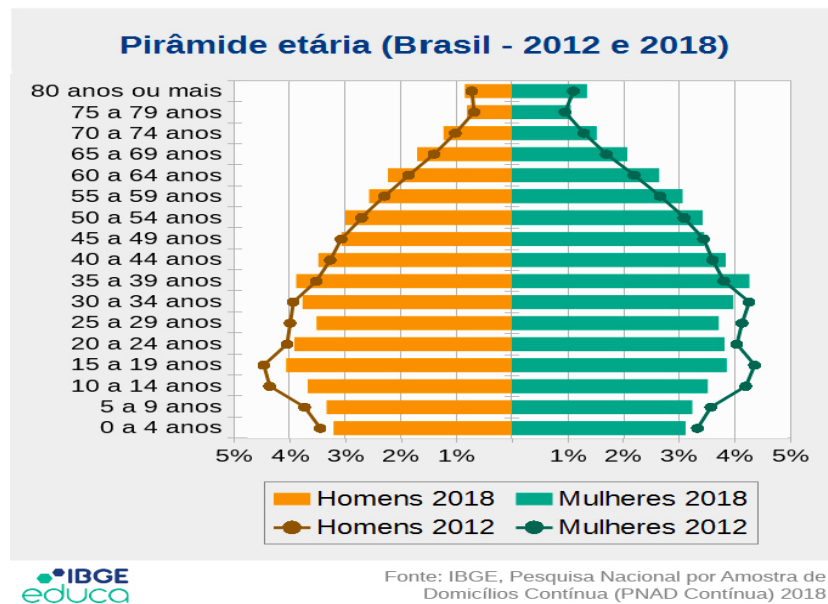
Fonte: Nações Unidas, 2001.

Fonte: BRASIL (2002, p. 9).

No caso brasileiro, o IBGE estimou que a população brasileira crescerá pelos próximos 29 anos, até 2047, quando deverá atingir 223,2 milhões. Nos anos seguintes, estima chegar a 228,3 milhões em 2060. Até 2060, a população brasileira deve crescer 9%, enquanto a expectativa é que a população com mais de 60 anos ou mais dobre e atinja 32% do total dos brasileiros. Esse indicador em 2018 estava em 13%.

A pirâmide etária comparativa entre os anos de 2012 e 2018 no Brasil, de acordo com o IBGE, confirma a tendência de aumento do envelhecimento, conforme a figura a seguir:

Figura 2 – Pirâmide da população mundial em 2012 e 2018



Em 2002, a OMS definiu os 3 pilares para o envelhecimento ativo: saúde, participação e segurança. Em 2015 foi publicado o *Marco Político do Envelhecimento Ativo*, alargando os pilares de sustentação desse marco regulatório e incluindo o pilar “aprendizagem ao longo da vida”, compondo com os pilares: segurança, proteção e participação, conforme figura a seguir:

Figura 3 – Pilares do envelhecimento ativo



Fonte: BRASIL (2015, p. 87).

Consideramos o binômio segurança/proteção como um importante aporte e como um dos determinantes do envelhecimento, tendo em vista a perspectiva do direito social da pessoa idosa. Cabe considerar o contexto de luta e resistência nesse campo em que tradicionalmente a pessoa idosa é vista como responsabilidade unicamente da família, retirando sua condição de

cidadania. Ou, ainda, o fato de a pessoa idosa ter seus direitos reconhecidos somente se alcançou o benefício da aposentadoria via contribuição ao sistema de previdência social advinda do trabalho remunerado. Nesse sentido, as pessoas idosas que acessam o Benefício de Prestação Continuada (BPC). O benefício foi reivindicado em meio ao processo de redemocratização do país, e vivenciado na efervescência dos movimentos sociais e políticos na década de 1980, logo após de um duro período de ditadura militar. De acordo com Boschetti (2006), o benefício que até então fazia parte da Previdência Social, a renda mensal Vitalícia (RMV), passou a ser pensado na Assistência Social. A RMV, criada em 1974 pela Lei n. 6.179, era um benefício no valor de 60% do salário mínimo, destinado às pessoas idosas com setenta anos ou mais e aquelas incapacitadas para o trabalho, que tivessem sido filiadas à Previdência por pelo menos doze meses, pessoas que tivessem exercido atividade remunerada por cinco anos, consecutivos ou não, mesmo sem filiação à Previdência, e aquelas que tivessem ingressado na Previdência após completar sessenta anos sem direito aos benefícios regulamentares e que não auferissem renda superior ao valor do RMV. Sendo assim, o acesso a esse benefício tinha como pressuposto a filiação ao regime previdenciário ou comprovação de trabalho e não tinha o valor de um salário mínimo, já o BPC está desvinculado de contribuição direta e da necessidade de comprovação de trabalho, o que é um marco no Brasil.

O BPC foi garantido na Constituição Federal de 1988 como um dos objetivos da Política de Assistência Social da seguinte forma: um salário mínimo mensal a pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não ter meio de prover a própria subsistência e nem tê-la provida por sua família. No entanto, ficou a cargo da legislação específica a definição dos critérios para gestão, manutenção, para o financiamento e o acesso, e até então a Assistência Social não tinha status de direito. Somente na Constituição supracitada é que foi assegurada como Política de Seguridade Social, junto à Saúde e a Previdência Social.

Com a aquisição do benefício as pessoas idosas se constituem, muitas vezes, em arrimos da família, que utilizam seu Benefício para arcar com despesas, como aluguel e outras despesas da casa, principalmente quando os demais membros da família se encontram fora do mercado de trabalho. Apesar de não ser essa a discussão central desta pesquisa, pois destacamos aqui a pessoa idosa institucionalizada em ILPI (mais especificamente em organização socioassistencial de cunho privado), é importante reconhecê-la.

De acordo com o Estatuto do “idoso” – Lei n. 10.741, artigo 2, de 1 de outubro de 2003,

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhe por lei ou por outros meios todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física, mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade.

O Estatuto do Idoso certamente representou um avanço legal fundamental na sociedade brasileira, pois regulamenta princípios já garantidos pela Constituição de 1988, porém não tem sido suficiente para assegurar os direitos da pessoa idosa no Brasil em relação às necessidades mais importantes quanto ao processo de envelhecimento, que são a preservação da saúde física e mental de forma preventiva e com serviços de qualidade.

Importa ressaltar que o processo de envelhecimento envolve também determinantes políticos e econômicos no âmbito da sociedade capitalista, sendo notório como no ideário socio-histórico e cultural da sociedade brasileira prevalece o paradigma capitalista da produtividade, em que a pessoa idosa é considerada excluída, improdutiva e, portanto, descartável. Conforme Teixeira (2008):

Assim, o tempo da vida do trabalhador continua sendo dominado, de forma opressiva, pelo capital, seja o tempo de trabalho dos integrados ou inseridos no mercado de trabalho, no qual não se suga somente suas forças físicas, mas também se captura sua subjetividade; o tempo do desempregado revestido na busca de “empregabilidade”; e o tempo dos idosos e outros setores dos trabalhadores com renda, como tempo de consumo, da indústria cultural e do lazer (TEIXEIRA, 2008, p. 68).

Trabalhar com a temática do envelhecimento exige o reconhecimento da multiplicidade de determinantes, que ultrapassam a questão biológica e o ciclo da vida. Por isso, esta pesquisa busca compreender o processo de envelhecimento a partir das trajetórias de vida de pessoas idosas residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), tendo como foco de análise a relação proteção/desproteção social associada ao percurso de territorialização/ desterritorialização / reterritorialização (HAESBAERT, 2006).

Partimos do pressuposto de que a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento no caso das pessoas idosas residentes em ILPI apresenta uma dinâmica relacionada às “mudanças de moradia” e seus lugares de referência de convivência familiar e comunitária. Dessa forma, a ILPI se configura como um novo território que se apresenta após o processo de desterritorialização em relação ao local (ou locais) de origem, anterior (ou anteriores) à sua mudança para uma residência institucional. Essa desterritorialização,

vivenciada enquanto ruptura, envolve ao mesmo tempo a necessidade de reterritorialização no novo local de moradia, isto é, a ILPI.

A fim de ilustrar este objeto, abordaremos algumas notícias e dados estatísticos em torno da questão do envelhecimento que denotam os desafios a serem enfrentados pela sociedade contemporânea.

O Jornal El País (Diário da Espanha, 29/05/2018) noticia: “Encontrado cadáver mumificado de idosa, de quem ninguém sentiu falta depois de quatro anos”:

Um morador descobriu o corpo da senhora de 70 anos enquanto limpava o pátio da sua casa, rua Benilliure, no bairro do Cabanyal de Valência, onde o cadáver foi encontrado. Este chamou a polícia que identificou o cadáver de Maria Amparo Plaza, de 70 anos, que morreu há cerca de quatro anos em casa, aparentemente de causa natural, e da qual ninguém sentiu falta. Plaza, segundo suas vizinhas vivia sozinha e socialmente isolada. Um porta-voz da Polícia Nacional informou que o aviso foi dado na segunda-feira à tarde por um morador que foi limpar o deslunado⁴ de sua casa e viu que, no imóvel adjacente, havia roupas que pareciam estar penduras há anos. Quando olhou com mais atenção, também notou pernas estendidas no chão [...]. As janelas e portas estavam fechadas, o que pode ter contribuído para secagem do cadáver sem passar pelo processo natural de putrefação. Sua documentação mostra que nasceu em 1940 no seu domicílio.

A polícia tentou, sem sucesso, localizar algum parente da mulher. Os vizinhos entrevistados pelos agentes afirmaram que não a viam há cerca de quatro ou cinco anos e pensavam que ela já não morava mais lá.

Um segundo caso semelhante ocorreu em Portugal (G1 Mundo, 12/02/2011) e foi noticiado do seguinte modo: “Corpo de portuguesa é encontrado em apartamento após quase 9 anos”:

A descoberta só ocorreu porque a pessoa idosa seria despejada de imóvel. Cachorro e pássaros também foram achados mortos no local. O corpo de uma idosa portuguesa foi encontrado, na cozinha de seu apartamento em uma vila de 25 Km de Lisboa, quase 9 anos depois do registro de seu desaparecimento. A descoberta ocorreu na terça-feira (8), dia em que a idosa seria despejada por atrasar a prestação do imóvel. “Foi uma vergonha para o país. Se não fossem as Finanças (órgão responsável pelo despejo) quererem o dinheiro deles (corpo continuaria lá)”, diz Ainda Martins, 82 anos. Foi ela quem, em agosto de 2002, avisou as autoridades locais sobre o desaparecimento da vizinha, Augusta Martinho, que completaria 96 anos neste sábado (12). A aposentada havia sido cortada em 2003 do benefício de “aposentadoria”. Ainda enviou de volta os recibos que se amontoavam na caixa de correio de Augusta. A energia também foi cortada. [...] Após localizar um parente pela lista telefônica, como orientada.

⁴ Pequeno pátio interior que serve para iluminar e ventilar as casas dos bairros marítimos valencianos.

Ainda afirma ter voltado à Guarda Nacional Republicana (GNR, órgão ao qual havia comunicado o desaparecimento) para abrir o inquérito. “Localizaram uma foto de quando ela era professora em outra cidade se eu a conhecia. Disse que sim”, afirma ainda, que foi orientada a aguardar. Os pedidos de arrombamento não adiantaram, conta a idosa. “eu disse: o condomínio paga a fechadura” [...] Na terça feira, os novos proprietários, um funcionário das finanças e um chaveiro chegaram para tomar posse. A porta de entrada já havia sido aberta, mas o corpo de Augusta impedia a entrada na cozinha. Os bombeiros foram chamados. Havia também o cadáver de cão e alguns pássaros, que deviam fazer companhia pra ela, diz Luiz Pimentel, comandante dos Bombeiros, que atendeu a ocorrência. Em 43 anos de profissão, diz ele, foi a primeira vez que se deparou com um caso como esse. [...]. “Ela não tinha família, não estava inscrita em nenhuma associação de terceira idade. Sabíamos que ela morava ali, mas não mantínhamos contato”, diz Felipe Santos. “Ninguém consegue explicar como a idosa morreu, mas ocorreu” (SORANO, 2011, s.p.).

As duas reportagens descrevem uma forma de violência e negligência, seja esta física ou emocional, que se manifesta pela ausência dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares em prestarem assistência e socorro a uma pessoa idosa que necessita de proteção, caracterizando violação ao direito da pessoa idosa a ser assistido com dignidade, recebendo os cuidados necessários. Essas duas mortes mostram como a violência e a negligência caminham lado a lado e como o idoso solitário passa despercebido, com vida e morte solitárias. Rodeadas de vizinhos, essas idosas passaram despercebidas, sem que sequer dessem por sua falta. São muitas as “Marias” e “Joãos” não somente na Espanha e em Portugal, mas no mundo, que também passam pela velhice e pela morte solitárias.

Segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o país terá mais idosos do que jovens em 2060:

O Brasil atingiu a marca de 208,4 milhões de habitantes em 2018, segundo estimativa do IBGE. O dado é uma projeção com base no levantamento populacional do censo de 2010. A população brasileira em 2018 teve aumento de 0,38% (ou 800 mil pessoas) em relação ao contingente de 2017, quando era de 207,6 milhões.

O dado mais recente mostrou que o crescimento populacional tem desacelerado, ou seja, a cada ano a população cresce menos. De 2016 para 2017, o crescimento havia sido de 1,6 milhões de pessoas, o dobro registrado até agora na passagem de 2017 para 2018 Ranking dos Estados com maior população em 2018. Alguns motivos, segundo o IBGE levam a essa desaceleração. O primeiro é a redução da taxa de fecundidade. Além dessa as mulheres estão engravidando mais tarde, e a relação entre idosos e jovens está diminuindo.

O IBGE estimou que a população crescerá pelos próximos 29 anos até 2047, quando deverá atingir 223,2 milhões. Nos anos seguintes, estima chegar a 228,3 milhões em 2060. Até 2060, a população brasileira deve crescer 9%. O instituto fez uma série de projeção de longo prazo. A expectativa é que até 2020, por exemplo, a população com mais de 60 anos mais que dobre de

tamanho e atinja 32% do total dos brasileiros. Esse indicador em 2018 está em 13%.

Movimento contrário ocorre na população de crianças de até 14 anos que atualmente representa 21% do total e que, em 2060, representará 15%. O confronto desses dois indicadores mostra o envelhecimento da população.

Em 2060, portanto, o país terá mais idosos do que crianças. Se comparados ano a ano, as mudanças são tímidas. Num prazo mais longo, porém, os dados não deixam dúvida. Em 2060 um quarto, ou seja, 25% da população terá mais de 65 anos, estima o instituto que o país terá em 2060, 736 óbitos a mais do que nascimento segundo estimativa (IBGE, 2018, grifo nosso).

Além da baixa taxa de natalidade, uma das razões para o aumento da população com mais de 60 anos são as transformações sociais devido ao avanço tecnológico e científico, principalmente na área da medicina, contribuindo expressivamente para o aumento da longevidade. Assim, o envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico que não se restringe ao Brasil, mas é uma tendência demográfica mundial.

A respeito dos cuidados dispensados às pessoas idosas, atualmente a proposta é que essa população tenha acesso a um envelhecimento ativo como política de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é necessário que governo, sociedade civil, e organizações internacionais implementem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que alcancem a saúde e proporcionem proteção e segurança à população idosa.

O conceito de Envelhecimento Ativo da OMS captura essa visão positiva e holística do envelhecimento e a utiliza tanto como aspiração individual quanto como meta de políticas. Aplica-se igualmente a indivíduos e sociedades. A formulação inicial identificava a saúde, a participação e a segurança como componentes fundamentais do Envelhecimento Ativo. O conceito foi ainda mais refinado (21) com a adição da aprendizagem ao longo da vida como outro componente, conforme promulgado pela Conferência Internacional de Envelhecimento Ativo em Sevilha em 2010 e subsequentemente refletido em diretrizes políticas para a província espanhola de Andaluzia (121) (BRASIL, 2015, p. 44).

Além disso, a proteção à pessoa idosa deve ultrapassar o campo dos recursos e se deslocar para o campo da provisão de necessidades por meio de ações, atenção, cuidados e serviços, o que exige um esforço coletivo para suprir essas necessidades.

Nesse contexto, esta pesquisa busca analisar a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento a partir de trajetórias de vida de pessoas idosas em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), objetivando: 1) identificar a relação proteção/desproteção social no âmbito das políticas sociais voltadas para as pessoas idosas; 2) compreender os desdobramentos da trajetória de vida de pessoas idosas longe de casa, a partir

da tríade territorialização / desterritorialização / reterritorialização; 3) analisar o processo de envelhecimento na perspectiva do cuidado em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Sustentamos que uma pesquisa não é solitária, configurando-se como um processo coletivo de construção do conhecimento, tecido na trama da partilha e do diálogo entre a pesquisadora e as/os sujeitas/os, pois, de acordo com Benjamim (2012, p. 240), “o narrador infunde a sua substância íntima também naquilo que sabe por ouvir dizer. Seu dom é poder contar sua vida, sua dignidade é contá-la inteira”.

Por outro lado, escrever uma tese não deixa de envolver momentos angustiantes, pois ao mesmo tempo em que nos aproximamos do objeto de estudo também nos afastamos. Assim, por várias vezes retardei a escrita e passei por momentos em que pensei em desistir, tamanha angústia e solidão e devido aos vários questionamentos em relação à pesquisa, pois no início minha dúvida principal foi em relação ao objeto, ao intencionar trabalhar o cuidado com pessoas idosas numa outra direção.

Desse modo, passado o período de inquietações, no intuito de buscar a singularidade do projeto de pesquisa pela necessidade de delimitar os vários questionamentos com diferentes enfoques, optou-se por abordar a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento, partindo da hipótese de que as ILPI se configuram como o “fim da linha” do processo de envelhecimento de sujeitas/os que passam a ser atendidos em serviços de acolhimento, desconectando-as/os de suas histórias e trajetórias de vida, bem como de sua condição de sujeito de direitos.

Para tanto, buscamos desenvolver um percurso metodológico de abordagem qualitativa a partir da escuta de sujeitas/os de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com base nas trajetórias de vida de quatro pessoas idosas entremeadas pelas percepções de uma funcionária e da gestora-proprietária da instituição, considerando a perspectiva da história oral e reconhecendo a importância da história de vida dessas/es sujeitas/os da pesquisa.

A história de vida como metodologia de pesquisa

História de vida é uma das modalidades de pesquisa em abordagem qualitativa. O termo, traduzido de *historie* (em francês) e de *story* e *history* (em inglês), tem significados distintos. Spindola e Santos (2003) apontam que o sociólogo americano Denzin propôs, em 1970, a distinção das terminologias: *life story* (estória ou relato de vida) como aquela que designa a história de vida contada pela pessoa que a vivenciou. Nesse caso, o pesquisador não confirma a autenticidade dos fatos, pois o importante é o ponto de vista de quem está

narrando. Quanto à *life history* (estudo de caso clínico), compreende o estudo aprofundado da vida de indivíduos ou grupos de indivíduos e inclui, além da própria narrativa de vida, todos os documentos que possam ser consultados, como dossiês médico e jurídico, testes psicológicos, testemunhos de parentes, entrevistas com pessoas que conhecem o sujeito, ou situação em estudo. Assim, a modalidade de pesquisa de História de vida trabalha com a estória ou o relato de vida, ou seja, a história contada por quem a vivenciou.

Para Spinola e Santos (2003), por meio de histórias de vida individuais podemos caracterizar a prática social de um grupo. Assim, toda entrevista individual traz à luz direta ou indiretamente uma quantidade de valores, definições e atitudes do grupo ao qual o indivíduo pertence.

A História de vida, de acordo com Bertaux (1981), busca apreender os elementos gerais contidos nas entrevistas das pessoas, não objetivando, contudo, analisar suas particularidades históricas ou psicodinâmicas. Nesse sentido,

[...] histórias de vida, por mais particulares que sejam são sempre relatos de práticas sociais: das formas com que o indivíduo se insere e atua no mundo e no grupo do qual ele faz parte (BERTAUX, 1981, p. 84).

De acordo com Spinola e Santos (2003), a história de vida ressalta o momento histórico vivido pelo sujeito, sendo necessariamente histórico (a temporalidade contida no relato individual remete ao tempo histórico), dinâmico (apreende as estruturas de relações sociais e os processos de mudança) e dialético (teoria e prática são constantemente colocados em confronto durante a investigação).

As autoras ressaltam, ainda, que a utilização da história de vida como abordagem metodológica evolui continuamente: foi introduzida no meio acadêmico em 1920 pela Escola de Chicago, e desenvolvida por Znaniescki, na Polônia; a partir da década de 1960 procurou estabelecer as estratégias de análise do vivido, constituindo uma estratégia metodológica de coleta de dados do homem no contexto das relações sociais.

Nessa abordagem o cotidiano das pessoas é retratado por meio de suas histórias de vida, sendo o cotidiano entendido como o momento em que é recebido (pelos atores sociais) como tempo, espaço, ação do idêntico sempre igual a si mesmo. No entanto, é também o concreto, o tempo e o espaço das ações que nos pertencem além da dimensão social mais investida de significação de desejos individuais, um campo que está longe de ser uma repetição monótona, pois parece estar carregado de férteis micro eventos (SPINOLA; SANTOS, 2003).

A história de vida, de acordo com Chizzotti (2008), é um relato retrospectivo da experiência pessoal de um indivíduo, oral ou escrito, relativo a fatos e acontecimentos que foram significativos e constitutivos de sua experiência vivida.

Assim, história de vida pode significar muitas coisas, dependendo dos objetivos ou dos pressupostos teóricos do pesquisador. A escolha por essa metodologia emerge não como um procedimento operativo, mas como uma expressão política de se movimentar na pesquisa. De acordo com Martinelli (1999), assim como a vida, também a pesquisa só é possível quando reinventada. Ainda de acordo com a autora, a pesquisa quantitativa dominou as investigações em ciências humanas e sociais até por volta da década de 1970, sustentada pela supremacia do positivismo nessas ciências.

O fato de esta pesquisa haver definido trabalhar com a abordagem de história de vida não significa abrir mão de dados quantitativos, pois procurou-se entender os significados dos números no conjunto de variáveis em que ele se movimenta, compreendendo-os, assim, no contexto em que eles se revelam, pois por trás dos números há um tesouro de vivências, pessoas e histórias que atravessam questões aparentemente quantitativas.

As ciências humanas têm como sua especificidade o estudo do comportamento humano e social, o que faz delas ciências específicas com metodologia própria. Para Martinelli (1999), as pesquisas em ciências humanas são alicerçadas em uma variedade de tradições filosóficas, epistemológicas e metodológicas que revelam a atividade do sujeito no processo do conhecimento no historicismo, na dialética, na filosofia da existência.

Na pesquisa qualitativa a realidade é uma construção social da qual o pesquisador participa. Assim, pesquisador e pesquisado estão em interação em um processo multidirecionado no qual há ampla interação entre o sujeito e o objeto do conhecimento. Considera-se, então, que o resultado da entrevista é o resultado da relação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, sendo assim, uma relação entre sujeitos políticos em que estão presentes objetividade e subjetividade.

Dessa forma, ambos os sujeitos, narrador e pesquisador, ao expor, segundo Martinelli (2012), sua história de vida, expõem a si mesmo, suas posições, paixões, visões de mundo. Subentende-se que o ato de pesquisar deve ser uma relação de igualdade de diálogo, valorizando a história de vida e os saberes construídos entre os envolvidos na pesquisa.

E, finalmente, complementando com Chizzotti (2008), a história de vida narra a vida de um indivíduo ou de um grupo, apoiando-se em variadas fontes de informações além do relato do sujeito como documento, entrevistas, ou quaisquer outras fontes que contenham

informações. No caso da pesquisa aqui apresentada, utilizamos além das entrevistas, desenhos para expressar as histórias de vida das quatro pessoas idosas.

O território da pesquisa e suas aproximações

O bairro no qual a pesquisa foi realizada está localizado na zona norte da cidade de São Paulo, idealizado pelo proprietário da área, o aviador Eduardo Pacheco Chaves.

Figura 4 – Foto da entrada do bairro Parque Edu Chaves



Fonte: Acervo pessoal, 2020.

O povoamento do bairro teve início em 1953, com a construção de 300 casas financiadas pela Caixa Econômica Federal e vendidas aos sargentos da então Força Pública. Foi traçado o loteamento do Parque Edu Chaves, considerado atualmente um dos bairros mais desenvolvidos da zona norte da capital, estando distante 11 quilômetros do “marco zero” da cidade situado na Praça da Sé.

A vasta região fica situada entre os bairros da Vila Sabrina, Jardim Brasil, Jaçanã e Rodovia Fernão Dias (Vila Galvão/Guarulhos), pertencendo ao distrito administrativo do Jaçanã. No último Censo a população registrada deste distrito era de 94. 609 habitantes, com projeção de queda da população para 2020 de 93.524, segundo dados da Prefeitura de São Paulo (IBGE, 2010).

Figura 5 – Mapa de localização do Parque Edu Chaves (2021)



Fonte: Portal G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/01/26/>>.

O bairro também apresenta uma característica peculiar, tendo em sua população, uma incidência de famílias de militares e ex-militares, de modo que a maior parte de suas ruas têm a designação de nomes de capitães, majores e tenentes como forma de homenagem.

Por ser área de cheia e várzea do Rio Cabuçu, apresentava a ocorrência de enchentes como padrão, na época de chuvas. E por essa razão o terreno era bastante úmido e propício à proliferação de rãs e preás (rato do mato), os quais eram caçados por meninos que se aventuravam nos brejos com calças arregaçadas até os joelhos. Assim, após a crescente desvalorização dos imóveis na região por conta das enchentes, o Parque Edu Chaves viveu uma valorização imobiliária devido à canalização do rio.

De acordo com informações da Prefeitura de São Paulo, o Parque Edu Chaves possui apenas a Unidade Básica de Saúde (UBS). Outros serviços públicos estão localizados no distrito de Jaçanã, sendo: Centro de Atenção Psicossocial adulto (CAPS), Centro de Convivência Cooperativa (CECCO), Hospital Municipal São Luiz Gonzaga, Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), 4 UBS e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Sujeitos da pesquisa: a escolha dos sujeitos para realização da pesquisa

A escolha das/os sujeitas/os se deu inicialmente por contato telefônico. Foi solicitado à direção da ILPI a indicação de quatro pessoas idosas lúcidas, sendo dois homens e duas mulheres, além da própria gestora e uma funcionária que também se constituíram como sujeitas da pesquisa. Assim, a escolha foi intencional e decisiva para o percurso a que a

pesquisa se propunha, especialmente por possibilitar um “mergulhar por inteiro”, quando pesquisadora e participantes estabelecem uma relação de mutualidade. A pesquisa, para além de um ato intelectual é um ato ético-político, pois valoriza o homem enquanto sujeito político, com consciência de se expressar, um sujeito ativo de sua própria história, pois, enfim, todas/os somos sujeitas/os da pesquisa.

Não podemos pensar que chegamos a uma pesquisa como um “saco vazio”. Não! Temos vida, temos história, temos emoção. [...] o sujeito não pode ser oculto, nem o pesquisador, nem o pesquisado, ambos são saturados de história, são plenos de possibilidades! (MARTINELLI, 2012, p. 27).

A pesquisa na casa de repouso foi realizada em dia e horário acordado entre pesquisadora e direção da instituição. As entrevistas às pessoas idosas residentes, diretora e funcionária contavam com perguntas norteadoras. Nesse contexto, importa considerar que a pesquisa rompe com um hiato, e muitas vezes se coloca entre as/os participantes da pesquisa na sua relação cotidiana, pelos caminhos da memória, da história e da experiência, buscando romper as barreiras institucionais e voltar-se para a centralidade da/do sujeito/a.

Foram realizados três encontros. Os dois primeiros se constituíram em momentos para aproximação com as/os sujeitas/os da pesquisa como forma de acolhimento, estabelecendo contatos em horários distintos. Nesses encontros foi possível ouvir as narrativas das pessoas idosas, bem como da gestora e funcionária da ILPI. O terceiro encontro foi específico para aplicar a técnica de desenho sobre a trajetória de vida, utilizada somente com as pessoas idosas, com o objetivo de capturar as percepções e vivências que, eventualmente, pudessem estimular a memória. Alguns encontros foram mais rápidos, outros mais alongados, dependendo da relação estabelecida entre a pesquisadora e as/os sujeitas/os participantes, o que não impactou na pesquisa, ao contrário, revelou o quanto quem narra tem o domínio da sua história.

Cabe perceber que quando a história é narrada de forma mais rápida, em um primeiro momento causa uma sensação de frustração para o pesquisador, digo no meu caso, porque gostaria de ouvir mais um pouco e havia um receio de que aquilo que foi narrado não cumprisse o esperado. Porém, após uma inicial sensação de angústia, cada detalhe relatado ou mesmo silenciado, por meio de pausas nas falas ou vazios nos desenhos, passou a ganhar sentido quanto articulado às trajetórias de vida.

Muitas vezes os relatos, independentemente se rápidos ou alongados, funcionaram também como gatilhos para rememorar minha própria infância e adolescência, constituindo

momentos entrelaçados entre as trajetórias de vida das/os sujeitas/os de pesquisa e da pesquisadora. Benjamin (2012) nos ensina que é cada vez mais frequente que, quando o desejo de ouvir uma história é manifestado, o embaraço se generalize. É como se estivéssemos sendo privados de uma faculdade que nos parecia totalmente segura e inalienável: a faculdade de intercambiar experiências.

A pesquisa deveria ter sido iniciada em abril/2020, com as aproximações de observação e construção de vínculos com as/os sujeitas/os participantes. No entanto, com o advento da pandemia de COVID-19 e as orientações de distanciamento social emitidas pela Prefeitura de São Paulo a partir do mês de março do mesmo ano, tornou-se inviável a realização desta aproximação em campo. Ainda no mês de março, ao entrar em contato com a instituição para tratar da carta de anuência, se confirmava a inviabilidade da realização da pesquisa. Certamente esse adiamento trouxe preocupações, pois o tempo da pandemia parecia incerto e surgia o receio pelo atraso da pesquisa de campo e, consequentemente, pelo desenvolvimento da tese.

Além disso, diante da pandemia, não seria possível contar com o apoio de algum funcionário para aplicação da pesquisa, em função da grande demanda de trabalho na época. Apesar do aumento de casos, nenhum funcionário apresentou quadro de COVID-19. A instituição alegou, ainda, que, por se tratar de um grupo de risco (pessoas idosas), não havia possibilidade de autorizar a pesquisa, mesmo que o governo decretasse o fim do isolamento social na ocasião, pois nem mesmo os familiares estavam realizando visitas aos residentes. Assim, concordamos com a recomendação de aguardar a diminuição do número de casos de contaminação pela COVID-19 e a chegada da vacina para realização das entrevistas.

Sem perspectiva do decréscimo do pico de contaminação por COVID-19, a pesquisa estagnou, sendo diretamente impactada, pois em se tratando de sujeitas/os idosas/os seria necessário um tempo antes do início das entrevistas para a construção de vínculos de confiança, o que exigiria a realização de visitas sucessivas à instituição.

Contudo, a pandemia se estendeu durante todo o ano de 2020, intensificando-se no início de 2021, e ao entrar em contato com a instituição a resposta era a imprevisibilidade de liberar a pesquisa. Com frequência essa resposta enchia meus olhos de lágrimas e não era raro buscar consolo com minha orientadora. Precisei aprender a vencer “um dia de cada vez” e me apoiar na certeza de que a pesquisa aconteceria na hora certa, pois eu precisava aprender a vencer esse tempo da espera. Tal postura me tranquilizou, fui trabalhando os capítulos e dando tempo ao tempo. Após um longo período de isolamento social e a impossibilidade de dar continuidade à pesquisa, finalmente foi possível retornar às atividades em abril/2021. É

válido destacar que a pesquisa ocorreu seguindo os protocolos de segurança, com a garantia de que todas as pessoas idosas e funcionários da instituição já haviam tomado a 1ª e 2ª doses da vacina, sendo assim, todos imunizados. A pesquisadora também já contava com a 1ª dose da vacina.

A seguir, apresentamos os quadros que identificam as seis pessoas entrevistadas.

Quadro 2 – Identificação das pessoas idosas participantes da pesquisa (2021)

Nome	Idade	Nº filhos	Procedência	Estado civil
Adeli Alves de Menezes	62 anos	1	São Paulo	Solteira
Araci de Almeida	77 anos	4	São Paulo	Solteira
José Donizete	64 anos	2	Guarulhos	Divorciado
Valmir Nunes da Silva	65 anos	0	São Paulo	Solteiro

Fonte: Elaboração própria; informações dos entrevistados.

Quadro 3 – Identificação das funcionárias participantes da pesquisa (2021)

Nome	Idade	Nº filhos	Procedência	Estado civil
Maria Lucinete	50 anos	2	São Paulo	Casada
Iolanda Alves de Lima	57 anos	3	São Paulo	Casada

Fonte: Elaboração própria; informações dos entrevistados.

A pesquisa foi realizada na Casa de Apoio Vida Plena (localizada no bairro do Parque do Edu Chaves), que tem como missão “atender as necessidades físicas, psíquicas, pessoais e sociais das pessoas idosas e oferecer apoio aos familiares com qualidade, amor e humanização em um ambiente limpo, agradável e seguro”.

Para a realização das entrevistas, foram elaboradas perguntas norteadoras (Apêndice A) e as/os sujeitas/os também responderam questões pertinentes ao cuidado longe de casa. As entrevistas ocorreram em três encontros, sendo o primeiro com três participantes e o segundo com mais três participantes. O terceiro encontro foi para aplicar a técnica do desenho somente com as pessoas idosas residentes. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi abordado com os sujeitos 20 minutos antes do início das entrevistas (Anexo A). As entrevistas foram gravadas em arquivos digitais e suas transcrições estão arquivadas e protegidas em segurança, de modo que ficarão guardadas pela pesquisadora por cinco anos. Para análise dos resultados, as entrevistas foram organizadas em um quadro de sistematização e em seguida trabalhou-se as questões centrais comuns aos participantes.

A presente tese se organiza em quatro capítulos. O capítulo 1 aborda os principais conceitos e questões teóricas que fundamentam o presente estudo: *A trajetória da Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e a Proteção Social no Brasil*. O capítulo objetiva descrever a trajetória das ILPI no Brasil, tendo em vista a importância que ocupam no cenário nacional enquanto espaço de abrigamento de pessoas idosas, tradicionalmente conhecido como “asilo”. Diante do processo em curso de forte tendência de envelhecimento da população brasileira e do frágil sistema público de proteção social, este espaço institucional torna-se cada vez mais estratégico no que tange às demandas de cuidado dessa população.

O capítulo 2 discute *As interfaces do cuidado no processo de envelhecimento*. A tarefa de cuidar é complexa, seja para o cuidador familiar seja para o serviço institucional, entretanto, para que o cuidado seja eficaz é necessário que essa população seja vista de forma estratégica para que não sejam acarretados danos à saúde física e mental da pessoa idosa.

O capítulo 3 apresenta uma discussão sobre *Cuidado e Proteção Social em tempos de pandemia: impactos da COVID-19 em pessoas idosas institucionalizadas*. O capítulo sintetiza os principais adventos da pandemia de COVID-19, passando por seu agravamento e as estimativas de impactos, principalmente na vida dos idosos. Também destacamos a importância do processo de imunização dessa população. A pandemia de COVID-19 tem desafiado os Sistemas de Assistência à Saúde (SAS) em escala global e, como resposta, eles tiveram que se reorganizar instantaneamente. Por sua vez, na América Latina este cenário exigiu uma rápida adaptação para o enfrentamento da crise, mas a capacidade de resiliência pode ser comprometida caso a epidemia perdure por muitos meses.

O capítulo 4 apresenta os resultados da pesquisa sobre *O cuidado longe de casa: o trânsito entre a família e o novo “território de vivência”*. O capítulo aborda o cuidado no processo de envelhecimento, tendo como referência o envelhecer longe de casa, a partir do momento em que a pessoa idosa passa a estabelecer residência em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), discorrendo sobre o cuidado na perspectiva da proteção social à pessoa idosa. Traz para o debate o processo de trânsito da prática do cuidado envolvendo a família e dialogando com as percepções da gestora e da funcionária da ILPI. O capítulo também aborda, a partir das falas e desenhos elaborados pelos entrevistados, a necessidade de se analisar o cuidado à pessoa idosa na totalidade de contextos e demandas de sua proteção individual e social, em que se encontram imbricados os campos privado (do núcleo familiar) e público (no caso a ILPI).

A mudança da pessoa idosa para a ILPI certamente impacta diretamente na sua forma de viver e conviver, significando um divisor de águas em sua trajetória. Dentre os elementos

que interferem nesse processo, destacaremos a dinâmica da tríade territorialização, desterritorialização e reterritorialização no processo de envelhecimento.

Por isso, a título de conclusão, buscamos delinear nossas principais descobertas ao longo do processo de pesquisa, em que tal tríade foi se tornando cada vez mais nítida à medida que nos aproximamos das escutas e das reflexões advindas das falas e dos desenhos das pessoas idosas entrevistadas, configurando sentidos cartográficos de suas trajetórias de vida.

1. A TRAJETÓRIA DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) E A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

O presente capítulo objetiva traçar a trajetória das Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no Brasil, tendo em vista a importância que sempre ocupou no cenário nacional enquanto espaço de abrigamento de pessoas idosas, tradicionalmente conhecido como “asilo”. Diante do processo em curso de forte tendência de envelhecimento da população brasileira e do frágil sistema público de proteção social, este espaço institucional torna-se cada vez mais estratégico no que tange às demandas de cuidado desta etapa do ciclo de vida.

1.1. Proteção/desproteção social no contexto histórico brasileiro

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), entende-se por proteção social as formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou conjunto de seus membros (DI GIOVANNI apud PNAS, 2004). Para tanto, foram atribuídas à política de assistência social um conjunto de seguranças específicas no seu campo protetivo: segurança de sobrevivência, acolhida, convívio ou convivência familiar.

Historicamente, a assistência social no Brasil teve suas práticas desenvolvidas de forma paternalista e clientelista junto à população usuária, tanto pelos poderes públicos como privados. Para alguns autores, as marcas iniciais de institucionalização do sistema de proteção social no Brasil situam-se entre os anos de 1930 a 1945, período marcado por transformações sociais, políticas e econômicas, ligadas, por sua vez, às alterações das bases produtivas da economia agroexportadora para a urbana-industrial.

No Brasil, o surgimento da política social não pôde se vislumbrar, porque segundo Behring e Boschetti (2006), o país não foi o berço da Revolução Industrial⁵ e as relações

⁵ Quando a Revolução Industrial se expandia foi criada a lei do domicílio – *Act of settlement* -, de 1662, que cedo tornou-se defasada por impor uma regulamentação nas competitivas relações entre capital-trabalho. Durante o séc. XVIII, para evitar a entrada de desocupados em territórios, as paróquias passaram a recorrer a Lei do Domicílio que determinava que todo indivíduo que mudasse de paróquia poderia ser expulso, privando assim o cidadão da liberdade. Essa Lei era simplesmente para controlar as terras e a saída do dinheiro do território. A incompatibilidade entre essas duas tendências tornou-se patente, conforme registra Polanyi: O *Act of settlement* estava sendo abolido porque a Revolução Industrial exigia um suprimento nacional de trabalhadores que poderiam trabalhar em troca de salários, enquanto a *Speenhamland* proclamava o princípio de que nenhum homem precisaria temer a fome por que a paróquia o sustentaria e à família, por menos que ganhasse. Em vista disso, essa organização de assistência aos pobres não obstante irrisória e cheia de contradições, foi duramente criticada a partir do final do século XVIII, por constituir um incômodo obstáculo ao proletariado industrial (PEREIRA-PEREIRA, 2011).

sociais capitalistas desenvolveram-se de forma bem diferente dos países de capitalismo central, ainda que mantendo suas características essenciais estava transitando numa zona periférica do sistema capitalista, e apresentava características próprias em função de sua dinâmica histórica e de seu processo de formação do capital. O Brasil caminhava a passos lentos em caráter de subordinação e aprisionamento ao mercado mundial.

Foi justamente esse movimento que favoreceu que o Estado brasileiro nascesse sob o signo de forte ambigüidade entre um liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática no sentido de garantia dos privilégios das classes dominantes [...] Nessa nova situação, tem-se uma ordem legal e política controlada de dentro e para dentro e uma economia produzindo para fora e consumindo de fora; “um mercado interno nuclearmente heteronômico e voltado para fora” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p.75-76).

As autoras ressaltam, ainda, que a presença prolongada do trabalho escravo teve impacto importante no nascimento do trabalho livre e nas possibilidades de um processo mais rápido de instituição de políticas públicas e de participação mais contundente do movimento operário.

Se a política social brasileira tem relação com a luta de classes, é possível que também esteja interligada às marcas colonial e escravocrata. Nesse cenário Behring e Boschetti (2006) discutem que se deve observar as medidas esparsas e frágeis de proteção social no país até a década de 1930, embora tais características sejam persistentes e permaneçam até os dias de hoje na forma pulverizada e privatista de atuação, apartada do sentido público.

As autoras lembram que até dois anos antes da Proclamação da República, 1887, não se registrava nenhuma legislação social no país. Somente em 1888 foi criada uma caixa de socorro para a burocracia pública, inaugurando uma dinâmica de instituição de direitos que dava ênfase à proteção social brasileira até os anos 1960 do século XX. No século XX ocorreu a formação dos primeiros sindicatos, o da agricultura e o das indústrias rurais, e em 1907 foi reconhecido o direito de organização sindical.

Para Koga (2006), as primeiras iniciativas ou práticas de assistência social surgiram no Brasil durante o período colonial da América Portuguesa, por meio da criação das Santas Casas de Misericórdia nas antigas Vilas de Santos (em 1543) e de São Paulo (em 1560). Ainda de acordo com a autora, sob a égide da ajuda e dos princípios cristãos da caridade, surgiram as práticas de institucionalização das pessoas doentes, como os “leprosos”, os chamados “mendigos”, ou as “crianças abandonadas” na “roda dos expostos” (KOGA, 2006).

Em 1890, na cidade do Rio de Janeiro, foi construído o primeiro “asilo” brasileiro. O asilo São Luiz, para a “velhice desamparada”, foi fundado pelo Visconde Ferreira de Almeida e contava com o apoio das freiras Franciscanas para gestão do “asilo”. Em meados da década de 1920, passou por um intenso processo de modernização. Embora não fosse considerada uma instituição modelo para a época, a instituição cresceu alcançando visibilidade social e se tornando modelo para o surgimento de novas instituições de amparo à velhice.

No século XX houve uma intensificação no fomento às políticas públicas de cunho previdenciário e outras regulações sob a égide liberal. Em 1923 foi aprovada a lei Eloy Chaves, que instituiu a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários e Marítimos, e outras classes. Quatro anos depois, em 1927 foi aprovado o Código de Menores, voltando a punir a chamada “delinquência juvenil”, com uma concepção que perdurou até a década de 1990, sendo modificada com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Para Behring e Boschetti (2011), entre o século XIX e o início do século XX o liberalismo não contemplava a questão dos direitos sociais, que só foram incorporados sob pressão dos trabalhadores, porém com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva. Essa situação começou a se alterar nos anos 1920 e sofreu mudanças substanciais a partir dos anos 1930.

Partindo-se da constatação de que a constituição da política social de um país encontra-se vinculada à luta de classes existente em seu território, a proteção social no Brasil se deu pela vinculação com o trabalho e se estruturou em função do mesmo, tendo como marco os anos 1930, período conhecido como Estado Novo, ou terceira República Brasileira, um regime político brasileiro instaurado por Getúlio Vargas em 10 de novembro de 1937 que vigorou até 31 de janeiro de 1946 e caracterizou-se pela centralização do poder, nacionalismo, anticomunismo e autoritarismo.

Segundo Siqueira (2012), nos países considerados desenvolvidos, como os da Europa ocidental, foram criados amplos e universais sistemas públicos de proteção social, enquanto que nos países periféricos, como é o caso do Brasil, a proteção social foi estruturada mediante dois grandes setores: a assistência social aos pobres e a previdência social para os assalariados. Portanto, as políticas sociais em sua trajetória possuem dois momentos importantes, o período pós 1930, considerado como fase inicial da formação do sistema brasileiro da proteção social, e o segundo momento após a Constituição Federal de 1988, considerada “a era dos direitos sociais”, que amplia o padrão de proteção social por meio do

sistema seguridade social, abrangendo as políticas de previdência social (contributiva), assistência social e saúde.

Nesse sentido, as primeiras configurações de políticas sociais definidas pelo Estado, assumem também as regulações no campo da educação, saúde, previdência e habitação. Na década de 1970, quando já estava consolidada a economia de base industrial, o sistema de proteção social brasileiro se configurou de forma mais ampla.

A proteção social é um conceito mais abrangente, que surgiu no Brasil em meados do século XX e que possibilita uma compreensão ampliada das formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger a população.

Para Sposati (2013, grifo nosso), “estar protegido é ter forças próprias, é impedir que privações, agressões... venham a ocorrer”. A autora aborda que a partir da PNAS (2004) a assistência social tem por eixo constituinte a matricialidade sociofamiliar, permitindo afirmar que o primeiro âmbito singular da proteção social da assistência social é a capacidade protetiva da família e o segundo é a diversidade das relações de convívio e sociabilidade.

Constitui-se, nesse contexto, todo um sistema de segurança contra riscos, perdas e danos sociais e pessoais, que atingem as condições de bens materiais bem como culturais que permitam a sobrevivência e a integração dos indivíduos na sua vida social. Por outro lado, a proteção social também emerge sob determinadas condições históricas e obtém diferentes formas, dependendo de sua trajetória econômica e política no âmbito do desenvolvimento do capitalismo e das lutas dos trabalhadores em cada realidade social.

Para Camila Potyara Pereira (2016), o reconhecimento dos diferentes modelos de proteção social que representam os alicerces sobre os quais se erguem Estados, sistemas de bem-estar e conjuntos de políticas sociais é fundamental para o desvendamento pleno de suas ambiguidades interiores e exteriores no seio do capitalismo (PEREIRA, 2016, p. 39).

Nos marcos de uma sociedade capitalista, que traz na sua história uma relação de dependência, sendo econômica e politicamente subordinada ao capital globalizado e aos seus mecanismos financeiros, a materialização dos direitos torna-se limitada no que diz respeito à sua realização. Soma-se a isso a herança socio-histórico-cultural de um país de matriz colonial e escravocrata (conforme salientado anteriormente) e que até pouco tempo conviveu com um estado ditatorial, que subtraiu da população os direitos civis e políticos, modificando-os e gerando a acumulação de um déficit incalculável de negação e violação dos direitos humanos e de cidadania. Além disso, lamentavelmente, nos últimos anos assiste-se um profundo retrocesso no campo dos direitos sociais no Brasil, desde a Emenda Constitucional 95/2016, que congelou por 20 anos os orçamentos das políticas sociais brasileiras.

A análise das políticas sociais sob o enfoque dialético precisa considerar alguns elementos essenciais para explicar seu surgimento e desenvolvimento. O primeiro é a natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e as estratégias de acumulação prevalentes. O segundo é o papel do estado na regulamentação e implementação das políticas sociais, e o terceiro é o papel das classes sociais. Nessa direção, não se pode explicar a gênese e o desenvolvimento das políticas sociais sem compreender sua articulação com a política econômica e a luta de classes (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 44).

Torna-se importante compreender o papel do Estado no que tange aos interesses das classes sociais, principalmente as políticas econômica e social, de maneira a dar mais ênfase aos investimentos sociais ou mesmo privilegiar políticas econômicas. São vários os aspectos que podem ser destacados dentro dessa perspectiva, no sentido de se verificar se a atuação se pauta na formulação, regulação e ampliação ou não dos direitos sociais, e se fortalece e respeita a autonomia dos movimentos sociais. Para as autoras, há também uma dimensão cultural, que está relacionada à política, considerando que os sujeitos políticos são portadores de valores e do ethos de seu tempo.

Se relacionarmos as políticas sociais às estratégias de hegemonias, isso significa sua configuração a partir de uma direção intelectual e moral, que está imbricada aos projetos societários com complicações para a concepção e a legitimidade de determinados padrões de proteção. Exemplo disso é o período em que estamos vivendo, de retomada dos valores liberais, de responsabilização individuais pela condição de pobreza, o que justifica ideoculturalmente a focalização das políticas sociais. De acordo com Behring e Boschetti (2011), a ofensiva neoliberal também forja uma cultura da crise, que dá novos formatos à seguridade social na contemporaneidade. Considerando a importância dos meios midiáticos de massa, essa dimensão, hoje particularmente, não pode ser remetida a um lugar menor na totalidade concreta (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 45).

À afetiva materialização do direito à proteção social, com base nos princípios da universalidade, gratuidade, justiça social e de enfrentamento das diversas expressões da questão social, precisarão se somar e unificar amplos esforços no intuito de realizar enfrentamento, a ponto de superar profundos e históricos desafios de ordem política, econômica e sociocultural. No caso brasileiro, as relações clientelistas são naturalizadas no campo do acesso aos direitos sociais, o que inclusive nos tempos atuais de retrocesso civilizatório em que vive o nosso país têm se recrudescido ainda mais.

Sendo assim, reconhecer o caráter contraditório e complexo do processo de afirmação de direitos sociais e de políticas públicas é de suma importância para situar o exercício

dialético, que constitui a efetivação de sistema de proteção social de caráter público e universal, principalmente no contexto da globalização neoliberal. Camila Potyara Pereira (2016) distingue as cinco principais abordagens teóricas sobre a natureza e o significado do bem-estar, que podem ser generalizáveis à proteção social, a saber:

- Administração social ou Engenharia Social, entendida como um enfoque reformista predominantemente empírico e pragmático acerca do bem-estar social. Seu principal interesse não é o de construir conhecimento para subsidiar instituições e políticas de proteção social, mas o de compreender a natureza e dimensão particulares de um fato socialmente problemático, com a pobreza, com vista ao seu enfrentamento. Daí a sua identificação com a engenharia, já que esse enfoque dá mais importância a fatos, prescrições e ações do que teorias no campo de proteção social.
- Teoria da cidadania diferentemente da administração, entendida como um enfoque reformista e predominantemente empírico pragmático acerca do Bem-Estar social, apresenta uma visão mais genericamente descritiva do que pontualmente prescritiva e interventiva do bem-estar social, se bem que se restrinja às sociedades capitalistas avançadas do Ocidente. Apesar de a teoria da cidadania contemplar direitos individuais, civis e políticos, além dos sociais, a sua relação com a proteção social se explica pelo fato de ela ter considerado os serviços sociais como direitos e de ter elegido o Estado de Bem-Estar como a instituição responsável pela provisão e garantia destes. Ademais os direitos civis e políticos guardam relação de reciprocidade, embora conflituosa, com os direitos sociais;
- Funcionalismo, baseado em duas premissas centrais: a) a concepção da sociedade como um sistema integrado, tal qual um organismo; b) a análise e explicação das instituições sociais, por meio de duas funções, isto é, pelas contribuições que cada função oferece linearmente, e em uma totalidade não contraditória, ao conjunto da proteção social;
- Teoria da Convergência ou do Determinismo Tecnológico que, ao contrário da Teoria da cidadania, enfatiza o papel da industrialização na formação e expansão das instituições de bem-estar, dentro de uma concepção evolutiva desse movimento. Assim, além de esse enfoque não privilegiar a distribuição de serviços sociais como núcleo da cidadania social nem os países industriais capitalistas do Ocidente, ele tem um caráter especialmente e supra ideológico. [...] Guarda estreita afinidade com o funcionalismo e, por isso essa teoria foi tratada neste livro, como uma das suas variações.
- Teoria Marxista, cuja relevância para o estudo do bem-estar reside no fato de se diferenciar das quatro primeiras teorias, tanto do ponto de vista gnosiológico, quanto substantivo e metodológico. Gnosiológico, porque a sua visão de mundo contém princípios, critérios e leis próprias. Substantivos, porque sendo uma explanação teórica abrangente, dá a conhecer não só a natureza e o conhecimento do bem-estar capitalista, mas indica as suas contradições e formas de resolvê-las. E metodológico, porque utiliza um método também próprio, que se molda à realidade e procura captar as suas relações e movimentos, que não são lineares, bem como as suas dimensões estruturais histórias dialeticamente interligadas (PEREIRA, 2016, p. 41-42).

A partir das perspectivas apresentadas pela autora, é possível notar a perspectiva direitista, ainda que em uma abordagem sutil. Também observa-se a presença de um discurso social democrata e de um discurso completamente democrata, pois “[...] as diferenças percebidas entre abordagens que compõem o mesmo grupo não são, na maioria dos casos, essenciais ou de fundo, mas de detalhes, graus e ênfases” (PEREIRA, 2016, p. 42). Às diferentes abordagens marxistas na área do bem-estar, é válido afirmar, segundo a autora, que há perspectivas que se diferenciam no varejo, com algumas incorrendo em vícios analíticos próprios dos funcionalistas.

Mas além das teorias citadas, a autora também trabalha com quatro ideologias de suma importância, quais sejam:

- Ideologia da Nova Direita, que ganhou força intelectual e política nos anos 1970, como crítica liberal à ação social do Estado, exercendo, desde então, posição de poder em vários países. Seu surgimento decorreu das dificuldades econômicas enfrentadas pelo capitalismo, a partir de 1973, advindas de uma nova onda de crise desse sistema, mas também constituiu uma reação à rápida expansão dos gastos públicos nos anos 1960 e à regulação social do mercado;
- Ideologia da Via Média, que, não obstante a falta de uma definição precisa envolveu significativo grupo de diferentes pensadores unidos pela convicção de que é possível e necessário criar medidas de bem-estar no capitalismo para, com elas, suavizar a dureza do sistema. Assim, embora considerando o mercado como o melhor caminho para organizar a economia, os adeptos dessa ideologia acreditam na necessidade de gerir muitos de seus efeitos perversos, sem visar igualdade substantiva;
- Ideologia do Socialismo Democrático, cujos adeptos, apesar de discordarem em várias questões, compartilham da crença fundamental de que defendem um sistema de bem-estar superior ao adotado pelo capitalismo. Para eles, o Welfare State (Estado de Bem-Estar ou Estado Social) representa um estágio mais avançado no processo de transição do capitalismo do laissez-faire para o socialismo, já que rejeitam qualquer forma violenta de ultrapassagem do capitalismo, por razões pragmáticas e éticas;
- Ideologia do marxismo, cuja grande atração é a análise do Welfare State e do sistema de bem-estar que lhe é associado por uma perspectiva que abrange uma série inter-relacionada de premissas teóricas trabalhadas, primeiramente, por Marx e Engels e, subsequente, por autores marxistas.[...] Todavia, um ponto comum entre os marxistas mais conhecidos, que se dispuseram, desde os anos 1970, a estudar o sistema de proteção social, é o entendimento de que o termo Welfare State é uma mistificação, porque se apresenta sob a capa de uma face benfeitora do capitalismo, distorcendo o seu real significado: o de ser uma forma capitalista de regulação social com suas contradições. Por essa razão, tais autores preferem usar o termo “capitalismo de bem-estar” por refletir mais claramente as funções contraditórias das atividades do estado no campo da proteção social (PEREIRA, 2016, p. 43-45).

Frente às questões apresentadas, cabe observar no debate sobre teoria e ideologia a importância da efetivação e da materialização da proteção social no contexto institucional, incluindo o âmbito familiar, pois a família (enquanto instância de organização social do mundo privado) vem passando por grandes transformações, sendo afetada e, ao mesmo tempo, afetando as respostas protetivas na esfera pública. Sendo assim, é nesse cenário que a família se inventa e reinventa, se protege e busca proteção para garantir as necessidades humanas dos seus membros.

No entanto, ainda segundo a autora, para que o indivíduo se torne merecedor de um mínimo de proteção social pública precisará provar a sua derrota e incapacidade de superá-la via empenho próprio. E, ao proceder dessa forma, os direitos sociais arduamente conquistados perdem seu caráter civilizador, transformando-se em ajuda ou favor ofertado não aos que têm acesso à cidadania, mas aos que provam estar à margem dela. Nesse caso, o mérito é a necessidade.

Os partidários de ideologias burguesas preferem negar a existência de necessidades humanas para não admitirem a possibilidade de elas serem atendidas por políticas públicas. Assim, como já insinuado, identificam essas necessidades, que são sociais, com preferências individuais, quando não com vícios, desejos e sonhos de consumo, cuja satisfação escaparia ao comprometimento do Estado. Dessa forma, as necessidades humanas apresentam caráter subjetivo e relativo, já que não podem ser partilhados pelo coletivo social; e, ao serem associadas ao consumo, como a única via para satisfazê-las, esse “enfoque privilegia o mercado, como agência – morde provisão, e o consumidor (e não o cidadão) como alvo de satisfações, inclusive públicas”, elegendo, para tanto, o capitalismo como o melhor sistema (PEREIRA, 2016, p. 59-60).

Assim, da essência humana constam não apenas a sobrevivência, mas elementos como trabalho, lazer, relacionamentos com pessoas, com sociabilidade, liberdade, respeito e autoconsciência. Ainda dialogando com Pereira (2016), os mínimos sociais fogem da maximização da satisfação de necessidades humanas básicas, que sairia do “péssimo” e atravessaria para o “sofrível”, ou seja, do bom para o muito bom, até alcançar o auge. Isso dependeria de cada cultura e da moral. Cada povo, nesse sentido, carrega seus hábitos, seus valores e isso precisa ser levado em conta.

Dessa forma, Pereira (2016) define o conceito de necessidades sociais como “falta ou privação de algo (tangível ou intangível); preferência por determinado bem ou serviço em relação a outro ou a outros; desejo, de quem psicologicamente se sente carente de alguma

coisa; compulsão por determinado tipo de consumo [...] social, psicológico, de alguma carência”.

Por sua vez, de acordo com Pereira-Pereira (2011), a proteção social ao mesmo tempo em que protege também desprotege, ao não deixar clara a cobertura dos direitos conquistados de acordo com a Constituição Federal de 88 (CF/88), pois se encontra ainda no campo da meritocracia.

A proteção social no Brasil não se apoiou firmemente nas pilastras do pleno emprego, dos serviços sociais universais, armou, até hoje, uma rede de proteção impeditiva da queda da reprodução de estratos sociais majoritários da população na pobreza extrema. [...] Isso deu ensejo à prevalência de padrão nacional de proteção social com as seguintes características: ingerência imperativa do poder executivo, seletividade dos gastos sociais e da oferta de benefícios e serviços públicos; heterogeneidade e superposição de ações; desarticulação institucional; intermitência da provisão; restrição e incerteza financeira (PEREIRA-PEREIRA, 2011, p. 125-126).

Nesse sentido, para Pereira (2016) a meritocracia apoia-se na premissa de que as vitórias ou fracassos são responsabilidades exclusivamente individuais e de que o mérito é um eficaz mecanismo seletor entre os “melhores e o resto”. Depreende-se que seu antagonismo perpassa pela compreensão teórica, da prática política social, a definição de necessidades, de sua natureza, público-alvo, critérios de oferta, a distribuição de bens e serviços e a clareza do papel do Estado em fazer valer esta política, depende do empenho do governo. Por conseguinte, “se a conceituação de necessidade for imprecisa ou equivocada, a defesa de um Estado social com primazia e protagonismo na garantia de direitos será enfraquecida” (PEREIRA, 2016, p. 57).

Sendo assim, a necessidade está emparelhada com o direito. Do contrário, torna-se enfraquecida, conflituosa e perde, por sua vez, a essência da sua natureza, desresponsabilizando o Estado por assegurar ao cidadão a garantia de sobrevivência, pois o ser humano traz por si só um certo número de necessidades⁶ a serem atendidas e que sem as tais não tem como sobreviver.

⁶ “Mas, para tanto, as necessidades não podem ser equiparadas a uma simples e naturalizada carência individual, material ou biológica, e sim a direitos que mobilizam uma faculdade que só os seres humanos possuem: a capacidade de reagir e exercer o pensamento crítico contra toda e qualquer forma de opressão, entre as quais a pobreza e a miséria, afinal, é próprio do homem não lutar apenas, como animal, pela habitual conservação da vida, mas transformar a disposição congênita, radicada no fato da sua inteligência consciente, para desenvolvimento sempre progressivo e superior, tanto social quanto individual, em forma impulsora do progresso histórico. O animal tem apenas evolução. O homem, porém, realiza história na consciência de si próprio e no esforço por desenvolvimento todas as potencialidades que nele se encontram, por realizar-se a si próprio” (KLOFLER; FLEICHER apud PEREIRA, 2016, p. 60-61).

Pereira (2016) afirma ainda que é essa conotação de necessidade que obriga o Estado a ser o principal agente de sua satisfação, descartando, por consequência, o mercado (que não tem vocação social) e as instituições privadas sem fins lucrativos (que não garantem direitos) do exercício dessa função. Ou seja, o Estado não pode se esquivar de suas responsabilidades e transferir para terceiros que não asseguram direitos, deixando o cidadão à mercê da sorte quando deveria garantir direitos conquistados na Constituição Federal de 88, na Declaração dos Direitos Humanos e em seus devidos Estatutos.

Segundo a autora, as necessidades humanas e sociais, ou seja, o básico é que deva ser satisfeito, e portanto, não é tudo, apesar de não ser sinônimo de mínimo; é apenas o patamar fundamental a ser alcançado em direção a um patamar mais elevado de vida humana digna que, em sua opinião, poderá ser usufruída na sua inteireza e por todos na sociedade capitalista. O básico deve ser utilizado por todo aquele que dele “necessitar”, deve estar sob a proteção e cidadania e na visão de proteção social para o qual foi criado e desenvolvido, alcançando o seu fim.

1.2. O envelhecimento e as demandas de proteção social

A gerontologia, de acordo com Haddad (2016), é a ciência que estuda o envelhecimento, enquanto a geriatria é a ciência que cuida das pessoas idosas; a primeira envolve uma noção médica e social, e a segunda é unicamente médica e se aplica ao domínio da patologia. A geriatria pode definir-se como ramo da gerontologia e da medicina que trata da saúde das pessoas de idade avançada em todos os aspectos: preventivo, clínico, terapêutico, de reabilitação e de vigilância contínuas (OMS, 1974).

Dessa forma, a geriatria é o ramo da medicina geral que cuida dos fatores clínicos, sociais, preventivos e de reabilitação importantes na manutenção da saúde e independência da população idosa, bem como do tratamento de suas doenças e incapacidades. Enquanto a gerontologia social estuda as mudanças que acompanham o processo de envelhecimento do ponto de vista psicológico, sociológico e psicossociológico, a natureza e as modalidades de adaptação do indivíduo em suas transformações, e, enfim, a evolução da personalidade e da saúde mental num contexto social concreto. A gerontologia social estuda também o papel do ambiente, da cultura e das mudanças sociais no processo do envelhecimento, da mesma forma que as atitudes, o comportamento e as condições de vida das pessoas idosas.

Haddad (2016) dialoga com Hermanova (1972), especialista em cuidados de saúde dos idosos de Copenhagen, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que explica:

[...] os que estão envelhecendo são aqueles que, depois de terem passado por em período de crescimento e maturidade, entram numa fase que tem sido chamada pelos franceses de *troisième age* ou terceira idade. Envelhecer é uma fase normal da vida humana e deve ser considerada como tal. [...] Nós sabemos que o envelhecimento é um processo individual com amplas variações e que os próprios idosos são um grupo heterogêneo. Para propósitos de elaboração de normas e legislação, utiliza-se uma definição cronológica que coloca o umbral da velhice nos 60. Tanto a prática quanto as pesquisas mostram que existe uma diferença marcante entre a faixa etária dos 60 ou mais entre aqueles que têm menos de 75 e os que passam dos 75 (HERMANOVA, 1972 apud HADDAD, 2016, p. 3).

Atualmente, percebe-se uma proliferação dos termos utilizados para se referir às pessoas que já viveram mais tempo ou à fase da vida anteriormente chamada apenas de velhice. E o termo “velho” passou a ser uma expressão pejorativa entre os mais jovens ou mesmo na sociedade em geral. Entre os termos mais comuns estão: terceira idade, melhor idade, adulto maduro, idoso, velho, meia-idade, maturidade, idade maior e idade madura. Ainda é comum que a maioria das pessoas idosas resista a ser chamada de velha, o que pode ser justificado pela forma preconceituosa com que muitas vezes a pessoa idosa é tratada.

É fato que as atitudes preconceituosas e estereótipos sociais estão também incorporados na linguagem e, provavelmente, levarão muitos anos para ocorrerem mudanças nesse sentido. Dessa maneira, são muitas as formas pelas quais nos referimos à pessoa em processo de envelhecimento ou mesmo à pessoa idosa. Uma mudança de atitudes e comportamentos seria o natural, pois a pessoa idosa é uma pessoa, um ser humano, o que em tese implicaria em pensar além do preconceito, considerando-se uma lógica de vida, que ultrapassa os limites da classe social, dos méritos, do gênero e da etnia.

De acordo com Schneider e Irigaray (2008), a palavra “terceira idade”, atualmente tão usada, teve sua origem na França, na década de 1960, e era utilizada para descrever a idade em que a pessoa se aposentava. A “primeira idade” seria a infância, que traduziria a ideia de improdutividade, mas com possibilidade de crescimento. Já a “segunda idade” seria a vida adulta, etapa produtiva. Na época em que a expressão terceira idade foi criada, procurou-se garantir a atividade das pessoas depois da aposentadoria, que ocorria na França por volta dos 45 anos. Com o avanço contínuo da expectativa de vida, a expressão “terceira idade” passou a designar a faixa etária intermediária, entre a vida adulta e a velhice.

Desse modo, o uso do termo “terceira idade” torna-se inadequado para descrever o grupo de indivíduos com 60 anos ou mais, e traz ainda uma conotação negativa ao termo

velhice, porque se entende que quem está na terceira idade ainda não é velho. Assim, ainda de acordo com Schneider e Irigaray (2008), a terceira idade é uma criação recente no mundo ocidental, e o fenômeno do envelhecimento populacional, marcante no século XX, empurrou a velhice para idades mais avançadas, para o grande avanço da explosão da expectativa de vida.

Determinar exatamente o início da “velhice” é uma tarefa um tanto quanto complicada pelo fato de ser muito debatida. Há diferentes formas de se definir e conceituar a “velhice”, sendo uma referência internacional a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja definição é baseada na idade cronológica, que começa aos 65 anos nos países desenvolvidos e 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, por exemplo, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003), as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são reconhecidas como “idosos”, no entanto, alguns benefícios como, por exemplo, a gratuidade no transporte público é concedida somente a partir dos 65 anos, em algumas cidades. Nesse sentido, pode-se afirmar que a própria lei impõe distinções para sua aplicabilidade. Um outro exemplo é a aposentadoria, que após a reforma da previdência (2019), criou inúmeras regras para concessão desse direito. Sendo assim, idade e direitos se distanciam na prática da vida cotidiana.

Para Schneider e Irigaray (2008), não há um consenso sobre o que se nomeia velhice porque as divisões cronológicas da vida do ser humano não são absolutas e nem sempre correspondem às etapas do processo de envelhecimento natural. Ou seja, a “velhice” não é definida por simples cronologia, mas pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas, o que equivale a afirmar que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica.

Assim, subentende-se que a idade cronológica deixa de ser um marcador preciso que define as mudanças que acompanham o envelhecimento, passando, por sua vez, a ser apenas uma forma padronizada de contagem dos anos vividos, já que existem variações de diferentes intensidades relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência e autonomia entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade.

Portanto, o envelhecimento humano, de acordo com os autores pode ser compreendido como processo complexo e composto pelas diferentes idades: cronológica, biológica, psicológica e social, descritas conforme segue:

Idade cronológica – mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento. A idade cronológica pode ser entendida como algo absoluto e nela são fixadas propriedades que podem ser medidas.

Ela é medida pelo tempo. A idade cronológica refere-se somente ao número de anos que tem decorrido desde o nascimento da pessoa.

Idade biológica – é definida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano, que pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda existência humana.

Idade Psicológica - o conceito de idade psicológica pode ser usado em dois sentidos. Um se refere à relação que existe entre a idade cronológica e às capacidades psicológicas, tais como percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo (Neri, 2005). Hoyer e Roodin (apud SCHNEIDER, 2008) definem a idade psicológica como as habilidades adaptativas dos indivíduos para se adequarem às exigências do meio. As pessoas se adaptam ao meio pelo uso de várias características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, estratégias de *coping* etc.

“Há adultos que possuem tais características psicológicas com graus maiores que outros e, por isso, são considerados jovens psicologicamente”, e outros que possuem tais traços em graus menores e são considerados “velhos psicologicamente”. Em parte, a caracterização do indivíduo como velho é dada quando ele começa a ter lapsos de memória, dificuldade de aprendizado e falhas de atenção, orientação e concentração, comparativamente com suas capacidades cognitivas anteriores. Sabe-se que mesmo durante o processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas como a rapidez de aprendizagem e a memória diminuem naturalmente com a idade.

Idade social – é definida pela obtenção de hábitos e status social pelo indivíduo para preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social. Um indivíduo pode ser mais velho ou mais jovem dependendo como ele se comporta dentro de uma classificação esperada para sua idade em uma sociedade ou cultura particular (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 589).

Face ao exposto, percebe-se que o envelhecimento é um processo complexo e depende de cada pessoa, associando a genética individual a fatores ambientais. Dessa forma, não basta, portanto, pensar na pessoa idosa sob o ponto de vista etário, pois a idade por si só não determina o envelhecimento, se configurando apenas como um dos elementos dentre outros fatores, servindo somente como uma referência de passagem do tempo.

1.3. O contexto brasileiro de envelhecimento

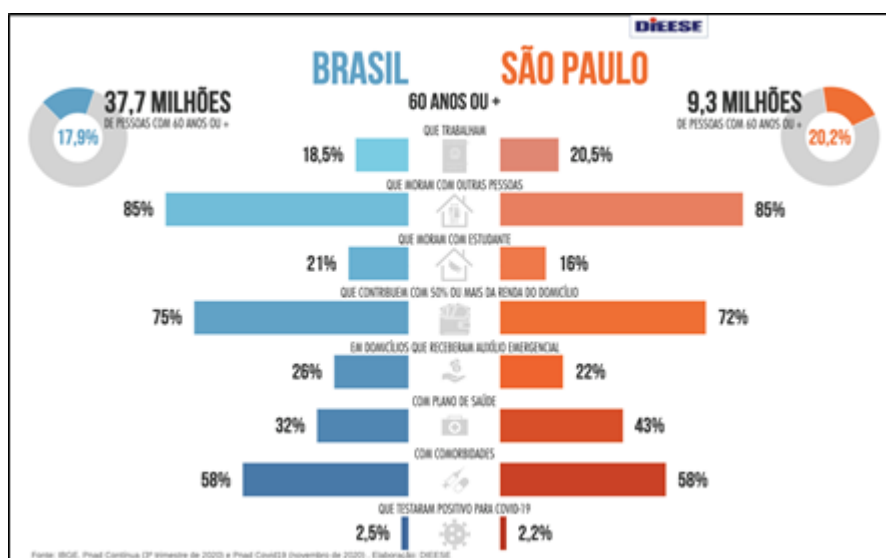
De acordo a bibliografia especializada, o Brasil é o sexto país em número de população de pessoas idosas e, com a redução da taxa de natalidade e os avanços tecnológicos, entre outros fatores, esse número cresce de forma expressiva. Também cabe considerar as mudanças contemporâneas na sociedade brasileira, inclusive no seio da família, com a crescente presença da mulher no mercado de trabalho, pois em nossa sociedade a

mulher tradicionalmente foi considerada a cuidadora, sobre a qual recai a tarefa do cuidar, como esposa ou filha, o que, para além da questão de gênero, a faz ser considerada como mais próxima afetivamente da pessoa idosa.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD, 2002), divulgada pelo IBGE, a população idosa (pessoas com 60 ou mais anos de idade) era aproximadamente de 16 milhões de pessoas, correspondendo a 9,3% da população brasileira. Considerando o aumento da expectativa de vida, as projeções apontavam para uma população de pessoas idosas, em 2020, de 25 milhões de pessoas, representando 11,4% da população total brasileira.

Dados recentes de pesquisa realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), a partir da leitura de dados da PNAD (2020) indica que a população com mais de 60 anos no Brasil alcançou o patamar de 37,7 milhões de pessoas, correspondendo a 17,9% da população. No caso do estado de São Paulo, o percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 20,5% da população total, acima do percentual do país, correspondendo a uma população de 9,3 milhões de pessoas, conforme demonstra a figura a seguir.

Figura 6 – Percentual de pessoas com mais de 60 anos (2020)



Fonte: DIEESE

Esse aumento do percentual de pessoas idosas produz impactos e transformações nas políticas públicas, afetando diretamente a oferta da atenção em saúde, previdência social e assistência social, ou seja, o tripé da seguridade social, sendo Saúde e Assistência Social não contributivas e Previdência Social, de caráter contributivo.

A PNAD (2018) aponta ainda que o número de idosos cresceu 18% em 5 anos, ultrapassando 30 milhões em 2017. A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, chegando ao patamar de quase 38 milhões em 2020. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em 5 anos corresponderam a um crescimento de 18% desse grupo etário; já o aumento de 12,3 milhões de novas pessoas idosas no período de 2012 a 2020, correspondeu a um aumento de quase 50%, indicando que essa população tem se tornado cada vez mais representativa no Brasil. Não só no Brasil, mas no mundo vem se observando essa tendência de envelhecimento da população nos últimos anos (PNAD, 2018).

Observa-se nos dados da pesquisa do DIEESE (2020) a informação de que 75% das pessoas idosas no Brasil e 72% no estado de São Paulo contribuem com 50% ou mais da renda do domicílio e de que 58% em ambos os casos apresentam comorbidades.

Por sua vez, segundo a pesquisa, as mulheres são a maioria nesse grupo, com 16,9 milhões (56% das pessoas idosas), enquanto os homens são 13,3 milhões (44% do grupo), o que chama a atenção para uma possível solidão vivida pela mulher idosa. De acordo com Brandão (2015),

Os familiares e amigos geralmente são os primeiros a detectarem os sintomas de solidão crônica. Quando uma pessoa está triste e irritável, talvez esteja pedindo, em silêncio, que alguém a ajude e se conecte com ela. A paciência, a empatia, o apoio de amigos e familiares, compartilhar bons momentos com eles, tudo isso pode fazer com que seja mais fácil recuperar a confiança e os vínculos e, por fim, reduzir a solidão crônica (BRANDÃO, 2015, p. 114).

A autora traz uma diferenciação entre o de “estar só” e “sentir só”, que não são sinônimos, pois “estar só” significa o isolamento objetivo, enquanto o segundo é mais subjetivo, podendo expressar uma insatisfação pessoal. Assim, estar rodeado de pessoas (familiares e amigos) não impede o “sentir-se só”. Já “estar só”, como opção, pode ser escolha geradora de criatividade e busca de integralidade e comunhão. Mas, a solidão é um sentimento profundo e íntimo difícil de avaliar.

Segundo Brandão (2015) é possível que os problemas de saúde, a baixa autoestima e o sentimento de rejeição social, com forte influência do passado pessoal, sejam a base dos sentimentos de solidão e exclusão. A solidão é responsável por um número significativo de suicídio entre pessoas idosas. Além disso, segundo pesquisa realizada na França, em função da solidão, em 2002, um número expressivo de pessoas idosas foi a óbito devido ao calor

intenso, por estarem sós, sem apoio familiar e assistência formal. Tal acontecimento impactou a sociedade, que fomentou um estudo (2002-2003) levando em conta o tema da solidão e do abandono, envolvendo vários países.

Storr (2011) ressalta que a solidão é decorrente do próprio desenvolvimento capitalista, especialmente na contemporaneidade e que a preocupação e angústia com excessiva ênfase nos relacionamentos interpessoais, característica da sociedade moderna midiaticizada, gera a busca por felicidade e sucesso idealizados como único caminho para a realização pessoal, desconsiderando as incertezas próprias a todo relacionamento social e afetivo.

A dor de estar e sentir-se só é imensa, é afastar-se de si mesmo, colocando-se num vazio de sua subjetividade, e levando, de acordo com Sawaia (2014), a um sofrimento ético-político. Segundo a autora, como base em Agnes Heller, essa solidão se mistura com dor e sofrimento.

De acordo com Agnes Heller, dor é próprio da vida humana, um aspecto inevitável. É algo que emana do indivíduo, das afecções do seu corpo nos encontros com outros corpos e diz respeito à sua capacidade de sentir, que para ela equivale a estar implicada em algo ou, como analisa Espinosa, de ser afetado. Já para o sofrimento traz outro significado, o sofrimento é a dor mediada pelas injustiças sociais. É o sofrimento de estar submetido à fome e opressão, e pode não ser sentido como dor por todos (SAWAIA, 2014, p. 103-104).

Assim, para Sawaia (2014) o sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação de injustiça social, de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Há, ainda, de se considerar a subjetividade e seus correlatos, a emoção e o sentido pessoal. Porém, ao mesmo tempo em que se valoriza o afeto e a sensibilidade individual, assiste-se à banalização do mal do outro, a insensibilidade ao sofrimento do outro.

Nesse contexto de vulnerabilidades e riscos sociais, em que a relação de proteção /desproteção social envolvendo as pessoas idosas tem impactado sobremaneira a sociedade brasileira e, ao mesmo tempo, desafiado as respostas das políticas sociais, é que passamos a discutir o lugar da ILPI, tendo como referência a política de assistência social, na sua intersectorialidade com a política de saúde, pois se trata do espaço institucional de abrigo e também de convívio social de pessoas idosas, o que envolve demandas de cuidado e proteção social, seja este público, privado ou filantrópico.

De acordo com a pesquisa Ipea, a grande maioria das instituições brasileiras é filantrópica, 65%, incluindo neste conjunto as religiosas e leigas.

Nas últimas décadas, observa-se um crescimento acentuado das instituições privadas com fins lucrativos. Na primeira década deste século, elas representaram 64,2% das instituições criadas.

Não se sabe se essas instituições tem preenchido os requisitos legais para seu funcionamento. A pesquisa de informações básicas municipais, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informou que, tanto em 2009 quanto em 2013, instituições de acolhimento para pessoas idosas existiam apenas em cerca de 20% dos municípios. As 3.548 instituições localizadas pela pesquisa Ipea cobrem apenas 28,9% dos municípios brasileiro.

Estimativas feitas com os dados da pesquisa do Ipea apontam que os homens passam em média 5,9 anos, e as mulheres, 6,7 anos morando em uma instituição.

Os dados da pesquisa SUAS apontam que 48,8% dos residentes nestas instituições vivem há mais de quatro anos

Estes dados chamam atenção para a necessidade de um projeto de vida para essas pessoas, além de obviamente de um projeto de cuidado, algo que faça sentido. Um projeto de vida requer o desenvolvimento de inúmeras habilidades pessoais e a aquisição de capacidades e competências, próprias e, também alheias.

1.4. O lugar da ILPI no cruzamento entre as políticas de assistência social e de saúde

A assistência social foi instituída como direito pela Constituição Federal de 1988, artigos 303 e 204, e pela Lei Orgânica n. 8742/93. Tem caráter não contributivo e compõe a seguridade social brasileira, juntamente com as políticas de saúde e de previdência social, sendo prestada a quem dela necessitar.

Em 2004, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) estabeleceu o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2005, que organiza os serviços socioassistenciais em Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE).

A Instituição de Longa Permanência para Idoso (ILPI) pertence à Proteção Social Especial e ocupa um espaço que proporciona, no âmbito da proteção social, o direito às pessoas idosas ao abrigo e ao cuidado, implicando no direito a ser “ser humano” e envelhecer com dignidade e respeito.

Conforme Yazbek (2009), a Constituição Federal de 1988, ao reconhecer a assistência social como política pública integrante do sistema de seguridade social, juntamente com a saúde e a previdência social, estabeleceu o marco de uma nova matriz para a assistência social. A gestão enquanto política pública foi revista por meio da descentralização político-administrativa, sendo garantida a participação popular no exercício do controle social. Essa mesma concepção foi assegurada e reproduzida quando da aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em dezembro de 1993, assim a “[...] a assistência social inicia seu trânsito para um novo campo: campo dos direitos, da universalização do acesso e da responsabilidade estatal” (YAZBEK, 2004, p. 13).

O SUAS (2005) representa a superação das práticas e concepções tradicionais para efetivação das ILPI por acessar o conjunto de serviços, programas e benefícios socioassistenciais previstos na LOAS (1993). A efetivação desse sistema público busca na assistência social o sentido de universalizar o direito à proteção social brasileira, estabelecendo desafios de ordem político-institucional, administrativa, técnico-operativa, bem como de sustentação e legitimidade social e democrática.

Dessa forma, o SUAS (2005) apresenta-se no atual contexto nacional como uma das possibilidades de alargamento do Estado democrático de direito e ampliação dos direitos de proteção social não contributiva. A PNAS (2004), a NOB-SUAS (2012) e o Plano Decenal (2016-2026), enquanto instrumentos regulatórios político-institucionais do Estado brasileiro, constituem-se atualmente em marcos estruturantes de um novo patamar de gestão da proteção social não contributiva, buscando responder às funções da proteção socioassistencial, como defesa social e institucional, situada no campo da proteção social.

O envelhecimento tem despertado preocupação de gestores públicos, pois gera novos desafios tanto para o Poder Público quanto para a sociedade contemporânea. O envelhecer se configura como um processo orgânico e funcional independentemente de doença e que inevitavelmente acontece com o avançar da idade e com o passar do tempo. No Brasil, o envelhecimento populacional é uma realidade nova, do ponto de vista de sua pirâmide demográfica, sendo que os fatores que determinam essa nova realidade demográfica decorrem da baixa taxa de natalidade, acarretando o menor número de crianças na população, reduzindo a proporção de jovens. Há, além disso, uma redução das taxas de mortalidade, impactando no aumento da expectativa de vida da população.

Nesse contexto que se inserem os serviços denominados de “Casa Lar”, “abrigo”, “asilo”, “casa de repouso”, que hoje recebem a denominação de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), na perspectiva de garantia do direito à acolhida e ao

convívio. A ILPI é uma de instituição governamental ou não governamental juridicamente constituída, que proporciona atendimento integral com serviços especializados que visam à promoção e proteção social, manutenção da saúde física e emocional, cuidados pessoais e o convívio sócio-familiar à pessoas idosa. Sob a perspectiva dos direitos humanos, as instituições de longa permanência para pessoas idosas devem assegurar, sob todas as formas, condições de bem-estar aos seus residentes, através da garantia de todos os seus direitos.

Esse tipo de serviço, de proteção a pessoa idosa, pode ser identificado desde a era cristã. Inicialmente fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), que transformou sua casa em um hospital para pessoas idosas, era conhecido como “gerontonômio”. Na idade média, esses locais passaram a ser chamados de “*almshouses*” (alms – caridade). Essas casas tinham como objetivo abrigar “idosos desamparados e necessitados”. O trabalho era voltado à caridade, e recebia doações deixadas por heranças, como estratégia de sua manutenção.

A partir dos séculos XIV e XV, na Alemanha, Holanda e Itália as “instituições de caridade” aumentaram com o intuito de cuidar de pessoas idosas pobres, além de outros grupos sociais: mendigos, órfãos e “loucos”⁷. Foi no século XVIII, com a chegada do Iluminismo, que as instituições começaram a dividir os indivíduos por tipos de necessidades e não mais agrega-los em único grupo. As crianças foram direcionadas para orfanatos, “doentes mentais” para hospícios e pessoas idosas para asilos. Com essa organização específica, foi na Holanda que surgiu o primeiro modelo chamado “*Hoffie*”, uma residência coletiva de pessoas idosas localizada, em geral, em torno de praças ou lagos.

No Brasil, de acordo com Neumann e Pazzini (2017), por influência dos ingleses, o modelo de “*almshouses*” foi copiado. A primeira instituição foi uma chácara com o objetivo de abrigar soldados idosos, inaugurada no Rio de Janeiro em 1797. Afirmam ainda que, em 1890, também no Rio de Janeiro, foi inaugurado um dos primeiros “asilos” e que a instituição trabalhava para que as pessoas idosas fossem reconhecidas como grupo e tivessem suas demandas específicas atendidas.

O modelo filantrópico começou a se modificar, já que algumas alas se destinavam às internações particulares. Dados da literatura mencionam a participação intensa de associações religiosas, filantrópicas e de imigrantes na formação de instituições para idosos.

Define-se asilo (do grego *ásylos* e do latim *asylu*) como casa de assistência social onde são recolhidas pessoas para sustento e também para educação. Considera-se, ainda, asilo o lugar onde ficam isentos da execução das leis os que a ele se recolhem.

⁷ Pessoas com transtornos mentais.

Em função do caráter tão amplo dessa definição, outros termos surgiram para classificar os locais de assistência a pessoa idosa como, abrigo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e asilato. Todavia, não existindo instituições específicas voltadas para o atendimento aos idosos, por vezes as pessoas idosas eram abrigadas em asilos de “mendicidade”, junto com outros pobres, “doentes mentais”, crianças abandonadas, desempregados. Somente no século XIX a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo passou a dar assistência a “mendigos” e, conforme o aumento de internação de idosos, passou a definir-se também como “instituição gerontológica”, em 1964.

O modelo asilar ainda se assemelha às chamadas “instituições totais”, local de residência e trabalho onde pessoas em situação semelhante, apartados da sociedade por considerável período de tempo, levam a vida isolados, em instituição fechada e formalmente administrada.

A fim de padronizar a nomenclatura, foi proposta a denominação de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), definindo-a como instituição para atender integralmente a pessoa idosa, dependente ou não, sem condições físicas ou econômicas, em instituições públicas ou particulares, sem familiares ou domiciliares para a sua permanência na comunidade de origem.

A Portaria n. 810/1989, no âmbito da política de saúde, foi a primeira a definir as Normas e Padrões de funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições para pessoas idosas. A Portaria estabelece definições quanto à organização dessas instituições, bem como área física, instalações e recursos humanos⁸. Atualmente as ILPI brasileiras são regulamentadas, no âmbito da política de abrigamento, pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 283, de 26 de setembro de 2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

De acordo com essa Resolução, essas instituições devem atender a critérios mínimos para o seu funcionamento e para a prestação de serviços aos residentes, sobretudo, no que diz respeito aos aspectos físicos-estruturais e organizacionais. Apesar das dificuldades apresentadas pelas organizações prestadoras de serviços socioassistenciais, ainda é considerável o número de instituições que prestam um serviço de qualidade e que atendem às exigências das políticas de assistência social e saúde, proporcionando às pessoas idosas conforto e proteção social.

⁸ Enfermeiro, geriatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, nutricionista, cozinheira, copeira, auxiliar de limpeza, monitores, motorista.

Entretanto, apesar de as ILPI serem consideradas como serviços cada vez mais necessários, é preciso atentar para o fato de que a institucionalização pode também expor a pessoa idosa a diversas situações de risco, como piora das capacidades funcional e cognitiva, isolamento social, quedas e demência sensorial.

Para muitos, a ILPI pode ser considerada como o “fim da linha”⁹ do processo de envelhecimento, tendo em conta o princípio de subsidiariedade, em que a família e a rede de proteção próxima não puderam assumir o cuidado e o convívio da pessoa idosa. Segundo a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, inscrita no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS, 2005), o acolhimento para pessoas idosas tem caráter provisório e deverá ser acionado depois de esgotadas todas as possibilidades:

Acolhimento para pessoas idosas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autosustento e convívio com os familiares. É previsto para pessoas idosas que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos (BRASIL, 2014, p. 45-46).

Dessa forma, as chamadas “Residências para Idosos” apontam para um conceito cada vez mais comum e popular de assistência de qualidade às pessoas idosas. Os modelos atuais que englobam casas de repouso, clínicas geriátricas e condomínios residenciais oferecem uma infraestrutura completa para garantir acolhimento, segurança, bem-estar e qualidade de vida às pessoas idosas, porém se inscrevem no campo da iniciativa privada, sendo de alto custo voltados para a população de alta renda.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) estão previstas no âmbito das políticas de saúde e assistência social, mas apresentam práticas decorrentes de costumes historicamente construídos e institucionalizados, contendo condutas e comportamentos que remetem à sua história.

Nessas instituições, ou na sua maioria, as atividades são realizadas em um mesmo ambiente e sob uma única autoridade, sendo a rotina praticamente igual para todos. Sendo assim, as diferenças individuais são homogeneizadas, desconsiderando-se, comumente, a história de vida de cada um. Nesse contexto homogeneizador, a pessoa idosa vai perdendo sua identidade e sua autonomia, transformando-se em sujeitas e sujeitos passivos, convivendo em um ambiente estranho e geralmente distante de sua “realidade familiar”.

⁹ Conforme depoimento de uma das pessoas idosas entrevistadas na pesquisa, “[...] o tempo passa e vou perdendo a esperança de sair daqui [...] dessa vez eu acho que não vou sair daqui nunca” (ARACI, 2021).

Nesses casos, trata-se de pessoas idosas desconectadas de sua história, seu cotidiano, seu convívio familiar, seu jeito de ser, seu “eu”, suas “manias”, tendo o outro como sujeito da sua autonomia – sendo que, de acordo com Paulo Freire (1996), “ninguém é sujeito da autonomia de ninguém” – justamente em um momento em que a pessoa vive um processo de desterritorialização.

A seguir, o Quadro apresenta a descrição das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), conforme a modalidade.

Quadro 4 – Quadro de diferenças das ILPI, segundo o grau de especialização do atendimento

Modalidade	Descrição
Modalidade I	Voltada para pessoas idosas independentes em suas atividades de vida diária, ainda que necessitem de equipamentos de autoajuda, como andadores, bengalas, cadeiras de rodas, entre outros.
Modalidade II	Pessoas Idosas dependentes e independentes que necessitem de cuidados especializados e acompanhamentos de profissionais de saúde.
Modalidade III	Pessoas Idosas dependentes que necessitam de assistência total em ao menos uma atividade diária, exigindo uma equipe interdisciplinar de saúde.

Fonte: ANVISA (2007). Elaboração própria.

A Resolução n. 283 estabelece definições que regem a figura do cuidador, equipamentos e graus de dependências em ILPI:

- Cuidador de “Pessoas Idosas”¹⁰- pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária.
- Dependência da “Pessoa Idosa” - condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária.
- Equipamento de Auto-Ajuda - 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.
- Grau de Dependência da “Pessoa Idosa”:
 - a) Grau de Dependência I – pessoas idosas independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
 - b) Grau de Dependência II – pessoas idosas 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;

¹⁰ Onde se lê “idoso” considera-se hoje o termo “pessoa idosa”. O documento, produzido em 2007, ainda não estava de acordo com a designação “pessoa idosa”, que passou a vigorar a partir de 2021, com a Lei n. 151/21.

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

- Indivíduo autônomo - é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.
- Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI) - instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania (ANVISA, 2007, p. 3).

Assim, a ANVISA define os graus de dependência e a organização da vida da pessoa idosa na ILPI, assegurando-lhe conforto e segurança, pois cuidar da pessoa idosa envolve dedicação em um cotidiano marcado pela iminência de risco. Para isso, não somente a equipe deve estar completa, mas a instituição deve estar equipada para receber a pessoa idosa e ser facilitadora de confiabilidade e afeto, até porque muitas pessoas idosas que ali estão sequer foram consultadas com perguntas como: Onde você quer morar? Com quem você deseja viver? O que deseja fazer? Como deseja fazer?

A partir das diretrizes da ANVISA, a instituição deve promover convivência mista entre os residentes e favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações, incentivando a participação familiar e estimulando a pessoa idosa em sua autonomia e lazer.

Legalmente, a ILPI deve estar respaldada conforme a seguinte organização:

- A Instituição de Longa Permanência para pessoas Idosas 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 da pessoa Idosa, em conformidade com o Parágrafo Único, Art. 48 da nº Lei 10.741 de 2003.
- A Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas deve estar legalmente constituída e apresentar:
 - a) Estatuto registrado;
 - b) Registro de entidade social;
 - c) Regimento Interno.
- A Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas deve possuir um Responsável Técnico -RT pelo serviço, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local.
- O Responsável Técnico deve possuir formação de nível superior.
- A Instituição de Longa Permanência para pessoas idosas deve celebrar contrato formal de prestação de serviço com a pessoa idosa, 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 nº 10.741 de 2003.
- 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.

- A instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória a apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada.
- A instituição que terceirizar estes serviços está dispensada de manter quadro de pessoal próprio e área física específica para os respectivos serviços.

Recursos Humanos

- A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve apresentar recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:
 - Para a coordenação técnica: Responsável Técnico com carga horária mínima de 20 horas por semana.
 - 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.
 - Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 pessoas idosas, com carga horária de 12 horas por semana.
 - Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m² de área interna ou fração por turno diariamente.
 - Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.
 - Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 pessoas idosas, ou fração, diariamente.
 - A instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, deve exigir registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe.
 - 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 (ANVISA, 2007, p. 5).

Como se pode observar, as condições de funcionamento das ILPI são objetivamente estabelecidas pela ANVISA (Anexo B), tratando-se de um serviço com diretrizes, critérios e regulações bem definidas. Nesse sentido, cabe refletir se as instituições cumprem o seu papel com responsabilidade ao cuidar daqueles que já passaram por várias gerações, principalmente as coexistentes numa mesma família, numa convivência que não apaga os contornos geracionais, pois ainda se vislumbram lacunas importantes do ponto de vista do cotidiano de vivência e convivência das pessoas idosas nesse espaço institucional.

Por sua vez, observa-se crescentes demandas de proteção social postas não apenas por cidadãs/cidadãos “pobres” ou “desempregadas/os”, mas por uma maioria de cidadãs/ãos que

se percebem ameaçadas/os pelo risco de, a qualquer momento, perderem a segurança advinda de seus tutores modernos: o trabalho assalariado e o Estado.

Cabe indicar que tais mudanças ganharam atualmente uma originalidade fundamentada nos processos contemporâneos de globalização da economia, da informação, da política, da cultura, dos avanços tecnológicos e da transformação produtiva de uma sociedade complexa.

Adentrar para esse cotidiano e compreender os processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização das pessoas idosas residentes em ILPI a partir de suas trajetórias de vida é um dos desafios desta pesquisa, entendendo que nesta tríade processual as abordagens do cuidado e da proteção social se inscrevem como determinantes centrais, o que buscaremos decifrar no capítulo 2.

2. AS INTERFACES DO CUIDADO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Cuidar de outra pessoa, no sentido mais importante, é ajudá-la a crescer e a se realizar.

Noddings (2003)

A pesquisa apresentada neste capítulo dialoga com os serviços prestados à pessoa idosa no contexto de longa permanência, em que as políticas públicas de saúde e assistência social são centrais (como vimos no capítulo 1), sendo que ambas se localizam no âmbito do sistema de seguridade social, que remete à proteção social.

2.1. A expressão e a atitude do cuidado

Em se tratando de uma ILPI, o cuidado se torna uma abordagem central no cotidiano do serviço, tendo em vista a condição do processo de envelhecimento. Nesse sentido, entende-se que os referenciais trabalhados no campo da saúde se colocam como importante aporte a ser considerado no âmbito deste estudo, tendo em vista as diferentes perspectivas que a questão do cuidado envolve.

Na perspectiva da saúde coletiva, destacamos os seguintes aspectos analisados por Zoboli, Farcolli e Chiesa (2013):

Em vista da diversidade humana e social para “cuidar” em saúde coletiva é necessário cultivar a mútua acolhida, a abertura generosa e despojada dos conceitos e preconceitos, o reconhecimento do impacto das diversas inserções sociais no processo saúde-doença, pois será vista a diferença como diferença em si, e não como desigualdade ou inferioridade do outro e superioridade de si próprio ... Para a saúde coletiva, o cuidado é um processo que se transforma historicamente, relacionando-se, como nas demais práticas sociais, às formas de organização e de produção da vida social (ZOBOLI; FARCOLLI; CHIESA, p. 249-250).

Assim, a abordagem indicada pelas autoras articula o aspecto relacional, envolvendo a diversidade de inserções sociais, bem como o cuidado enquanto “processo que se transforma historicamente”. Desse modo, nota-se que a tarefa de cuidar se mostra complexa, seja para o cuidador familiar, seja para o serviço institucional. Por isso, para que o cuidado seja eficaz é necessário que essa população seja vista de forma estratégica, de modo que o trabalho flua sem causar danos à saúde física e mental da pessoa idosa.

Cuidar de uma pessoa idosa é uma atividade que requer manejo e experiência, por isso muitas vezes o familiar sente-se limitado em dar conta de tal responsabilidade, que requer

atenção diária, especialmente àqueles acometidos por doenças como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Alzheimer, dentre outras que os deixam acamados. O depoimento da enfermeira que trabalha na Casa de Repouso Vida Plena expressa a complexidade do cuidado em sua trajetória profissional.

Minha trajetória iniciou como auxiliar de enfermagem dentro do hospital, atendendo todas as alas e pegando experiência com todos os tipos de patologias, então trabalhei na maternidade, UTI, pronto-socorro, clínica médica, centro cirúrgico, e assim foi, né. E amando o que eu faço que é gostar de cuidar de vidas eu fiz o técnico de enfermagem, e no técnico de enfermagem aprendi muito também porque são muitas coisas relevantes e importantes a gente aprender na vida profissional, e depois de um ano e meio mais ou menos que eu tinha terminado o técnico de enfermagem, já 8 anos dentro do mesmo hospital que eu trabalhava que era o Hospital José Storopolli, que hoje é conhecido “hospital vermelhinho” muito conhecido, eu decidi pedir demissão foi quando eu resolvi fazer a universidade. Nesse tempo eu não tinha condições de pagar uma universidade, então tinha que fazer hora extra tanto a noite como de dia, e acabou que um ano eu tive que parar de estudar porque eu não tinha mais condições, e foi muito difícil pra mim porque eu amo muito o que eu faço, mas ao final do tempo deu tudo certo, eu negocieei e continuei, e quando eu peguei meu diploma como enfermeira eu falei pros meus filhos que estavam ali presentes e minha família, que eu iria honrar esse meu compromisso, meu certificado e aí então dei esse início a minha carreira, eu pedi demissão de 8 anos de empresa porque lá não tinha a possibilidade de promoção de vaga para auxiliar ou técnico pra enfermeiros, então fui trabalhar numa empresa cooperativa e eu me dei logo de cara com uma UTI neonatal e pediatria, então imagina uma pessoa sem experiência, na prática é uma coisa no papel é outro, mas foi muito gratificante trabalhar com os bebezinhos, nas incubadoras, enfim, e ali deu início o meu trabalho. De lá eu passei por vários outros hospitais, até cheguei um dia num registro em carteira, e eu tive o prazer de conhecer o Doutor Osvaldo que trabalhou comigo chefe de pronto-socorro da Samcil, que hoje já não existe mais, e ele me fez um convite “Lu, você tem muito potencial, vamos dar aula?” e fiquei “como assim, dar aula?”. Onde eu me formei na Universidade Bandeirantes de São Paulo, que é UNIBAN, hoje praticamente não existe mais, é Universidade Anhanguera, eu comecei a dar aula e ali começou minha vida relacionada a questão de disciplinas, e dentro das disciplinas dentro da sala de aula, e fui convocada pra trabalhar também em estágios, e dentro desses estágios, juntamente formando futuros enfermeiros eu tive a possibilidade de conhecer também trabalhos em casa de repouso, e aí foi onde meu coração foi tocado, quando eu entrava dentro dessas casas de repouso, são várias aqui em São Paulo, principalmente na Zona Norte iniciou-se ali o desejo no meu coração, ou seja, ali iniciou a minha verdadeira trajetória de cuidar de idoso, e desde então, de 2010 nós estamos hoje em 2021, nasceu a Casa de Repouso Vida Plena, e eu “estou” muito satisfeita porque eu amo cuidar dos meus velhinhos que são minhas crianças que envelheceram (MARIA LUCINETE, 2021).

Aqui a gente trabalha com a parte de clínica médica, medicação, a troca do paciente, você tem que prestar atenção em muitos que não conseguem se comunicar, você tem que estar sempre alerta com o risco de queda, os

perigos que envolvem eles, feridas, curativos também a gente tem essa parte, a alimentação deles também, aqui a gente tem que dar na boca em muitos casos, auxilia a alimentação, a medicação, muitos se você der na mão eles jogam fora, você tem que estar olhando, prestando atenção nessa parte, se ele está se alimentando corretamente e tomando a medicação certa também (IOLANDA, 2021).

A compreensão do cuidado é o modo de ser, pois sem o cuidado o homem deixa de ser humano. Essa é a fundamentação de cunho filosófico que o tema propõe, tendo em vista que a afirmação de que o cuidado é o que confere a condição de humanidade às pessoas é uma afirmação lógica, considerando os pressupostos de Heidegger. Conforme essa perspectiva filosófica, o ser humano vive o significado de sua própria vida por meio do cuidado, em que se atesta ser o cuidado o ethos do humano – como um modo de ser essencial, que se encontra na raiz do ser humano, evidência de difícil negação. Para Braunstein (2012),

Cuidado é uma atividade ou atitude que envolve mecanismos psicológicos (afetivo racional e comportamental) congruentes ou dissonantes, conflitantes, paradoxais, que envolvem concordância e contradições sociais [...], permeando a esfera da identidade do si mesmo, do mim mesmo e que se expressam enquanto configurações sociais nas dimensões qualitativas do campo de abrangência da conexão humana, e da empatia (BRAUNSTEIN, 2012, p. 25).

Tudo existe na relação com o outro e com o mundo ao redor. Para Boff (2014, p. 181), essa vida é vida com outras vidas, a ética do respeito à vida sempre deverá ser “com-viver” e “com-sofrer” (*miterlebemundmiterleiden*) com os outros. Ainda para Boff (1999), o cuidado deriva de *cogitare-cogitatus*, e somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro.

[...] cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. De acordo com o autor, tomando como referência o “cuidado necessário”, o cuidado remete à palavra latina *cura* (ou *coera*). Porém, de forma erudita também em português, cura significa exatamente cuidar e tratar, como se pode ler nos dicionários: “Os nossos maiores curavam (cuidavam, e se preocupavam) [...] O cuidado não se esgota num ato que começa e acaba em si só”. Nesse contexto, cuidado corresponde a uma atitude, fonte permanente de atos, atitudes que derivam da natureza do ser humano (BOFF, 1999).

Segundo Silva (2013), o “cuidado de si” tem origem na expressão grega *epimeléiaheautoû*, e não se reduz ao cuidado do corpo biológico, nem se refere ao individualismo ou ao culto de si mesmo tão exacerbado nos dias atuais. Mas o cuidado tem explicação ética e filosófica, que expressa um “modo de ser”, de olhar o outro e a si mesmo,

de nos assumirmos, nos transformarmos, e que põe em questão o instituído, inclusive o *status* de sujeito do conhecimento.

Nesse âmbito duas significações são preponderantes no cuidado enquanto atitude. A primeira designa o desvelo, solicitude e a atenção, a diligência e o zelo que se devota a uma pessoa. Ou seja, o cuidado ou o ato de cuidar expressa que o outro tem importância porque se sente envolvido com sua vida e com seu destino. No caso de nosso foco de pesquisa, a pessoa idosa ao perceber que cabe na vida do outro, sente que faz parte de seu cotidiano, de seu contexto, de sua história, e, desse modo, reconhece que passa a ser olhado e percebido não como algo pesado, mas como um “somador” de experiências do dia a dia.

O segundo sentido deriva do primeiro. Por causa do envolvimento afetivo, o cuidado passa a significar a preocupação, a inquietação, a perturbação e até o sobressalto pela pessoa a qual se está ligado por laços de parentesco, amizade, proximidade, afeto e amor. Cuidar e ser cuidado são duas demandas fundamentais de nossa existência pessoal e social. Nesse contexto, o cuidado caminha em mão dupla, pois do mesmo modo que o sujeito do cuidado é acolhido pelo cuidador, também o acolhe não só afetivamente, mas também financeiramente. Cuidado, portanto, pertence à condição humana.

Cabe, ainda, contextualizar o tema cuidado a partir da narrativa apresentada pela Fábula de Higino¹¹, escrita por Heidegger, que trata da criação do ser humano, como decifrada por Boff (1999).

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo, pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo: receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil (BOFF, 1999, p. 46).

¹¹ Seu nome completo é Gaius Julius Hyginus. Segundo Boff (1999), os dados mais seguros sobre Gaius Julius Hyginus estão em *Paulys Real Encyclopedia* e *Der Classischen Altertum Swissenschaft*, v. 19, Stuttgart, 1918, colunas 628-651.

Boff (1999) se utiliza da Fábula (mito elaborado por Higino) para trabalhar suas reflexões sobre o cuidado como o modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura no mundo com as outras pessoas, expressando dois modos de ser-no-mundo: o cuidado e o trabalho. Ainda, de acordo com o autor, a relação não é de domínio, mas de “con-vivência”, ou seja, inter-ação e comunhão, numa relação que se comunica.

O “modo-de-ser-no-mundo” se dá na forma de inter-ação e intervenção; é pelo trabalho que se faz tudo; pelo trabalho constrói seu habitat [...] o trabalho está presente no dinamismo da própria natureza, é uma construção racional, por uma lógica de dominação. Por sua vez, o “modo-de-ser-cuidado” não está sobreposto ao “modo-de-ser-trabalho”, mas não é uma relação de domínio, mas de sujeito-sujeito (BOFF, 1999).

A atitude do cuidado se expressa nas mais antigas lembranças de ser cuidado, que são universalmente acessíveis. Assim, o cuidado e o compromisso em mantê-lo, segundo Noddings (2003), constituem o cerne universal da ética, pois precisamos desde o início estabelecer um quadro convincente e abrangente do cuidado, ou seja, a relação do ser humano com o cuidado é nata, e sem ela a existência do homem torna-se plenamente impossível.

Nessa perspectiva, o cuidado é considerado uma atribuição humana que se conecta ao “modo-de-ser-no-mundo” e envolve múltiplas dimensões da vida, como o trabalho e as relações consigo mesmo. Noddings (2003) parte do pressuposto de que quando o cuidado está dirigido a coisas vivas deve-se considerar sua natureza, modos de vida, necessidades e desejos. E, embora essas esferas sejam impossíveis de serem plenamente abrangidas, se busca compreender a realidade do outro. Portanto, só se compreende a realidade do outro na medida em que se vai despidendo da própria realidade, muito embora tal realidade seja ímpar e não ocupe um lugar de importância em relação à do outro.

Ainda que o cuidado não possa ser realizado em sua plenitude, já que ninguém é capaz de suprir o outro em sua totalidade, cabe considerar os próprios limites sem desconsiderar os limites do outro, considerando seus valores, suas crenças e seu “modo-de-ser-no-mundo”, que envolve as múltiplas relações: sociais, religiosas, políticas, de trabalho, entre outras. É o que expressa José Donizete em seu depoimento:

[...] eu estou acolhido por pessoas que ao menos entendem um pouco do que tá acontecendo comigo porque eles trabalham com isso, mas nada é igual a minha casa (JOSÉ DONIZETE, 2021).

No processo de envelhecimento captar este “modo-de-ser-no-mundo” do sujeito em envelhecimento é parte importante do cuidado do ponto de vista do/a cuidador/a. Assim, ainda dialogando com Noddings (2003), ao se cuidar mais profundamente daqueles que fazem parte dos círculos internos e mais superficialmente daqueles que estão mais afastados da vida pessoal, o cuidado no âmbito do trabalho institucional corre o risco de perder sua essência, configurando-se como um cuidado estritamente técnico e não técnico humanizado, ao passar a ser um cuidado seletivo e por aproximação.

Para Noddings (2003), a pessoa idosa é igualmente sujeito do cuidado (e não objeto), sendo que sente o prazer ou o interesse nos olhos do/a cuidador/a e sente o seu calor tanto na linguagem verbal quanto na linguagem corporal. O cuidado passa a se expressar nas relações estabelecidas, ganhando força quando o sujeito do cuidado é alguém mais próximo ou mesmo um familiar. No entanto, há também momentos em que o cuidador não se dispõe a cuidar do sujeito do cuidado como deveria, devido ao desgaste físico e emocional previsível com o decorrer do tempo. Por outro lado, há momentos que o cuidador se dispõe independentemente de sua idade, como se constata na situação de pessoas idosas cuidando de pessoas idosas.

Assim, há pessoas idosas vivendo momentos diferentes no que diz respeito à sua vida cotidiana. Para Quaresma (2020), na velhice é possível identificar dois grupos: os autônomos e os dependentes, sendo que seu valor tem variação em função do nível de autonomia e de dependência, uma premissa que, verdadeira ou falsa, produz a estigmatização e desvalorização dessa população.

De acordo com Rocha et. al (2008), socialmente, com o aumento da expectativa de vida constata-se o aumento significativo no número de pessoas idosas que passaram a ocupar o papel de cuidadores de outras pessoas idosas devido a fatores como vontade própria, escolha familiar ou disponibilidade, pois apenas a minoria das famílias contrata auxílio profissional ou opta por contratar as chamadas casas de repouso para desempenhar essa função, sendo que nas famílias as mulheres são as principais responsáveis pela assistência destinada às pessoas idosas que necessitam de cuidados.

Não raramente essas mulheres cuidadoras também são pessoas idosas ou estão próximas de se tornarem, sendo esposas ou filhas que moram com a pessoa idosa vulnerável e, na maioria dos casos, não recebem ajuda de outros para realizar o cuidado. Assim, é importante conhecer o perfil das pessoas idosas que assumem o papel de cuidadores de outros a fim de subsidiar os serviços de saúde no planejamento de uma assistência de qualidade.

Embora haja na literatura um acervo de trabalhos que apontam o perfil das/os cuidadoras/es idosas/os, há certa limitação quanto a estudos que identifiquem sua condição física e psicológica.

Para Michelleto (2011), embora o envelhecimento não seja uma doença, mas uma mudança de estrutura e funções corporais, causa debilidade em atividades diárias (como perda de visão, perda de audição, dificuldade de locomoção, perda de equilíbrio e diminuição no tempo de reação), o que gera a necessidade de maior atenção e cuidado para com as pessoas idosas que exercem o papel de cuidadoras/es.

Nessa relação há fatores a considerar tanto da perspectiva da pessoa idosa cuidadora/or (que pode sentir angústia diante da sensação de limitação) como para a pessoa idosa sujeita/o do cuidado (que, diante da angústia da/o cuidadora/or, pode não se sentir acolhida/o). No entanto, para a/o sujeita/o do cuidado, a não-ação em sua defesa é tão importante ou influente quanto a atitude da/o cuidadora/or. Nesse sentido, também é angustiante para a pessoa idosa não saber se está sendo aceito por sua/seu cuidadora/or, se sua relação é harmônica ou desarmonica.

Heidegger (2015), afirma que angustiar-se

[...] abre, de maneira originária e direta, o mundo como mundo [...] A angústia se angustia pelo próprio ser-no-mundo. Na angústia perde-se o que se encontra à mão no mundo circundante, ou seja, o ente intramundano em geral. Ainda dentro da visão filosófica a dimensão humana; o cuidado está atrelado à sobrevivência, e o ato de cuidar está ao alcance de qualquer pessoa, pois faz parte da dimensão humana do ser humano, mas percebe-se que este por si só impõe seus limites.

Há, portanto, outro campo do cuidado a ser explorado: o da responsabilidade pública quanto à proteção social, sendo que no caso brasileiro podemos destacar a política de assistência social, regida pelo SUAS (2005), fundamentada na função de proteção social, juntamente com as funções de defesa de direitos e vigilância socioassistencial. Portanto, essa política, que compõe o tripé da Seguridade Social, é igualmente entendida como uma política de proteção social e tem sido central no atendimento e acompanhamento de famílias com pessoas idosas institucionalizadas, como já delineado no capítulo 1.

2.2. Cuidado à pessoa idosa na perspectiva da proteção social

No Brasil o modelo de assistência social em sua origem foi baseado nas casas de misericórdia e no sentimento de compaixão pelo outro sob os valores religiosos da Igreja Católica. Desse modo, herdou a prática secular da ajuda ao próximo e, com isso, de acordo com Sposati (2013), a ação da política pública ou da responsabilidade institucional de um órgão estatal ficou equivocadamente identificada como exercício de ternura, amor, caridade, solidariedade e ausência de egoísmo humano.

Sendo assim, a concepção do direito à proteção, que supõe continuidade e certeza em sua garantia, se configura como muito novo no campo da assistência social, dadas as marcas históricas de cunho filantrópico e religioso. Acrescenta-se, nesse contexto, a ideia de tutela, que perpassa a lógica da formação sociopolítica brasileira, em que as relações sociais foram baseadas em matrizes hierárquicas e autoritárias: entre colonizador e colonizado, senhores e escravos, como súditos recebedores de benefícios e favores e não como cidadãos portadores de direitos¹².

De acordo com Sposati (2009, p. 22) uma política de proteção social contém o “conjunto de direitos civilizatórios de uma sociedade e/ou o elenco das manifestações e das decisões de solidariedade de uma sociedade para com todos os seus membros. É uma política estabelecida para segurança, respeito à dignidade e preservação de todos os cidadãos”, e que foi consagrada apenas no final do século XX, com a Constituição Federal de 1988. No entendimento de Behring e Boschetti (2008, p. 142), os que apostaram na Constituinte como um “espaço de busca de solução para os problemas essenciais do Brasil depararam-se com uma espécie de híbrido entre o velho e o novo [...] uma Constituição programática e eclética, que em muitas ocasiões foi deixada ao sabor das legislações complementares”.

Podemos considerar que o hibridismo entre o velho e o novo abordado pelas autoras expressa os conflitos de interesses de classe, entre a multiplicidade de setores políticos e econômicos, incluindo os movimentos de luta pelos direitos à saúde, educação, habitação e assistência social. Não sem motivo, portanto, é que somente cinco anos após a Constituição Federal/1988 foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), para que de fato os

¹² Importa destacar a distinção que Chauí (2001) faz entre a formação e a fundação societária brasileira, salientando que a formação implica na “continuidade ou descontinuidade dos acontecimentos, percebidos como temporais”, enquanto a fundação “pretende situar-se além do tempo, fora da história, num presente que não cessa nunca [...] põe a transcendência e a imanência do momento fundador [...] fundação como mito” (CHAUÍ, 2013, p. 9-10). Nesse sentido, o autoritarismo se configura como “mito fundador”, que tem permanecido nas relações sociais brasileiras, incluindo aqui as políticas públicas. O “autoritarismo” também é decifrado por Schwarcz (2019), traçando as rotas socio-históricas pelas quais essa marca tem se revelado no caso brasileiro.

direitos sociais assegurados constitucionalmente pudessem começar a ser garantidos. Promulgada em 1993, a LOAS regulamenta a assistência social como uma política não contributiva, tendo o Estado como principal responsável, além de determinar os serviços, benefícios, programas e projetos de enfrentamento à desigualdade social.

De acordo com Cardoso (2017), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (aprovada pela Resolução do CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004) estabelece as diretrizes para a efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, salientando sua especificidade e, ao mesmo tempo, seu caráter de incompletude no campo das políticas sociais e de proteção social, ao afirmar “a necessidade de articulação com outras políticas, das expressões da questão social”.

Ainda segundo a autora, a PNAS/2004 confere ao campo da assistência social a característica de uma ampliação do escopo da proteção social dos brasileiros, de alcance do direito de cidadania, superando a leitura de proteção, como defende Sposati (2011, p. 115), em “condições concretas”: “do lugar onde se vive; de condições relacionais com quem se conta; e de condições reais ofertadas em que o Estado assume responsabilidade por garantir serviços e benefícios que garantem as seguranças sociais”.

Por sua vez, o SUAS (2005) objetiva a gestão da política de assistência social de forma descentralizada e participativa, significando um grande avanço ao assumir o compromisso de desenvolver um sistema integrado de proteção social para o atendimento das necessidades sociais, assim como normatizar as funções dessa política: a vigilância social, a proteção social e a defesa social e institucional (NOB/SUAS, 2012).

A Proteção Social Básica (PSB) tem caráter preventivo, com serviços executados de forma direta nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), abarcando um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios com o objetivo de prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (art. 6 da Lei 12.435/2011).

Já os serviços de Proteção Social Especial (PSE) destinam-se a indivíduos e grupos em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social, decorrentes de abandono, privação, perda de vínculos, exploração, violência, dentre outras. Conforme preconiza o art. 6 da Lei n. 12.435/2011, a PSE objetiva contribuir para construção de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direitos, o fortalecimento de potencialidade e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

O campo da Proteção Social Especial de Média Complexidade objetiva atender as famílias e indivíduos com os seus direitos violados, mas que ainda possuem vínculos familiares e comunitários, envolve o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, objetivando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário, atuando diretamente com as violações de direitos.

Conceitua-se o CREAS como unidade pública estatal, de abrangência municipal ou regional, referência para oferta de trabalho social a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social por violação de direitos que demandam intervenções especializadas no âmbito do SUAS, compreendendo um conjunto de aspectos como: infraestrutura e recursos humanos compatíveis com os serviços ofertados, trabalho em redes, articulação com as demais unidades e serviços da rede socioassistencial das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, além da organização de registro de informação e o desenvolvimento de processo de monitoramento e avaliação das ações realizadas. Além disso, oferta obrigatoriamente o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos –PAEFI (BRASIL, 2011). Portanto, os serviços de acolhimento compõem a PSE de alta complexidade.

Dessa forma, a assistência social enquanto política de proteção social não se limita a responder às demandas de desproteção social relativas ao ciclo de vida ou à análise de renda per capita de uma família, materializando-se pela garantia do conjunto de seguranças sociais traçadas na tipificação no sentido de redução de riscos sociais e vulnerabilidades sociais. O SUAS (2005), por meio de serviços especializados, mantém uma rede de proteção às pessoas idosas, que atende pessoas com mais de 60 anos com o objetivo de contribuir para o envelhecimento ativo e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, como podem ser identificados no quadro a seguir:

Quadro 5 – Descrição dos serviços socioassistenciais às pessoas com mais de 60 anos

SERVIÇO	ATENDIMENTO
Núcleos de convivência do “idoso” (NCI)	É um serviço de proteção social, convivência e fortalecimento de vínculos aos idosos com idade igual ou superior a 60 anos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social. Oferece atividades socioeducativas planejadas baseadas nas necessidades, interesse e motivação de suas histórias e vivências individuais e coletivas na família e no território.
Centro de Referência da Cidadania do “Idoso”	Serviço de referência, proteção e defesa de direitos da pessoa idosa, que oferece atendimento de modo individual e coletivo e estimula a participação social. É um espaço difuso de conhecimento e intercâmbio de experiências inovadoras objetivando fortalecer as políticas públicas e disseminar práticas qualificadas para os demais parceiros da rede de proteção ao idoso. Além da atenção aos idosos, é referência para qualificação institucional e defesa dos direitos, mantendo estratégias de trabalho articuladas com a rede de proteção social ao idoso.
Centros de acolhida especial para “idosos”	São espaços de atendimento integral a idosos independentes, em situação de rua. O serviço oferece abrigo garantindo acolhimento e resgate da cidadania. A forma de acesso é por meio dos Centros POP e na ausência deste, por meio do CREAS.
Instituição de Longa Permanência para Idoso (ILPI)	O serviço oferta abrigo, alimentação, atividades socioeducativas, trabalho psicossocial e encaminhamentos para pessoas idosas que apresentam risco pessoal e social, fragilidade, dependência física e /ou cognitiva, prioritariamente sem vínculos familiares. A forma de acesso é por meio do CREAS da região de moradia, que realizará visita domiciliar e também encaminhará o idoso para avaliação junto à saúde.
Centro Dia para Idosos (CDI)	Este é um serviço voltado para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social, com grau de dependência física e /ou cognitiva. O serviço possui ações integradas com a saúde do território. Nesses locais, os idosos podem passar o dia recebendo cuidados especiais como alimentação, terapia ocupacional, atendimento multidisciplinar, além de participar de oficinas, enquanto o familiar estiver trabalhando. O funcionamento do serviço é de 2ª a 6ª das 7h às 19h, e a forma de acessar é por meio do CREAS da região de moradia, que realizará visita domiciliar e também encaminhará o idoso para uma avaliação junto à saúde.

Fonte: BRASIL, 2009. Elaboração própria.

Segundo Gutierrez et al. (2020, p.105), o Centro Dia para Idoso está voltado para “permanência diurna dos idosos com perda de capacidade instrumental ou funcional e permite conciliar a convivência familiar dos idosos com a participação no mercado de trabalho por parte dos cuidadores familiares”.

Segundo a Portaria n. 65/SMADS/2016, o CDI tem como objetivo:

[...] atender e possibilitar a pessoa idosa proteção social especial e cuidados pessoais, prevenindo a institucionalização e a segregação com

vistas a promover a sua inclusão social, por meio do fortalecimento das relações familiares e cuidadores. Além de proporcionar um espaço para atender idosos que possuem limitações para realização das atividades de vida diária (AVD) que convivem com suas famílias, porém não dispõem de atendimento de tempo integral no domicílio (SMADS, 2016).

Os critérios de inclusão da pessoa idosa no CDI são: pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, prioritariamente beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e em situação de pobreza, incluídas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), com diferentes necessidades e graus de dependência, que não tenham condições de permanecerem sozinhos nos domicílios.

No Brasil, de acordo com Alvarez (2020), o Centro Dia para Idoso (CDI) é uma das modalidades de atenção à pessoa idosa semi-dependente que vem ganhando destaque, cujo objetivo é ofertar o cuidado integral à pessoa idosa e família, promovendo a participação social e a preservação da capacidade funcional. Para isso, as intervenções vão além do tratamento farmacológico e envolvem intervenções interprofissionais, amplas e abrangentes, contando também com o fortalecimento da rede de cuidados sociofamiliar e da comunidade.

O CDI encontra-se em consonância com o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003) preservando a possibilidade de cuidados às pessoas idosas no domicílio e propiciando que permaneçam perto de suas famílias por um tempo maior, com oportunidade de exercer seu papel social e de desfrutar dos vínculos familiares e comunitários. O advento do CDI consiste em um grande avanço e pode gerar frutos a médio e longo prazo no cenário de conhecimentos sobre intervenções que se mostram mais efetivas a esse público na perspectiva do fortalecimento dos vínculos sociais. Segundo Cereda (2007), a pessoa idosa usuária de CDI pode aumentar sua funcionalidade objetiva após seis meses de participação e que idosos com declínio cognitivo, quando inseridos em CDI, “podem gerar menos custos aos cofres públicos, postergando o período de institucionalização” (GUTIERREZ et al., 2020, p. 105).

Em âmbito nacional percebem-se alguns avanços nas três esferas de governo em relação a serviços voltados à pessoa idosa. O estado e o município de São Paulo criaram serviços por meio de políticas públicas relacionadas aos cuidados intermediários da pessoa idosa que asseguram por meio de leis e portarias a implantação de CDI público para população mais vulnerável.

Contudo, devido ao curto período de execução desse serviço, destacam-se desafios na gestão e operacionalização da oferta, bem como a necessidade de desenvolvimento de

instrumentos de avaliação compatíveis com a nossa realidade. No Brasil, a fiscalização e monitoramento da qualidade prestada pelos serviços para a população idosa compete a órgãos como Ministério Público, Vigilância Sanitária e Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa.

Segundo dados do GCMI de São Paulo levantados por Gutierrez et al. (2020), em 2018 encontravam-se cadastrados três CDI particulares e oito públicos, totalizando onze serviços. Em relação às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) estavam cadastradas 165 particulares e 28 públicas, totalizando 196 ILPI. Verifica-se que o número de CDIs cadastrados é significativamente mais baixo comparado às ILPI, e presume-se que esse dado se dá por ser uma modalidade nova de cuidados e também pela ausência de regulamentação específica para este novo formato de serviço, embora desde 2009 os Centros Dia estejam previstos pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2011) como unidades de atendimento de média complexidade para atender pessoas idosas “com dependência, seus cuidadores e familiares com vivência de violação de direitos que comprometam sua autonomia” (BRASIL, 2009, p. 38-39).

Portanto, se por um lado há o reconhecimento da importância do CDI para a tríade pessoa idosa/família/cuidador, por outro lado os estudos e formulações no âmbito da gestão de ações e controle da qualidade desses serviços se apresenta de forma tímida. Importa ressaltar que este serviço especializado à pessoa idosa dependente objetiva:

- Acessos aos direitos socioassistenciais;
- Redução e prevenção de situações de isolamento social e de abrigo institucional;
- Diminuição da sobrecarga dos cuidadores advinda da prestação continuada de cuidados a pessoas com dependência;
- Fortalecimento da convivência familiar e comunitária;
- Melhoria da qualidade de vida familiar;
- Redução dos agravos decorrentes de situações violadoras de direitos;
- Proteção social e cuidados individuais e familiares voltados ao desenvolvimento de autonomias. (BRASIL, 2009, p. 39)

Esse provavelmente é o grande desafio para a implantação da política de atenção a pessoa idosa, de forma a efetivar os benefícios previstos para esta modalidade assistencial aos diferentes atores sociais envolvidos:

- 1) Para a Família: ter a possibilidade de desenvolver suas habilidades laborais; dividir a sua carga física e psíquica; diminuir intrigas familiares; ter apoio emocional; compartilhar suas angústias; ter segurança; sentir-se valorizado e melhoria da qualidade de vida;
- 2) Para a Pessoa Idosa: permanecer ativo; preservar sua capacidade funcional; atuar e participar no seu contexto familiar; conviver com outras

- pessoas; receber atenção e carinho; sentir-se valorizado; ter dignidade humana e aumentar a sua longevidade;
 3) Para o profissional: desenvolvimento de competências técnico-científicas; empregabilidade e prazer no trabalho;
 4) Para o Estado: diminuição de gastos com serviços de longa permanência;
 5) Para o Ensino: campo de estágio para aperfeiçoar a formação profissional;
 6) Para o Pesquisador: campo de Pesquisa.

Observamos, portanto, que o cuidado na perspectiva da proteção social implica na compreensão sobre a importância da integralidade dos serviços socioassistenciais voltados para a pessoa idosa e o quanto o investimento na convivência e fortalecimento de vínculos sociais por meio de serviços específicos na Proteção Social Básica (Núcleos de Convivência, Centros de Referência) ou na Proteção Social Especial, como o Centro Dia, se colocam como fundamentais na “redução e prevenção de situações de isolamento social e de abrigamento institucional” (BRASIL, 2009, p. 39).

Nessa perspectiva adentraremos uma abordagem sobre cuidados paliativos e abordaremos a integralidade no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

2.3. O lugar dos cuidados paliativos no âmbito do SUS

Embora o tema dos cuidados paliativos não se constitua como foco desta tese, consideramos importante abordar essa dimensão, tendo em vista sua correlação com situações particulares que venham a ocorrer com pessoas idosas residentes em ILPI.

Cuidado Paliativo é o cuidado total e ativo de pacientes cuja doença não é mais responsiva ao tratamento curativo. São da maior importância: o controle da dor e de outros sintomas como também os problemas psicológicos, espirituais e sociais. O objetivo do cuidado paliativo é a aquisição de uma melhor qualidade de vida para os pacientes e seus familiares (NASCIMENTO- SCHULZE apud ANDRADE, 2007, p. 37).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incorporou os Cuidados Paliativos (CP) em 1980, definindo-os como a base dos cuidados em saúde para melhorar a qualidade de vida (QV) das pessoas e suas famílias durante o processo de adoecimento, formando um modelo de atenção às doenças avançadas, em fase terminal e em luto.

A necessidade de Cuidados Paliativos é estimada em 40 milhões de pessoas por ano, a maioria delas em casa, sendo evidente que a integração do atendimento aos CP nas residências traz múltiplos benefícios. No entanto, estima-se que apenas 14% das pessoas que

necessitam de Cuidados Paliativos os recebem, enquanto 78% dessas pessoas vivem em países de baixa ou média renda, o que revela iniquidades globais.

A atual crise sanitária decorrente do coronavírus evidenciou as fragilidades do sistema de saúde, especificamente na Atenção Básica à Saúde (ABS), sendo necessário o desenvolvimento de uma abordagem integrativa. Desse modo, ficou reiterada a importância dos Cuidados Paliativos diante das doenças limitantes da vida, tais como a COVID-19, indicando também o papel primordial dos profissionais da saúde nessa tarefa como pilar tanto das equipes de Cuidados Paliativos quanto de Atenção Básica à Saúde.

Embora a COVID-19 afete pessoas de todas as idades, é mais grave naquelas com mais de 65 anos e que apresentam doenças crônicas. Por isso, é necessário aprofundar as estratégias já estabelecidas na atenção básica, como programas de dependência grave, visitas domiciliares e diversos protocolos/regulamentações para o cuidado da pessoa idosa em Cuidados Paliativos no contexto de pandemia.

Para Fhon (2021), é fato que os fenômenos de transição de cunho epidemiológico e demográfico nos levam a constatar que a população brasileira hoje vive muito mais, ainda que sendo acometida por doenças graves, que ao longo dos anos se tornaram passíveis de cura ou controle. Esse fato se deve à combinação de diversos fatores, no que diz respeito aos avanços na área da saúde e em outras esferas da sociedade.

Destaca-se, ainda, a melhoria nas condições da saúde, assim como na consolidação das políticas públicas, pois o sistema de proteção tornou-se o principal elo utilizado pelos pacientes para acesso às modalidades de tratamento disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A pessoa com condição que ameaça a continuidade da vida tende a manifestar o sofrimento físico, psíquico, social/familiar e/ou espiritual/existencial, estendendo-o a seus familiares e amigos. Os cuidados paliativos, abordagem voltada para prevenção e alívio do sofrimento humano, é uma ferramenta assistencial de grande relevância para a dignidade humana às pessoas e familiares que se encontram nessa situação.

A dimensão biológica ou física do idoso, mesmo antes da infecção pelo coronavírus, em muitos deles já se apresentava frágil devido ao processo de senescência¹³ e senilidade. Porém, com essa condição aguda infecciosa, essa fragilidade pode exacerbar-se causando importante risco de sofrimento e morte às pessoas idosas.

¹³ Abrange todas as alterações no organismo humano no decorrer no tempo e que não configuram doenças. São, portanto, as alterações decorrentes de processos fisiológicos do envelhecimento.

Na dimensão física do cuidado, prevenir e controlar sintomas, além de proporcionar condições para que a pessoa desempenhe com autonomia suas atividades de vida diária, são os princípios fundamentais dos Cuidados Paliativos e importantes propiciadores de bem-estar. Para que este cuidado seja realizado com qualidade, faz-se necessária uma avaliação das condições físicas da pessoa e de suas necessidades de saúde, levando em consideração sua singularidade para o planejamento das intervenções.

O envelhecimento envolve diversas experiências que impactam na saúde mental, como aposentadoria, redução do círculo social, ninho vazio, perda da saúde, dependência funcional, morte de familiares e/ou amigos, entre outras. Além disso, nesta fase, as doenças crônicas e/ou comorbidades, principais causas da necessidade de Cuidados Paliativos, se acentuam, sobretudo no atual contexto, em virtude da pandemia. O risco de exposição ou infecção por coronavírus está presente cotidianamente e coopera para intensificar o medo, a angústia, a desesperança e o estresse, bem como favorece alterações psicológicas como ansiedade, depressão e incerteza.

De acordo com Andrade (2018), as doenças por si só não trazem obrigatoriamente piora na qualidade de vida; no envelhecimento, a perda da capacidade funcional, ou seja, o desempenho das funções do dia a dia e, conseqüentemente, a perda da autonomia é que resulta em prejuízos à vida, sendo essa perda da capacidade funcional estritamente relacionada às doenças comuns nas pessoas idosas.

Ainda dialogando com a autora, mesmo com problemas clínicos, a pessoa idosa pode viver bem e ser independente, mas há um limiar de incapacidade que divide os dependentes dos independentes.

Piora do quadro clínico, eventos externos (quedas, fraturas, acidentes) ou “infecções” oportunistas (pneumonias, infecções urinárias) podem ocasionar alterações que provocam a ultrapassagem desse limiar: de independente o idoso passa a ser dependente para as atividades básicas da vida (ANDRADE, 2018, p. 19).

Assim, busca-se reduzir ou até evitar o período de incapacidade, o que nem sempre é possível, posto que as “várias velhices” demandam ações diferentes por haver pessoas idosas acometidas por diversas doenças crônico-degenerativas mal controladas (ANDRADE, 2018). Cabe ressaltar que as “várias velhices” relacionadas à diversidade de doenças crônico-degenerativas se encontram relacionadas, por sua vez, ao contexto socioeconômico e territorial:

Tal fato está estritamente relacionado às condições de vida, à situação econômico-financeira, ao local onde vive, ao acesso aos serviços de Saúde, ao tipo de trabalho que realiza, à alimentação de que dispõe e aos diferentes fatores externos e internos que moldam hoje nossas diferentes “velhices” (ANDRADE, 2007, p. 56).

Desse modo, o envelhecimento funcional precede o cronológico, quando não de forma precoce. Paralelamente a essa questão, destaca-se também o avanço tecnológico, que tem como consequência o aperfeiçoamento de muitas propostas terapêuticas, o que também contribui para a atual configuração dessa realidade, possibilitando aos pacientes conviverem com doenças que, anos atrás, caracterizavam-se por sua letalidade. De acordo com Lopes (2014),

Pacientes cuja doença ameaça a continuidade da vida, e que são erroneamente denominados terminais, já foram submetidos previamente às modalidades terapêuticas de tratamento, estas, por sua vez, não combatem a irreversibilidade da patologia. Tanto o envelhecimento populacional, processo que acarreta o surgimento de doenças incapacitantes, quanto o aumento da prevalência das patologias crônico-degenerativas, algumas delas com inevitável progressão, são realidades que caracterizam o cenário atual da saúde. Torna-se cada vez mais freqüente a incidência de pessoas gravemente enfermas que necessitam de cuidados integrais, sobretudo no momento em que as doenças não respondem de maneira satisfatória às abordagens curativas (LOPES, 2014, p. 38).

Esse reconhecimento dos limites das alternativas de tratamento curativo faz parte do curso de algumas doenças, e é nesse instante que os Cuidados Paliativos são adotados como proposta terapêutica.

No entendimento de Maciel e Oliveira (2008), à medida em que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável, os Cuidados Paliativos crescem em significado, surgindo, assim, a necessidade dessa intervenção na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade.

De acordo com Lopes (2014), os Cuidados Paliativos constituem uma modalidade de atenção direcionada aos pacientes cuja patologia encontra-se em estágio avançado, progressivo e incurável. E que, mediante a gravidade do quadro clínico, essa assistência torna-se necessária quando não há possibilidade de oferta de um “tratamento modificador da doença” e, por essa razão, é certo o surgimento de inúmeros sintomas.

Portanto, os Cuidados Paliativos surgem numa perspectiva de extrema necessidade pela fragilidade em que se encontra o paciente, necessitando de um tratamento humanizado no

momento de dor ou mesmo de sua morte, já que este, por muitos anos, foi deixado ao esquecimento voluntário, quando não, involuntário.

De acordo com Maciel (2008), Cuidados Paliativos e medicina paliativa requerem conhecimento técnico refinado, aliado à percepção do ser humano como agente de sua história de vida e determinante do seu próprio curso de adoecer e morrer:

Valoriza-se a história natural da doença, a pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer. Promove-se em contrapartida, uma atenção dirigida para controle de sintomas e promoção do bem-estar ao doente e seu entorno. Familiares precisam compreender a evolução da doença e da cadeia de acontecimentos que levará ao evento final (MACIEL apud LOPES, 2014, 40).

Cuidados Paliativos remetem a um período anterior à institucionalização, enquanto modalidade de assistência em saúde. O seu surgimento e da filosofia que o embasa estabelece relação com os cuidados oferecidos pelas antigas instituições denominadas *hospices*.

Para Bertachini e Pessini (2005), foi a partir do século XIX que surgiram entidades religiosas, em contexto mundial, voltadas ao cuidado dos doentes em fase terminal de vida, sendo essa a sua principal característica. Cabe salientar que as instituições que emergiram nesse período tinham como principal objetivo cuidar de pessoas pobres que estavam morrendo e, com forte tendência religiosa, eram espaços nos quais as práticas estavam voltadas não somente à dimensão física, mas principalmente ao cuidado espiritual.

No ano de 1967, segundo Lopes (2014), fundou-se na Inglaterra o *St. Christopher's Hospice*, uma instituição comprometida com o cuidado de pacientes em fase final de vida. Ainda de acordo com a autora, Madame Garnier foi responsável pela fundação de vários *hospices* ou calvários (termos usados como sinônimo, para designar os espaços dedicados aos moribundos).

De acordo com Pessini (2006), na Inglaterra a madre Mary Aikenhead, da irmandade irmãs irlandesas da Caridade, fundou o *St. Joseph Hospice*. Em Londres, vários *hospices* foram criados nessa época e o único fundado por um médico até então, o *St. Lukes*, ou Casa St. Luke, foi criado pelo Dr. Haward Barret. Embora não haja como negar a importância dos pioneiros já mencionados, a considerada grande precursora da filosofia *hospice* ou de Cuidados Paliativos na atualidade é Cicely Saunders, que em 1967 fundou o *St. Christopher Hospice*, na Inglaterra, sendo considerada até hoje uma referência na assistência, ensino e pesquisa em Cuidados Paliativos. Sua filosofia de trabalho é condizente com sua dedicação na busca pelo alívio do sofrimento humano perante a morte. A criação do *St. Christopher*

repercutiu de forma positiva em vários países, tornando-se ponto de encontro para o movimento que reivindicava tratamento digno e adequado aos portadores de doenças sem perspectiva de cura.

No decorrer dos anos, diversos países reconheceram a importância desse modelo de assistência. Dessa forma foi criado nos Estados Unidos, em 1974, o serviço de internação e assistência domiciliar em Cuidados Paliativos no *Hospice Connecticut*, e foi fundado, em 1975, o *Royal Victoria Hospice*, em Montreal; já a Associação de Medicina Paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda foi fundada em 1985; e em 1982 o comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas direcionadas ao alívio da dor e cuidados do tipo *hospice*.

Já, em 1987, no Reino Unido, a medicina paliativa foi reconhecida como especialidade médica (BERTACHINI; PESSINI apud LOPES, 2014), enquanto no Brasil os Cuidados Paliativos foram oficialmente reconhecidos na década de 1980, com a implementação de serviços em diferentes hospitais da rede pública. Porém, há registros na literatura de que, em 1944, teria sido criada no Rio de Janeiro a primeira instituição com características próprias dos *hospices* europeus: o asilo da Penha foi fundado pelo então diretor do Serviço Nacional de Cancerologia Mario Kroeff, com o intuito de assistir aos pacientes pobres com câncer avançado, que, por essa razão, não tinham acesso a tal serviço.

De acordo com Lopes (2014), com o passar dos anos, a partir da década de 1980, foram surgindo pelo país novas unidades de cuidados paliativos, assim como algumas normativas, que, direta ou indiretamente, passaram a contemplar essa modalidade de atendimento. Ainda segundo a autora, dialogando com Andrade (2011), a Constituição Federal de 1988, por meio da Lei 8.080, do SUS, enfatiza a importância das ações de prevenção e cura. Para esta, podemos considerar que há alusão aos Cuidados Paliativos nos artigos onde é preconizada a assistência integral. De acordo com o art. 6 estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I – a execução de ações;

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Art 7º

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Ainda de acordo com a Constituição Federal de 1988, o Estatuto do Idoso, em seu artigo 15, versa sobre a importância da integridade das ações em saúde direcionadas a esse seguimento.

Art. 15 – é assegurado a atenção total à saúde do idoso, por intermédio do Sistema único de Saúde (SUS), garantindo-lhe acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial as doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

É notório que com o aumento da expectativa de vida da população, cresce o grupo de pessoas idosas ou em processo de envelhecimento¹⁴ no Brasil. Em paralelo, cresce a probabilidade de dependência também entre as pessoas idosas, requerendo, por sua vez, melhoria na qualidade de vida dessa população, da assistência sanitária, do desenvolvimento terapêutico, considerando a integralidade da assistência à saúde como também a evolução natural do processo de morrer, pois morrer que faz parte do repertório de medo de todos, e sobretudo das pessoas idosas.

Entre os anos 1950 e 1998 o mundo contabilizou um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas/ano, ao passar de 204 milhões para 579 milhões. As projeções indicam que em 2050, haverá 1.900 milhões de pessoas idosas com inúmeras necessidades específicas do envelhecimento, configurando as “várias velhices”.

Frente ao exposto, é preciso considerar a integralidade da assistência em saúde como também a evolução natural do processo de morrer. Cabe salientar que a finitude se relaciona à fragilidade, medo, anseios, tristeza, depressão, declínio das funções orgânicas e, em alguns casos, das funções psicológicas e piora na qualidade de vida.

Por isso, é necessário haver compreensão, escuta e respeito às particularidades e demandas. Nesse contexto se inserem os Cuidados Paliativos, que segundo a OMS, são uma abordagem que promove a qualidade de vida de indivíduos e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Os Cuidados Paliativos atuam na prevenção do

¹⁴ O envelhecimento pode ser entendido como um processo universal, dinâmico, progressivo e não patológico, tendo como características principais as alterações biopsicossociais. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), o aumento da expectativa de vida é resultado de avanços no desenvolvimento de tecnologias na saúde, melhores condições de vida e saneamento básico, juntamente com a queda da fecundidade e mortalidade populacional (ONU, 2018). Os limites cronológicos conceituados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) definem como idoso toda pessoa com 65 anos ou mais para os países desenvolvidos, e acima de 60 anos para os territórios em desenvolvimento. Segundo relatório divulgado em 2018 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população do país, ocupando a 6ª posição entre os países em número de idosos (BRASIL, 2018).

sofrimento e em seu alívio e baseiam-se em princípios fundamentais para melhor qualidade de vida.

Uma equipe do Jornal de Pesquisa e Iniciação Científica (JOPIC/UNIFESP) buscou examinar como os Cuidados Paliativos poderiam tornar a vida mais fácil para os idosos com doenças graves que vivem em ILPI, especialmente quando se aproximam do fim de suas vidas. A equipe estudou a conexão entre o tratamento de Cuidados Paliativos e a necessidade de serviços de emergência ou admissão hospitalar por parte dos residentes muito doentes. Os pesquisadores publicaram suas descobertas no *Journal of the American Geriatrics Society* (JOPIC, 2019).

A pesquisa evidenciou que os residentes de ILPI em cuidados paliativos experimentaram taxas mais baixas de hospitalização em comparação a residentes muito semelhantes que não haviam recebido tratamento de Cuidados Paliativos. O estudo também observou que as taxas hospitalares eram ainda mais baixas para os residentes que tinham iniciado consultas de Cuidados Paliativos de forma mais precoce do que aqueles que o fizeram mais tarde. Além disso, transições difíceis também foram menores para os residentes que receberam consultas de Cuidados Paliativos mais precoces.

O movimento moderno promove cuidados de modo integral à pessoas em processo de terminalidade bem como de sua família, inclusive no período de luto. A ideia nasceu em 1978 como um movimento de profissionais com uma maneira própria de oferecer cuidado às pessoas com doenças fora de possibilidade de cura e também às famílias. Tratamentos de Cuidados Paliativos, por outro lado, podem começar ao mesmo tempo em que o médico faz o diagnóstico de uma doença grave e podem ser oferecidos enquanto o paciente está sendo tratado para a doença. Os profissionais que oferecem Cuidados Paliativos são médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, capelães, entre outros. Esses profissionais oferecem em conjunto uma série de cuidados e tratamento humanizado para a pessoa idosa em processo de Cuidados Paliativos que necessita de acolhimento e proteção.

Segundo o Dicionário Houaiss (2001), acolher significa “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico. Ter ou receber (alguém) junto a si. Receber, admitir, aceitar, dar crédito, levar em consideração”. Já vínculo é definido como “aquilo que ata, liga ou aperta: que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência, que impõe uma restrição ou condição”.

Segundo a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS),

acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que não necessita de precedentes para que seja executada, bem como nenhum profissional qualificado para tal prática. Pode ser definida como a junção dos serviços de saúde, tanto como primeiro contato, quanto o resultado dessa junção. O acolhimento pode ser associado uma prática ética quando dispensada a atenção ao usuário no que envolve queixas, quando se tem interesse em saber como se acometeu a doença e entender o processo de adoecimento do paciente. Em outras palavras, “acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde” (BVS, s.d.).

No Brasil, mais de 80% dos idosos dependem exclusivamente para seus cuidados de saúde do SUS. Essa proporção é ainda maior entre negros e pobres. No entanto, há anos o SUS vem sofrendo cortes orçamentários profundos e muitos de seus equipamentos já estavam à beira de colapso por excesso de demanda antes mesmo da pandemia. A desigualdade é gritante, pois, como expressou a jornalista Flavia de Oliveira “A crise da COVID-19 não forjou as mazelas do país, ao contrário, escancarou-as”.

Também cabe refletir sobre um aumento previsível da mortalidade por outras causas em função da superlotação e dedicação prioritária dos serviços hospitalares a pacientes com COVID-19; da falta de testes, resultando em um subdimensionamento do problema; e da carência de respiradores e equipamentos de proteção individual (EPI), colocando em risco a estrutura e a força de trabalho para suportar a demanda crescente de serviços.

Nesse sentido a saúde, como direito de cidadania e defesa da vida, exige uma compreensão, a fim de identificá-la como uma categoria da prática portadora de padrões progressivos, sendo que o sistema de saúde, sua organização e o conjunto de práticas devem ter a capacidade de acompanhá-los e construir novas possibilidades em um movimento renovado de integralidade.

Assim, faz-se necessário exercer todas as combinações possíveis de forças técnicas, políticas e administrativas disponíveis no cotidiano de cada realidade local – expressa pelos usuários e percebida por meio de indicadores analisados para o planejamento, com a gerência dos serviços e com as práticas dos trabalhadores – em arranjos diversos e dinâmicos que, a partir de cada conquista realizada, pressionem os governos no campo das políticas públicas e organizem as condições para novos avanços que sustentem os interesses individuais e coletivos. Ou seja, os territórios de vivência em que se encontram instalados os serviços, bem como a dinâmica da vida cotidiana dos usuários, devem ser considerados não somente como ponto de chegada das práticas em saúde, mas principalmente o seu ponto de partida, ao considerar as particularidades e singularidades de cada contexto socioterritorial e cultural.

Segundo Koga (2015),

Consideramos fundamental agregar ao contexto a dimensão temporal que comporta a escala de vivência no território, e que permite olhar para as dinâmicas cruzadas de mundos e diversidades que fazem parte da riqueza sociocultural. Ao mesmo tempo, a vivência no território evoca experiências e práticas que passam por tensões e conflitos na disputa cotidiana pela sobrevivência humana (KOGA, 2015, p. 24).

Dessa forma, o princípio da integralidade em saúde se concretiza na medida em que se contextualiza e participa da dinâmica da vida cotidiana nos territórios da cidade, o chão comum em que a multiplicidade de agentes e agenciamentos se encontram. Pinheiro (2005) identifica três dimensões para entendermos a integralidade como meio para concretizar o direito à saúde: a organização dos serviços; os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde; e as políticas governamentais com participação da população.

Nessa direção, a integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e na renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a ideia de considerar o usuário como sujeito ativo a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades, e não como sujeito passivo, no que a autora denomina de ideia-força, observando que a ideia-força do sujeito ativo constitui o cerne da cidadania do cuidado.

3. CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA: IMPACTOS DA COVID-19 EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

Elaborar uma tese em meio à pandemia de COVID-19 e tendo como foco de estudo de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) demandou a construção deste capítulo, que busca sintetizar os principais adventos da pandemia, passando por seu agravamento e as estimativas de impactos, principalmente na vida das pessoas idosas. Também destacamos neste capítulo a importância do processo de imunização dessa população. É sabido que a pandemia de COVID-19 tem desafiado os Sistemas de Assistência à Saúde (SAS) em escala global e, que tiveram que se reorganizar instantaneamente. Por sua vez, na América Latina, esse cenário exigiu uma rápida adaptação para o enfrentamento da crise, mas a capacidade de resiliência pode ser comprometida caso a epidemia perdure por muitos meses e o número de pessoas que necessitam de atendimento aumente.

3.1. A COVID-19 e seus desdobramentos

No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou uma pandemia com disseminação global do novo coronavírus (Sars-Cov-2), em decorrência da rápida disseminação geográfica do vírus no mundo, o que obrigou os países a instituírem medidas preventivas para evitar a transmissão da doença.

No mês seguinte, a Europa, segundo dados da OMS (2020), tornou-se o epicentro da doença no mundo, sendo a Itália, naquele momento, o segundo país com maior número de casos depois da China. As taxas de mortalidade na população italiana mostraram-se, inclusive, maiores do que as até então descritas, atribuindo-se à proporção maior de pessoas idosas e à ausência de protocolos de tratamento eficazes para a COVID-19. Em poucas semanas, vários países europeus, especialmente Espanha, França e Reino Unido, estavam em situação semelhante, com seus sistemas de saúde em colapso ou à beira de um colapso. A Alemanha manteve-se com baixa taxa de mortalidade, aderindo a medidas mais restritivas e retomando as atividades de forma gradual e monitorizada. Enquanto no Brasil ainda estávamos a passos lentos e a doença se alastrando contaminava principalmente as pessoas idosas. A pandemia antes de tudo também é um problema político. É de se observar que em 35 de fevereiro, quando o Brasil registrou o primeiro caso da doença, estávamos em vantagem se comparados com, por exemplo, com a China e outros países da Europa que tiveram que lidar com a Covid-19 sem ter qualquer referência de como proceder. O caráter político da pandemia

especificamente no Brasil, se dá quando epidemiologistas, infectologistas, pesquisadores, a Organização Mundial de saúde, ou seja, representantes do saber científico, alertaram sobre a necessidade do isolamento social desde meados de março. Mas nem assim o isolamento social foi adotado como política pública no Brasil, pelo menos não na condição de uma ação que partisse do Governo Federal. Resumindo as causas das mortes da pandemia atual a uma questão biológica/imunológica deixamos de atentar que as decisões políticas têm consequências sociais tão dramáticas quanto à própria ação certamente devastadora do vírus. E fato que política e economicamente, tal decisão, como do isolamento tem um impacto tremendo na vida das pessoas mais desprotegidas, mais pobres. Assim interesses políticos e descaso social alimentaram a propagação do vírus.

Para Rodrigues (2021), a pandemia de COVID-19 na América Latina é preocupante em virtude das condições dos sistemas de saúde, da escassez de políticas públicas e das baixas condições socioeconômicas que caracterizam a população de quase todos os países. A evolução da COVID-19 é heterogênea e está associada tanto às medidas de saúde públicas adotadas nos diferentes países, quanto ao tamanho da população, aos níveis de pobreza e à estrutura dos serviços de saúde.

Rodrigues (2021) afirma que esses aspectos são agravados pela escassez de testes diagnósticos e de leitos de terapia intensiva, bem como pelo ainda limitado conhecimento sobre a doença e por conglomerados urbanos de baixa renda, um conjunto de fatores que favorece a maior propagação da COVID-19 e contribui para maiores taxas de mortalidade.

Para a autora, são vários os desafios que os países latino-americanos precisam enfrentar nesta pandemia, sendo um deles o impacto financeiro de uma quarentena prolongada para uma população pobre, que depende do trabalho diário para sobreviver. Destacamos também a necessidade de garantir a continuidade da prevenção e controle de outras doenças, como gripes sazonais e dengue, que podem comprometer o cenário epidemiológico desses países. Uma das dificuldades tem sido enfrentar um grave problema de saúde pública com recursos econômicos limitados, impedindo a realização de testes diagnósticos rápidos e o seguimento adequado de protocolos de tratamento ambulatorial e hospitalar para a COVID-19.

Sabe-se também que a pandemia impôs desafios sem precedentes aos profissionais de saúde. A equipe de saúde, principalmente as/os enfermeiras/os, nunca estiveram tanto em destaque como neste século XXI, pois trabalham intensamente na linha de frente, sendo os profissionais mais expostos à doença. Este cenário enaltece um dos objetivos pelos quais esta categoria vem lutando há muito tempo: a necessidade de melhores condições de trabalho e de

reconhecimento profissional. Nesse sentido, podemos questionar: seria necessária uma doença tão devastadora para dar o destaque a essas/es profissionais?

Em seu início, o advento da COVID-19 mobilizou os governos em suas três esferas, que lançaram mão de vários artifícios para proteger a sociedade do avanço da contaminação, tomando medidas até mesmo radicais, como o isolamento social e barreiras sanitárias nas cidades, no intuito de frear o desenvolvimento da doença que impacta sobremaneira as pessoas idosas, além daquelas acometidas de comorbidades.

O SUS, apesar do impacto sofrido com a Emenda Constitucional 95/2016 e do ritmo acelerado de sua precarização no período recente, tem sido fundamental para o enfrentamento a esta crise sanitária, que seria muito mais trágica não fosse a presença dos serviços públicos de saúde e suas/eus trabalhadoras/es. Porém, a pandemia desnudou o alto grau de desigualdade social existente no país e, ao mesmo tempo, a precarização dos serviços de proteção social, envolvendo especialmente as políticas de saúde e de assistência social. Assim, o cenário é de desproteção tanto dos usuários, como dos trabalhadores atuantes no SUS e no SUAS.

De imediato, a COVID-19 no Brasil atingiu estes dois sistemas, quando já se sabia que a população idosa se configurava como o principal grupo de risco: um hospital de atendimento especializado em pessoas idosas que apresentou alto grau de morbidade e letalidade, seguido de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que tiveram que suspender visitas ou mesmo restringir o atendimento, encaminhando parte de seus usuários para suas respectivas famílias.

No caso da América Latina, os governos devem avaliar o sistema de saúde e reorganizar as políticas da Atenção Primária à Saúde (APS) a fim de estabelecer uma nova forma de atenção e cuidado de pessoas idosas, que deve ser planejada, embora com grandes desafios, considerando os recursos insuficientes para o setor de saúde e as limitações de recursos humanos em número e qualificação para esse cuidado na Unidade de Saúde, no domicílio e nas ILPI.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) já alertava que, diante do envelhecimento populacional, os sistemas precisariam se adaptar para as doenças crônicas, as epidemias e seus picos. Segundo Félix (2020), a transição demográfica leva naturalmente à transição epidemiológica, principalmente Alzheimer, Parkinson, doenças cardiovasculares, diabetes, entre outras: “O segundo ponto dessa adaptação são as epidemias ou pandemias como a que vivemos agora. [...] No Brasil, o sistema perdeu no ano passado 9 bilhões de reais de orçamento”.

Em 2020, segundo Félix (2020), perdia-se tempo em discutir do bolso de quem – do Executivo ou das Emendas Parlamentares – sairiam 5 bilhões de reais. Contudo, em pleno período de emergência, quando houve a decisão, a pandemia já demandaria mais 50 bilhões para ser controlada, um questionamento colocado pelo autor no início da pandemia, que se revela pertinente no momento atual, pois a situação é de extrema gravidade.

No momento atual da pandemia, as populações idosas continuam necessitando se deslocar ao banco, à farmácia ou mesmo ao mercado, e muitos ainda trabalham, mesmo que a orientação seja “ficar em casa”. Outros saem de casa por não suportar o isolamento social exigido, quando moram sozinhos e estão acostumados a saírem de casa simplesmente para encontrar com um amigo ou mesmo realizar uma visita familiar. Como vemos, são questões complexas e que vem provocando sérias e desastrosas consequências às pessoas idosas.

De acordo com Felix (2020), nem todas as pessoas idosas que serão contaminados, virão a óbito, mas um risco grande (humano e econômico) é a consequência de uma contaminação naqueles que já são vulneráveis ou que já apresentam doenças. Nesse sentido, uma pessoa idosa com grau de dependência nível II¹⁵ pode passar rapidamente para o nível III¹⁶. Nas famílias onde ocorrer essa mudança, possivelmente alguém precisará deixar o emprego para cuidar em tempo integral ou pagar um custo alto de cuidados de longa duração, como um/a cuidador/a profissional ou com uma ILPI.

Ainda quanto à questão do cuidado às pessoas idosas no início do período de pandemia, na perspectiva do direito à proteção social à pessoa idosa mereceu destaque uma iniciativa da prefeitura do Rio de Janeiro (RJ), que estabeleceu parceria com hotéis da cidade com a finalidade de disponibilizar hospedagem sem custos para pessoas idosas de baixa renda que viviam em áreas com grande aglomeração de pessoas, conforme descreve Ana Paula Santos (2020):

Segundo o prefeito em entrevista a G1 a medida visa proteger do Coronavírus a população idosa que vive em áreas com grande aglomeração de pessoas. De 300 vagas abertas, apenas 16 idosos estão hospedados. A rede hoteleira do Rio aguarda a chegada de idosos que serão hospedados

¹⁵ 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”.

¹⁶ Grau de Dependência III – “que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo”.

gratuitamente, a partir de um convênio com a prefeitura, durante a pandemia do Coronavírus.

Além da hospedagem, será oferecida alimentação e serviços de lavanderia. A iniciativa ainda tem baixa procura. As pessoas idosas são uma grande preocupação durante a pandemia do Coronavírus. Foi pensando nisso que a prefeitura do Rio fez uma parceria com a rede hoteleira da cidade para hospedar e proteger esse grupo de risco específico, sobretudo aquele que vive em locais com grande aglomeração de pessoas (SANTOS, 2020).

Há duas questões importantes para se pensar o cuidado com a pessoa idosa em tempos de pandemia de COVID-19, sendo a primeira o fato de este público ser apontado e comprovado pela OMS como grupo de risco. A outra questão é econômica, pois se o sistema de saúde entrar em colapso – como ocorreu em alguns momentos da pandemia no início de 2021 – por não suportar tantas pessoas idosas acometidos pela COVID-19 e necessitando de leitos de UTI com respirador, seria muito mais barato investir em projetos como o do Rio de Janeiro.

A prefeitura carioca pagaria diárias de R\$ 120,00 reais para cada idoso nos hotéis para abrigar moradores de favelas. Segundo a prefeitura, o abrigamento era voluntário e os hotéis foram escolhidos pela proximidade com os locais que teriam registrado o maior risco de contaminação do novo coronavírus. Essa medida tomada pela administração pública carioca foi de extrema importância, já que a população mais atingida foram pessoas idosas de baixa renda vivendo aglomerados dentro da própria casa. Porém, não se verificou se esta medida teve continuidade, o que contribuiria para desacelerar o avanço da COVID-19 entre essa população mais vulnerável e excluída, possibilitando às pessoas idosas receber um cuidado diferenciado e ético, conforme Noddings (2003):

Reconhecer que o cuidado ético exige um esforço que não é necessário no cuidado natural não nos compromete a uma posição que eleva o cuidado prático acima do cuidado natural. Kant identificou o ético com aquilo que é feito por dever e não por amor, essa distinção em si parece certa. Mas, uma ética construída sobre o cuidado esforça-se para manter a atitude de cuidado e por isso é dependente de e não superior ao cuidado natural (NODDINGS, 2003, p. 106).

Assim, o sentimento ético está direcionado para o outro, que pode aceitar e manter o sentimento inicial, e não o rejeitar como naturalmente aconteceria, já que o cuidado nesse caso exige um esforço para executá-lo e torná-lo mais próximo do natural; ou mesmo natural, sendo que foi feito puramente por amor e não pela razão. Existem momentos que cuidamos

porque cuidamos, isso não exige esforço ético, não exige de nós nenhum esforço, cuidamos naturalmente.

De acordo com Noddings (2003), quando nos comprometemos a obedecer ao “eu devo”, mesmo em seu aspecto mais fraco e mais fugaz, estamos sob a orientação desse ideal. Não é apenas qualquer retratação, mas é a melhor retratação de nós mesmos cuidando e nos sentindo cuidados¹⁷.

No momento atual estamos vivendo uma série de medidas adotadas para a contenção da COVID-19, que apesar de afetar com mais violência as pessoas idosas e com doenças respiratórias, afeta a todos. Assim, é importante destacar que esse momento requer a concretização de uma série de cuidados que nos levarão a tal retratação apontada por Noddings (2003).

Para Bittencout (2020), na pandemia permanecer em casa é um ato de prevenção recomendado por órgãos públicos, pois as exigências sanitárias de quarentena são obviamente desagradáveis para nossas inclinações pessoais, pois festas foram canceladas, eventos esportivos adiados, dentre outros eventos, apesar de muitos ainda insistirem em estar em espaços de aglomeração. Sendo assim, no intuito de conter o avanço da COVID-19, alguns municípios decretaram *lockdown*, com antecipação de feriados, esperando com essa medida desacelerar a propagação do vírus.

Com a aprovação do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em 2005, a comunidade internacional passou a contar com um instrumento de decisão para avaliar e notificar eventos que possam constituir Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). No entanto, para caracterizá-lo, deve ser avaliada a gravidade do impacto sobre a saúde pública. Para diminuir a imprecisão dessa avaliação, o RSI oferece alguns exemplos, sendo um deles: “A população de risco é especialmente vulnerável (por exemplo: as pessoas idosas).

Neste século ocorreram diversas Emergências de Saúde Pública (ESP), por naturezas distintas, tais como epidemias, problemas com a qualidade de produtos e também motivadas por questões ambientais. Em todas essas situações, as pessoas idosas (aqui consideradas as com 60 anos ou mais de idade) sofreram de modo desproporcional em todos os locais do

¹⁷ “Certamente não pode haver nenhuma exigência para o impulso inicial que surge como um sentimento, uma voz interna dizendo eu preciso fazer algo, em resposta às necessidades do objeto do cuidado. Esse impulso surge naturalmente, pelo menos de vez em quando, na ausência de patologia” (NODDINGS, 2003, p. 107).

mundo. Em 2003, por exemplo, ocorreu uma das maiores ondas de calor da história da França, resultando em quase 15.000 mortes apenas nos primeiros 20 dias de agosto, sendo as pessoas idosas as mais afetadas.

De acordo com Oliveira (2020), as epidemias geralmente estão associadas a alterações em padrões relacionados ao tempo, atingindo de modo mais intenso a população em determinadas épocas do ano, a depender de fatores como lugar, áreas mais densas e características individuais. Em 2009, ocorreu a primeira pandemia da H1N1, conhecida como gripe suína. Na ocasião, a faixa etária mais afetada foi a de adultos jovens, embora o padrão esperado de Influenza fosse os extremos de idade, ou seja, entre pessoas idosas e crianças. Portanto, o início marcado pelo acometimento de adultos jovens foi uma das principais evidências de que se tratava de uma situação inusitada.

Ainda, de acordo com o autor, em 5 de janeiro de 2020, a OMS publicou o primeiro comunicado sobre um surto de pneumonia por causa desconhecida na China. Segundo o comunicado, o Governo da China notificou, em 31 de dezembro, 44 casos de pessoas com sintomas desta doença, das quais 11 apresentavam o quadro grave. O segundo comunicado apenas foi publicado em 12 de janeiro, momento em que o agente causador da doença, o coronavírus, já era conhecido. A data, aliás, coincide com o dia anterior ao que foi registrado o primeiro óbito pela doença, posteriormente denominada doença causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19).

No entanto, um fato importante foi destacado: o paciente possuía diversas doenças crônicas de base e tinha 61 anos de idade. O primeiro caso fora da China foi registrado na Tailândia, em uma mulher chinesa de 61 anos. Desde o início da pandemia, a COVID-19 tem afetado desproporcionalmente pessoas com 60 anos ou mais. Uma série de fatores pode ter contribuído para o surgimento de uma nova doença transmissível, tais como desmatamento, mutações, migrações humanas, cultura intensiva e desestruturação de serviços de saúde. Além disso, podem ser relacionados a essa doença alguns determinantes sociais da saúde.

De qualquer forma, a pandemia demonstra a importância de sistemas universais de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), na pronta resposta a essa situação, sobretudo no que diz respeito ao suporte às pessoas idosas. O principal meio de transmissão do SARS-CoV2 é de uma pessoa infectada em contato próximo (menos de dois metros, por cerca de 15 minutos) para outra suscetível, sem que ambas tenham adotado medidas de prevenção.

Um dos estudos mais completos sobre o perfil clínico das pessoas infectadas na China avaliou cerca de 44.500 casos e evidenciou uma taxa de letalidade de 2,3%. O estudo não registrou qualquer óbito entre pessoas que não fossem dos 5% do grupo de doença grave.

A COVID-19 pode afetar pessoas de qualquer idade, mas aquelas com 60 anos ou mais, principalmente acima de 75 anos, apresentam maior probabilidade de desenvolver a forma grave doença e evoluir para óbito. Em diversos estudos com pacientes hospitalizados, a metade tinha entre 49 e 56 anos de idade, sendo que a combinação de idade avançada, doenças crônicas e COVID-19 é, geralmente, fatal. Nos Estados Unidos da América (EUA), os primeiros casos ocorreram no Estado de Washington, na Costa Oeste, afetando principalmente pessoas idosas que viviam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A média de idade foi de 83 anos, sendo que 94% deles tinham doença crônica associada. Esse perfil resultou em uma taxa de hospitalização de 55% e de letalidade, ou seja, número de óbitos entre os que desenvolveram a doença, de 34%.

A OMS apresentou, em 3 de novembro de 2020, um panorama da pandemia com informações provenientes de 124 países e de todas as regiões da organização, com foco nas questões de idade e gênero. A análise baseava-se na avaliação de 18.156.074 pacientes, no período de 31 de dezembro de 2019 a 18 de outubro de 2020.

Segundo a OMS, os resultados mostraram que, no início da pandemia, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais contaminada chegava a 40% do total. Entretanto, a proporção na faixa etária de 15 a 24 anos apresentou aumento de 4% para 14% entre as semanas epidemiológicas 9 e 42, e na faixa de 25 a 65 anos passou de 50% para 65%, no mesmo período. Em contrapartida, entre pessoas com 65 anos ou mais, houve queda de 40% no início para 15% nas últimas semanas.

Algumas hipóteses podem explicar essa alteração na tendência, incluindo ampliação da capacidade e aprimoramento dos testes laboratoriais e melhor performance dos serviços de saúde. No caso das pessoas idosas, também foram implementadas medidas importantes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), uma vez que foram bastante afetadas no início da pandemia. Cabe destacar também o aumento da transmissão entre os mais jovens conforme as medidas restritivas foram sendo flexibilizadas.

O primeiro caso de COVID-19 nas Américas data de 20 de janeiro de 2020, nos EUA, e o primeiro caso na América Latina foi no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo, constatado em um idoso que retornou de uma viagem para à Itália. Já o primeiro óbito ocorreu em 17 de março no mesmo estado, de uma empregada doméstica contaminada pela patroa, que também tinha voltado de uma viagem à Europa. Os demais países americanos não latinos, Estados Unidos da América, Canadá, países do Caribe e América Central e do Sul, de idiomas diferentes do espanhol, português e francês, atingiram o pico de transmissão na semana epidemiológica (SE) 30, encerrada em 27 de julho de 2020. Na América Latina,

por sua vez, o pico aconteceu na SE 33, em 15 de agosto 2020. No entanto, os dois grupos praticamente igualaram as incidências, em 12 de setembro, momento em que os países não latinos, especialmente os EUA, apresentaram aumento significativo de casos.

Segundo a OMS, o aumento da incidência de casos no continente americano é da ordem de 13%. No entanto, há redução sustentável na totalidade do continente, embora tenha sido identificado aumento de 2% nos óbitos. Na Colômbia foram 1 milhão de casos e 31.000 mortes, com pico na SE 33 (15/08) e predominância (40%) na faixa etária de 20 a 39 anos. Os óbitos estão concentrados em pessoas com 60 anos ou mais (76%). No México, a mediana de idade foi de 63 anos.

É sabido que o isolamento social é um incômodo, pois exige de cada pessoa paciência e perseverança. Assim, são usuais situações de estresse, angústia, ansiedade e, para vencermos essas adversidades existenciais podemos recorrer aos passatempos, exercícios físicos, leituras, filmes, meditações etc.

Observa-se que a pandemia fortalece ainda mais as medidas de fiscalização dos corpos, por meio da aferição de temperatura corporal em aeroportos, formação de cordões sanitários e outros procedimentos afins. Além da assepsia individual como um imperativo que faz parte da ética humana.

Nesse período de início da pandemia as pessoas foram orientadas a sair de casa muito rapidamente, nos casos de extrema necessidade, pois, ainda que o isolamento social seja uma medida desagradável, é eficaz e foi adotada por vários países como estratégia de controle da mobilidade da população por meio, por exemplo, do fechamento de escolas e universidades, do comércio não essencial e de áreas públicas de lazer, dentre outros espaços.

No Brasil, no início da pandemia grande parte da população apoiou e aderiu ao isolamento social com o objetivo de se prevenir da COVID-19 e de colaborar com a atenuação da curva de contágio no país, mas, com o decorrer dos meses percebeu-se uma certa resistência em aderir à medida.

Segundo Bezerra (2020), observa-se que o impacto da pandemia do novo coronavírus na economia mundial está sendo expressivo, em especial no Brasil. Dados recentes mostram um aumento significativo no desemprego, além das estimativas de que o número real de contaminados possa variar entre nove e quinze vezes mais que os casos notificados.

Também dados recentes de projeção mostram que surtos recorrentes da COVID-19 nas estações mais frias provavelmente ocorrerão após a onda pandêmica inicial mais severa e mutação do vírus e, para evitar que essa situação leve à saturação da capacidade hospitalar, a

estratégia de isolamento social prolongado ou intermitente, segundo Bezerra (2020), pode ser necessária até 2022.

Bezerra (2020) aborda os dados do Datafolha em pesquisa realizada entre os dias 01 e 03 de abril de 2020, que indicaram que 76% dos brasileiros eram a favor do isolamento social no início do mês de abril. No estado do Ceará, evidenciou-se que a medida de isolamento adotada pela população possui variação em função da renda, sexo e escolaridade da população. Ainda nessa pesquisa, constatou-se que os jovens estavam mais vulneráveis à contaminação pela COVID-19, pois ficaram menos isolados do que as pessoas idosas. A pesquisa também mostrou que os brasileiros estavam mais divididos em relação ao isolamento social para combater a disseminação do coronavírus: a fração favorável ao isolamento social para todas as pessoas independentemente de ser ou não grupo de risco voltou a recuar e alcançou o patamar mais baixo, 52%; por outro lado, a fração favorável ao isolamento apenas do grupo de risco e o retorno ao trabalho apenas dos que não são grupo de risco cresceu e alcançou 46%; uma parcela de 2% não opinou.

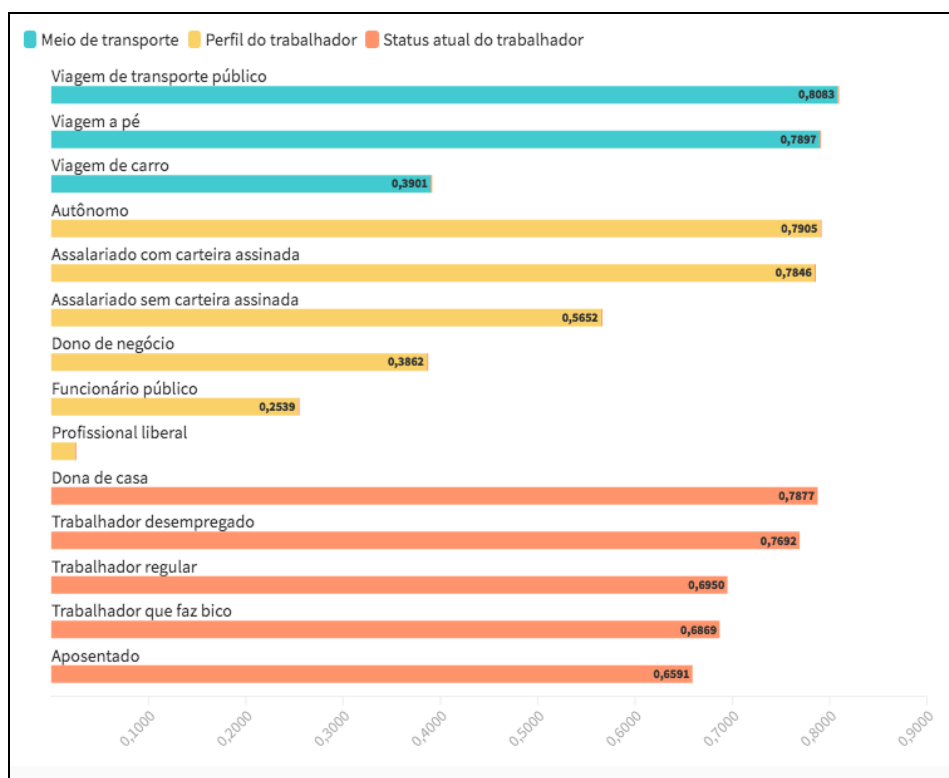
Quanto ao nível de isolamento social, uma fração de 16% declarou estar totalmente isolado, sem sair de casa de jeito nenhum (era 21%), 53% estão saindo de casa somente quando inevitável (era 50%) e 27% estão tomando cuidado mas seguem saindo de casa para trabalhar ou para outras atividades (era 26%), uma parcela de 35% declarou que a vida está normal, sem nenhuma mudança (era 4%).

Esses dados, segundo Bezerra (2020), indicam as questões relacionadas ao isolamento social como de extrema complexidade, uma vez que milhares de pessoas não possuem renda fixa e, com isso, ficam impossibilitadas de se isolarem socialmente, fato que representa risco à saúde coletiva não apenas da pessoa idosa mas de toda a população.

É o que apontava ainda em 2020 uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo pelo Observatório de Conflitos Fundiários do Instituto das Cidades da Unifesp em convênio com a Fundação Tide Setúbal e coordenado pelo Prof. Dr. Kazuo Nakano, intitulada “Desigualdades e vulnerabilidades no contexto do coronavírus”. Os resultados foram divulgados no Jornal Folha de S. Paulo, em 09 de agosto de 2020, sob o título: “Mortes por COVID-19 têm mais relação com autônomos, donas de casa e transporte público”:

A correlação, por outro lado, é menor nos distritos com maior número de pessoas que usam carro, são empregadores ou profissionais liberais. Os dados reforçam a percepção de que pessoas mais pobres, que tiveram que continuar se deslocando para o trabalho durante a pandemia, são as maiores vítimas.

Figura 7 – Ilustração da correlação entre perfil das vítimas de COVID-19 e mobilidade – São Paulo – 2020



Fonte: Observatório de Conflitos Fundiários do Instituto das Cidades da Unifesp, 2020.

A pesquisa da Unifesp confirma o fato de que, embora o coronavírus atinja transversalmente todas as classes sociais, seu impacto é altamente desigual, pois as condições socioeconômicas e de acesso a serviços públicos de saúde se colocam como determinantes. A pandemia de COVID-19 escancarou e intensificou a desigualdade social presente no cotidiano das cidades brasileiras. E, nesse contexto, a pessoa idosa em situação de vulnerabilidade socioeconômica tem sido ainda mais afetada, justamente por apresentar fragilidades naturais por conta da idade que são agravadas pelas adversidades em seu cotidiano, incluindo as dificuldades de acesso aos serviços de proteção social, o que se agrava se considerarmos o número crescente de pessoas idosas cuidadas por outras pessoas idosas, pois ambos estão vivendo por mais tempo.

Outra questão relevante foi apontada por Santos-Orlandi et al. (2017) de que os desfechos negativos, como problemas de saúde mental, fragilidade e condições crônicas podem estar associados à baixa escolaridade, maior exclusão social, menor acesso à informação, como piores condições econômicas que dificultam o acesso aos serviços de saúde precocemente, em busca da promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Além disso, o histórico de exclusão ao longo da vida da pessoa idosa repercute diretamente em um envelhecimento vulnerável, como é o caso de uma grande parcela da população brasileira, pois alcançou-se o aumento da expectativa de vida sem, no entanto, alcançarmos melhores condições econômicas para todas as cidadãs e cidadãos do país.

Portanto, o envelhecimento populacional é uma resposta às mudanças de indicadores de saúde e implicará em modificações em políticas públicas com foco nos processos de promoção, proteção e atenção em saúde. Assim sendo, as pessoas idosas passam a ser alvo proeminente de políticas públicas de saúde, priorizando o envelhecimento ativo, alimentação saudável, atividade física, autonomia, participação social, equidade e integralidade da assistência tendo em vista o ampliado e complexo campo da saúde da pessoa idosa. No entanto, com o advento da pandemia esse cenário mudou a vida dessas pessoas idosas, que sofreram os primeiros impactos.

Tanto os relatos da gestora da ILPI pesquisada, como das próprias pessoas idosas ali residentes expressam os impactos no início da pandemia, como se poderá observar a seguir.

[...] praticamente muitos ficaram bem depressivos, alguns quando saem pra consulta médica, mas é raro porque até isso nós estamos cortando, só em extrema necessidade, eles iam almoçar na casa dos parentes, saía pra festa em casa de parente, até isso alterou né, então eles têm essa carência (MARIA LUCINETE, 2021).

Mudou muito, dessa vez eu acho que não vou sair daqui nunca (PAUSA) ninguém sabe quando a pandemia vai acabar e não sei quando vou ver a minha família (ARACI, 2021).

Antes eles gostavam muito de “tá” lá pra frente, pro portão, e a gente teve que tirar essa parte deles, de afastar a família, o que eles mais sentiram foi a falta das visitas, porque vinha visita religiosa então tinha mais movimento, teve paciente até meio depressivo por conta disso, tinha visita religiosa, católico vinha, evangélico vinha, tinha oração, tinha gente de fora que fazia teatro, e agora não pode “né”, de certa forma eles tinham atividades, fora a fisioterapia, a dança, então tinha outras atividades, sempre tinha, festinha com bastante gente, com familiar, não teve, dois anos quase sem, então muitos deles não tem esse entendimento, pela idade e também pelo transtorno mental (MARIA LUCINETE, 2021).

Costa (2020) aponta alguns impactos causados pelo distanciamento social, a quarentena e o isolamento que reduzem os estímulos necessários para que as pessoas desenvolvam suas atividades rotineiras em virtude de mudanças bruscas na rotina dos indivíduos, trazendo de fato alguns impactos em suas vidas como:

- Medo de ficar doente e morrer;
- Evitar procurar o serviço de saúde por outros motivos, por receio de se contaminar;
- Preocupação de obtenção de alimentos, remédios ou suprimentos pessoais;
- Medo de perder a fonte de renda, por não poder trabalhar, ou ser demitido;
- Alteração do sono, da concentração das tarefas diárias;
- Sentimento de desesperança, tédio, solidão e depressão devido ao isolamento;
- Raiva, frustração ou irritabilidade pela perda de autonomia e liberdade pessoal;
- Medo de ser socialmente excluído, estigmatizado por ter ficado doente;
- Preocupação com a possibilidade de o indivíduo ou membros de sua família contraírem a COVID-19, ou transmitirem a outros.

Tais impactos podem trazer diversas consequências negativas para a saúde mental das pessoas idosas, tendo em vista que o envelhecimento é considerado um fator de risco para a COVID -19.

Segundo o Boletim Quinzenal da SMS (2020), o tempo médio de internação para óbito confirmado de COVID-19 foi de 9 dias com mediana de 7 dias. Em meados de maio, aproximadamente dia 15/05/20, dos 2.884 óbitos confirmados por COVID-19 ocorridos em 2020, a maior parte (1.680 óbito), 58,2%, pertenciam ao sexo masculino. Em relação à faixa etária, 830 óbitos (28,7%) têm 80 anos ou mais, seguidos por 206 (24,4%) com 70 anos. O número de óbitos confirmados para COVID-19 é maior quanto maior a faixa etária, o que evidencia a relação entre a idade mais avançada e o desfecho da doença. É possível observar, ainda, que a maioria dos indivíduos que foram a óbito estavam acima dos 60 anos considerando esse recorte dos casos confirmados 75,6% são de 60 anos ou mais, entre os óbitos suspeitos, eles correspondem a 76,6%.

Nesse sentido, a pandemia expôs a discriminação e os estigmas por idade, como aponta a declaração da Aliança Global pelos Direitos dos Idosos (2020): “a pandemia expôs a natureza universal do preconceito etário e a negação sistemática e persistente dos direitos das pessoas idosas, reforçando as evidências e as preocupações crescentes em torno dos direitos das pessoas idosas que se acumularam nos últimos dez anos”.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) concentram pessoas com maior risco para o agravamento da COVID-19 e, ademais, o fato de viverem muito próximas pode atuar com um agravante na propagação da doença. Nos Estados Unidos (estado de Washington), a letalidade de pessoas residentes em ILPI foi de 33,7% e em Cingapura a

estimativa foi indireta, mas indica que óbitos de pessoas idosas institucionalizados pela COVID-19 responderam por cerca de 14% da letalidade em todas as pessoas idosas.

Existem esforços em alguns países de se estimar o impacto da mortalidade, porém, no Brasil não se sabe ao certo o número de pessoas idosas residentes em ILPI, nem em que medida a COVID-19 tem afetado a mortalidade dos residentes nesses estabelecimentos.

Assim, dada a lacuna, a mortalidade da população idosa institucionalizada não pode ainda ser apreendida numericamente, mas pode-se observar que a mortalidade proporcional se constitui, nesse caso, nos óbitos dos residentes em *home care* por COVID-19 em relação aos óbitos totais em cada uma das diferentes localidades.

Outra limitação se refere, segundo Machado et al. (2020) à própria indisponibilidade de dados sobre o quantitativo de pessoas idosas residentes em ILPI e de estatísticas oficiais sobre a mortalidade nesses estabelecimentos, o que tornou inviável e pouco mais que especulativa a tentativa de calcular taxas de mortalidade para essa população. Com efeito, dados precisos sobre residentes em ILPI são escassos e mesmo países e regiões como o Reino Unido também trabalham com estimativas.

Tendo em vista essa dificuldade, a opção foi estimar apenas o número de óbitos, sendo que as simulações apontam para o impacto devastador da COVID-19 em pessoas idosas institucionalizadas, assim como em países como Itália e Estados Unidos.

Com base em experiências na Espanha, segundo Cabrero (2021), há causas para o impacto da pandemia de COVID-19 em pessoas idosas institucionalizadas, elencando as seguintes situações: negligências e discriminação causada em parte pela sobrecarga da pandemia nos serviços de saúde; insuficiência de recursos humanos e materiais; falta de controle e legislação voltados para as pessoas idosas no início da crise.

Dessa forma, recomendam-se medidas que promovam a redução de riscos, como: restrição de visitantes às instituições, triagem para identificar sintomas em qualquer indivíduo que necessite entrar, uso de equipamentos de proteção individual e ampliação da testagem nesses estabelecimentos. Essas medidas foram implementadas em Cingapura, que embora tenha apresentado casos e mesmo óbitos, tiveram sucesso na contenção de surtos por COVID-19 em pessoas idosas institucionalizados.

No caso da cidade de São Paulo, protocolos semelhantes foram adotados pela prefeitura logo no início da pandemia, e que foram corretamente seguidos pela ILPI pesquisada, tendo este fato impactado no atraso para a realização junto às pessoas residentes.

Também é provável que a discriminação e o estigma contra pessoas idosas institucionalizadas ocorra, o que deve ser uma preocupação dos formuladores de políticas

públicas. Documentos das Nações Unidas datados de maio de 2020 ressaltam o descaso público e em mídias sociais, observando expressões de ressentimento intergeracional nesses tempos de pandemia de COVID-19. Entendemos que políticas, programas e comunicações devem atentar-se para o estabelecimento de uma imagem não distorcida sobre o impacto da pandemia junto às pessoas idosas, promovendo o envolvimento mais amplo da sociedade com esse público, seus riscos diferenciados e especialmente chamando a atenção para a realidade das pessoas que vivem sós ou em situação de abrigamento por longa permanência.

É fato que se envelhece mal e precocemente no Brasil. Assim, as mortes por COVID-19 no Brasil expressam não tanto nossa composição etária, mas sobretudo a ausência ou fragilidades de políticas públicas para um envelhecimento ativo e saudável, centrado na promoção da saúde, de aprendizagem ao longo da vida, de participação cidadã e proteção às pessoas mais vulneráveis.

Sendo assim, o momento atual exige de todos solidariedade intergeracional e interdisciplinar. À semelhança de outros países, a resposta do Brasil à pandemia foi “insuficiente e tardia”. Milhões de brasileiros não conseguem seguir as recomendações preventivas, não por não quererem, mas por não poderem: a exclusão social e as discriminações estruturantes negam-lhes uma existência plena de direitos. A Emenda Constitucional n. 95/2016 reduziu ainda mais os recursos da promoção de saúde e prevenção, gerando cortes profundos no orçamento das políticas sociais: da atenção primária aos serviços hospitalares; das condições sanitárias ao cuidado dos mais dependentes.

É fundamental reconhecer a existência de todos esses problemas e observar que a falta de conhecimento gerontológico os agrava. Para Kalache et al. (2020) as políticas de enfrentamento à pandemia devem considerar as evidências acumuladas pelos que estudam envelhecimento de modo a desenvolver diretrizes voltadas às necessidades das pessoas idosas institucionalizadas e aos mais fragilizados, considerando as limitações da infraestrutura formal de serviços e a ausência de cuidados integrados.

Nessa direção, é necessário reforçarmos políticas públicas para a atenção primária em saúde, criar estratégias de monitoramento remoto, garantir insumos de sobrevivência, oferecer orientações concretas e suporte às ILPI, cuidar das pessoas idosas que vivem em situação de rua, apoiar as pessoas idosas que cuidam de pessoas idosas ou que ainda trabalham na informalidade para sua subsistência, além de garantir abordagem humanitária e Cuidados Paliativos, quando necessário.

Percebe-se, assim, que políticas públicas devem ser construídas com as pessoas e não para as pessoas, pois o cidadão deve ser protagonista dessas políticas públicas e não sujeito

passivo. Os conselhos de direitos das pessoas idosas foram profundamente enfraquecidos ultimamente, em particular o Conselho Nacional, que pouco diálogo tem tido com a sociedade civil. Também por causa da fragilidade do controle social das políticas públicas (que atinge a multiplicidade de segmentos sociais e políticas setoriais), que pode fazer parte um importante contingente de pessoas idosas encontra-se na condição de risco social.

3.2. O distanciamento social e as consequências na vida da pessoa idosa em tempos pandêmicos

[A pandemia] mexeu muito, mexeu muito mesmo. Vim pra aqui no meio da pandemia; a gente costumava passear de fim de semana, sair, passear, ir em casa de família, de parente, agora não dá pra gente estar sempre em casa de parente, ou saindo pra qualquer lugar, algum parque, passear pra se divertir, não dá mais, tem que sair com restrição, tem que ter cautela ao sair, não dá pra sair assim que nem antes... (ADELI, 2021).

O termo “confinar” é definido como a reclusão de algo ou alguém dentro de certos limites, limitar-se de algo. Nos tempos de pandemia, muitos foram confinados em suas casas, trabalhando em *home office* e sendo orientados a afastarem-se do convívio social. Contudo, o distanciamento gera desconforto e pode ocasionar efeitos prejudiciais para a saúde mental da população, principalmente para as pessoas idosas, pois muitas já vivem o cotidiano reclusas em casa. A pandemia já causa estresse, paralisando a vida das pessoas e o desenvolvimento de suas atividades, sendo que o equilíbrio mental também pode ser prejudicado (quando não ameaçado) externas, como recursos individuais, familiares e sociais disponíveis, estado de saúde anterior e sentimento de desvalorização pessoal.

O desenvolvimento das capacidades e potencialidades das pessoas é fundamental para sua saúde mental e as respostas ao confinamento e às limitações impostas pela pandemia não podem ser generalizadas, pois os aspectos do desenvolvimento individual, as ligações e experiências anteriores de estresse precisam ser avaliadas, assim como a construção de resiliência, necessidade de cuidados de saúde, apoio psicológico, espiritual, econômico e social.

É sabido que a participação social é valiosa para um bom envelhecimento e, nesse sentido, o confinamento pode levar a uma ruptura dos laços sociais motivada pelo distanciamento físico, o que fragiliza a saúde mental e social da pessoa idosa. Nesse sentido, a consciência fazer parte da população de risco pode gerar uma percepção negativa da situação, aumentando a sensação de vulnerabilidade e medo. O medo de morrer, principalmente

sozinho, torna-se traumático para a pessoa idosa pode fazer com que a pessoa idosa deixe de participar de atividades sociais e de comunicação.

Para Huarcaya et al. (2021), o distanciamento social também pode dar origem a respostas positivas, e o confinamento pode ser entendido como a oportunidade necessária para a resolução de assuntos pendentes em nível individual, familiar, social e até mesmo global, constituindo-se, assim, como uma forma positiva de aproveitar o tempo. Valores como respeito, aceitação, escuta, solidariedade e dedicação são postos em prática não só por parte das pessoas confinadas, mas também do ambiente relacional. A análise desses fatores pode favorecer impactos positivos na saúde mental e, por conseguinte, contribuir para cenários mais favoráveis.

Entende-se, portanto, que o distanciamento físico não deve limitar o contato social ou a comunicação interpessoal, de modo a não causar sentimentos como dor, frustração, culpa solidão, além de problemas relacionados ao sono, ao apetite e exaustão. Tais sentimentos potencializam a desmotivação e o desespero, condições que prejudicam seriamente o autocuidado, conforme também evidenciou a gestora da ILPI entrevistada.

[...] vínculo familiar é muito importante no requisito que graças a Deus eu tenho familiares que são muito compreensivos, e eles entendem que eles estão aqui realmente e estão bem protegidos, e o impacto foi que eles sempre estão ligando, eles estão sempre fazendo vídeo chamada, eles sempre estão aqui no portão vindo visitar seus idosos, mas infelizmente não podem levá-los para suas residências, infelizmente temos que manter esse protocolo (MARIA LUCINETE, 2021).

O cenário da pandemia de COVID-19 é propício para causar sintomas de isolamento, mas que podem ser parte de condições complexas, com acentuada diminuição da funcionalidade, insônia, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. A possibilidade de enfrentar essa situação de uma forma construtiva demanda um processo de busca por sentido e harmonia intimamente ligado à capacidade de exercer o autocuidado, a empatia e a confiança. Isso demanda colocar em jogo a relação consigo mesmo e com os outros, bem como o reconhecimento da condição própria e/ou dos outros.

Em meio a toda situação de afastamento social, a rede de apoio social, o arranjo, a dinâmica e o processo familiar permitem avaliar se as necessidades físicas (alimentação, habitação, cuidados pessoais), psíquicas (autoestima, amor, afeto) e/ou sociais (identificação, relação, comunicação, pertencimento a um grupo) das pessoas atendidas. É relevante

considerar a percepção que esses indivíduos têm sobre o apoio social vigente e sua disponibilidade e sobre si mesmos.

Nesse contexto de cuidado torna-se indispensável investigar se a pessoa idosa tem algum interesse espiritual e, caso tenha, outros questionamentos devem ser realizados para aprofundamento do tema e melhor compreensão da rotina anterior, bem como da importância e da influência da prática espiritual na sua vida, pois não podemos perder de vista essa possibilidade.

Huarcaya et al. (2021) trazem outro ponto importante ao propor avaliar o conhecimento da pessoa idosa acerca da pandemia de COVID-19. Nesse momento, muitas pessoas idosas podem entrar em processo de negação, e para isso é necessário deixá-las à vontade para falar desse medo que as aflige. Essa pode ser uma oportunidade para identificar a pessoa idosa que deseja conhecer mais sobre o tema a fim de aumentar o autocuidado na vida ou aquela que possui déficit de conhecimento e apresenta sentimento de medo, angústia ou incerteza. É a partir dessa informação que a pessoa idosa será melhor assistida, pois a doença será esclarecida e trabalha-se assim com o sentido de realidade. Ainda dentro desse contexto, pode ser observado se a pessoa idosa vivencia ou percebe a condição de confinamento. Assim, foi perguntado ao entrevistado se a pandemia havia alterado alguma coisa na sua vida e com relação à sua família:

Mudou sim, mudou. Mudou, porque agora ao invés de eu ficar junto com a minha família, agora tem que vir uma vez por semana ou a cada 15 dias, não posso está vendo sempre, que nem quando eu estava morando em casa, agora tem que vir e ver a cada 15 dias e quando dá pra “eles vir” até aqui, entendeu, não dá pra mim ver sempre. A pandemia atrapalhou um pouco porque a minha filha não está podendo vir me visitar, aí vem a solidão (ADELI, 2021).

Alguns podem experienciar o evento como ameaçador e negativo, e outros como um momento de estímulo para o crescimento e a mudança.

Mudou. Não tenho recebido visita. Então quando estamos juntos aqui, interligados, contra a pandemia, o que um esquece o outro lembra, digo as questões de higiene, o outro leva, o outro vem, não esquece, nós estamos aqui, minha família são eles, então, o que ele esquece eu lembro, o que eu esqueço, a gente lembra. Assim a gente vai aprendendo a viver como família (VALMIR, 2021).

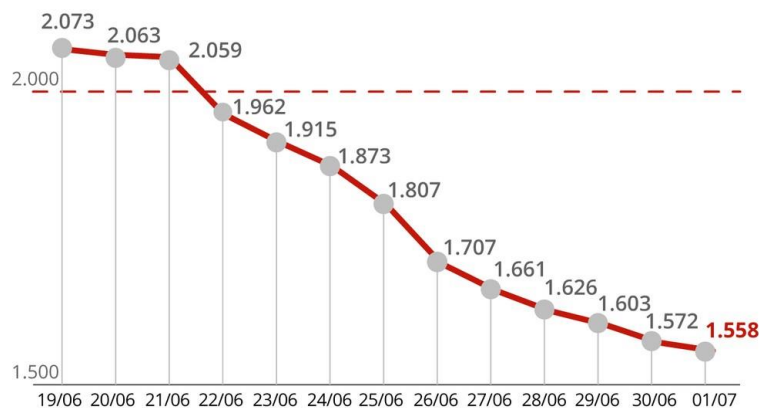
Adeli e Valmir trazem em suas narrativas visões distintas da pandemia quanto ao receio das implicações e o “peso” que isso representa em suas vidas. Para um, a pandemia

trouxe interferência na relação familiar, enquanto para outro possibilitou novos vínculos, reconhecendo que pode conviver num espaço fora do ambiente familiar e ressignificá-lo no intuito de diminuir a dor do afastamento.

Nesse sentido, cabe também analisar os impactos da pandemia a fim de melhorar a saúde física e evitar problemas emocionais e de vínculos sociais, como a estigmatização dos indivíduos, a falta de adesão a medidas de prevenção e o luto solitário diante da perda de pessoas queridas.

3.3. Os reflexos da vacinação contra a COVID-19 nas pessoas idosas

Em 02 de julho de 2021, a imprensa começou a apontar uma queda no número de mortes por COVID-19 como indício do efeito da vacinação no Brasil, porém ainda em um patamar alto demais de 1.500 mortes por dia. Nesse período, o país ultrapassava a marca de 520.000 mortes. Nunca é demais ressaltar, para que não incorramos na naturalização dos números, que 1.500 mortes diárias equivalem ao desaparecimento de uma cidade brasileira inteira. Segundo dados do IBGE (2010), o Brasil possui 253 cidades com menos de 2.500 habitantes, sendo que algumas possuem menos de 1.000 habitantes (projeção IBGE, 2020): Serra da Saudade (MG) é o município brasileiro com menor população (776 habitantes), seguido por Borá (SP), com 838 habitantes, Araguainha (MT), com 946 habitantes, e Engenho Velho (RS), com 982 habitantes.

Figura 8 – Média móvel de mortes no Brasil (2021).**Média móvel de mortes no Brasil**

Fonte: Consórcio de veículos de imprensa a partir de dados da secretarias estaduais de saúde



Infográfico atualizado em: 01/07/2021

Fonte: Portal G1

Segundo a reportagem: “A média móvel de mortes por Covid-19 no Brasil está em queda desde o dia 20 de junho, e se manteve assim no mais recente balanço do consórcio dos veículos da imprensa: 1.558 mortes nos últimos 7 dias” (G1, 02/07/21)

Os especialistas ouvidos pela reportagem apontavam que os números da queda estavam entre os dados que já mostravam a efetividade da vacina em grupos (sobretudo em pessoas idosas) que estariam totalmente imunizados. Apesar disso, alertavam que a pandemia não estaria controlada, e que a chegada da variante delta ainda era e continua sendo um risco para aqueles que não tomaram as duas doses da vacina.

A vacina com duas doses (é a explicação para a queda). A cobertura já está bem elevada nesta faixa, acima dos 60%. Acima dos 70, 80 e 90 ainda é maior. No número de casos, o impacto só vai ser maior com o avanço da vacinação, afirma Julio Croda, infectologista e pesquisador da Fiocruz (G1, 02/07/2021).

Ainda conforme a reportagem, o avanço da vacinação entre as pessoas acima de 60 anos está apontado pelos pesquisadores e especialistas como um dos principais motivos da queda das mortes por COVID-19 no Brasil, destacando que as mortes de pessoas acima de 80 anos começaram a cair ainda em março e, em abril, a queda ocorreu nos grupos de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos.

A vacinação é uma estratégia de saúde essencial e não deve ser descontinuada durante a pandemia de COVID-19, como tem afirmado a OMS e importantes institutos de pesquisa no Brasil e no mundo. A interrupção da vacinação verificada em países da América Latina e Europa poderá favorecer a formação de bolsões de indivíduos suscetíveis a doenças preveníveis por imunização, impulsionando, assim, a reemergência de infecções até então controladas ou eliminadas. Durante a fase epidêmica de aceleração, a redução das internações pelas doenças respiratórias pode garantir a reserva de leitos do sistema de saúde e proteger outras infraestruturas críticas de saúde dos países, assegurando assistência adequada e oportuna aos indivíduos com COVID-19. Nesse sentido, as agências internacionais de saúde recomendam a continuidade dos serviços de imunização durante a pandemia e orientam a adoção de estratégias que assegurem a vacinação da população mais vulnerável, especialmente as crianças e os idosos.

De acordo com Silva et al. (2021) foi exatamente a alta transmissibilidade da COVID-19 e a ausência de imunidade prévia de quase totalidade da população mundial contribuíram para a disseminação e o aumento expressivo da demanda para assistência aos pacientes que evoluíram com as formas graves da COVID-19.

Nesse cenário de sobrecarga dos sistemas de saúde, a redução das internações por doenças respiratórias preveníveis por imunização na população idosa é ainda mais urgente. Calculou-se, segundo Silva et al. (2021), que em 2017 ocorreram aproximadamente 900.000 hospitalizações devido à Influenza em todo o mundo, sendo a população idosa mais suscetível ao desenvolvimento das formas graves, especialmente quando as infecções secundárias pelo Pneumococo estão associadas ao vírus Influenza. Nesse sentido, as vacinas Influenza e Pneumocócicas são imprescindíveis, devendo ser garantida a continuidade das estratégias de imunização da população idosa durante a pandemia da COVID-19.

Estima-se que em 2050 a população mundial de pessoas idosas alcançará 2,1 bilhões, sendo 8 a cada 10 vivendo em países em desenvolvimento, distribuídos da seguinte forma: 35% na Europa, 28% na América do Norte, 25% na América Latina e Caribe, 24% na Ásia, 23% na Oceania e 9% na África. O aumento da expectativa de vida da população mundial suscita estratégias que promovam qualidade de vida associada à longevidade, especialmente nos países em que prevalecem as desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, a OMS propôs o plano para uma *Década de Envelhecimento Saudável 2020-2030* reunindo estratégias alinhadas à Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável com foco no fortalecimento dos serviços de atenção primária à

saúde para atenção integrada e centrada na saúde da pessoa idosa, incluindo o acesso às imunizações.

Nos casos em que o sistema de saúde estiver preservado e os serviços de saúde essenciais operacionalmente viáveis, os serviços de vacinação em postos fixos e a vigilância deverão ser continuados. Nesse momento será imprescindível a adoção de estratégias que garantam a segurança do vacinador e da população que será imunizada, a fim de impedir a disseminação do vírus. Também cabe garantir o distanciamento de ao menos 2 metros entre as pessoas durante a vacinação e implementar estratégias para a segurança ocupacional.

Quando as possibilidades de prestação de serviços de saúde forem limitadas, deve-se priorizar a vacinação das populações mais vulneráveis, com risco aumentado de morbidade e mortalidade, ou seja, os mais suscetíveis às formas mais graves das infecções pelos vírus Influenza e Pneumococo. A avaliação da fase epidêmica da pandemia de COVID-19 e as orientações das agências locais de saúde devem ser consideradas para a adoção da melhor estratégia de vacinação que assegure a imunização e reduza os riscos de disseminação da COVID-19 e transmissão tanto para o vacinador quanto para a população que será imunizada.

Segundo dados preliminares da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) obtidos pelo G1, o número de mortes por COVID-19 entre pessoas idosas com mais de 90 anos na cidade de São Paulo caiu 70% entre janeiro e fevereiro de 2021. Como alertavam os especialistas, a redução acentuada nas mortes desse grupo, poderia já estar refletindo os efeitos da aplicação das vacinas entre as pessoas idosas da cidade, que começou em fevereiro de 2021.

Tomamos como referência os dados da prefeitura de São Paulo, que compreendem o período das primeiras semanas de aplicação do imunizante contra a COVID-19 na capital paulista. De acordo com a gestão paulistana, o número de mortes de pessoas idosas recuou de 127 em janeiro para 38 em fevereiro.

Tabela 1 – Óbitos por COVID-19 em São Paulo (SP)

Faixa etária	Janeiro/2021	Fevereiro/2021
90 a 94	78	25
95 a 99	43	10
99 a 104	5	2
104 a 109	1	1
Total	127	38

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2021).

Ainda segundo a reportagem do G1, em janeiro 246 pessoas idosas com mais de 90 anos foram internadas por COVID-19 na cidade de São Paulo. E, no mês de fevereiro, o número caiu para 104, uma redução de 57,71% segundo o levantamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (G1, 07/03/2021).

Tabela 2 – Internações por COVID-19 em São Paulo (SP)

Faixa etária	Janeiro/2021	Fevereiro/2021
90 a 94	178	80
95 a 99	58	20
99 a 104	6	2
104 a 109	4	2
Total	246	104

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2021).

Em relação ao total de casos confirmados de COVID-19 entre os paulistanos com mais de 90 anos, passou de 380 em janeiro para 144 em fevereiro, uma queda de 62,1%.

Tabela 3 – Casos de COVID-19 em São Paulo (SP)

Faixa etária	Janeiro/2021	Fevereiro/2021
90 a 94	281	106
95 a 99	84	31
99 a 104	10	4
104 a 109	5	3
Total	380	144

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, março 2021

Segundo a reportagem, com base nas informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo, os números contemplariam casos de residentes da capital e abrangeriam todos os equipamentos de saúde da cidade, municipais, estaduais, privados ou filantrópicos.

Dados atualizados do processo de vacinação divulgados pelo Consórcio de Veículos da Imprensa em 24 de agosto de 2021, indicam que o Brasil alcançava o total de 126.643.511 pessoas (59,81% da população) que receberam ao menos uma dose do imunizante, e

57.684.624 (27, 24% da população) de pessoas totalmente imunizados, totalizando 184.331.135 de doses aplicadas.

Mesmo com todo o processo de imunização, os cuidados de proteção e medidas preventivas em relação às pessoas idosas seguem tanto no domicílio quanto nas ILPI, tendo em vista que a pandemia de COVID-19 tem imposto a necessidade de novos protocolos no campo da saúde, bem como novos desafios no campo socioassistencial. Vive-se um período de crise sanitária e tragédia social, em que mais do que nunca o papel do Estado se faz fundamental na garantia da proteção social a todas/os cidadãs/os.

4. O CUIDADO LONGE DE CASA: O TRÂNSITO ENTRE A FAMÍLIA E O NOVO “TERRITÓRIO DE VIVÊNCIA”

Este capítulo aborda o cuidado no processo de envelhecimento, tendo como referência o envelhecer longe de casa, a partir do momento em que a pessoa idosa passa a estabelecer residência em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Essa mudança certamente impacta diretamente na forma de viver e conviver, significando um divisor de águas na trajetória de pessoas idosas. Sustentamos que tal qual a casa representava para a pessoa idosa seu território, seu lugar de referência, a ILPI passa a desempenhar esse papel nessa nova passagem, um trânsito radical em direção a uma nova vida.

A Casa de Repouso Vida Plena, localizada na região do parque Edu Chaves, zona norte da cidade de São Paulo, foi o local da pesquisa, sendo devidamente autorizada a pesquisa via carta de anuência por sua diretora-proprietária, que não exigiu manter sigilo quanto às informações de identificação da instituição.

Figura 9 – Foto da fachada da Casa de Repouso “Vida Plena”(2021)



Fonte: Acervo pessoal, 2020.

No Brasil não há um consenso sobre o que é uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Sua origem está ligada aos asilos, inicialmente dirigidos à população que necessitava de abrigo, fruto da caridade cristã diante da ausência de políticas públicas. Mas envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida com redução da capacidade física, cognitiva e mental requerem que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência à saúde e ofereçam algo mais que um abrigo. Segundo Camarano e Kanso (2010),

como estabelecido pela ANVISA, a ILPI pública e/ou privada, de caráter residencial, destina-se 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.

Para tanto, a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) se associa a instituições de saúde pelo seu caráter de cuidado, mas Camarano e Kanso (2010) afirmam não serem estabelecimentos voltados a clínicas terapêuticas, apesar de os residentes receberem – além de moradia, alimentação e vestuário – esse tipo de atendimento. Na realidade, a responsabilidade da ILPI é promover integração para a pessoa idosa, auxiliando o desenvolvimento de sua sociabilidade. Assim, a ILPI é uma residência coletiva que atende pessoa idosa dependente e/ou independente em relação à insuficiência de renda ou não, de acordo com as condições da família, bem como para o desenvolvimento das atividades diárias, que por sua vez necessitam de cuidados prolongados.

A Casa de Repouso Vida Plena visa atender as necessidades físicas, psíquicas e sociais de pessoas idosas e oferecer “apoio aos familiares com qualidade, amor e humanização em um ambiente limpo, agradável e seguro”. Quanto à visão institucional, se propõe a ser “referência de melhor tratamento e cuidado à pessoa idosa entre as Casas de Repouso, e ser reconhecida pela excelência na prestação de serviços a pessoa idosa”, manifestando os seguintes valores:

- Comprometidos com a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da pessoa idosa e a qualidade de vida de nossos clientes;
- Acredita na importância de disponibilizar um ambiente que incentive o aprendizado, o desenvolvimento e o reconhecimento ao alto desempenho de seus funcionários;
- Respeito à vida, à dignidade, aos direitos humanos e aos mais elevados padrões éticos e legais;
- Disponibiliza um ambiente seguro, alegre, familiar e amoroso aos residentes;
- Comprometidos com os resultados e o crescimento;
- Transparentes em suas condutas e emitindo confiança aos familiares.

A Casa de Repouso Vida Plena apresenta-se como uma “nova residência” para a pessoa idosa, e mais do que isso, um novo território de vivência, o que passamos a abordar adentrando o universo de nosso campo privilegiado de pesquisa.

4.1. O cenário da pesquisa

Foram utilizadas tanto para as pessoas idosas bem como para a gestora e a funcionária, perguntas norteadoras e disparadoras com intenção de criar um momento acolhedor para que os participantes pudessem se sentir à vontade para narrar suas experiências, vivências, trajetórias de vida que pudessem contribuir para o tema. As narrativas das/os participantes da pesquisa trazem luz à questão das pessoas idosas em ILPI.

As narrativas alcançaram minhas inquietações no que se referem aos objetivos propostos por esta pesquisa inicialmente. No entanto, novas questões foram sinalizadas, como, por exemplo, sentir o cheiro de certos alimentos que não costumam ser preparados na ILPI e que emergiam em meio à entrevista. Tratava-se da memória olfativa, que tem sido considerada como duradoura e intensa, talvez tanto quanto ou mais do que as memórias advindas da audição e da visão, desencadeando rapidamente lembranças e emoções. De modo semelhante, estudos indicam, por exemplo, o quanto determinadas músicas permanecem intactas na lembrança de pessoas idosas.

Para as pessoas idosas, trabalhei com os seguintes elementos disparadores no processo das entrevistas: (1) conhecer a história de vida; (2) lembrança que gostaria de esquecer; (3) a quem pede ajuda quando está triste; (4) se sente saudade de casa e do que mais sente falta; (5) mudanças que a pandemia provocou em relação à família; (6) acontecimento parecido com a pandemia; (7) acontecimento durante a pandemia que mexeu com a sua vida ou da sua família.

Com a diretora e funcionária buscou-se conhecer: (1) a trajetória de vida até chegar ao serviço (ILPI); (2) atribuições técnicas para desempenhar as funções; (3) os impactos que a pandemia provocou no cotidiano profissional, como era a rotina em 2019 e como passou a ser em 2020; (4) o que mudou no período de pandemia e como tem sido o trabalho e o relacionamento entre as/os trabalhadoras/es com o serviço e as pessoas idosas; (5) descrever a rotina das pessoas idosas antes da pandemia e durante esse período; (6) como avalia os vínculos familiares e comunitários das pessoas idosas após pandemia; (7) como avalia os vínculos entre as pessoas idosas antes e durante a pandemia; (8) as manifestações das pessoas idosas para expressar seus sentimentos no processo de isolamento social, em relação à família e aos amigos, ou lugares onde convivia antes de entrar neste serviço; (9) as manifestações das pessoas idosas quanto às expectativas em relação ao passado ou ao futuro no seu convívio cotidiano no serviço; (10) as expectativas como diretora/funcionária do serviço em relação ao serviço após a pandemia.

A pesquisa foi dividida em dois momentos: primeiramente um momento dedicado à escuta das narrativas, e posteriormente a aplicação da técnica de desenho das trajetórias de vida, uma técnica aplicada somente com as pessoas idosas entrevistadas.

No dia das entrevistas a pesquisadora estava bastante ansiosa ao chegar à instituição, cheia de expectativas. A direção designou o local para que pudéssemos trabalhar com a aplicação da pesquisa: a varanda da Casa de repouso.

É interessante observar que a varanda é o ponto de encontro das pessoas idosas com os seus familiares, em dias de visita, e, por isso, um lugar repleto de significados. Muitos lembraram que na infância moravam em casas que tinham uma pequena varanda e que a varanda à noite era o principal espaço de convívio da família, pois ali se ouvia histórias enquanto geralmente o pai fumava seu cigarro ou charuto. Eu mesma, como pesquisadora, pude rememorar minha história de quando criança sair da escola e passar por uma rua repleta de casas de varandas, casas padrão, simples e lindas.

Assim, foi na varanda da instituição que as pessoas idosas puderam rememorar suas histórias, elas também estavam ansiosas e emocionadas, se sentindo “honradas” por poder sentar e contar sua história de vida para alguém. O respeito com a sua própria história foi tão grande que pude observar que um dos participantes pediu licença para retirar o “boné” que usava, demonstrando muita reverência ao seu passado.

Neste momento pude perceber sua emoção ao entrar em contato com a própria história. O passado, segundo Benjamin (2012), traz consigo um índice secreto, que o impele à redenção.

4.1.1. O impacto da entrevista e o caminho de volta para casa

Antes de iniciar a pesquisa, a entrevista parecia de fácil realização, porém, constituiu-se em um momento de tensão de ambas as partes, pela delicadeza de se abrir ao outro em histórias marcantes de vida, fosse por sofrimento, desprezo, violência, abandono, abuso ou cuidado.

Era como se estivéssemos naquele momento de fato “privados de uma faculdade que nos parecia totalmente segura e inalienável: faculdade de trocar experiências e de ouvir o que o outro tem a dizer, não importa o que será dito” (BENJAMIN, 2012, p. 213).

Como o objetivo de iniciar a entrevista, narrei, de forma breve, meu interesse pelo tema da pesquisa, procurando interromper o silêncio e enfrentar até mesmo a desconfiança, o medo e a timidez. Minha intenção era acolhê-los e deixá-los confortáveis, pois entrar em contato com o passado não é fácil, principalmente se o passado nos deixou cicatrizes e marcas dolorosas.

Em seguida, as/os sujeitas/os começaram a narrar suas experiências. Antes procurei me certificar de que estavam confortáveis e se havia algum barulho incomodando, pois era fundamental que aquele momento fosse tranquilo, em que os sentimentos vivenciados entre sujeitas/os de pesquisa e pesquisadora encontravam-se entrelaçados e enredados em histórias de vidas.

As narrativas ocorriam sem interrupção da minha parte, sendo que apenas em certos momentos havia alguma interferência para aprofundar determinados conteúdos. Durante esse processo fui envolvida por vários sentimentos, momentos que me faziam sorrir e em outros meus olhos lacrimejavam. Assim, a pesquisa foi ganhando vida e significados, e o trabalho intelectual foi se aproximando da concretude, sendo que todo o processo foi passando a fazer parte da história de vida da própria pesquisadora.

Cada história é o ensejo de uma nova história, que desencadeia uma outra, que traz uma quarta, etc., essa dinâmica ilimitada da memória é a da constituição do relato, com cada texto chamando e suscitando outros textos (BENJAMIN, 2012, p. 13).

Ao acessar as histórias, ou mesmo em contato com o cotidiano dentro da ILPI o momento da narrativa ganhava cada vez mais centralidade para entender a importância de espaços para que as vozes das/os sujeitos/as pudessem de fato ser escutadas. Por isso, não se tratava de “dar voz”, mas criar as condições para a escuta das vozes existentes. Pois as narrativas refletem a memória e a consciência das pessoas na construção de seus enredos, bem como expressam a construção desses indivíduos como sujeitos sociais.

Os relatos revelam, de forma significativa, crenças, hábitos, valores, atitudes, representações, opiniões e aprofundam a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos. Conforme Martinelli (2005), fazer pesquisa:

[...] é descobrir caminhos, é configurar uma paisagem desconhecida na perspectiva do que se está pesquisando. Na verdade, partimos do que já conhecemos com vistas a um conhecimento mais pleno da realidade em análise (MARTINELLI, 2005, p. 123).

Para as/os sujeitas/os da pesquisa o “ficar longe de casa”, por exemplo, foi se configurando à medida da escuta das narrativas, como uma dor quase sem explicação, e a palavra escrita ou falada parece insuficiente para alcançar esse vazio, como diz a canção de Gilberto Gil criada especialmente para Chico Buarque, intitulada “Copo Vazio”:

É sempre bom lembrar
 Que um copo vazio
 Está cheio de ar
 É sempre bom lembrar
 Que o ar sombrio de um rosto
 Está cheio de um ar vazio
 Vazio daquilo que no ar do copo
 Ocupa um lugar
 É sempre bom lembrar
 Guardar de cor que o ar vazio
 De um rosto sombrio está cheio de dor

Ou, ainda, como expressou José Donizete em sua entrevista: “sinto muita saudade da minha casa, às vezes me sinto sozinho, sinto saudade da minha casa” (JOSE DONIZETE, 2021).

A casa narrada pelas/os sujeitas/os da pesquisa se constituía no lugar que preenche as lacunas, que nos protege do medo, que nos dá liberdade, o território, campo de fidelidade, onde as lágrimas, as alegrias, a fartura, a necessidade, a dor, muitas vezes o sofrimento e os momentos de alegria e comemorações podem ser manifestados.

4.1.2. Os retornos da pesquisa: entre voltas para casa e devolutiva dos resultados

No caminho de volta para casa pensei em todas essas emoções que vivi em um período de tempo muito curto, rememorando os relatos, no dizível, nos olhos lacrimejando, nas mãos trêmulas, e até mesmo no sorriso ao falar na figura da mãe cuidadora, quando também entrei em contato com a minha infância.

Nesse percurso, refletia também sobre alguns momentos de silêncio, em que parecia que o tempo era uma folha em branco, a história que gostaria de esquecer, mas naquele momento o passado “batia na porta” e “pedia licença” para se revelar; passado que muitas vezes foi calado, silenciado, mas que a memória trazia à tona. Assim, vim pensando nas pausas, no momento do silêncio, no tempo de elaboração das narrativas individuais, em que muitos buscavam recurso interno para contar sua trajetória.

Todas as pessoas entrevistadas receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, ficando uma cópia com a pesquisadora e outra foi disponibilizada aos participantes. Quanto às entrevistas, foram gravadas e posteriormente transcritas, dando origem a um quadro de sistematização, cruzando temas comuns associados às pessoas entrevistadas. O gravador foi um instrumento muito importante, assim como o processo de observação, pois com a gravação foi possível retomar não somente as narrativas, ou seja, as palavras, como também os silêncios, suspiros, tons de voz do/a narrador/a, que posteriormente contribuíram para a análise do conteúdo.

No percurso da pesquisa de campo, desde o deslocamento à casa de repouso até cada retorno para casa, lembrava de cada pedacinho da conversa, de cada relato, tinha um “gravador” no meu cérebro com cada nome dos/as participantes e suas narrativas. Eu mesma os/as conduzi até a varanda, guardava na mente o lugar em que cada um se sentou, e a maneira como passaram a narrar as suas histórias de vida. Isso fervilhava em minha mente.

Fui presenteada a cada retorno para casa com as memórias, lembranças, o cheiro da comida que eles comentavam que sentiam falta, o cheiro do café da manhã que eles mesmos faziam em casa; eu pensava no passeio ao Parque do Ibirapuera que uma participante da pesquisa narrou que fazia aos sábados e feriados, e do qual ela sentia muita falta, além da ausência dos amigos. Assim era o meu retorno do campo: nunca vazio, mas cheio de lembranças.

Para Benjamin (2012, p. 229-230), “O sentido da vida” é o centro em torno do qual se movimenta “[...] quem escuta uma história está em companhia do narrador; e mesmo quem a lê partilha dessa companhia”.

Martinelli (2012) nos conduz generosamente na compreensão da relação entre o sujeito envolvido na pesquisa e o pesquisador, ensinando que a pesquisa qualitativa nunca é feita apenas para o pesquisador, sendo que seu sentido social, portanto, deve retornar ao sujeito. Nesse sentido, a pesquisa é qualitativa exatamente porque se trata de um exercício político ao trabalhar com significados de vivências, e por isso precisa ser devolvida aos sujeitos que dela participam, o que se relaciona à construção coletiva do conhecimento.

Partindo dessa perspectiva, a presente pesquisa busca retornar às/aos sujeitas/os, já que as/os participantes foram generosas/os em compartilhar suas histórias de vida, memórias e lembranças que guardaram por tanto tempo, e que confiaram em repartir com a pesquisadora fatos marcantes, silêncios, segredos e trajetórias de vida. Para essa devolutiva, realizarei uma roda de conversa com os participantes para juntos compartilharmos os resultados do trabalho.

Desta forma traremos as/os participantes para o lugar de sujeitas/os ativas/os da pesquisa e não passivas/os.

A pesquisa foi realizada partindo das vivências das pessoas idosas, entremeadas pelas percepções sobre o trabalho desenvolvido pela instituição a partir dos depoimentos da diretora e de uma trabalhadora técnica da ILPI. As narrativas revelaram uma complexa teia de fatos, lembranças, silêncios, acrescidas dos desenhos das pessoas idosas, evidenciando tramas históricas, culturais, políticas, econômicas, sociais e emocionais, que reconfiguram as relações de proteção e desproteção social, que passam a ser traçadas dentro e fora do espaço institucional.

Para tanto, antes mesmo de adentrar pelas narrativas das pessoas idosas, será necessário fazer uma contextualização sobre este novo território no campo da proteção social, e que passa a ser não somente um espaço físico a ser ocupado, mas também a ser conquistado, desejado e ou rejeitado, iniciando com as percepções da diretora Maria Lucinete e da trabalhadora Iolanda.

4.2. Um lugar chamado ILPI: proteção social, envelhecimento e família

No âmbito da política de assistência social, a matricialidade sociofamiliar é uma estratégia que visa oferecer proteção para que a família cumpra seu papel social principal, o de cuidado, sustento, educação e socialização de seus membros; portanto, toma a família como foco da proteção social, visando maximizar as ofertas de serviços, condicionando-os ao cumprimento de papéis de proteção social pela família.

Na atualidade, em relação à saúde das pessoas idosas temos alcançado avanços significativos com programas que priorizam a proximidade territorial, como entrega da medicação em domicílio, cuidado domiciliar, saúde da família, dentre outros serviços oferecidos à pessoa idosa. Dessa forma, as políticas de proteção social, como saúde e assistência social, se constituem essenciais para efetivação do princípio constitucional de direito à vida e à dignidade da pessoa humana.

Nesse contexto do direito a envelhecer com dignidade entendemos o papel estratégico exercido pela ILPI, pois, além do conhecimento técnico, o cuidado requer a capacidade de compreender as necessidades do outro e dar uma resposta adequada, capacidades que possibilitam à pessoa idosa libertar-se, ter coragem, lançar-se, favorecendo as ações humanizadas. Assim, o cuidar profissional ou não profissional pode e deve manifestar afeto.

[...] É atribuição estar sempre atenta e o mais importante trabalhar com amor, com carinho, com vidas e ouvi-los que é muito importante ouvir essa pessoa idosa mesmo com Alzheimer (MARIA LUCINETE, 2021).

[...] a gente tem que dar na boca em muitos casos, auxilia a alimentação, a medicação, muitos se você der na mão eles jogam fora, você tem que estar olhando, prestando atenção nessa parte, se ele está se alimentando corretamente e tomando a medicação certa também (IOLANDA, 2021).

A história da pessoa idosa não pode e nem deve ser esquecida, conhecer esse percurso permite partir da realidade pessoal vivenciada como referência essencial para compor as formas de intervenção pertinentes a cada sujeito, na sua singularidade. Assim, para cada pessoa idosa, uma história, para cada história, um ser humano que precisa reinventar sua vida; e quando necessita de uma ILPI, ressignificar uma nova rotina, uma vida desafiadora e compartilhada longe de casa, onde se acolhe, se vive e se convive.

Dessa forma, existem vários fatores que motivam a família ou a própria pessoa idosa a buscar uma ILPI: mudanças nos arranjos familiares, entrada da mulher no mercado de trabalho, inadequação do ambiente físico, ou seja, inadequação da estrutura da casa para atender as necessidades de locomoção da pessoa idosa, dificuldade de contratar um profissional especializado para proporcionar os cuidados necessários para a pessoa idosa que requer um tipo especial de cuidado, síndrome demencial, problemas de relacionamento com outros familiares e por escolha da própria pessoa idosa que muitas vezes quer conviver com pessoas da sua faixa etária e ter expectativa de uma vida social mais saudável.

Além disso, a inserção de um membro da família no mercado de trabalho, ocasionando a “ausência” da cuidadora, faz acionar muito mais as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) como alternativa de acolhimento de pessoas idosas. Associa-se a esse fato as dificuldades na prática exigida para cuidar de uma pessoa idosa, especialmente nos casos em que se encontram fragilizadas e dependentes, o que pode causar irritabilidade, estresse e outras configurações perturbadoras na/o cuidadora/or, além de adaptações da casa, ritmo da família, arranjos na sua estrutura, dentre outras questões que dificultam ou mesmo inviabilizam prestar os cuidados necessários à pessoa idosa.

Sendo assim, esse desconforto também causa um nível de estresse muito alto na pessoa idosa, acarretando processos de isolamento social, mesmo estando entre os familiares, e muitos entram em depressão devido ao grau de sofrimento.

Dentre os fatores supracitados, há outros preponderantes, que também podem levar a pessoa idosa ao estado de institucionalização, entre eles morar sozinho, ausência de

companheiro(a), viuvez, aposentadoria com valor muito baixo, doenças graves e estágios terminais, suporte social precário e alto grau de dependência física.

As mudanças nas relações societárias, incluindo a instituição familiar, como, por exemplo, a saída da mulher para o mercado de trabalho, bem como a necessidade cada vez mais precoce de inserção dos jovens no mundo do trabalho, passaram a impactar no cotidiano de vida das pessoas idosas de diferentes formas. As famílias passaram a recorrer ao Estado para abrigar seus idosos dependentes por não terem condições socioeconômicas e de infraestrutura doméstica, ou mesmo disponibilidade de ofertar cuidados, em função das atividades fora de casa, a inserção do grupo familiar no mercado de trabalho, além das questões agravantes de saúde das pessoas idosas.

Verifica-se, por outro lado, no caso brasileiro, o aumento da dependência das famílias em relação aos provimentos recebidos pelas pessoas idosas tanto pelo benefício da aposentadoria como pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) para auxiliá-lo no seu cuidado, seja na alimentação, na compra de remédio ou mesmo para custear uma ILPI. Ao mesmo tempo, evidenciam-se também as situações de vivência de isolamento e solidão das pessoas em processo de envelhecimento, que passaram a ficar sozinhas em casa, tornando-se vulneráveis a acidentes domésticos, depressão, ausência de cuidados à saúde e de convívio social.

Dessa forma, diversas e complexas são as situações de vulnerabilidade e risco social que passam a acometer cidadãos nesse período específico do envelhecimento, pressionando a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), em função da própria condição de dependência associada à frágil presença ou ausência de proteção social.

Nesse cenário é que se desenvolve o trabalho social cotidiano da Casa de Repouso, o que abordaremos a partir das percepções da gestora e da trabalhadora.

4.2.1. Trajetórias de vida profissional

E amando o que eu faço; que é gostar de cuidar de vidas! (MARIA LUCINETE, 2021)

Me apaixonei pela geriatria e estou hoje aqui! (IOLANDA, 2021)

É importante ressaltar que o trabalho das/os profissionais perpassa a saúde física e mental de cada pessoa idosa, pois todo trabalho é construído no cotidiano, em todos os espaços que se vinculam à ILPI, desde o momento da acolhida, do conhecer a história de vida

das pessoas ali inseridas, até o momento do retorno ao seu território de origem, quando possível.

A trajetória de vida profissional de Maria Lucinete

Minha trajetória iniciou como auxiliar de enfermagem dentro do hospital, atendendo todas as alas e pegando experiência com todos os tipos de patologias, então trabalhei na maternidade, UTI, pronto-socorro, clínica médica, centro cirúrgico, e assim foi “né”. E amando o que eu faço que é gostar de cuidar de vidas eu fiz o técnico de enfermagem, e no técnico de enfermagem aprendi muito também porque são muitas coisas relevantes e importantes a gente aprender na vida profissional, e depois de um ano e meio mais ou menos que eu tinha terminando o técnico de enfermagem, já 8 anos dentro do mesmo hospital que eu trabalhava que era o Hospital José Storopolli, que hoje é conhecido “hospital vermelhinho” muito conhecido “né”, eu decidi pedir demissão foi quando eu resolvi fazer a universidade. Nesse tempo eu não tinha condições de pagar uma universidade, então tinha que fazer hora extra tanto a noite como de dia, e acabou que um ano eu tive que parar de estudar porque eu não tinha mais condições, e foi muito difícil pra mim porque eu amo muito o que eu faço, mas ao final do tempo deu tudo certo, eu negocieei e continuei, e quando eu peguei meu diploma como enfermeira eu falei pros meus filhos que estavam ali presentes e minha família, que eu iria honrar esse meu compromisso, meu certificado e aí então dei esse início a minha carreira, eu pedi demissão de 8 anos de empresa porque lá não tinha a possibilidade de promoção de vaga para auxiliar ou técnico pra enfermeiros, então fui trabalhar numa empresa cooperativa e eu me dei logo de cara com uma UTI neonatal e pediatria, então imagina uma pessoa sem experiência, na prática é uma coisa no papel é outro, mas foi muito gratificante trabalhar com os bebezinhos, nas incubadoras, enfim, e ali deu início ao meu trabalho. De lá eu passei por vários outros hospitais, até cheguei um dia num registro em carteira, e eu tive o prazer de conhecer o Doutor Osvaldo que trabalhou comigo chefe de pronto-socorro da Samcil, que hoje já não existe mais, e ele me fez um convite “Lu, você tem muito potencial, vamos dar aula?” E fiquei “como assim, dar aula”. Aonde eu me formei na Universidade Bandeirantes de São Paulo que é UNIBAN, hoje praticamente não existe mais é Universidade Anhanguera, eu comecei a dar aula e ali começou minha vida relacionada a questão de disciplinas, e dentro das disciplinas dentro da sala de aula, e fui convocada pra trabalhar também em estágios, e dentro desses estágios, juntamente formando futuros enfermeiros eu tive a possibilidade de conhecer também trabalhos em casa de repouso, e aí foi onde meu coração foi tocado, quando eu entrava dentro dessas casas de repouso, são várias aqui em São Paulo, principalmente na Zona Norte iniciou-se ali o desejo no meu coração, ou seja, ali iniciou a minha verdadeira trajetória de cuidar de idoso, e desde então, de 2010 nós estamos hoje em 2021, nasceu a Casa de Repouso Vida Plena, e eu “estou” muito satisfeita porque eu amo cuidar dos meus velhinhos que são minhas crianças que envelheceram minhas funções técnicas são principalmente ter autonomia, ter conhecimento, estar sempre atenta a necessidade de cada idoso, e a importância nessa atribuição é verificar qual é a real necessidade desse idoso, vou dar um exemplo rápido: o “idoso” “ta” andando mas ele começou a mancar, e ele não andava mancando, então provavelmente ele torceu esse pé, aí imediatamente eu vou entrar em contato com meu médico,

que eu tenho toda uma equipe multiprofissional, e vou ver qual a possibilidade de levar esse residente (em caso de repouso é residente) pro hospital, e aí se não for necessário eu mesma vou preparar uma tala, e vamos passar um enfaixamento e entrar com a medicação, porque nós temos médico 24 horas assistindo mesmo de longe. E as atribuições são relacionadas aos profissionais da saúde que estão comigo hoje, que são auxiliares e técnicos de enfermagem tanto período noturno como período diurno. Aqui eu aplico também o SAE que é sistematização da humanização ao idoso, e trabalho também acompanhando alguns alunos quando vem para mim de outras instituições, eu acho que essa é a parte mais importante, e seria relevante também falar sobre a questão da alimentação deles, isso é uma atribuição muito importante pro idoso, eles geralmente não engordam eles perdem peso, então nós temos que manter o peso desse idoso, e para isso nós temos um nutricionista semanalmente. E atribuição é estar sempre atenta e o mais importante trabalhar com amor, com carinho, com vidas e ouvi-los que é muito importante ouvir esse idoso mesmo com Alzheimer o impacto maior pra nós profissionais da saúde foi o custo que foi elevado realmente pra gente poder se proteger, pra proteger esses idosos, ou seja, todas as EPIs e equipamentos pra gente manter o protocolo solicitado pelas fiscalizações. Vou dar um exemplo, uma caixa de luva que eu pagaria 17 reais, hoje eu pago 85 (reais), e pra nós o que também muito pegou foi a questão emocional dos nossos profissionais da área de saúde, e a todos que trabalham aqui também “né”, relacionados a parte da cozinha e da limpeza, eu montei inclusive um protocolo para que todos viessem com a roupa de casa e se trocassem aqui, chegando aqui lavassem as mãos, e usassem álcool em gel. Graças a Deus a minha notícia boa é que a casa de repouso, desde o início de 2019, que deu início a pandemia em 2020, nós não tivemos nenhum caso de COVID, e todos os nossos idosos fizeram as duas testagens como os funcionários, e todos eles como todos os funcionários já estão também vacinados com as duas doses. Então o nosso grande impacto foi e é até hoje você ver o familiar vindo até o portão, e o idoso não poder sair e o familiar não poder entrar pra dar um abraço neles, então esse é o impacto que gera pra nós uma dificuldade muito grande e por isso a gente tem que amá-los muito (MARIA LUCINETE, 2021).

Percebe-se que a ILPI ocupa um lugar muito importante na vida da entrevistada e na sua vida profissional, traz na sua trajetória profissional a paixão pela área da saúde e o respeito pela vida da pessoa idosa a que se propôs a cuidar. Revela preocupação pela humanização da pessoa idosa durante a estadia na Instituição.

De acordo com o relato da gestora toda prática é voltada para o cuidado da pessoa idosa e para trabalhar as suas questões também de cunho emocional postas no cotidiano, principalmente no que tange ao direito à saúde como um todo (psicológica, nutricional, espiritual), bem como trabalhar com os aspectos da vivência com o processo de seu tratamento (para aqueles que necessitam) e a convivência entre todos os envolvidos. Também nesse contexto têm-se o cuidado de preservar os vínculos familiares.

A trajetória de vida profissional de Iolanda

Meu nome é Iolanda trabalho como auxiliar de enfermagem tem mais de 10 anos, sempre trabalhei em casa de repouso, comecei como auxiliar de serviços gerais no Hospital Geriátrico Dom Pedro II, aí me interessei pela profissão, me apaixonei pela geriatria e estou aqui hoje (IOLANDA, 2021).

[...] você tem que estar olhando, prestando atenção nessa parte, se ele está se alimentando corretamente [...]! Aqui a gente trabalha com a parte de clínica médica, medicação, a troca do paciente, você tem que prestar atenção em muitos que não conseguem se comunicar, você tem que estar sempre alerta com o risco de queda, os perigos que envolvem eles, feridas, curativos também a gente tem essa parte, a alimentação deles também, aqui a gente tem que dar na boca em muitos casos, auxilia a alimentação, a medicação, muitos se você der na mão eles jogam fora, você tem que estar olhando, prestando atenção nessa parte, se ele está se alimentando corretamente e tomando a medicação certa também (IOLANDA, 2021).

O contexto delineado por Iolanda reforça a questão do cuidado de acordo com Boff (2003), requerendo que se “responda ao impulso inicial com um ato de compromisso: eu me comprometo com ação explícita em benefício do objeto do cuidado (eu pego no colo o meu bebê que chora) ou me comprometo em pensar sobre o que posso fazer”.

4.2.2. Expectativas e rotina da ILPI durante e pós-pandemia

As considerações brevemente apresentadas nas falas das entrevistas retratam a vida das/os profissionais no cotidiano de uma ILPI, abordando a pandemia a partir da questão do cuidado, da higienização e de evitar aglomeração. A COVID-19 gerou impactos na vida das/os profissionais, residentes e dos familiares. Nesse contexto, a questão social fica prejudicada em função do isolamento social exigido como protocolo de segurança. Esse quadro é aprofundado com a quebra de vínculos familiares, que em muitos casos ocorrem na vida de pessoas idosas.

Eu acho que vão ser mais cuidados, para ter menos infecções, principalmente essa parte de vírus, eu acho que vai ser mais redobrado, vai ser bem redobrado, porque vai demorar pra passar “né” (IOLANDA, 2021).

A partir dos elementos revelados pela entrevistada referente ao cuidado, cabe refletir que a vacina seja um aporte para essa população tão atingida pela COVID-19, principalmente no início da pandemia.

Olha, a minha expectativa é... na realidade eu entendo que já iniciou lá atrás, a minha casa nós comportamos 35 vagas e nós temos 33 idosos, então eu entendi que algo estranho aconteceu, porque os familiares ficaram com medo que esses idosos dentro de suas residências tendo contato com seus familiares, ou vizinhos, parentes, pegassem o COVID, e aí então eu fui internando, fui internando, e eu fui percebendo juntamente com os colegas, que a gente faz parte da associação de casa de repouso, o quanto está tendo internação, pra que esses idosos venham pra casa de repouso e sejam bem protegidos, mas lá no passado, eu percebia que existia um certo afastamento dos familiares, hoje não, hoje mudou a situação para com os idosos, então para com os idosos o cotidiano continua, nós fizemos planejamento de melhora de atendimento para eles, e atividades em grupo, então eles sempre estão fazendo algo, mas o convívio deles com a família se rompeu nesse momento de não poder sair e nem eles poderem entrar, mas os familiares se sentiram mais sensibilizados devido a tantas mortes de idosos (MARIA LUCINETE, 2021).

O termo “vínculo” é oriundo da palavra latina *vincire* e diz respeito à importância dos vínculos para os seres humanos, sendo estabelecidos por meio das relações junto às demais pessoas e diante das diferentes realidades nas quais encontram-se inseridas.

Ademais, nos casos das pessoas idosas institucionalizadas, a fragilização desses vínculos, sobretudo os familiares, na maior parte das vezes não ocorre a partir da institucionalização, mas bem antes. Ao deixar a habitação familiar, a pessoa idosa vivencia um processo de adaptação institucional que pode ser impactante e esse processo longe de casa para muitos é traumático ao ter que lidar com essa nova realidade. Por isso, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/04) define que se podem prevenir vulnerabilidades e riscos sociais a partir do desenvolvimento de potencialidades e aquisições dos indivíduos, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários no âmbito da Proteção Social Básica.

Como eu moro perto pra mim não alterou muita coisa, assim, cuidados aqui “né”, a gente tem que estar observando se está doente, se não vem doente também pra aqui que pode acontecer “né”, agora fora isso continua os mesmos, assim, você dobra o cuidado, tanto com eles quanto com a gente, a higiene “né” a gente presta mais atenção nessa parte também das mãos, uso da máscara, até eles também tem momento que precisa, mesmo com a vacina (IOLANDA, 2021).

A Secretaria da Saúde afirma que a vacina contra a COVID-19 tem trazido alívio para quem já foi imunizado e esperança para os que aguardam sua vez de vacinar. Entretanto, mesmo após finalizar o ciclo das duas doses, é preciso manter a rotina de cuidados contra o coronavírus. O órgão alerta, ainda, que se deve manter o distanciamento social, o uso de máscara e a higienização constante das mãos até que se atinja a chamada imunidade de rebanho, quando boa parte da população estiver imunizada.

A pandemia trouxe o distanciamento social e com ele as consequências para as pessoas idosas residentes em ILPI, conforme relato:

Antes eles gostavam muito de “ta” lá pra frente, pro portão, e a gente teve que tirar essa parte deles, de afastar a família, o que eles mais sentiram foi a falta das visitas, porque vinha visita religiosa então tinha mais movimento, teve paciente até meio depressivo por conta disso, tinha visita religiosa, católico vinha, evangélico vinha, tinha oração, tinha gente de fora que fazia teatro, e agora não pode “né”, de certa forma eles tinham atividades, fora a fisioterapia, a dança, então tinha outras atividades, sempre tinha, festinha com bastante gente, com familiar, não teve, dois anos quase sem, então muitos deles não tem esse entendimento, pela idade e também pelo transtorno mental (IOLANDA, 2021).

Assim, a vida cotidiana para as/os trabalhadoras/es e para as pessoas idosas residentes na ILPI passou a ser um palco de expressões e até mesmo tensões sociais ligadas ao isolamento social.

4.3. As expressões de sentimentos das pessoas idosas (residentes) sob a ótica da equipe técnica

O que é que está acontecendo lá fora?”, “por que meu filho não pode entrar?”, “que doença é essa que ninguém resolve nada?”! (Anônimo)

Bom, sim eles se expressam realmente com muita tristeza, inclusive eu tenho um idoso que ele “tava” super bem já até pra ir de alta, que ele entrou pra mim o senhor Donizete com problema de ansiedade e também a questão da depressão, e ele teve uma recaída, e a gente estava trabalhando ele por conta disso, porque não é fácil estar distante de seus familiares. Mas eles se expressam sim, eles falam muito sobre “*o que é que está acontecendo lá fora?*”, “*por que meu filho não pode entrar?*”, “*que doença é essa que ninguém resolve nada?*”, então essas são as manifestações, e pra gente poder proteger esses idosos inclusive a gente não deixa eles assistirem aos noticiários da televisão, a gente conversa, explica o que está acontecendo, mas a gente evita, a gente coloca um filme, faz uma sessão de pipoca, a gente põe desenho pra eles, enfim, é dessa forma que a gente tem trabalhado (MARIA LUCINETE, 2021).

Ouvir a pessoa idosa significa valorizá-la enquanto sujeito no processo do envelhecer, potencializando áreas de sua vida que independem da sua idade; pois é nesse momento que a aceitação pelo processo do envelhecer longe de casa poderá, talvez, ocorrer com menos sofrimento. Nesse sentido, ao analisar o contexto também da narrativa da pessoa idosa, pode-se perceber o quanto é exigido da equipe um atendimento diferenciado para cada caso, o que muitas vezes foge das regras estabelecidas para o coletivo. Importa ressaltar que a equipe é

formada por trabalhadoras e trabalhadores que apresentam suas lutas cotidianas enquanto classe-que-vive-do-trabalho (ANTUNES, 2007).

Tal contexto reforça a importância de ressignificar a todo instante a dimensão do cuidado em relação à equipe, e não somente desta para com a pessoa idosa, pois também as/os trabalhadoras/es demandam cuidado, na perspectiva da garantia do direito a condições dignas de trabalho, bem como de capacitação em serviço, considerando que a qualidade do atendimento e do cuidado implica, necessariamente, em se atentar para as condições de vida de quem cuida, lembrando as palavras de Boff (2014):

Cuidado é a vivência da relação entre a necessidade de ser cuidado e a vontade de cuidar, criando um conjunto de apoios proteções que torna possível essa relação indissociável, em nível pessoal, social e com todos os seres viventes [...] O cuidado-amorosa, o cuidado-preocupação e o cuidado-proteção – apoio são existenciais, vale dizer, dados objetivos da estrutura de nosso ser no tempo, no espaço e na história (BOFF, 2014, p. 118).

Percebe-se que o cuidado perpassa por questões vitais, por isso deve ser resgatado a todo instante na relação humana, estando vinculado aos afetos (sentimentos) e à razão, pois o cuidado nos acompanha a cada momento e em todas as fases da nossa vida. Já a dimensão profissional do cuidado relaciona-se às condições de gestão no que diz respeito à postura ética do profissional (nesse caso profissionais da ILPI), às concepções que têm em relação ao outro que busca seus cuidados e à competência com que articula o saber e o trabalho profissional nos limites e perspectivas do espaço institucional.

[...]então eles têm essa carência! Tem sim, praticamente muitos ficaram bem depressivos, alguns quando saem pra consulta médica, mas é raro porque até isso nós estamos cortando, só em extrema necessidade, eles iam almoçar na casa dos parentes, saía pra festa em casa de parente, até isso alterou né, então eles têm essa carência (IOLANDA, 2021).

É possível que a equipe e a pessoa idosa construam juntas os caminhos necessários para enfrentar a solidão, o medo e a angústia, potencializando, assim, suas iniciativas. Por isso, é importante considerar outras dimensões da vida da pessoa idosa indispensáveis para o convívio e a relação entre equipe e pessoa idosa e também para o contexto familiar, assim a equipe possibilita que outros atores entrem em cena no cotidiano da pessoa idosa em ILPI, dando uma vida mais saudável.

Antes eles gostavam muito de “ta” lá pra frente, pro portão, e a gente teve que tirar essa parte deles, de afastar a família, o que eles mais sentiram foi a

falta das visitas, porque vinha visita religiosa então tinha mais movimento, teve paciente até meio depressivo por conta disso, tinha visita religiosa, católico vinha, evangélico vinha, tinha oração, tinha gente de fora que fazia teatro, e agora não pode “né”, de certa forma eles tinham atividades, fora a fisioterapia, a dança, então tinha outras atividades, sempre tinha, festinha com bastante gente, com familiar, não teve, dois anos quase sem, então muitos deles não tem esse entendimento, pela idade e também pelo transtorno mental (IOLANDA, 2021).

A partir do relato, é possível dizer que na dimensão do cuidado a equipe ocupa um papel de mediadora entre a pessoa idosa, família e sociedade. Tal perspectiva do cuidado, alarga seu sentido, remetendo-o ao âmbito da saúde coletiva e, mais do que isso, a um processo histórico em transformação.

Em vista da diversidade humana e social para “cuidar” em saúde coletiva é necessário cultivar a mútua acolhida, a abertura generosa e despojada dos conceitos e preconceitos, o reconhecimento do impacto das diversas inserções sociais no processo saúde-doença, pois será vista a diferença como diferença em si, e não como desigualdade ou inferioridade do outro e superioridade de si próprio ... Para a saúde coletiva, o cuidado é um processo que se transforma historicamente, relacionando-se, como nas demais práticas sociais, às formas de organização e de produção da vida social (ZOBOLI; FARCOLLI; CHIESA, 2013, p. 249, 250)

Dessa forma, considerando o cuidado historicamente e, ao mesmo tempo, cotidianamente vivenciado pelas pessoas idosas em sua diversidade de atenções no campo do direito à proteção social, adentraremos nos testemunhos das quatro pessoas idosas entrevistadas: Adeli, Araci, José Donizete e Valmir.

4.3.1. O processo de envelhecimento a partir do cuidado

Entendemos que o cuidado à pessoa idosa implica no reconhecimento dessa profunda e sempre repentina mudança no curso cotidiano de sua vida, e que as manifestações de demandas de cuidado nesse outro ambiente guardam lembranças, vivências e experiências que são parte de um passado recente e distante ao mesmo tempo.

Trata-se de percursos que traçam marcas importantes que podem estar intimamente relacionadas ao modo como a demanda de cuidado se manifesta.

Me criei sozinha com mãe, não tive pai, e depois casei muito cedo, tive quatro filhos, e a minha vida foi trabalhar trabalho desde meus 16/17 anos eu trabalho (PAUSA) sofri de pressão alta, um dia veio um derrame e me derrubou e de lá pra cá nunca mais fui a mesma (ARACI, 2021).

Nesse contexto buscaremos situar o cuidado no processo de envelhecimento longe de casa, considerando as particularidades das trajetórias de vida da pessoa idosa, que se configuram como ponto de partida para se pensar a demanda pelo cuidado.

No filme *A Última Nota*¹⁸ (EUA, 2019), um pianista recém-viúvo tem dificuldades em retornar aos palcos e a amizade com uma jornalista que o segue e admira torna-se uma relação apaixonada pelo talento e pela capacidade de fortalecê-lo por meio do apoio constante.

É importante notar que pessoas idosas elegem algumas pessoas, objetos e espaços dentro de uma ILPI que representam parte de seu “antigo território” para terem uma vida um pouco mais aconchegante, no sentido de “sentirem-se em casa”, mesmo estando longe dela.

Nesse novo contexto no território institucional da ILPI, a trajetória de vida das pessoas idosas se coloca como um fator de suma importância, pois, ainda que as pessoas idosas residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) tenham em comum o ciclo etário mais avançado, cada qual traz consigo trajetórias de vida distintas, com particularidades que demandam cuidados, denotando, segundo Marinho (2017), “curso de vida” e não “ciclo de vida”.

Reitera-se que as categorias etárias correspondem a construções sociais e não podem ser reduzidas a meras variáveis biológicas em si mesmas. Deste modo, a noção de trajetória aqui empregada afina-se à ideia de curso de vida em vez da de ciclo de vida, esta última faz referência a uma dinâmica biológica e previsível (MARINHO, 2017, p. 36).

As quatro pessoas idosas entrevistadas tiveram suas trajetórias de vida marcadas de formas distintas, porém, ao mesmo tempo, estas trajetórias se encontram entrelaçadas por algumas lembranças, que expressam sentimentos e percepções que passam a dialogar com um novo espaço de convivência, a ILPI.

¹⁸ O ator Patrick Stewart representa um personagem pessoa idosa solitário, introspectivo e com atitudes que o mantém isolado na maior parte do tempo: “[...] prioriza olhares distantes, um trabalho físico que emana o incômodo por estar na pele de uma figura inspiradora para muitos e a desorientação quanto a como aproveitar a vida dando mais atenção a si mesmo. [...] O que chama a atenção no filme é que, a partir do apoio da jornalista, admiradora do seu trabalho e companheira nos momentos de redenção, ele reencontra o prazer de conviver com alguns poucos amigos e compartilhar uma conclusão relacionada à velhice. [...] Afirma que nesta fase são percebidos pequenos detalhes que passam a ser importantes, pois a história de cada um, com altos e baixos, alegrias e tristezas, oferece experiências que ensinam sobre o valor das coisas, incluindo ‘uma gaveta aberta’ e outros fatos corriqueiros vivenciados em casa” (Portal do Envelhecimento, 2021).

Quadro 6 – Marcas das trajetórias das pessoas idosas entrevistadas (2021)

ENTREVISTADA/O	MARCAS NA TRAJETÓRIA
Adeli (62 anos)	Eu quando era criança, vivia apanhando da minha mãe biológica, de palmatória, de fio de ferro nas pernas, entendeu, sofri muito na mão da minha mãe biológica, até que aconteceu um negócio e meu pai matou ela e depois se matou, aí fomos parar num lar adotivo, e meu tio por parte de mãe levou a gente, na época ele era solteiro e não podia ficar com a gente, e ele trabalhava em casa de família, entendeu? Aí ficamos lá, mais ou menos um ano e meio, aí apareceu um casal lá e adotou eu e minha irmã, daí fomos criadas até pouco tempo com ela, vai fazer 11 anos agora que minha mãe faleceu e meu pai morreu em 88 (1988).
Araci (77 anos)	Me criei sozinha com mãe, não tive pai, e depois casei muito cedo, tive quatro filhos, e a minha vida foi trabalhar (inaudível) trabalho desde meus 16/17 anos eu trabalho (PAUSA) sofri de pressão alta, um dia veio um derrame e me derrubou e de lá pra cá nunca mais fui a mesma.
José Donizete (64 anos)	Eu sou uma pessoa que nasci pobre “né”? A gente tinha muita dificuldade pois... éramos em 7 filhos na família, só meu pai trabalhando, então o trabalho forçado sempre esteve presente de uma certa forma na minha vida, estudei muito pouco, mas eu não gostava de estudar
Valmir (65 anos)	Posso, eu fui um menino normal, tranquilo, servi o exército normalmente ... quando aconteceu esse problema comigo Eu fui assaltado, eu reagi ao assalto, aí me quebraram dois braços, perna, me afundaram o olho, uma coisa terrível, uma violência assim inacreditável.

Fonte: Acervo da própria autora

Ainda de acordo com Marinho (2017), a “trajetória de vida” é o resultado das conexões materiais simbólicas exercidas entre e pelos indivíduos agentes destes percursos, por meio dos quais elaboram seus próprios cursos de vida uns em relação aos outros.

O autor continua sua reflexão a partir de Bourdieu (2013), para quem os percursos de vida são concebidos como produtos de interação produzidos segundo um movimento dialético, em um movimento entre a interioridade e a exterioridade da experiência social como a “dialética” da interiorização e da exteriorização e a exteriorização da interioridade.

Bourdieu (2013) acredita que a experiência social deve ser compreendida como um processo integrado da realidade social objetiva, sob forma de esquemas disposicionais, como uma força interna forjada nos processos de socialização, nos esquemas de ação do passado e do presente que sofrem influência do contexto e das relações sociais estabelecidas entre os indivíduos. Com a integração desses esquemas é possível assegurar, em larga medida, que as ações produzidas decorrerão de quadro tendencial de ajustamento à realidade de base, na qual eles mesmos foram gerados.

No contexto da pessoa idosa, as trajetórias de vida implicam em aprofundar a análise sobre as condições de existência em que se desenvolveu o permanente processo de socialização e aculturação, partindo de sua própria produção histórica.

Para Bourdieu (1999), diferente de Corcuff (2001), a trajetória de vida é compreendida como itinerários percorridos pelos agentes, segundo suas experiências de vida, e de acordo com sua origem social e determinada posição presente, intercedidas por todas as outras posições sociais. Desse modo, os indivíduos ocupam status diferentes na sociedade em função da variável “anos de idade”, o que, de certa forma, traduz-se como “tempo de vida” ou mesmo “tempo vivido”.

Durante esse percurso da vida os indivíduos se “reinventam”, realizam seus sonhos, seus percursos, descobrem formas de agir e reagir frente a determinadas questões e diante dos processos de reprodução social. Ainda retomando as reflexões de Bourdieu (1999), pode-se dizer que as fases da vida demarcam diferenças de participação social entre as gerações. Assim, ao negar a velhice a sociedade contemporânea desvaloriza a história, os conhecimentos, a experiência da vida e a própria identidade da pessoa idosa, deixando de valorizar sua fonte de sabedoria, pois o espelho mostra as rugas simbolizando o tempo que passou, as histórias, a juventude que se foi, a força, o vigor, as marcas que a vida deixou, sejam boas ou ruins.

No entanto, há também as alegrias que devem e podem ser compartilhadas. O tempo faz com que as pessoas não percebam que a vida é mais que uma sequência de anos e de acontecimentos, e que a vida da pessoa idosa não foi apenas o que ela viveu no passado, mas que sua vida e sua história continuam e se cruzam no presente com as histórias coletivas, tendo ela ainda muito a fazer e dizer. Ou seja, sua história não parou no tempo e ainda há uma trajetória de vida a ser seguida, histórias a serem construídas e contadas em sua continuidade e originalidade.

Nesse contexto, no que se refere à ILPI, ao mesmo tempo que oferece amparo médico, higiene, alimentação adequada, há também o afastamento da pessoa idosa da sua “vida social”, do convívio familiar e maiores probabilidades de inatividade física e mental, com eventuais consequências negativas à sua qualidade de vida. Ou seja, a pessoa idosa se desloca de seu lugar de moradia e passa a residir em outra casa que não é a sua de origem e nisso há estranhamento. Compreendemos esse processo de deslocamento, no contexto desta pesquisa, como de *desterritorialização*, quando a pessoa idosa deixa seus familiares, vizinhos, amigos, seu quarto, suas manias, seus pertences, seu animal de estimação para viver e conviver em um ambiente completamente estranho e novo.

A pessoa idosa sente-se socioemocionalmente mutilada, com seus vínculos primários rompidos. Como afirma Torres (2016) a respeito dos vínculos afetivos,

Em que pese ser possível, cada vez mais, a sobrevivência fora do grupo familiar – que por vezes, inclusive, é desejável quando esses vínculos de proteção e reconhecimento não se estabelecem – o fato é que a família tem importância fundamental de solidariedade intergeracional, que exige elevado investimento afetivo de seus membros e que lhes assegura investimento (TORRES, 2016, p. 69).

Assim, embora a questão dos vínculos sociais seja central no processo de proteção/desproteção social, optamos por trabalhá-los na perspectiva relacional com os territórios de referência no processo de trânsito entre a última residência até a chegada à ILPI. Trata-se de uma mudança impactante na trajetória de vida da pessoa idosa, pois significa um momento em que ocorre uma perda de território, a partir do afastamento dos territórios de origem, ocasionando, assim, uma perda do controle da “territorialidade”, isto é, de seus vínculos pessoais, sociais e afetivos com a sua casa. Haesbaert (2006) observa a ausência da dimensão social no debate sobre o processo de desterritorialização, em que tem prevalecido as abordagens de ordem econômica, política e ou cultural:

Provavelmente isto se explica porque o território e a territorialização são sempre focalizados num sentido mais restrito, pelo qual se busca responder problemáticas específicas ligadas a questões, econômicas, políticas ou culturais, mais do que a problemáticas sociais que envolveriam uma noção de território mais integradora – implícita quando se fala em processos de exclusão social... (HAESBAERT, 2006, p. 172).

Nesse sentido, consideramos que a mudança de residência da pessoa idosa para uma ILPI se insere no processo de desterritorialização em seu sentido mais amplo, pois significa uma perda de acesso ao “território de vivência”, que é também econômico e simbólico, considerando os recursos materiais e imateriais oferecidos.

A partir de Koga (2011, 2013, 2015), o “território de vivência” se refere à escala do cotidiano do território, onde a vida acontece no tempo e no espaço relacional, de convivência, disputa e sobrevivência.

Contextos de vivência são construídos ao longo do tempo, por uma sucessão de eventos, biografias, trajetórias de vida, que perpassam outra escala de observação sobre os territórios das cidades. Consideramos fundamental agregar ao contexto a dimensão temporal que comporta a escala de vivência no território, e que permite olhar para as dinâmicas cruzadas de mundos e

diversidades que fazem parte da riqueza sociocultural. Ao mesmo tempo, a vivência no território evoca experiências e práticas que passam por tensões e conflitos na disputa cotidiana pela sobrevivência humana (KOGA, 2015, p. 24).

Dessa forma, considerando a dimensão social do processo de desterritorialização, observamos que ser admitido em uma ILPI, para as pessoas idosas participantes da pesquisa, foi um processo traumático de perda desse “território de vivência”, como nos relatou Adeli:

Eu tenho saudade da minha casa, das minhas coisas, das coisas que eu tinha, minha irmã sumiu com tudo. Eu quebrei o joelho, “Entendeu”? Como eu ia ficar sozinha lá em casa, aí eu fui morar com minha irmã, aí como ela trabalhava na escola na época, daí ela não podia ficar comigo, daí ela me internou aqui, primeiro ela me internou eu na outra clínica, aí fiquei lá uns 3 meses mais ou menos, daí depois venceu lá e eu vim pra cá, me trouxe pra cá, aqui eu estou até hoje.

Tenho saudade de tudo, dos meus conhecidos, de sair pra passear final de semana.

Saía pra ir no Ibirapuera, é perto do Ibirapuera onde a gente mora, ia no Ibirapuera, ia “bater perna” em Santo Amaro, em Pinheiros.

Porque eu quero ter minha vida normal, aqui não dá pra sair, pra andar, pra passear, pra ir no Ibirapuera passear, relaxar a mente, eu gosto de passear um pouco “entendeu”, andar por aí, encontrar com meus amigos com minhas amigas, ir na casa das minhas amigas... (ADELI, 2021).

As perdas são muitas e possivelmente isso justifique a grande incidência de pessoas idosas depressivas, em processo de isolamento crônico e sentimento de solidão, já que geralmente a institucionalização não foi uma escolha exclusiva da pessoa idosa. No entanto, ela terá que se adaptar a um outro território, enclausurada entre paredes, grades e em um mundo limitado a cuidados, acompanhada por uma vigilância 24 horas, perdendo o poder da livre escolha, da mobilidade ou mesmo da liberdade.

Muita...muita saudade, às vezes me sinto sozinho, sinto saudade da minha casa. São quase dois anos aqui, se é que já não fez agora.

Sinto falta da minha casa. (PAUSA) A princípio o poder de liberdade “né”? De fazer o que eu quero, vou pra onde eu quero, ponho a roupa que eu quero (PAUSA) Bom, meu bem prazer não, não lembro de alguma coisa assim não Por outro lado me sinto bem, eu estou acolhido por pessoas que ao menos entendem um pouco do que ta acontecendo comigo porque eles trabalham com isso, mas nada é igual a minha casa. Eu deixei as minhas coisas, o meu jeito de seu, entende? (JOSE DONIZETE, 2021).

Partindo deste contexto, consideramos que o abrigo institucional da pessoa idosa deva ser uma opção a ser considerada, sempre que possível, com seu protagonismo e participação, incluindo a importância da consulta e/ou comunicado da decisão, evitando-se o

sentimento de abandono, como “um objeto a ser descartado” em uma ILPI. Ressalta-se que a própria Política Nacional do Idoso (2003) preconiza a assistência no domicílio como ênfase na promoção à saúde, na prevenção de incapacidade e na manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa dependente. Porém, há situações, como se observou na pesquisa de campo, em que essa decisão de passar a residir em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) é tomada a partir de iniciativa individual da pessoa idosa.

Nesse novo “território de vivência”, a pessoa idosa terá que criar novos vínculos, conquistar novos espaços de convívio e privacidade, novas formas de guardar seus objetos pessoais, o que redonda em um exercício cotidiano de não mais se apropriar dos seus espaços e seus pertences, mas de “nossos espaços e nossos pertences”. Porém, foi interessante perceber que as pessoas idosas também elegem, em meio a tantos “cantinhos” da nova casa e seus objetos, aqueles que mais lhes oferecem confiabilidade para estabelecer uma relação mais próxima com o mundo exterior, ou mesmo com a antiga casa, o seu “território de vivência”. Entendemos esse processo de apropriação e adequação ao novo espaço institucional como *reterritorialização*, desencadeado pelo processo anterior de desterritorialização. Na perspectiva de Haesbaert (2006), com base em Deleuze e Guatarri, os processos de desterritorialização envolveriam a dimensão relativa e absoluta, porém, em ambos se observaria movimentos de reterritorialização.

A desterritorialização relativa diz respeito ao próprio socius. Esta desterritorialização é o abandono de territórios criados nas sociedades e sua concomitante reterritorialização. A desterritorialização absoluta remete ao próprio pensamento, à virtualidade do devir, do imprevisível ... os dois processos se relacionam, um perpassa o outro ... para os dois momentos, existem também movimentos de reterritorialização (HAESBAERT, 2006, p. 130).

Segundo Vaz (2010), a reterritorialização se caracteriza por um processo que nem sempre é bem-sucedido, no qual o homem vai se adaptar aos novos territórios, tornando-se um agente ativo do novo território.

Quando estamos juntos, interligados, contra a pandemia, o que um esquece o outro lembra, o outro leva, o outro vem, não esquece, nós estamos aqui, minha família são eles, então, o que ele esquece ele lembra, o que ele esquece lembro eu, o que eu esqueço, a gente lembra” (VALMIR, 2021)

No caso das pessoas idosas em processo de desterritorialização/reterritorialização, trata-se de aprender a viver não mais naquela antiga particularidade da vida, na sua

singularidade, buscando compreender o novo “território de vivência” em sua dimensão coletiva, com outros determinantes sociais, ou seja, um conjunto de novos valores que orientam o comportamento do homem em relação aos outros homens na sociedade em que vivem. Ou seja, o cotidiano passa a ser mediado por outras relações, outras interações internas e externas, configurando o processo da reterritorialização, concomitante à desterritorialização. Nesse processo imbricado, a pessoa idosa terá que construir novos vínculos, aprender um novo modo de viver, um novo estilo de vida completamente diferente do seu território de origem, que ficará em suas lembranças como história de vida.

4.3.2. O envelhecer longe de casa

Bestetti (2021) chama atenção para o fato de que há pessoas que mudam de residência com muita facilidade, enquanto para outras pessoas as mudanças representam a ruptura de um vínculo que traz sofrimento e resistência em viver novas experiências.

Esse temor do “novo”, segundo a autora, passa a demandar outras formas de apoio até então impensadas, como o cuidado pessoal, em que, mudando para moradias institucionais ou para junto de familiares, reduz-se o território da privacidade individual da pessoa idosa.

Essa redução por si só representa perda, principalmente material, mas também de privacidade, independência e muito da individualidade, que pode ser mantida se objetos importantes da sua história estiverem sob seu controle e acesso (BESTETTI, 2021, p. 1).

A autora acredita que o apego demasiado ao lugar de moradia e aos objetos demonstra o quanto alguns indivíduos temem o novo, ficando desorientados e infelizes especialmente na velhice. De acordo com a pesquisa, não há como negar que as pessoas idosas demonstram apego ao lar e aos seus objetos, e a percepção de que foram deixados “temporariamente” por seus familiares por uma dada circunstância, havendo a expectativa de “volta para casa”. Porém, ao mesmo tempo, de alguma forma conseguem expressar o sentimento de que deixaram para trás sua história e seus costumes, hábitos e pertences pessoais que não “cabiam na sua mala”.

Por outro lado, há pessoas idosas que optam por morar em uma ILPI por considerar que não querem sobrecarregar a família, ou mesmo porque acreditam que na instituição terão a possibilidade de conviver com pessoas com a mesma faixa etária, criando novos vínculos de amizade e solidariedade.

Assim, junto ao processo de desterritorialização/reterritorialização, destacamos a vivência de um “deslocamento interno” da pessoa idosa, quando toma a decisão sozinha e individual de morar em uma ILPI. É o momento em que ela percebe tal necessidade independentemente da vontade da família, configurando-se como uma busca de sua liberdade, de um novo “conviver”.

Esse deslocamento interno pode ser interpretado como uma decisão a partir de um amadurecimento emocional vivenciado pela própria pessoa idosa e, dessa forma, não pode ser confundido com uma atitude apoiada pelos familiares de “livrar-se” da pessoa idosa, até porque ela tem o direito de optar pela moradia na ILPI. Na sociedade capitalista, com fortes marcas autoritárias e conservadoras, as crianças e as pessoas idosas são consideradas vulneráveis e não produtivas e, portanto, são destituídas de sua condição de sujeitas de direitos.

O sentido de “estar longe de casa” vincula-se às relações estabelecidas com o espaço, às formas como nos enraizamos no cotidiano, construindo nossas referências de existência, de “estar no mundo”. A casa é o nosso “cantinho do mundo”, está contida no mundo.

Tenho saudade da minha casa. Sim
Porque era minha casa “né”, lá a lei era eu “né” (VALMIR, 2021).

Nesse sentido, o envelhecer longe de casa muitas vezes pode significar abandonar as referências, e dirigir-se para outro “canto do mundo” para viver a velhice, enquanto um direito de envelhecer onde e como se deseja viver. É um deslocamento para fora do “cantinho do mundo” – a casa, diferente da vida no ambiente familiar, na perspectiva de viver novos relacionamentos, se submeter a outro ritmo de vida, o que foge totalmente da realidade até então vivida pela pessoa idosa.

É importante salientar que, nesse contexto, há uma busca por uma nova rotina reinventada, uma vida compartilhada, e que essa nova forma de viver traz a sensação de pertencimento e de enraizamento ao novo espaço longe de casa. Esforço muitas vezes necessário, que configura o processo imbricado da desterritorialização/ reterritorialização.

No entanto, as pessoas idosas ouvidas nesta pesquisa trouxeram experiências marcadas por muita dor e sofrimento sobre o processo de deslocamento para a vivência de estar longe de casa, pois o afastamento do cotidiano e do convívio com os familiares em muitos casos é uma dor experimentada diariamente, ao levantar-se e ao deitar-se. As pessoas idosas

participantes da pesquisa foram categóricas em afirmar a saudade que tinham de casa e de seu cotidiano, como na fala de Araci.

Sinto muita saudade, saudade do meu emprego que eu tinha, toda vida eu trabalhei. Já trabalhei em firma, trabalhei em laboratório, trabalhava no hospital (ARACI, 2021).

O trabalho fazia parte da vida cotidiana de Araci, contribuindo para sua própria subsistência e existência. Atualmente ela se sente “entediada” em uma instituição, dependendo de cuidados 24 horas, pois ainda acredita poder ter uma vida laborativa. Reafirma a todo tempo a saudade que sente de casa, de seus pertences e do ambiente de trabalho, sendo que o trabalho ocupa um lugar muito importante na vida de Araci.

A casa para muitos representa sua história, sua liberdade, seus vínculos. Estar em uma ILPI para muitas pessoas idosas carrega um sentimento do “fim da vida”, “fim da linha”, de ser descartada, de perder “o cheiro” de mãe, de pai, de irmão, é perder o sentido para o outro, como demonstram os relatos no quadro abaixo:

Quadro 7– “Fim da linha” na vida das pessoas idosas (2021)

ENTREVISTADA	ILPI – “FIM DA LINHA”
Adeli (62 anos)	Eu quebrei o joelho, “entendeu”? Como eu ia ficar sozinha lá em casa, aí eu fui morar com minha irmã, aí como ela trabalhava na escola na época, daí ela não podia ficar comigo. Daí ela me internou aqui, primeiro ela me internou na outra clínica, aí fiquei lá uns 3 meses mais ou menos, daí depois venceu lá, e eu vim pra cá, me trouxe pra cá, aqui eu estou até hoje. (ADELI).
Araci (77 anos)	“[...] não tenho mais alegria, o tempo passa e vou perdendo a esperança de sair daqui (ARACI).
José Donizete (64 anos)	Muita...muita saudade, às vezes me sinto sozinho, sinto saudade da minha casa. São quase dois anos aqui, se é que já não fez agora. [...] Eu deixei as minhas coisas, o meu jeito de ser, entende?
Valmir (65 anos)	[...] o que eu mais sinto falta da minha casa é da liberdade que eu tinha, coisa que aqui eu não tenho.

Fonte: Acervo da própria autora

Além disso, a “ruptura” das pessoas idosas com seus vínculos originais, quando não se faz a opção de estar num espaço longe de casa, pode gerar sentimentos como insegurança e solidão, o que pode desencadear doenças crônicas que as fragilizam.

Em artigo intitulado “Casa: um lugar de proteção e liberdade”, de Donald Macaskill, (2020), o autor descreve sua experiência de “voltar para casa”, quando visita sua família em outra localidade e relaciona tal experiência ao momento atual da pandemia de COVID-19, em

que se vivencia o isolamento social e os impactos nas relações de proteção social envolvendo famílias e instituições socioassistenciais.

Embora seja um artigo que trata da realidade escocesa, contribui para o nosso objeto de estudo, quanto à busca por compreender o “sentido de casa” da ILPI. Talvez esteja aqui uma pista para o sentido de “reterritorialização” da pessoa idosa: quando ela encontra o “sentido de casa” ao “sentir-se protegida”, mesmo longe de casa.

Nessa perspectiva, a territorialização vem acompanhada de um “sentido de proteção social”, um “sentido de casa”, em que se acolhe, se vive e se convive. Por isso, é possível que pessoas idosas que se encontram isoladas, abandonadas ou mesmo violentadas dentro de suas próprias casas podem se sentir “desterritorializadas”, pois se encontram em situação de desproteção social.

A desterritorialização, nesse sentido, vem acompanhada de um “sentido de desproteção social”, em que se perde o acolhimento, a própria sobrevivência (em alguns casos) e a convivência, mesmo estando em um lugar (como a casa, a rua), pois se perdeu “o sentido de casa”. É possível, inclusive, que uma pessoa idosa se sinta “desterritorializada” mesmo em uma ILPI, em que receba todos os cuidados, pois “se sente longe de casa”, do “sentido de casa”, daquela proteção repleta de vivências de acolhimento e convívio. Voltar a “sentir-se em casa” envolve um longo caminho no novo território: a “reterritorialização”, pois a reterritorialização seria, nesse contexto, o processo de reencontro com o “sentido de casa”, da proteção social, em que se reconstroem os sentidos de acolhimento, vivência e convivência.

Para Bestetti (2021), os significados que atribuídos ao lugar em que na velhice chamamos de lar dependem da forma como se escrevem essas histórias, sejam compartilhadas ou em reclusão, mas que definem a importância de ser modular, flexível e capaz de captar os pequenos detalhes que ficarão na memória e no coração.

[...] o que eu mais sinto falta da minha casa é da liberdade que eu tinha, coisa que aqui eu não tenho (VALMIR, 2021).

No decorrer da pesquisa percebe-se que a casa está presente na vida de cada uma das pessoas idosas envolvidas na pesquisa: a maneira como falam dos amigos, com tanto carinho, generosidade e lágrimas nos olhos, como se estivessem dizendo para cada um deles o quanto ainda fazem parte de suas vidas, mesmo estando separados e distantes.

Tenho saudade dos meus amigos, encontrar com meus amigos com minhas amigas, ir na casa das minhas amigas... (ADELI, 2021).

A saudade de casa faz parte do cotidiano das pessoas idosas entrevistadas, e a casa é lembrada pelo cheiro da comida ou mesmo o cheiro que ficou na lembrança e que não sente mais na ILPI. A casa também é relembrada na hora do banho, ao assistir o jornal, às vezes nas comemorações, mas relatam que, como tudo na ILPI é no coletivo, sentem saudade de ter o aniversário com sua família, e é exatamente nesse momento em que se sentem desterritorializadas/os. Durante a vivência desse percurso, relatam que se inicia a busca pelo “novo território” que possa ser chamado de “meu território”.

4.4. “Meu território”

No decorrer das entrevistas pude perceber uma movimentação sempre dos participantes pedindo licença para pegar ou guardar algo no quarto. Todas as vezes que retornei à instituição a movimentação era mesma, parecendo denotar algo muito afetivo que estabeleciam com esse espaço ou mesmo com um objeto dentro desse ambiente tão significativo para eles: “o armário”, pois ao mesmo tempo em que era algo objetivo como espaço e objeto, também ocupava um lugar subjetivo na vida daquelas pessoas de modo a mobilizá-las a todo instante ao mesmo ambiente.

No segundo encontro propus uma atividade em que as/os residentes construíram as suas respectivas histórias por meio de desenhos. Nessa atividade foram providenciadas mesa e cadeiras de acordo com o número de participantes da pesquisa. Antes do início, uma pessoa idosa que não pertencia ao grupo de entrevistados se sentou em uma das cadeiras e um dos participantes se levantou e alertou que aquele espaço era somente para as pessoas que estavam participando da pesquisa. Ao levantar-se, a pessoa idosa esqueceu a jaqueta e de imediato foi lembrada: “coloca dentro do seu armário”. Iniciamos os trabalhos e alguém havia deixado uma bolsa e logo foi lembrado: “coloca dentro do seu armário”.

Este fato do “armário” já havia sido percebido na semana anterior, quando as pessoas a serem entrevistadas, ao receberem o Termo de Consentimento que assinaram autorizando a entrevista, de imediato disseram: “a senhora aguarda aqui um minuto que vou guardar dentro do meu armário”. Durante a entrevista foram relatando os objetos que mantêm sob os seus cuidados e que estão no armário. Relataram que lá guardam fotos, cartas de amigos, lembranças que recebem de visitantes e vários outros objetos que consideram importantes. O interessante é que a chave do armário fica pendurada no pescoço de cada uma das pessoas,

como se fosse um “pingente de ouro”, algo muito valioso a ser preservado e protegido. Assim, o armário passa a ser o “território” das suas particularidades.

Observei que no contexto das pessoas idosas residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), o armário representa um “mundo secreto”, a partir do qual se evidencia o valor dado aos espaços físicos, aos objetos neles presentes, os quais guardam um simbolismo. Trata-se de um imbricamento entre espaço e tempo, pois além da concretude do espaço existente e vivido, passam horas em pé em frente a um objeto de seu vínculo. Há um espaço territorializado pela pessoa idosa, concreto, único.

Ao mesmo tempo, no plano da subjetividade, o objeto escolhido de forma aleatória ou intencional ganha uma multiplicidade de sentidos. A escolha alcança o todo real. Parece que sai do imaginário, isto é, a composição do território escolhido é a soma de subjetividades manifestadas como desejo ardente de viver ou de reaver a realidade que em algum momento se perdeu.

Dessa forma, o armário está centrado na ideia de que a vida se resume a uma soma de fatos, memórias, lembranças, crenças, tradições, formação intelectual, psicológica, social, espiritual, em que a história da pessoa idosa se encontra imbricada.

Os fatos se sucedem também nesse espaço, já que é o seu território por escolha, por meio das lembranças, o tempo e o presente sistematizam as voltas ao passado e as lembranças surgem, até mesmo mediante as associações mentais: o antigo passaporte, as fotografias amareladas, descoloridas, já sem brilho, preto e branco, se transformam dentro do armário, constituindo-se no “meu território”, símbolo de fidelidade à sua história de vida.

O armário é o móvel privilegiado no espaço da ILPI, onde são guardadas as alegrias, as decepções, as grandes paixões e seus segredos. Ali, portanto, se expressa a fidelidade à história de vida da pessoa idosa, que transcende o tempo e até mesmo o espaço, pois não importa o tamanho ou o formato, lá cabe a história de dias e de anos, a memória contada e recontada, pois de acordo com Benjamin (2012), memória é “a faculdade épica por excelência”.

Cada objeto no armário traz uma lembrança que sobrevive por si só nos objetos e representa um acúmulo de vivências. Não importa o seu tamanho, mas o significado contido. Não deixa de ser, na perspectiva de Koga (2015), parte fundamental de seu novo “território de vivência”. Trata-se de outra escala de análise, que se inscreve no percurso cotidiano da vida, em que tempo e espaço fazem parte de uma mesma totalidade dinâmica e concreta, a ser decifrada.

O armário para as/os sujeitas/os da pesquisa se tornou um guardião fiel de todos os acontecimentos, de todas as lembranças trazidas de casa, dos mimos recebidos dos visitantes, dos amigos, das lembranças construídas no dia a dia. O armário por sua utilidade também é um santuário, lá estão guardados os objetos das suas práticas religiosas, sua identidade pessoal e civil, e também a sua lucidez.

Observamos que algumas vivências no processo de “territorialização/ desterritorialização/ reterritorialização” das pessoas idosas entrevistadas misturam sentimentos e percepções aparentemente antagônicos, porém que fazem sentido no todo que essa tríade processual implica em suas trajetórias de vida. Como nos lembra Chico César:

Deus me proteja de mim e da maldade de gente boa
Da bondade da pessoa ruim
Deus me governe e guarde ilumine e zele assim

Dentre as marcas comuns, talvez a que mais chame a atenção seja a relação entre proteção/desproteção social.

Ainda que se tenha a compreensão que a proteção social não seja exclusiva a uma política pública específica, a política de assistência social terá sua centralidade na proteção social (de forma articulada às duas outras funções do SUAS – defesa de direitos e vigilância socioassistencial), em especial pela interface entre a pessoa idosa e a ILPI nas situações que envolvem proteção/desproteção, cuidado e família.

Sem entrar em muitos detalhes, já que o tema foi abordado no capítulo 1 desta tese, a assistência social enquanto política de proteção social não se limita ao ciclo de vida ou mesmo à análise de renda de uma família, materializando-se pela garantia desse conjunto de seguranças sociais no sentido da redução de riscos e vulnerabilidades sociais, mas é preciso ter o entendimento de que a proteção social tem limites impostos pela própria sociabilidade capitalista, com forte tendência a ficar restrita à proteção ao trabalho precarizado e não a uma concepção alargada, enquanto direito de cidadania.

Eu sou uma pessoa que nasci pobre “né”? A gente tinha muita dificuldade, pois... éramos em 7 filhos na família, só meu pai trabalhando, então o trabalho forçado sempre esteve presente de uma certa forma na minha vida (JOSÉ DONIZETE, 2021).

Há, portanto, o desafio da luta pela sobrevivência e a possibilidade de avançar independentemente das dificuldades enfrentadas no cotidiano e percebe-se assim uma nova

forma de trabalho totalmente precário, o qual acentua a necessidade da proteção social a ser garantida para o cidadão e cidadã, como acesso a um conjunto de atenções sociais.

Dessa forma, a arte de ocupar territórios é também uma relação entre o cuidado e o tempo. Deleuze e Guatarri (2012) definem a formação territorial pela expressividade e não pela funcionalidade e afirmam: “só há território a partir do momento em que há expressividade do ritmo”. Alvarez e Passos (2009) continuam afirmando que o “território não se constitui como domínio de ações e funções, mas sim como *ethos*, que é ao mesmo tempo morada e estilo”. E concluem que os territórios existenciais são “paisagens melódicas” que emergem simultaneamente a “personagens rítmicos”, que se movimentam a partir do ritmo de suas vivências.

Para Bestetti (2021),

[...] a pandemia pela COVID-19 tem provocado uma observação mais atenta sobre o lugar a que chamamos de lar, tornando importantes pequenos detalhes e enfatizando a importância de cuidarmos do território que é abrigo do corpo, mas também da alma, onde as histórias de vida são escritas na intimidade dos espaços de vida (BESTETTI, 2021, p. 1).

Nesta perspectiva, o território vai se produzindo por meio do ponto de contato entre o nosso corpo e o mundo que se vai apresentando a este corpo no decorrer da experiência, nesse processo de habitar o território, ou simplesmente no processo. Por isso, não encontramos territórios prontos a serem habitados por sujeitos também prontos. Tais sujeitos vivem numa dinâmica dialética da vida particular, em que é preciso criar e ser criado por um território existencial, e essa criação, sem autoria, só pode ser efetuada pelo compartilhamento da experiência.

Podemos dizer, portanto, segundo Alvarez e Passos (2009), que só se habita um território quando é possível compartilhá-lo, num plano comum da experiência expressiva. O território só pode ser pensado a partir da noção de processo em que a pessoa desconstrói e reconstrói sua própria história na dinâmica do cotidiano. Nesse sentido, não é suficiente dizer que território é a cidade ou a rua, pois se o território se cria num processo, e até mesmo se confunde com ele, já que território é um movimento temporal, em/uma experiência, esse processo de territorialização acontece entre lugares, entre espaços, criando ainda outros lugares e espaços.

Os economistas se preocupam com a questão da proximidade, a distância sendo considerada como um fator relevante na estruturação do comércio internacional. Mas a proximidade, de acordo com Santos (2006) e Berthelot (1994), não se limita a uma definição

das distâncias, pois ele tem a ver com a contiguidade física entre as pessoas numa mesma expressão, num mesmo conjunto de pontos contínuos, vivendo com a intensidade de suas inter-relações. Não são apenas as relações econômicas que devem ser apreendidas numa análise da situação de vizinhança, mas a totalidade, laços culturais e, desse modo, a identidade. Para os autores, a proximidade física entre as pessoas deve se expressar numa mesma direção levando em conta sua sintonia, intensificando suas inter-relações, expressando suas crenças, valores, cultura e o modo de ser indivíduo.

Vivemos, nesse contexto, um tempo de mudança: a sucessão dos eventos não deixa falar de mudanças apenas, mas de vertigem, já que mudança requer de nós um esforço para olharmos a vida a partir de novas perspectivas, tanto positivas ou negativas, que venham influenciar a vida do sujeito como um todo. As pessoas idosas entrevistadas, em seus “territórios de vivência” estavam submetidas a uma convivência longa e repetitiva com os mesmos objetos, os mesmos trajetos, as mesmas imagens, de cuja construção participava uma familiaridade fruto de uma história própria, da sociedade local e do lugar onde cada uma delas mantinha uma vida ativa.

O homem, de acordo com Alvarez e Passos (2009) parafraseando Santos (2006), passa a viver um cotidiano dialético, que não comporta mais a mesma história, pois estamos em tempos de mudança, de ressignificação da história e da própria vida, faz-se necessário ter a consciência de que a memória não fica presa ao passado, ela “joga luz” para o presente. Para Santos (2006), é o futuro que comanda as ações do presente e a mobilidade se tornou praticamente uma regra, em que o movimento se sobrepõe ao repouso. Assim, a circulação é mais criadora que a produção e os homens mudam de lugar, como turistas ou como imigrantes. Migram de território, porém, levando consigo seus hábitos, sua cultura, seus valores e lutam para que não se percam pelo caminho. No entanto, os produtos, as mercadorias, as ideias, tudo “voa”, daí a ideia de “desterritorialização”. “Desterritorialização” é, frequentemente, outra palavra para significar estranhamento e desculturalização.

Para uma pessoa idosa deixar a sua casa, sua família e ir para uma instituição é deixar para trás sua cultura, seus costumes, seus hábitos, seus valores herdados para se encontrar com outra cultura, com outra forma de ser (outra forma de viver). Quando a pessoa idosa se defronta com um espaço que não participou de sua criação, no caso da ILPI, cuja história desconhece e a memória lhe é estranha, esse lugar é a sede de uma vigorosa alienação.

Assim, Santos (2006) nos lembra que é preciso criar uma via de entendimento da cidade, suas experiências vividas ficam para trás e a nova residência obriga novas experiências. Trata-se de um embate entre o tempo da ação e o tempo da memória. Nesse

sentido, cabe destacar que é possível trazer à lembrança a história de vida da pessoa idosa e a partir daí ressignificá-la, tratando-a com respeito e significância. Para Benjamin (2012), contar histórias sempre foi a arte de contá-las de novo, e ela se perde quando as histórias não são mais conservadas: “Ela se perde porque ninguém mais fia ou tece enquanto ouve a história” (BENJAMIN, 2012, p. 221).

A ideia de Santos (2006) é que o novo meio ambiente opera como uma espécie de detonador: sua relação como o novo morador se manifesta dialeticamente como territorialidade e cultura novas que interferem reciprocamente, mudando-se paralelamente, territorialidade e cultura, e mudando o homem.

O autor ainda defende que o homem de fora é portador de uma memória, espécie de consciência congelada, provinda com ele de outro lugar. O lugar novo o obriga a um novo aprendizado e uma nova formulação. Dessa forma, a pessoa idosa deixa sua casa e é inserida num novo ambiente, mas ela é portadora de sua própria história, de suas próprias lembranças, em que, segundo Martinelli (2020), “o seu passado é preservado com olhos no presente”.

No lugar - um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições - cooperação e conflito são a base da vida em comum... O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade (SANTOS, 2006, p. 218).

Para Santos (2006), quando revisitamos o lugar encontramos seus novos significados, esses esforços simbólicos, providos pelo movimento de cooperação, prolongam a atividade própria do sujeito e abandonam a totalidade da tarefa comum, levando cada sujeito a tomar consciência de que universalidade é o verdadeiro sentido de uma existência singular.

Tenho saudade de tudo, dos meus conhecidos, de sair pra passear final de semana. Saía pra ir no Ibirapuera, é perto do Ibirapuera onde a gente mora, ia no Ibirapuera, ia “bater perna” em Santo Amaro, em Pinheiros. Porque eu quero ter minha vida normal, aqui não dá pra sair, pra andar, pra passear, pra ir no Ibirapuera passear, relaxar a mente, eu gosto de passear um pouco “entendeu”, andar por aí, encontrar com meus amigos com minhas amigas, ir na casa das minhas amigas... (ADELI, 2021).

Assim, o mundo ganha sentido por ser esse objeto comum, alcançado por meio das relações de reciprocidade que, ao mesmo tempo, produzem a alteridade e a comunhão.

CONCLUSÃO

Ao longo deste estudo buscou-se analisar a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento a partir de trajetórias de vida de pessoas idosas residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A hipótese de que as ILPI se configuravam como o “fim da linha” do processo de envelhecimento de cidadãos e cidadãs se confirmava e, contraditoriamente, à medida que a realidade do cotidiano na ILPI vivenciada pelas quatro pessoas idosas entrevistadas vinha à tona, o “fim da linha” indicava perspectivas, sonhos, desenhos de outras linhas a serem traçadas na relação proteção/desproteção social.

Dessa forma, a pesquisa percorreu alguns pressupostos teórico-metodológicos, que passaram necessariamente pela incursão no processo de envelhecimento, tendo como perspectivas referências internacionais e das políticas públicas brasileiras, com ênfase na saúde e assistência social, pois trata-se de duas políticas fundamentais para compreensão do processo de envelhecimento e dos direitos sociais a ele associados, enquanto direitos à proteção social, em que se inscreve o objeto desta pesquisa.

Historicamente, a assistência social no Brasil teve suas práticas desenvolvidas de forma caritativa, paternalista e clientelista junto à população usuária, tanto pelo poder público como no âmbito privado. Assim, a proteção social também emerge sob determinadas condições socio-históricas e obtém diferentes formas, conforme sua trajetória econômica e política no desenvolvimento do capitalismo e das lutas dos trabalhadores em cada realidade.

A pesquisa possibilitou observar que os fios que tecem a proteção social também tecem a desproteção social.

Muita...muita saudade, às vezes me sinto sozinho, sinto saudade da minha casa. São quase dois anos aqui, se é que já não fez agora [...] Por outro lado me sinto bem, eu estou acolhido por pessoas que ao menos entendem um pouco do que ta acontecendo comigo porque eles trabalham com isso, mas nada é igual a minha casa (JOSÉ DONIZETE, 2021).

A proteção social é um conceito abrangente, que surge no Brasil em meados do século XX e possibilita uma compreensão ampliada das formas institucionalizadas constituídas pelas sociedades para proteger a população.

A tarefa de cuidar é complexa tanto para o cuidador familiar quanto para o serviço institucional, entretanto, para que o cuidado seja eficaz é necessário que essa população seja vista de forma estratégica, a fim de que o trabalho flua sem danos à saúde física e mental da

pessoa idosa. Além disso, é necessária a compreensão do cuidado como o modo de ser, pois sem o cuidado o homem deixa de ser humano.

Vimos que o ato de cuidar expressa que o outro tem importância porque se sente envolvido com sua vida e com seu destino. No caso de nosso foco de pesquisa, a pessoa idosa, ao perceber que cabe na vida do outro, sente que faz parte de seu cotidiano, de seu contexto, de sua história e, dessa forma, reconhece que passa a ser olhado e percebido não como algo pesado, mas como um “somador” de experiências cotidianas.

Aqui a gente trabalha com a parte de clínica médica, medicação, a troca do paciente, você tem que prestar atenção em muitos que não conseguem se comunicar, você tem que estar sempre alerta com o risco de queda, os perigos que envolvem eles, feridas, curativos também a gente tem essa parte, a alimentação deles também, aqui a gente tem que dar na boca em muitos casos, auxilia a alimentação, a medicação, muitos se você der na mão eles jogam fora, você tem que estar olhando, prestando atenção nessa parte, se ele está se alimentando corretamente e tomando a medicação certa também (IOLANDA, 2021).

Ao longo deste estudo houve muitos desafios, mas talvez o maior deles foi o advento da pandemia de COVID-19, que afetou a pesquisa e a vida das pessoas idosas, causando impactos. Para superar tal desafio, foi necessário sustentar o objetivo maior de levar com afinco a pesquisa. Porém, a pandemia impactou de forma contundente o cotidiano das pessoas idosas residentes na ILPI e as palavras de Adeli são esclarecedoras a respeito.

Mexeu muito, mexeu muito mesmo. Vim pra aqui no meio da pandemia; a gente costumava passear de fim de semana, sair, passear, ir em casa de família, de parente, agora não dá pra gente está sempre em casa de parente, ou saindo pra qualquer lugar, algum parque, passear pra se divertir, não dá mais, tem que sair com restrição, tem que ter cautela ao sair, não dá pra sair assim que nem antes, tem que usar máscara, usar sempre álcool em gel, isso complica um pouco a vida da gente “né”, pra mim “né”, eu penso assim, pra quem estava acostumado a sair pra ir casa de família, ou passear em algum parque, ou em algum outro lugar, não está dando mais pra gente sair assim que nem antes “né”, tem que saber sair, saber os dias certos pra sair e necessário pra sair, pra ir no mercado ou fazer compras “né”, ou se precisar de peça de roupa sair pra comprar, tem que está sempre com máscara, não dá pra gente sair que nem antigamente, a gente podia sair a vontade, saía cedo e voltava “tardinha” à “noitinha”, tem que está sempre dentro de casa agora. (ADELI, 2021).

Nesse sentido, destacamos alguns impactos transversais na escala do cotidiano de vivência da população em geral, porém sabemos que a classe-que-vive-do-trabalho continua sendo as que mais sofre: a) medo de ficar doente e morrer; b) evitação de procurar o serviço

de saúde por outros motivos, por receio de se contaminar; c) preocupação de obtenção de alimentos, remédios ou suprimentos pessoais; d) medo de perder fonte de renda, por não poder trabalhar, ou ser demitido; e) alteração do sono e da concentração nas tarefas diárias; f) sentimento de desesperança, tédio, solidão e depressão devido ao isolamento; g) raiva, frustração ou irritabilidade pela perda de autonomia e liberdade pessoal; h) medo de ser socialmente excluído, estigmatizado por ter ficado doente; i) preocupação com a possibilidade do indivíduo ou membros de sua família contraírem a COVID-19, ou transmitirem a outros.

Importa reconhecer que as situações supracitadas podem trazer diversas consequências negativas para a saúde mental das pessoas idosas, tendo em vista que o envelhecimento de um modo geral é considerado um fator de risco para a COVID-19. A intenção do estudo foi compreender a trajetória de vida das pessoas idosas vivendo em ILPI, mas, ao nos aproximar da realidade, outras situações foram desvendadas, especialmente na pesquisa de campo, em que pudemos observar a rotina da instituição pesquisada (mesmo antes da pandemia da COVID-19, por meio da observação participante), especialmente com a escuta das pessoas idosas, bem como da trabalhadora e da gestora da instituição.

Foi possível notar a partir dos relatos e de desenhos feitos pelo/as sujeito/as da pesquisa que a hipótese se confirmou à medida que suas vozes (e suas pausas) e seus desenhos (e seus espaços vazios no papel) deixaram mais visíveis a vivência do processo de envelhecimento no espaço institucional como “o fim da linha”, decifrada por algumas das pessoas entrevistadas como “sem esperança de sair”. A mistura de sentimentos dessa vivência denota formas de sofrimento que conectam o tempo passado ao tempo presente, por sentir que o direito de ir e vir foi frustrado e que, apesar da convivência com outras pessoas idosas e trabalhadores da instituição ou das visitas dos familiares, a solidão passa a ser uma realidade cada vez mais cotidiana e infelizmente há os que chegam ao estado melancólico. A melancolia é o estado de grande tristeza e desencanto geral quando a pessoas se sente totalmente desprotegido.

A aproximação com a realidade da vida cotidiana de Araci, Adeli, Almir, José Donizete, a diretora e a funcionária, sujeitos e sujeitas participantes da pesquisa, possibilitou que fossem problematizados os sentidos da *relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento*, a partir das trajetórias de vida e do cuidado longe de casa em uma ILPI, evidenciando a relevância da casa na vida dessas pessoas e o quanto muitas vezes seus sentimentos se misturam, sendo que a saudade de casa está entrelaçada com o cuidado prestado na ILPI.

Ao mesmo tempo, a “nova casa” se configura como um lugar institucionalizado, cujo cotidiano demanda cuidados e atenções especializadas, atribuições e responsabilidades que possam garantir a proteção social das pessoas idosas ali residentes.

Minhas funções técnicas são principalmente ter autonomia, ter conhecimento, estar sempre atenta a necessidade de cada pessoa idosa, e a importância nessa atribuição é verificar qual é a real necessidade desse idoso, vou dar um exemplo rápido: o idoso “ta” andando mas ele começou a mancar, e ele não andava mancando, então provavelmente ele torceu esse pé, aí imediatamente eu vou entrar em contato com meu médico, que eu tenho toda uma equipe multiprofissional, e vou ver qual a possibilidade de levar esse residente (em caso de repouso é residente) pro hospital, e aí se não for necessário eu mesma vou preparar uma tala, e vamos passar um enfaixamento e entrar com a medicação, porque nós temos médico 24 horas assistindo mesmo de longe. E as atribuições são relacionadas aos profissionais da saúde que estão comigo hoje, que são auxiliares e técnicos de enfermagem tanto período noturno como período diurno. Aqui eu aplico também o SAE que é sistematização da humanização ao idoso, e trabalho também acompanhando alguns alunos quando vem para mim de outras instituições, eu acho que essa é a parte mais importante, e seria relevante também falar sobre a questão da alimentação deles, isso é uma atribuição muito importante pro idoso, eles geralmente não engordam eles perdem peso, então nós temos que manter o peso desse idoso, e para isso nós temos um nutricionista semanalmente. E atribuição é estar sempre atenta e o mais importante trabalhar com amor, com carinho, com vidas e ouvi-los que é muito importante ouvir esse idoso mesmo com Alzheimer (MARIA LUCINETE, 2021).

Dessa forma, a vivência institucional em um ILPI se constitui como uma medida de direito ao acolhimento, enquanto uma forma de proteger a pessoa idosa, melhorando sua saúde física e, assim, a relação proteção/desproteção faz parte da dinâmica cotidiana institucional.

Aqui a gente trabalha com a parte de clínica médica, medicação, a troca do paciente, você tem que prestar atenção em muitos que não conseguem se comunicar, você tem que estar sempre alerta com o risco de queda, os perigos que envolvem eles, feridas, curativos também a gente tem essa parte, a alimentação deles também, aqui a gente tem que dar na boca em muitos casos, auxilia a alimentação, a medicação, muitos se você der na mão eles jogam fora, você tem que estar olhando, prestando atenção nessa parte, se ele está se alimentando corretamente e tomando a medicação certa também (IOLANDA, 2021).

Observamos, ao longo da pesquisa, que a vivência da relação proteção/desproteção longe de casa envolve impactos comuns nas trajetórias de vida das quatro pessoas idosas entrevistadas, que deixam marcas ora esquecidas, ora lembradas, ora revividas na “nova

casa”, no novo território, como a saudade de casa, a luta pela sobrevivência, o cuidado e o abandono, mesclados à dor, à violência e à alegria.

Assim, até o capítulo final desta tese buscamos fazer uma leitura transversal das trajetórias das quatro pessoas idosas entrevistadas, o que nos possibilitou verificar, como tem defendido Martinelli (2019, p. 29), que “o indivíduo é horizonte de muitos, é situado social e culturalmente”. E, nesse contexto, sua história de vida se conecta a outras histórias de vida, justamente porque fazem parte de uma totalidade socio-histórica.

Nesta conclusão consideramos relevante, portanto, apresentar tais marcas transversais à relação proteção/desproteção vivenciadas no processo de envelhecimento, identificando-as com os desenhos e marcos de cada uma das pessoas idosas entrevistadas. Procuramos, neste momento conclusivo, fazer o trajeto inverso, enquanto movimento de anúncio a uma necessária continuidade das reflexões até aqui elaboradas, de voltar-se para “o indivíduo como horizonte de muitos”.

Saudades de casa

Apesar de todos os cuidados prestados pela ILPI, nas falas iniciais das pessoas idosas emerge um aparente abandono das famílias e o sentimento de desconforto por residir em uma ILPI. Assim, a família fica deslocada da sua realidade presente, pois as histórias narradas, tecidas e engendradas durante as entrevistas e as cartografias são marcadas pela vivência de desproteção da família e, ao mesmo tempo, um desejo saudoso de voltar a ser protegido por ela. Dessa forma, o retorno à casa e ao cotidiano é um desejo expresso por todos:

Muita...muita saudade, às vezes me sinto sozinho, sinto saudade da minha casa . São quase dois anos aqui, se é que já não fez agora.

Sinto faltada minha casa. (PAUSA) A princípio o poder de liberdade “não é”? De fazer o que eu quero, vou pra onde eu quero, ponho a roupa que eu quero (PAUSA) Bom, meu bem prazer ... (JOSÉ DONIZETE, 2021).

Porque era minha casa “né”, lá a lei era eu “né” (PAUSA) A liberdade (PAUSA) o que eu mais sinto falta da minha casa é da liberdade que eu tinha coisa que aqui eu não tenho (VALMIR, 2021).

Eu tenho saudade da minha casa, das minhas coisas, das coisas que eu tinha, minha irmã sumiu com tudo... Tenho saudade de tudo, dos meus conhecidos, de sair pra passear final de semana (ADELI, 2021).

Sinto muita saudade. Muita saudade de casa. Saudade do emprego que eu tinha, toda vida trabalhei (ARACI, 2021).

A vivência da saudade de casa perpassou todas as pessoas entrevistadas e escolhemos como referência a trajetória de Araci e seu desenho. Araci tem 77 anos, quatro filhos, solteira,

é uma pessoa idosa com um olhar triste, fala pouco, muito reservada, tímida, teve derrame e sofre com as sequelas, anda de bengala, com um pouco de limitação. Sofre com a perda da filha de 20 anos que estava no 2º ano de medicina para um câncer e ainda fala da perda com muito sofrimento. Diz lutar para sair desse sofrimento, mas ser muito difícil.

Araci trabalhou como copeira de um hospital particular por muitos anos, mas não se sentiu à vontade para revelar por que saiu do mercado de trabalho, alega não ter sido em função do derrame, mas diz preferir não tocar no assunto; mantém o fato como um segredo e como pesquisadora eu decidi respeitá-la. Araci coloca com tristeza que perdeu a adolescência por motivo de trabalho e por ter casado muito cedo.

Me criei sozinha com mãe, não tive pai, e depois casei muito cedo, tive quatro filhos, e a minha vida foi trabalhar; trabalho desde meus 16/17 anos eu trabalho (PAUSA) sofri de pressão alta, um dia veio um derrame e me derrubou e de lá pra cá nunca mais fui a mesma (ARACI, 2021).

Figura 10 – Desenho de Araci (2021)



Fonte: Acervo de Araci – atividade realizada pela pesquisadora

Araci, assim como na sua entrevista também traz pausas que são percebidas no espaço vago em seu desenho, procura esquecer parte da sua história, tamanho sofrimento que enfrentou na infância. Mas preferiu se ater à perda da filha de 20 anos, estudante de medicina que foi vítima de um câncer. O traçado do seu desenho mostra uma casa vazia, fechada, assim como ela se fechou para a vida, pois acredita que não irá viver mais nada, que perdeu a

esperança e perdeu a vontade de viver após a morte da filha e não acredita que irá retornar para sua casa.

O desenho coloca a distância entre ela, a casa e o neto. Essa separação tem provocado profunda tristeza, dor e sofrimento. A presença da casa no desenho é algo muito forte, até mesmo pelo traçado, foi desenhando e dizendo o quanto gostaria que Deus permitisse que ela voltasse para casa para ter sua liberdade de volta, comer o que gosta, queria desenhar o prato que queria comer nesse dia, mas não conseguiu traçar. A casa dentro de Araci é uma presença muito significativa, já que está fora neste momento não faz nenhum sentido a não ser o neto. Fala de si como um personagem que não tem mais valor, lutando contra o sentimento da perda, mas acha que a morte vive rondando. Embora não seja tão explícita, o único apoio, a única fonte de esperança que tem é em si mesma, pois narra com tristeza que foi esquecida pelos filhos e a família não aparece no seu desenho, tamanha solidão. Araci também revela no seu desenho reparos que não foram feitos no decorrer de sua história, pois quem é ferido também já feriu e deixa um vazio no espaço interior quando o reparo não acontece, percebe-se esse sentimento na sua fala em relação aos filhos.

Eu acho na minha cabeça que eu não merecia (PAUSA) porque eu dei de tudo pros meus filhos que estava no meu alcance, trabalhei muito, mas é... isso que a gente tem que passar ninguém passa pela gente “né” (ARACI, 2021).

Me acabei já, passei minha vida toda trabalhando pra criar filho, não me arrependo não, por isso meus filhos como pobre foram bem-criados, mas eu queria muito ter minha casa de volta (ARACI, 2021).

A luta pela sobrevivência

É preciso ter presente que “o processo de estruturação simbólica do real das classes subalternizadas ocorre sob o signo da pobreza, da dominação e, muitas vezes, da ignorância e da alienação [...] assim sendo, a alienação reduz o indivíduo a um objeto que confere a outros decisões sobre sua própria vida” (YAZBEK, 2009, p. 92).

José Donizete tem 65 anos, dois filhos e é divorciado. É um idoso lúcido apesar de algumas falhas de memória, alega ter sido internado por essas falhas, mas conversou de forma consciente. Demonstrou tristeza ao falar da saudade dos filhos, da sua casa e da sua liberdade. Percorreu a sua história com tranquilidade e equilíbrio, mas sempre pontuando que não lembraria de detalhes, mas que no próximo encontro, caso lembrasse de mais alguma coisa, não hesitaria em informar à pesquisadora.

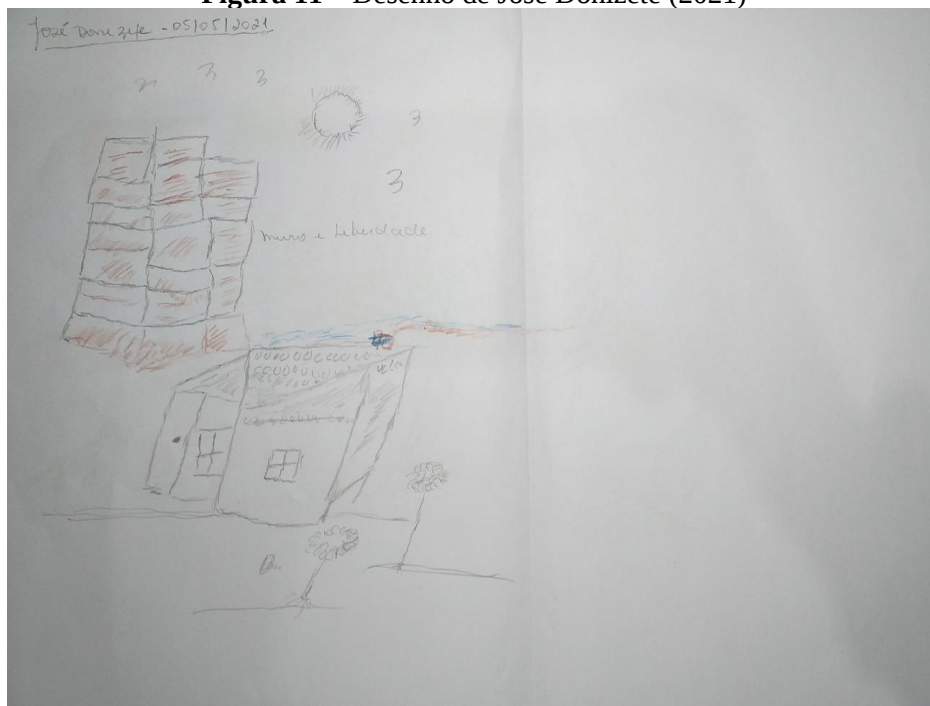
Ao falar sobre sua infância, demonstrou dois sentimentos, a tristeza pela pobreza, por ter que trabalhar muito cedo e não ter tido a oportunidade de estudar e, ao mesmo tempo, orgulho por ter trabalhado para ajudar a família.

Eu sou uma pessoa que nasci pobre “né”? A gente tinha muita dificuldade pois... éramos em 7 filhos na família, só meu pai trabalhando, então o trabalho forçado sempre esteve presente de uma certa forma na minha vida, estudei muito pouco, mas eu não gostava de estudar, não tive assim uma pessoa que... me incentivasse ou que me desse uma força pra mim estudar (PAUSA) (JOSÉ DONIZETE, 2021).

Quanto à juventude demonstrou também tristeza, fraqueza e decepção ao revelar seu envolvimento com as drogas. Houve momentos que oscilou embargando a voz, e diz desejar esquecer o período das drogas.

A entrevista com Donizete ocorreu no primeiro encontro, mas ainda tivemos outros encontros com outras atividades que compuseram o trabalho de campo. José Donizete diz gostar da Casa de Repouso, mas também afirma que a saudade da sua casa é grande e nenhum lugar é igual a sua casa.

Figura 11 – Desenho de José Donizete (2021)



Fonte: Acervo de José Donizete – atividade realizada pela pesquisadora

José Donizete em seu desenho traz certa consciência e muita lucidez quando narra sua história de vida. No desenho fica claro o quanto percebe que está atrás de um muro que o separa da

realidade dentro e fora da ILPI. Acredita que a volta para casa é a sua liberdade e isso está expresso em seu desenho. Do outro lado do muro está a sua casa, que na sua memória está firme e enraizada. Percebe-se que uma boa parte da folha do desenho está em branco, é provável que seja a parte de sua história que não conseguiu revelar. Quanto ao muro, é possível que ficou para trás parte da história que guarda com ele que não narrou por desejar esquecer. Nenhum membro da família é revelado em seu desenho, possivelmente porque o muro representa a instituição que o separa da família, principalmente em tempos de pandemia. Em todo processo da entrevista percebe-se esse afastamento entre ele e a família.

Cuidado/Violência

A mistura de vivências e experiências contraditórias envolvendo a proteção e a desproteção nos espaços privado e público também marca as trajetórias analisadas. Chamou-nos atenção a trajetória de Valmir, quando em seu relato e em seu desenho destacam-se dois marcos ainda muito presentes: o cuidado da mãe em sua infância e a violência sofrida.

Valmir se colocou muito disponível desde o início da pesquisa. Ele tem 65 anos, não tem filhos, solteiro, apresentou uma fala objetiva com olhar firme apesar das sequelas da violência sofrida em um assalto, não demonstrava revolta na fala, e sim tristeza. Reconhece a fragilidade da falta de segurança da nossa cidade, pois foi assaltado quando saía de uma partida de futebol, e quase foi a óbito.

Apresentou um movimento de desejar guardar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido com ele, aliás, todos manifestaram esse desejo, nenhuma das pessoas idosas entrevistadas quis deixar no prontuário da instituição, pois afirmaram ser uma lembrança de um momento importante em suas vidas.

Para Valmir, a melhor lembrança que tem da vida é da sua infância, da sua mãe, fala do cuidado materno com muito carinho, e a lembrança ruim foi o assalto que sofreu, e que gostaria de esquecer.

Minha mãe, minha infância, foi muito saudável, minha mãe, minha mãe foi uma pessoa assim... muito bacana, fazia tudo pela gente, não só por mim, por mim e por meus irmãos também... Tenho uma lembrança boa da minha mãe, do seu cuidado (VALMIR, 2021).

[...] eu fui um menino normal, tranquilo, servi o exército normalmente, trabalhei na Record, Editora Musical do Brasil, na Folha de São Paulo, quando aconteceu esse problema comigo. Eu fui assaltado, eu reagi ao assalto, aí me quebraram dois braços, perna, me afundaram o olho, uma coisa terrível, uma violência assim inacreditável, eu “tô” aqui por obra e graça de Deus, Ele que me ajudou. Fiquei mais de um ano internado, fiz 16

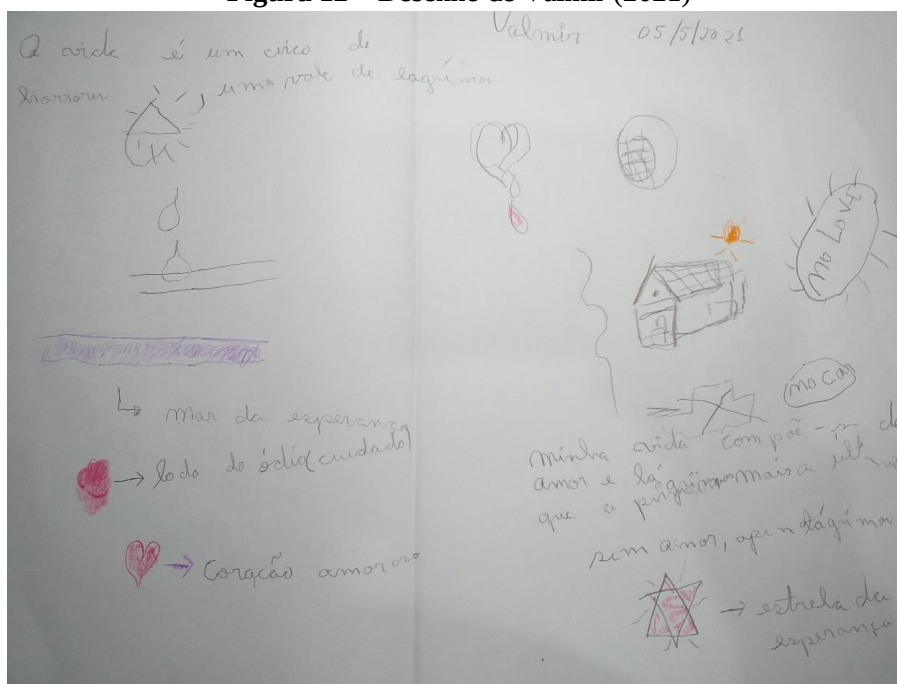
cirurgias e “tô” aqui agora começando a ver, ainda com algumas sequelas da agressão (VALMIR, 2021).

Para Chauí (1998), a violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade, como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos.

A violência não é percebida ali mesmo onde se origina e ali onde se define como violência propriamente dita, isto é, como toda prática e toda ideia que reduza o sujeito a condição de coisas, que viole interior e exteriormente alguém, que perpetue relações sociais de profunda desigualdade econômica, social e cultural. Mais do que isso, a sociedade não percebe que as próprias explicações oferecidas são violentas porque está cega ao lugar efetivo de produção da violência, isto é, na estrutura da sociedade brasileira (CHAUI, 1998, p. 37).

Quando Valmir está triste ou se sente só busca força em suas orações. O que mais sente falta da sua casa é sua liberdade. Afirma gostar muito da Casa de Repouso, mas diz que a sua casa é a sua casa.

Figura 12 – Desenho de Valmir (2021)



Fonte: Acervo de Valmir – atividade realizada pela pesquisadora

Valmir retrata a violência sofrida durante um assalto que o deixou com várias sequelas. Sente muito saudade de casa e não vê a hora de retornar ao seu cotidiano. A casa

representa liberdade, leveza, mas também se percebe como essa casa perdeu o alicerce, está solta. Valmir, algumas vezes na entrevista vagava nos seus pensamentos. A casa para ele parecia deixar de ser algo concreto, firmado na base do seu pensamento, já que também não tinha mais esperança de sair da ILPI. Trazia certo antagonismo no seu desenho, retratando amor e ódio, a dor e a esperança.

Para contar a sua história, vai delineando um retrato do seu sofrimento, da violência que sofreu, parece incompreensível a ponto de não aparecer no seu desenho.

Apesar de na fala a figura materna ser bastante reverenciada, no desenho a mãe não está presente. Durante toda a entrevista não faz menção à figura paterna, que também não aparece no seu desenho. Parece ter sido criado em uma família monoparental/matriarcal, algo que não foi mencionado no momento da entrevista.

Abandono, violência doméstica e o acesso à cidade

Se na trajetória de Valmir a distinção entre o espaço privado (representado pela figura da mãe protetora e cuidadora) e o espaço público (marcado pela violência sofrida a partir de um assalto) parece indicar, por um lado, a família como o lócus privilegiado de proteção e, por outro lado, a cidade como o espaço público perigoso e violento, no caso de Adeli a interseção entre esses dois mundos parece ter se dado de forma invertida. O espaço privado ficou marcado em sua infância pelo abandono causado pela mãe associado à violência sofrida em ambiente doméstico; e o espaço público ganha uma dimensão libertadora em sua idade adulta, quando consegue acessar a cidade, os outros bairros, o parque do Ibirapuera.

Cabanes (2011), ao analisar trajetórias familiares na cidade de São Paulo, identificou “percursos de mediação entre o público e o privado” que se articulam no tempo e no espaço, na escala do cotidiano vivenciado por diferentes gerações de um mesmo núcleo familiar. Observamos nas trajetórias relatadas pelas pessoas entrevistadas o quanto esta mediação se faz presente, impactando ainda que de formas distintas o próprio processo de envelhecimento longe casa.

Nessa clara afirmação de articulação entre vida privada e mundo social, facilmente observável nas práticas, a primeira questão é o momento de transição entre um e outro, suas razões e circunstâncias; a segunda são as razões de permanência dessa articulação. Às vezes podem surgir, construídos e compactados por gerações sucessivas, tios sociais tão fortes e tão fortemente desconectados da história contemporânea que parecem até anacrônicos e, portanto, quase privados. Contudo, eles fazem parte da vida atual e, pelos valores que ostentam e praticam, questionam diretamente, e às

vezes de maneira profunda, o mundo social contemporâneo (CABANES, 2011, p. 450).

Adeli, 62 anos, solteira, tem uma filha, é uma mulher franzina, que traz as marcas de uma vida sofrida e, ao narrar sua história, procurou manter o olhar quase sempre cabisbaixo. Trouxe uma identidade atribuída a uma vida sempre “errada”, complicada.

Foi narrando uma história cheia de detalhes. Diz ter tido uma infância muito “feia”, vivia apanhando da mãe biológica. Conta que sofreu abuso na infância. Não gostava muito da convivência com sua mãe. “Ela me batia muito, me maltratava”, diz Adeli. Apanhava de ferro, palmatória de madeira. Conta que aconteceu uma briga entre os pais e o pai acabou assassinando a mãe e depois se suicidou. Não lembra o porquê da briga; Adeli traz uma história de abandono e sofrimento, conta que a adoção demorou para sair e enquanto isso ficou pra lá e pra cá nas casas dos vizinhos. Adeli narra que tinha uma boa relação com os pais adotivos e afirma a todo instante a saudade da mãe adotiva que faleceu há onze anos. Essa família adotiva também adotou sua irmã mais nova. Fala da mãe adotiva com muita saudade e carinho, já da mãe biológica com muito desprezo e mágoa.

Relata que a irmã e a filha a abrigaram na Casa de Repouso porque ela caiu e ficou com problema no joelho e não tinha ninguém para cuidar dela. Adeli conversa com muita liberdade. Conta da saudade que tem da sua casa, da sua vida, da liberdade de ir para as compra em Santo Amaro.

O indivíduo isolado é uma abstração. A identidade se concretiza na atividade social. O mundo, criação humana, é o lugar do homem. Uma identidade que não se realiza com o próximo é fictícia, e abstrata, é falsa (CIAMPA, 2005, p. 90).

Adeli gostava muito de passear no Ibirapuera, de passear na casa dos amigos aos domingos, e não vê a hora de retornar para a sua casa e retomar sua vida.

O próprio fato de voltar para casa, às vezes, lhe parece algo ilógico, pelo menos do seu ponto de vista, já que muitas vezes vê a casa como algo muito distante da sua realidade hoje. Adeli extrai da sua memória os fatos que considera significativos, para que expressar como foi sua infância e sua vida antes de entrar na ILPI, fazendo questão de dizer quem era, o que gostava de fazer, deixando isso claro no relato.

... Eu sofri muito, foi uma fase muito difícil da minha vida, lembro como se fosse hoje... Não gosto de lembrar da minha infância sofri muito nas mãos da minha mãe biológica” (ADELI, 2021).

Figura 13 – Desenho de Adeli (2021)



Fonte: Acervo de Adeli – atividade realizada pela pesquisadora

Adeli é uma pessoa idosa muito lúcida. É muito interessante a maneira como distribui a família, ofuscando a figura da mãe, até mesmo pela infância que teve, cheia de sofrimento e maus-tratos praticados pela mãe biológica, mas exalta a mãe adotiva, de quem lembra com saudade. A mãe identificada no desenho parece ser a mãe adotiva, ao lado de uma árvore frondosa, que retrata seus sonhos, seus desejos, quando relata que, apesar dos sofrimentos, gosta de viver, como a árvore que traz sombra, sossego, a esperança que precisa ser

alimentada todos os dias. A árvore também faz parte do seu contexto no amor que sente pelo Ibirapuera. A casa é bem expressiva, ocupa um lugar no alto do papel, no entanto não está enraizada, porque apesar da saudade de casa perdeu a esperança de reterritorializar e escreve no próprio desenho “muita saudade da minha casa”. O espaço em seu desenho que não foi preenchido é aquilo que procura esquecer, são os lapsos de memória, pois quem é magoada pela estrada da vida também magoa e muitas vezes esses reparos não são feitos e tentamos guardar em algum espaço da memória. A infância que não teve foi toda marcada pela violência do pai e os maus-tratos da mãe. Todo relato ilustra essa violência, entremeada de ausência da mãe, do carinho e depois da perda dos pais, quando o pai mata a mãe e depois se suicida.

Dessa forma, a memória que Adeli tem da sua infância é um filme repleto de lembranças ruins que procura esquecer e deixa em branco no seu desenho. Ao mesmo tempo, deixa o registro da esperança e da resistência na luta pela vida.

Enfim, as linhas conclusivas cruzadas “saudades de casa”, “a luta pela sobrevivência”, “cuidado/violência e abandono”, “violência doméstica” e “o acesso à cidade” evidenciam que há um/a sujeito/a por trás de cada história. Cada história também nos trouxe angústia enquanto pesquisadora e não foi fácil tecer as linhas finais que dão sentido e sustentação a este estudo. Entrar em contato com algumas situações aqui desvendadas de fato muitas vezes trouxe profunda tristeza.

Quanto aos lapsos na memória, que surgiram nos desenhos, seja pelas pausas ou pelos espaços vazios, Freud já ensinou que (e como) são excluídos da consciência, por meio dos mecanismos de defesa (CIAMPA, 2005, p. 202).

Nas especificidades da pesquisa observou-se que nas narrativas das pessoas idosas prevalece o discurso da liberdade, da autonomia, do “ir e vir”, o desejo de voltar para casa, já que dela estão ausentes há muito tempo. O estar longe de casa muitas vezes os paralisa, deixando-os prisioneiros dos próprios sentimentos, traduzidos pela angústia, medo, tristeza e dor.

A capacidade protetiva aparece como uma forma que a instituição encontra para tornar a estadia das pessoas idosas o mais saudável possível, no entanto as pessoas idosas entrevistadas não aderem completamente a esse cuidado, reconhecendo-o na dinâmica dialética da relação entre proteção/desproteção social, pois no espaço identificado como de abrigo e convivência sentem-se muitas vezes sós, longe de casa e, embora estejam na condição de dependência de cuidados, desejam autonomia para “andar com as próprias pernas”.

Além da dinâmica dialética entre proteção/desproteção social que tem envolvido as trajetórias de vida das pessoas idosas em processo de envelhecimento longe de casa, identificamos como grande cenário dessas trajetórias a dinâmica territorial que as envolve. A casa continua sendo o território de referência, uma territorialização que traz marcas e marcos repletos de sentidos, misturando saudade, esperança de retorno e tristeza pela possibilidade de não mais sair de onde se está. Mas, em contraponto, a “desterritorialização” em relação à casa é conjugada com a territorialização outrora vivenciada no mundo do trabalho, nos percursos pelos diversos territórios da cidade e seus recursos, passando a exigir cotidianamente novos esforços em direção à reterritorialização na “nova casa”, a ILPI. Esse novo território, apesar de sua identidade institucional em torno do “abrigo e da convivência”, tem suscitado novas e velhas vivências marcadas pela relação tempo/espço.

Estar longe de casa produz vivências de solidão, saudade, esperança de retorno e, ao mesmo tempo, novos territórios são reproduzidos e novas territorialidades são construídas: a sala é o espaço do convívio, da TV cujo canal a assistir tem que ser pactuado no coletivo; o horário e o tempo do banho é cronometrado; nem o quarto pode ser considerado privado, podendo lá entrar a qualquer momento um funcionário. Resta o armário como o território da intimidade, talvez o espaço mais próximo do sentido de “casa”, onde se guardam as roupas, as fotografias, os livros, os documentos.

Foi possível desvendar as vozes escondidas por trás da angústia, da dor, do abandono, das boas e não tão boas lembranças, experiências de vida e trabalho. Vozes e vidas que foram traçando o processo de envelhecimento, que ora se apresentou de forma protegida, ora de forma desprotegida.

Assim, foi de extrema importância a escuta das histórias relatadas, desenhadas, silenciadas, pausadas e gentilmente partilhadas pelas pessoas idosas entrevistadas, que nos permitiram aproximar deste novo “território de vivência” – a ILPI. Trajetórias de vida marcadas pelas vivências em outros territórios, em que, de fato, o sentido de “casa” e a busca pelo pertencimento na cidade se fizeram presentes: “saudades de casa”, “a luta pela sobrevivência”, “cuidado/violência e abandono”, “violência doméstica” e “o acesso à cidade”.

A pesquisa nos mobilizou a chegar na escala do mundo do “ordinário”. Sem dúvida um complexo exercício, como nos coloca Das (2020):

A suspeição em relação ao ordinário parece, para mim, estar enraizada no fato de que os relacionamentos requerem uma repetida atenção ao mais ordinário dos objetos e eventos, porém nosso impulso teórico, muitas vezes,

é o de pensar a ação em termos de escapar do ordinário e não de descer a ele (DAS, 2020, p. 28).

E, neste percurso de tentar chegar à escala do cotidiano das pessoas idosas, em seu novo “território de vivência”, o “fim da linha” no processo de envelhecimento vislumbrado no início da pesquisa foi se abrindo em “novas linhas” traçadas por elas mesmas e, portanto, são linhas ainda “sem fim”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, n. 25 (1), p. 118-131. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 10 set. 2019.
- ANDRADE, Letícia. **Territórios de exclusão**: população e cuidados paliativos na cidade de São Paulo. São Paulo: Alumínio, 2018.
- ANDRADE, Leticia. **Desvelos**: trajetórias no limiar da vida e da morte – cuidados paliativos na assistência domiciliar. Tese de Doutorado. São Paulo: PUCSP – Programa de Estudos Pós Graduated em Serviço Social, 2007.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BERTAUX, Daniel. **Biografia e sociedade**. A vida abordagem de história em teleciências sociais. Publicações Sege, 1981
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: Fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2)
- BESTETTI, Maria Luisa Trindade. Os significados dados ao lugar em que na velhice chamamos de lar. **Portal do Envelhecimento**, 17 jul. 2021.
- BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. Fatores Associados ao comportamento da população durante a pandemia de COVID-19. In: SILVA, Carlos Eduardo Menezes da; SOARES, Fernando Ramalho Gameleira; SILVA, José Alexandre Menezes da. **Suplemento COVID-19**: a pandemia que revirou o mundo, v. 25, n. 6, Rio de Janeiro, jun. 2020.
- BITTENCOUT, Renato Nunes. Pandemia, engajamento sanitário, desajuste social e necrofilia presidencial. UFSM. **Volutos** Revista Internacional de Filosofia. Santa Maria, v. 14, p. 1-16, 2020.
- BRAUNSTEIN, Hélio Roberto. **Ética do cuidado**: das instituições de cuidado e pseudo cuidado. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2012.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do humano**: compaixão pela Terra. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.
- BOFF, Leonardo. **A grande transformação**: na economia, na política e na ecologia. Petrópolis (RJ): Vozes, 2014.
- BOFF, Leonardo; MURARO, Rose Marie. **Feminino e masculino**: uma nova consciência para o encontro das diferenças. 2. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2002
- BOURDIEU, Pierre. **Esboço de Uma Teoria da Prática**: precedido de três estudos da etnologia Cabila. Oeiras: Celta Editora, 2000.

BOURDIEU, Pierre. **O senso prático**. 3. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013a.

BORN, T.; BOECHAT N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 768-77.

BRANDÃO, Vera Maria Antonieta Tordinio. **Labirinto da Memória**: quem sou eu? Coleção: questões fundamentais do ser humano. São Paulo: Paulus. Disponível em: <<https://m.travessa.com.br>>. Acesso em: 10 set. 2019.

BRANDÃO, Vera. Sobre a Solidão. **Revista Longevidade**, 2015. Disponível em: <www.longevidade.com.br>. Acesso em: 14 jan. 2020.

BRASIL. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. **Envelhecimento Ativo**: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade / Centro Internacional de Longevidade Brasil. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília (DF): Conselho Nacional de Assistência Social, Resolução CNAS n. 13, de 13 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social (NOB/SUAS) Brasília: MDS/SNAS, 2012.

BRITO, Alda da Motta. Chegando pra idade. In: BARROS, Maria Leite Monteiro de (Org.). **Velhice ou terceira idade?**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2017.

BRUNER, Jerone Seymour. **Atos de significação**. 2. ed. Trad. Sandra Costa. São Paulo: Artmed, 2002.

CABANES, Robert. Qual dialética é possível entre o espaço público e o privado?. In: CABANES, Robert et al. (Org.). **Saídas de Emergência** – ganhar/perder a vida na periferia de São Paulo. São Paulo: Boitempo, 2011. p.437-460.

CARDOSO, Gracielle Feitosa de Loiola. (Re) produção de famílias “incapazes”: paradoxos à convivência familiar de crianças e adolescentes institucionalizados. Dissertação de Mestrado. – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, São Paulo, 2017.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **As instituições de longa permanência para idosos do Brasil**. R. bras. Pop., Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun.2010.

CIPRIANO, Bastos Maria Aneuma; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. **O cuidado com criança portadora de mielomeningocele**: vivência da família. Ver Rene., Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 72-81, out./dez.2008.

COSTA, Fernanda Benquerer. **Entenda os impactos que a pandemia está causando à saúde mental**. Beecorp. São Paulo, 2020.

CHAUI, Marilena. **Brasil Mito Fundador e Sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramos, 2013.

CIAMPA, Antonio Costa. **A estória de Severino e a História de Severina**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DAS, Veena. **Vida e palavras** – a violência e sua descida ao ordinário. São Paulo: Editora Unifesp, 2020.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs** – Capitalismo e esquizofrenia, v. 4. São Paulo: Ed. 34, 2012.

DI GEOVANNI, Geraldo. **Sistemas de proteção social**: Uma introdução conceitual. In: Reforma do Estado> Políticas de Emprego no Brasil. Campinas: Unicamp, 1998.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena; MACIEL, Silvana Carneiro; COSTA, Gusmão Maria Sônia; SILVA, Antonia Oliveira; MOREIRA, Maria Adelaide Silva Paredes. **Envelhecimento Ativo e sua relação com a independência funcional**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, jul./ set. 2012, 21 (3), p. 513-8.

FELIX, Jorge. **COVID-19, população idosa e os sistemas de saúde pública**. São Paulo, 2020.

G1. Média móvel de mortes por COVID-19. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/08/24/brasil-tem-media-movel-de-730-mortes-por-covid-a-cada-dia-media-de-casos-e-a-me>>.

GUARÁ, Isa Maria Ferreira da Rosa. Introdução à Teoria das Necessidades. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Ano XIX, n. 57, jul. 1998.

GUELF, Renato; RODRIGUES Rodrigo. TV Globo e G1. SP/2021.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da Velhice**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidades. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Tradução revisada de Marcia Sá Cavalcante. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2015.

HERMANOVA, Hana. **Novas diretrizes nos países industrializados**. In: Organização Mundial de Saúde. Remoçar a velhice, 1982.

IBGE. Estimativa da população dos municípios. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28668-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2020>>.

KALACHE, Alexandre. Envelhecimento populacional no Brasil: Uma realidade nova. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 3(3), p. 217-220, jul. /set. 1987.

KALACHE, Alexandre. **Envelhecimento e desigualdades**: políticas de proteção social aos idosos em função da pandemia covid-19 no Brasil. Editorial. Ver Bras. Geriatr. Geront., n. 23(6), 2010.

KOGA, Dirce; GANEV, Eliane; FAVERO, Eunice. **Cidades e Questões Sociais**. São Paulo: Terracota, 2009.

KOGA, Dirce. O território para além das medidas e conceitos: a efetivação na Política de Assistência Social. In: KOGA, Dirce; GANEV, Eliane; FAVERO, Eunice. **Cidades e Questões Sociais**. São Paulo: Terracota, 2009.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

KOGA, Dirce. Territórios de vivências em um país continental. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 9-26, 2015.

LAPASSADE, Georges. **Mitos coletivos**. São Paulo: USP, 1975.

LAR SANTANA–CUIDADO SENIOR. Disponível em: <<http://larsantana.com.br/breve-historico-de-instituicao-de-longa-permanencia-no-mundo/>>. Acesso em: 25 dez. 2019.

LODOVICI, Flaminia Manzano Moreira. **Envelhecimento e cuidado**: uma chave para o viver. São Paulo: Portal do Envelhecimento, 2018.

LOPES, Fernanda de Souza. A possibilidade assistencial das famílias dos pacientes em cuidados paliativos: dinâmicas internas e relação com o contexto das políticas públicas. Mestrado em Serviço Social – Programa de Pós-graduação em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC-SP. São Paulo, 2014.

MACEDO, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

MACHADO, Carla Jorge et al. (Org.). Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, n. 25 (9), 28 ago. 2020.

MACIEL, Maria Goretti Sales; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

MARINHO, Marco Antonio Couto. **Trajetória de vida**: um conceito em construção. MG, PUC Minas/2017.

MARTINELLI, Maria Lucia; LIMA, Neusa; DINIZ, Rodrigo (Org.). A história oral na pesquisa em Serviço Social – da palavra ao texto. São Paulo: Cortez, 2019.

MARTINELLI, Maria Lúcia. História oral: exercício democrático da palavra. In: MARTINELLI, Maria Lucia, LIMA, Neusa e DINIZ, Rodrigo (orgs). **A história oral na pesquisa em Serviço Social** – da palavra ao texto. São Paulo: Cortez, 2019. p. 27-40.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (Org.). Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. 2. ed. São Paulo: Veras Editora, 2012.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIROS, Roseni; Mattos. Ruben Araújo (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/ IMS/Verj/Abrasco, 2005a.

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a filantropia e a Assistência Social**. São Paulo: Cortez, 2001.

MESTER, José Antonio Fracalossi. As vinculações e as satisfações do viver. In: DORNELLES, Beatriz; COSTA, Gilberto José Corrêa (Org.) Investindo no envelhecimento saudável. Porto Alegre: ED. PUCRS, 2003.

MICHELETTO, Telma Maria Gorgulho Pereira. O Risco do Idoso Pedestre nas Vias Urbanas. **Companhia de Engenharia de Tráfego de São Paulo - Nota Técnica**, v. NT219, 2011.

MONTEIRO, Paulo Pedro. Somos velhos porque o tempo não pára. In: CORTE, Elizabeth Frolich Beltrina Mercadante; ARCURI, Irene Gaeta.

NASCIMENTO- SCHULZE, Clélia M. (Org.) **Dimensões da dor no Câncer**. Reflexões sobre o cuidado interdisciplinares e um novo paradigma de saúde. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

NODDINGS, Nel. **O cuidado**: Uma abordagem feminina à ética e à educação moral. Rio Grande do Sul: Unisinos, 2003.

ORLANDI, Ariene Angelini dos Santos et al. (Org.). **Perfil de idosos maiores que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social**. Escola Anna Nery, n. 21 (1), 2017.

OLIVEIRA, Wanderson Kleber; DUARTE, Elisete; ARAÚJO, Giovanny Vinícius; GARCIA, Leila Posenato. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 29 (2), 2020.

PAIVA, Wanderléia Consolação. **Os sentidos do envelhecer**: Memórias e identidades de idosas. Universidade de São João Del-Rei. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia. São João Del-Rei, 2011.

PALTRUNIERI, Bruno Costa; SOUZA, Edinilza, Ramos de; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. **Violência e direito**: cuidado nas políticas sobre ILP para idosos, 2019.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, L. Apresentação. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa: intervenção e produção de subjetividade**. Porto alegre: Sulina, p. 7-16.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI Luciana. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo e saúde**, São Paulo, v. 29, 2005, p.491-509.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana. **O que entender por cuidados paliativos?** São Paulo: Paulus/Editora do Centro Universitário São Camilo, 2006a.

PNAD. Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios Contínua. 2018.

PINHEIROS, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco, 2005a.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no capitalismo: crítica a teorias e ideologias conflitantes**. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

QUARESMA, Maria de Lourdes Baptista. Crise, Envelhecimento, Velhice. Sinais de algum mal-estar civilizacional. **Revista Longevidade**, n. 7, 2020.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; FHON, Jack Roberto Silva; LIMA, Fabia Maria de. **O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19**. Ribeirão Preto, SP: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021.

ROCHA, Michel Patrick Fonseca. **Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos**. Ver. Bras. Enfermagem, n. 61 (6), dez. 2008.

SANTOS, Ana Paula. Hotéis do Rio aguardam idosos que serão hospedados de graça. Reportagem do G1, RJ, 04 abr. 2020.

SANTOS, Milton. **Espaço e Método**. São Paulo: Nobel, 1985.

SANTOS, Milton. **A Natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SANTOS-ORLANDI, A. A.; BRITO, T. R. P.; OTTAVIANI, A. C.; ROSSETTI, E. S.; ZAZZETTA, M. S.; GRATAO, A. C. M.; ORLANDI, F. S.; PAVARINI, S. C. I. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2017.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SILVA, Alaide Maria Morita Fernandes da. **Produção do cuidado em Saúde e o Serviço Social**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013.

SAWAIA, Bader Burihan (Org.) **As Artimanhas da Exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 14. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2014.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; INGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos da Psicologia**, Campinas, n. 25(4), p. 285-593, out. / dez. 2008.

SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa Murgel. **Brasil**: uma biografia. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (Dora?). *Re. Esc. Enferm. USP*, n. 32 (2), jun. 2003.

SIQUEIRA, Marcos César Alves. **A política de assistência social do governo Lula**: entre a inovação e ortodoxia neoliberal. Dissertação (Mestrado). _ Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS), Departamento de Serviço Social (SER), Instituto de Ciências Humanas (IH), Universidade de Brasília (UnB, Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositório.bce.unb.br/bitstream/10482/10749/1/2012_MarcosC%20AlvesSiqueira.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo Brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

SPOSATI, Aldaíza. **A menina LOAS**: um processo de construção da assistência social. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SPOSATI, Aldaíza. Proteção Social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serviço Social e Sociedade**, n. 116, out. /dez. 2013.

STORR, Anthony. **A solidão**: a conexão com o eu. São Paulo: Benvirá, 2011.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, Solange Maria (Org.). **Política de Assistência Social e temas correlatos**. Campinas: Papel Social, 2016.

TORRES, Abigail. Convívio, convivência e proteção social – entre relações, reconhecimentos e políticas públicas. São Paulo: Veras, 2016.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. As ambiguidades da assistência social após dez anos de LOAS. *Revista Serviço Social & Sociedade*, n. 77, São Paulo, 2004.

VAZ, Ana Maria Cortez. **Desterritorialização e Reterritorialização**. São Paulo: Ambiente Geográfico, 2010.

ZOBOLI, Elma; FACOLLI, Lislaine; CHIESA, Anna. O cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: SOARES, Cassia e CAMPOS, Celia (Org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole, 2013. p.244-264.

APÊNDICES

Apêndice A – Questões norteadoras das entrevistas

1. Pode me contar um pouco a sua história de vida?
2. Que lembrança boa tem de sua vida antes de chegar aqui?
3. Tem alguma lembrança que gostaria de esquecer?
4. Quando se sente triste, só, o que ou quem lhe ajuda?
5. Sente saudade da sua casa? Do que sente mais falta?

1. Gostaria que se apresentasse e contasse sua trajetória até chegar a este serviço.
2. Quais são suas atribuições técnicas para desempenhar suas funções neste local de trabalho?
3. Quais impactos a pandemia provocou no seu cotidiano de prática profissional? Como era sua rotina até dezembro/2019? Como passou a ser sua rotina de trabalho a partir de março de 2020?
4. Do ponto de vista organizacional, o que mudou nesse período de pandemia? Como tem sido o trabalho e o relacionamento dos trabalhadores como o serviço e com os próprios idosos?
5. Pode descrever como era a rotina dos idosos antes da pandemia e como passou a ser a rotina dos idosos durante este período de pandemia?
6. Como avalia os vínculos familiares e comunitários dos idosos após a pandemia?
7. Como avalia os vínculos entre os idosos antes e durante a pandemia? Ocorreram situações de perdas de vida no serviço?
8. Os idosos têm conseguido expressar seus sentimentos nesse processo de isolamento social? Poderia citar algumas manifestações? Há manifestações em relação à família ou aos amigos, ou aos lugares com quem convivia antes de entrar no serviço?
9. Como coordenadora do serviço quais suas expectativas em relação ao serviço após a pandemia?

ANEXOS

Anexo A – Modelo do TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “O cuidado longe de casa: a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento” I”, realizada pela pesquisadora Gilcelia lima da Silva Reis, aluna de doutorado em Serviço Serviço Social da PUC-SP, sob responsabilidade da professora Dr^a Dirce Harue Ueno Koga, sua participação não é obrigatória e a qualquer momento, poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento. Para participar desta pesquisa não terá nenhum custo, nem receberá vantagens financeiras. Também não implicará em nenhum risco para o participante. Esta pesquisa percorre o seguinte **objetivo**: Analisar a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento a partir de trajetórias de vida de pessoas idosas que se encontram residindo em Instituição de Longa Permanência – ILPI.

Para esta pesquisa adotaremos como **procedimento de estudo**: história de vida, entrevista, diário de campo, e narrativas escritas por meio de desenhos. Trabalharemos com perguntas norteadoras no intuito de facilitar o diálogo, no entanto as entrevistas serão abertas. As narrativas serão transcritas e utilizadas em trabalhos, artigos acadêmicos, assim como em documentos da instituição. Em nenhum momento seu nome será divulgado, ou seja, identificado, garantimos sigilo absoluto quanto às informações confidenciais envolvidos na pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você. Caso concorde em participar, favor assinar o final deste documento.

Eu, portador do documento de identidade declaro que fui informado dos objetivos do presente estudo de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas.

São Paulo, ____ de ____ de 2021.

Assinatura do responsável legal

Assinatura do pesquisador

Anexo B – Documento ANVISA

DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 283, DE 26 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 nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 20, de setembro de 2005, e: considerando a necessidade de garantir a população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor; considerando a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de Longa Permanência; considerando a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, bem como mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para idosos; considerando 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 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 nº 6437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Relação Proteção/Desproteção Social no Processo de Envelhecimento: trajetória de vida na perspectiva do cuidado longe de casa em instituição de longa Permanência

Pesquisador: GILCELIA LIMA DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34702820.7.0000.5482

Instituição Proponente: pontificia universidade católica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.242.757

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa para elaboração de Tese de Doutorado (TD) no Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social (PEPG em SSO), vinculado à Faculdade de Ciências Sociais (FCS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Projeto de pesquisa de autoria de Gilcelia Lima da Silva Reis, sob a orientação da Profa. Dra. Dirce Harue Ueno Koga.

A proposta informa resumidamente que "(...) O foco da pesquisa consiste em analisar o processo de envelhecimento a partir de trajetórias de vida de pessoas idosas, que se encontram residindo em Instituição de Longa Permanência - ILPI na metrópole de São Paulo. Lançaremos mão da pesquisa qualitativa e da metodologia da história de vida, a ser desenvolvida por meio de entrevistas individuais associadas à cartografia social produzidas pelos próprios sujeitos. O projeto traz como objeto o idoso residente em ILPI. Para maior compreensão do cuidado longe de casa trabalharemos com a tríade territorialização/desterritorialização e reterritorialização. Apresentamos com objetivo Analisar a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento a partir de trajetórias de vida de pessoas idosas que se encontram residindo em Instituição de Longa Permanência – ILPI e na hipótese As ILPIs se configuram como o "fim da linha" do processo de envelhecimento de cidadãos que passam a ser atendidos em serviços de

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 4.242.757

abrigamento, desconectando-os de suas histórias e trajetórias de vida, bem como de sua condição de sujeitos de direito ao cuidado associado à convivência social. Lançaremos mão dos procedimentos metodológicos adotados que partem de levantamentos bibliográfico e documental relativos ao envelhecimento e à relação proteção/desproteção social, articulados à pesquisa de campo, envolvendo: a partir de relatos/depoimentos coletados junto às pessoas idosas, tendo como foco suas trajetórias de vida, história de vida, cartografia narrativa (em forma de desenhos).

Introdução

Tendo em vista a forte e evidente tendência de envelhecimento da população brasileira, a moradia em ILPI, "instituição governamental ou não governamental de caráter residencial, destinadas a serem domicílios coletivos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania" se coloca como uma resposta inevitável no campo da proteção social à pessoa idosa, configurando-se como um serviço cada vez mais necessário para atender a esta demanda da população, enquanto direito socioassistencial. Antes da escolha do tema visitei uma casa de repouso, também identificada como Instituição de Longa Permanência – ILPI, a convite de uma amiga para assistir a uma apresentação musical de um grupo de peruanos e canadenses. Fiquei muito emocionada com os 'residentes' daquela casa...senhoras e senhores, na sua maioria, lúcidos. Muitos com problemas de saúde física e mental, no entanto, conforme dito, a maioria lúcida, outros acamados com quadros físicos e de memória comprometida. Os idosos mais lúcidos, logo queriam saber o meu nome, muito antes de eu mesma me apresentar, demonstrando a ansiedade em conversar com alguém de fora daquele espaço. A ILPI funciona de acordo com a portaria nº 810/1989, foi a primeira a definir as normas e padrões de funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras para idosos. Ela define como deve ser a organização da instituição e área física, instalação e os recursos humanos.

No processo de regulamentação da Política Nacional do Idoso, a portaria nº 73/2001 trouxe nova definição de normas de funcionamento para serviços e programas de atenção à pessoa idosa. Ela adota o termo de atendimento integral institucional. Em 2005 passa a vigorar a Resolução da Diretoria, RDC nº 283, que adota o termo ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos), e estabelece normas de funcionamento desta modalidade assistida. As ILPIs são instituições governamentais e não-governamentais de caráter residencial, destinado a domicílio coletivo de pessoas idosas.

Segundo a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, que estabelece a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais no âmbito da

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 4.242.757

política de Assistência Social, a ILPI se configura como um serviço de acolhimento institucional de proteção social especial de alta complexidade. Dessa forma, O serviço de acolhimento institucional para idosos pode ser desenvolvido nas seguintes modalidades:

- Atendimento em unidade residencial onde grupos de até 10 idosos são acolhidos. Deve contar com pessoal habilitado, treinado e supervisionado por equipe técnica capacitada para auxiliar nas atividades da vida diária;
- Atendimento em unidade institucional com característica domiciliar que acolhe idosos com diferentes necessidades e graus de dependência. Deve assegurar a convivência com familiares, amigos e pessoas de referência de forma contínua, bem como o acesso às atividades culturais, educativas, lúdicas e de lazer na comunidade. A capacidade de atendimento das unidades deve seguir as normas da Vigilância Sanitária, devendo ser assegurado o atendimento de qualidade, personalizado, com até quatro idosos por quarto. (BRASIL, 2014, p. 48) Para muitos a ILPI pode ser considerada como o "fim da linha" do processo de envelhecimento, tendo em conta o princípio de subsidiariedade, em que a família e a rede de proteção próxima não puderam assumir o cuidado e o convívio da pessoa idosa. Abrigar um idoso em uma Instituição de longa permanência, muitas vezes, não se trata de uma escolha pela negação ao cuidado, porém, envolve questões mais complexas como: a arquitetura da casa que impossibilita a mobilidade segura do idoso, alimentação balanceada, convívio com pessoas que lhes proporcione felicidade. Nestes casos, não significa que a família não esteja abrindo mão de exercer esse papel, mas encontra-se impossibilitada para oferecer os cuidados básicos necessários à pessoa idosa. No documento da Tipificação dos Serviços Socioassistenciais inscrito no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (BRASIL, 2014), o acolhimento em para pessoas idosas tem caráter provisório, e deverá ser acionado após esgotadas todas as possibilidades:

Acolhimento para idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. (BRASIL, 2014, p.45-46) A reflexão dessa pesquisa decorre do entendimento que a relação proteção/desproteção social marca a trajetória de vida de pessoas e famílias no processo de envelhecimento, e a demanda por cuidado associado ao convívio, portanto, se inscreve neste contexto como um direito social, à medida em que se trata de situações de vulnerabilidade e risco social a serem afiançadas pelo

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 4.242.757

Estado. É a partir dessa reflexão, no campo do direito social, que reconheço a importância da relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento, tendo como foco o cuidado longe de casa, que se dá em instituição de longa permanência – ILPI.

O envelhecimento se configura como um processo orgânico e funcional independentemente de doença, e que inevitavelmente acontece com o avançar da idade e com o passar do tempo. No Brasil, o envelhecimento populacional é uma realidade nova, do ponto de vista de sua pirâmide demográfica. Os fatores que determinam essa realidade demográfica decorrem da baixa taxa de fertilidade, acarretando o menor ingresso de crianças na população, reduzindo a proporção de jovens. Há também uma redução das taxas de mortalidade, impactando no aumento da expectativa de vida da população.

Para alguns autores essa faixa etária se subdivide em subfaixas como de adulto, jovem, meia idade e velhice, com expectativa de desempenho de papéis mais definidos, e estabelecem uma descontinuidade entre as noções de “adultos” e de “idoso”. É fato que se trata de preconceito que vê no adulto a fase plena da vida, e termina desqualificando quem ainda não chegou a esse momento, bem como aqueles que já ultrapassaram essa faixa etária.

Para Lapassade (1975), nessa perspectiva, a velhice é tida como sinônimo de decadência, daquilo que já foi ou que “já era”, expressão bastante usada, principalmente pelos jovens. [...] O idoso não deixa de ser um adulto, continua sendo um adulto mais velho.

Em publicação de 2005 sobre “envelhecimento ativo”, a Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS, alertava que Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento. (BRASIL, 2005, p.8)

A pirâmide etária da população mundial comparativa entre 2002 e 2025 ficaria da seguinte forma, segundo o mesmo documento. Figura 2 – Pirâmide da população mundial em 2002 e 2025 Fonte: BRASIL, 2002, p.9

No caso brasileiro, o IBGE estimou que a população crescerá pelos próximos 29 anos até 2047, quando deverá atingir 223,2 milhões. Nos anos seguintes, estima chegar a 228,3 milhões em 2060. Até 2060, a população brasileira deve crescer 9%, enquanto a expectativa é que a população com mais de 60 anos ou mais dobre de tamanho, e atinja 32% do total dos brasileiros. Esse indicador em 2018 está em 13%. A pirâmide etária comparativa entre os anos de 2012 a 2018 no Brasil, de acordo com o IBGE, confirma a tendência de aumento do envelhecimento, conforme a

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

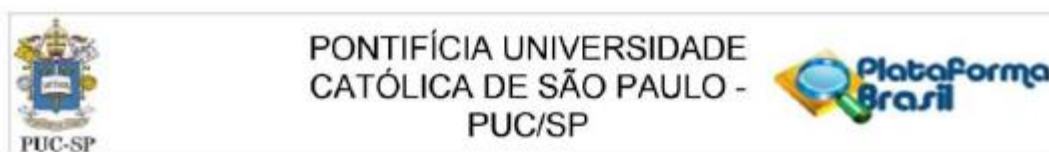
UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 4.242.757

figura a seguir:

Figura 3 – Pirâmide etária do Brasil 2012 e 2018

Fonte: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>

Em 2015 é publicada nova versão do "Marco Político do Envelhecimento Ativo", alargando os pilares de sustentação desse marco regulatório. Em 2002, a OMS – havia definido 3 pilares para o envelhecimento ativo: saúde, participação e segurança. Em 2015, inclui o pilar "aprendizagem ao longo da vida", e associa ao pilar da segurança, a proteção, conforme figura a seguir:

Figura 3 – Pilares do envelhecimento ativo

Fonte: BRASIL, 2015, p. 87.

Consideramos o binômio segurança/proteção importante aporte enquanto um dos determinantes do envelhecimento, tendo em vista a perspectiva do direito social da pessoa idosa, pois há que se considerar o contexto de luta e resistência neste campo, em que tradicionalmente a pessoa idosa é vista como de responsabilidade unicamente da família, retirando sua condição de cidadania. Ou ainda, a pessoa idosa com direito é reconhecida somente se alcançou o benefício da aposentadoria via contribuição advinda do trabalho remunerado ao sistema de previdência social. As pessoas idosas que acessam o Benefício de Prestação Continuada – BPC, por exemplo, não raramente são consideradas cidadãos de "segunda categoria", simplesmente pelo fato de que o benefício não está vinculado a uma contribuição anterior ao sistema de previdência social.

Todavia, não podemos esquecer que esses idosos se constituem, muitas vezes, em arrimos da família, que termina utilizando seu benefício para arcar com despesas com aluguel e outras despesas da casa, principalmente quando os demais membros da família se encontram fora do mercado de trabalho. Não basta, portanto, imaginar que o idoso é um cidadão de segunda categoria, e sim, cada vez mais, tem se tornado em um adulto importante dentro do contexto familiar, especialmente do ponto de vista socioeconômico. Apesar de não ser essa a discussão central desta pesquisa, pois a pessoa idosa em destaque se trata daquele institucionalizado em ILPI, especificamente em organização socioassistencial de cunho privado.

De acordo com o Estatuto do idoso – Lei n. 10.741, artigo 2º de 1º de Outubro de 2003, O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de trata esta lei, assegurando-lhe por lei ou por outros meios todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física, mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade.

Este Estatuto, sem dúvida, representou um avanço legal fundamental na sociedade brasileira, pois

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
 Bairro: Perdizes CEP: 05.015-001
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3670-8466 Fax: (11)3670-8466 E-mail: cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 4.242.757

regulamenta princípios já garantidos pela Constituição de 1988, porém, não tem sido suficiente para assegurar os direitos da pessoa idosa no Brasil em relação às necessidades mais importantes quanto ao processo de envelhecimento, que é a preservação da saúde física e mental de forma preventiva, com serviços de qualidade. Importa ressaltar ainda que o processo de envelhecimento envolve também determinantes políticos e econômicos, no âmbito da sociedade capitalista, sendo notório como no ideário sócio histórico e cultural da sociedade brasileira prevalece o paradigma capitalista da produtividade, em que a pessoa idosa é considerada excluída, improdutivo, portanto, descartável. Como afirma Teixeira (2008):

Assim, o tempo da vida do trabalhador continua sendo dominado, de forma opressiva, pelo capital, seja o tempo de trabalho dos integrados ou inseridos no mercado de trabalho, no qual não se suga somente suas forças físicas, mas também se captura sua subjetividade; o tempo do desempregado revestido na busca de "empregabilidade"; e o tempo dos idosos e outros setores dos trabalhadores com renda, como tempo de consumo, da indústria cultural e do lazer. (TEIXEIRA, 2008, P. 68)

Trabalhar com a temática do envelhecimento exige o reconhecimento da multiplicidade de determinantes, que ultrapassam a questão biológica e o ciclo da vida. A pesquisa proposta buscará compreender o processo de envelhecimento a partir das trajetórias de pessoas idosas que se encontram residentes em Instituição de Longa Permanência, tendo como foco de análise a relação proteção/desproteção social associada ao percurso de territorialização/ desterritorialização / reterritorialização (Haesbaert, 2006) Partimos do pressuposto que a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento no caso das pessoas idosas residentes em ILPI apresenta uma dinâmica relacionada às mudanças de moradia, dos seus lugares de referência de convivência familiar e comunitária. Dessa forma, a ILPI se configura como um novo território que se apresenta após o processo de desterritorialização em relação ao local (ou locais) de origem, anterior (anteriores) à sua mudança para uma residência institucional. Esta desterritorialização vivenciada enquanto ruptura envolve, ao mesmo tempo, a necessidade da reterritorialização no novo local de moradia, qual seja a ILPI.

Hipótese:

As ILPIs se configuram como o "fim da linha" do processo de envelhecimento de cidadãos que passam a ser atendidos em serviços de abrigamento, desconectando-os de suas histórias e trajetórias de vida, bem como de sua condição de sujeitos de direito ao cuidado associado à convivência social.

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
 Bairro: Perdizes CEP: 05.015-001
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3670-8466 Fax: (11)3670-8466 E-mail: cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 4.242.757

Metodologia Proposta:

Os procedimentos metodológicos adotados partem de levantamentos bibliográfico e documental relativos ao envelhecimento e à relação proteção/desproteção social, articulados à pesquisa de campo, envolvendo: a partir de relatos/depoimentos coletados junto às pessoas idosas, tendo como foco suas trajetórias de vida. Dessa forma, se buscará centrar a pesquisa nas narrativas das pessoas idosas com as quais serão desenvolvidas as escutas de suas histórias de vida. Estas histórias pretendem ser obtidas por meio de duas estratégias:

c) História de vida – que de acordo com Antonio Chizzotti (2008) é um relato retrospectivo da experiência pessoal de um indivíduo, oral ou escrito, relativo a fatos e acontecimentos que foram significativos e constitutivos de sua experiência vivida.

d) Cartografia social, é uma representação do seu mundo a seu modo; Para Nilmar Pussini,(2012) é um conjunto de representações do cotidiano dos grupos sociais com a incorporação dos aspectos naturais, culturais, ideológicos bem como a demonstração de conflitos existentes no território . Os residentes farão a partir de suas narrativas, desenhos que expressem seus sentimentos longe de casa, tais como: alegria, tristeza, saudade,

frustração,sofrimento, dor, e outros.

A pesquisa narrativa mais comum pode ser descrita como uma metodologia que consiste na coleta de histórias sobre determinado tema onde o investigador encontrará informações para entender determinado fenômeno. As histórias podem ser obtidas por meio de vários métodos:

Entrevistas;

Diários;

Autobiografias

Gravação de narrativas orais;

Narrativas escritas por meio de desenhos cartográficos

Notas de campo.

De acordo com Jerome Bruner (2002) uma "narrativa é composta por uma sequência singular de eventos, estados mentais, ocorrências envolvendo seres humanos como personagens ou autores" acrescenta que ela pode "ser real" ou "imaginária" sem perder seu poder como história. Dessa forma, a pesquisa narrativa usa as narrativas tanto como método tanto como fenômeno de estudo.

Metodologia de Análise de Dados:

Para obter as devidas informações acerca do objeto de estudo, ou seja, trajetória de vida na

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C			
Bairro: Perdizes		CEP: 05.015-001	
UF: SP	Município: SÃO PAULO		
Telefone: (11)3670-8466	Fax: (11)3670-8466	E-mail: cometica@pucsp.br	



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 4.242.757

perspectiva do cuidado longe de casa em instituição de longa permanência, a pesquisa será desenvolvida conforme os seguintes procedimentos:

- Obtenção de autorização da instituição para realização da pesquisa;
- Observação participante com o objetivo de compreender a rotina do cuidado à pessoa idosa na instituição e aproximação da pesquisadora com os potenciais sujeitos da pesquisa;
- Identificação dos sujeitos da pesquisa de acordo com critérios pré estabelecidos, em termos de abrangência e representatividade;
- Obtenção de autorização dos sujeitos da pesquisa para coleta de seus depoimentos.

Os dados obtidos por meio desse instrumento de pesquisa narrativa serão divididos em quatro momentos:

- (1) – definição prévia das principais categorias descritivas para a leitura ordenada das narrativas;
- (2) – síntese dos dados mais relevantes de cada narrativa, fazendo uma análise do significado dos relatos, levando também em consideração o relato mais amplo ao inseri-lo no contexto, nas estruturas sociais e culturais, a fim de alcançar uma compreensão e análise globalizante da experiência de vida relatada;
- (3) e (4) – formulação de conclusões e considerações finais fundamentadas em informações orais, da cartografia social por meio de desenhos e análise da realidade social em que se deu a experiência vivida. Serão respondentes pessoas de faixas etárias diferentes no intuito de trazermos uma compreensão melhor do tema proposto

Desfecho Primário:

Com a aplicabilidade da pesquisa espera-se contribuir para o entendimento do fenômeno da nova moradia institucional e o aprofundamento da trajetória de vida longe de casa, buscando assim compreender seus desdobramentos no processo de envelhecimento na ILP, na perspectiva do cuidado enquanto um direito social a ser garantido pelo Estado e entender que desterritorializar também é proteção social.*

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento a partir de trajetórias de vida de pessoas idosas que se encontram residindo em Instituição de Longa

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 4.242.757

Permanência para Idosos – ILPI.

Objetivo Secundário:

- a) Conhecer a organização e o funcionamento da Instituição a ser pesquisada, partir da sua rotina, do seu cotidiano relacional envolvendo todos os sujeitos que convivem em seu espaço;
- b) Identificar os principais motivos que levaram as famílias dos idosos residentes na organização ou pessoas de sua proximidade que participaram da decisão quanto à necessidade de sua institucionalização;
- c) Compreender os desdobramentos da trajetória de vida de pessoas idosas longe de casa, a partir da tríade territorialização / desterritorialização / reterritorialização;
- d) Descrever e analisar o processo de envelhecimento na perspectiva do cuidado em ILP;
- e) Analisar os riscos e avanços nas Instituições de Longa permanência para Idosos – ILPIs, enquanto espaço de moradia de pessoas idosas;
- f) Identificar quais vivências subjetivas permeiam a vida dos idosos residentes na condição de institucionalizados, com foco em sentimentos como: afeto, tristeza, solidão, dor, alegria;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

É possível que toda pesquisa que envolve seres humanos é passível de risco em graus variados, podendo ocasionar no sujeito da pesquisa um possível dano eventual imediato ou tardio, comprometendo, ou não, o indivíduo ou a coletividade. No entanto, a presente pesquisa não coloca em risco os participantes, mas pode provocar no momento do relato sentimentos confortáveis ou desconfortáveis.

Benefícios:

Este estudo buscará contribuir para um melhor conhecimento sobre a relação proteção/desproteção social no processo de envelhecimento, atentando para os impactos do serviço socioassistencial de abrigo prestado na trajetória de vida das pessoas idosas tendo em vista a tríade de territorialização, desterritorialização e reterritorialização. A pesquisa buscará também compreender a ILP como parte do processo de envelhecimento da trajetória de vida das pessoas idosas, tendo em vista este serviço uma realidade cada vez mais presente na sociedade contemporânea.

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@puccsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 4.242.757

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nihil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados a contento, conforme as diretrizes e indicações internas do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP campus Monte Alegre.

Recomendações:

Recomendamos que o desenvolvimento da pesquisa siga os fundamentos, metodologia, proposições, pressupostos em tela, do modo em que foram apresentados e avaliados por este Comitê de Ética em Pesquisa. Qualquer alteração deve ser imediatamente informada ao CEP-PUC/SP, indicando a parte do protocolo de pesquisa modificada, acompanhada das justificativas.

Também, a pesquisadora deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme indicado pela Res. 466/12:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar o relatório final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;
- d) manter em arquivo, sob sua guarda, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, os seus dados, em arquivo físico ou digital;
- e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- f) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação na íntegra da pesquisa em tela.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa, campus Monte Alegre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - CEP-PUC/SP, aprova integralmente o parecer oferecido pelo(a) relator(a).

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP**



Continuação do Parecer: 4.242.757

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1576845.pdf	15/06/2020 22:59:54		Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficiodeapresentacaoanexo.doc	15/06/2020 22:57:41	GILCELIA LIMA DA SILVA REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.pdf	15/06/2020 22:56:22	GILCELIA LIMA DA SILVA REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	15/06/2020 22:43:44	GILCELIA LIMA DA SILVA REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ParecerPBrasil.pdf	15/06/2020 22:33:13	GILCELIA LIMA DA SILVA REIS	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	15/06/2020 22:27:05	GILCELIA LIMA DA SILVA REIS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 27 de Agosto de 2020

Assinado por:
Antonio José Romera Valverde
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
 Bairro: Perdizes CEP: 05.015-001
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3670-8466 Fax: (11)3670-8466 E-mail: cometica@pucsp.br