

E QUANDO NÃO SE PODE MAIS VIVER SOZINHO NA VELHICE?: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECER EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPIS) EM SÃO LUÍS (MA)

WHEN CAN NOT MORE LIVE ALONE IN OLD AGE?: A STUDY ON THE PROCESS OF AGING IN A INSTITUTION OF LONG PERMANENCE FOR ELDERLY STAYING (ILPIS)

Carla Maria Lobato Alves*

Sandra Maria Nascimento Sousa**

RESUMO

Neste artigo discutimos a respeito das situações que tem levado homens e mulheres, acima dos 60 anos de idade, que não podem mais morar sozinhos a viver em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), habitações coletivas que outrora ficaram bastante conhecidas como asilos. Para tal, utilizamos os recursos teórico-metodológicos da pesquisa documental, bibliográfica e observação empírica no Solar do Outono, instituição localizada na cidade de São Luís, Maranhão. Nesse sentido, apresentamos quem são os homens e mulheres que residem naquela ILPI através das intersecções de gênero, raça, classe social, qualificação profissional, etc. e ressaltamos que aquelas pessoas passaram a residir no Solar do Outono por complicações de saúde (doenças crônicas não transmissíveis e problemas neurodegenerativos) que afetaram funções motoras, fisiológicas e cognitivas, impossibilitando o autocuidado, por viverem em situação de vulnerabilidade social ou, ainda, pela inexistência de pessoas conhecidas com as quais possam contar na velhice.

Palavras-chave: Velhice, Instituições de Longa Permanência para Idosos, Institucionalização e Interseccionalidades.

ABSTRACT

In this article we discussed about the situation that has led both men and women above 60 years of age, who can no longer live alone to live in long-stay institutions for the Elderly (ILPIs), collective dwellings that once were well known as nursing homes. To do this, we use the theoretical and methodological resources of documentary research, literature and empirical observation in the solar autumn, institution located in São Luís, Maranhão. In this sense, we present who are the men and women who reside in that ILPI through gender intersections, race, social class, professional qualifications, etc. and we emphasize that those people took up residence in the solar autumn for health complications (chronic diseases and neurodegenerative disorders) affecting motor, physiological and cognitive function, making it impossible to self-care, because they live in socially vulnerable or even by absence of known people with whom they can count in old age.

Keywords: Old age, long-stay institutions for the elderly, Institutionalization and Intersectionalities.

*Doutoranda em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

**Doutorado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000). Atualmente é Professora Associada 3 da Universidade Federal do Maranhão.

Introdução

O envelhecimento populacional é registrado cada vez mais no mundo. As transformações ocorridas no século XX, como redução das taxas de mortalidade da população em idade avançada, dos nascimentos, da fecundidade e dos incentivos na prevenção e no controle de algumas doenças, a partir da produção de antibióticos e vacinas, fizeram com que o aumento da “população idosa”¹ emergisse mundialmente.

De acordo com pesquisas realizadas pela OMS (2012) e pela ONU (2005-2010), a expectativa de vida também sofreu mudanças ao longo do século XX. As melhorias nos serviços de saneamento básico, saúde, habitação e nos índices de segurança, poluição, alimentação e educação foram responsáveis pelo aumento da expectativa de vida em países considerados desenvolvidos como Japão (85 anos), Cingapura (84), Suíça (83,4), Islândia (83,3), Itália (82,7) e etc. Entretanto, a falta de políticas e ações governamentais naquelas áreas e indicadores sociais, econômicos, educacionais e ambientais em vários países considerados em desenvolvimento tem feito com que países do continente africano, por exemplo, registrem uma expectativa de vida pouco acima dos 50 anos de idade, vide exemplos como Somália e Guiné Bissau (50 anos), Angola (52), Moçambique (52,2) e Nigéria (53).

No Brasil existem cerca de 27 milhões de pessoas com mais de 60 anos (grupo etário oficialmente denominado pela categoria idoso), informação apontada pela última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/2014 (PNAD)². Porém, pesquisas demográficas já indicam que em 2020 o Brasil terá, aproximadamente, 30 milhões de pessoas idosas, chegando a ocupar o 6º lugar entre aqueles com maior número de pessoas idosas no mundo³. Aquelas pesquisas também

vislumbram o contínuo alargamento do cume da pirâmide etária brasileira (representado pela população em processo de envelhecimento) e o estreitamento de sua base (constituída pela população de crianças e jovens), cujas implicações sociais, econômicas, previdenciárias, de saúde e habitacional não poderão ser menosprezadas pelo Estado, sociedade e família.

A expectativa de vida no Brasil também sofreu mudanças ao longo dos séculos XX e XXI, tanto em razão daquelas melhorias governamentais nos setores públicos quanto com o aumento de indicadores socioambientais. Para homens e mulheres que já possuíam mais de 60 anos de idade, no ano de 2014, a “Projeção da População por Sexo e Idade (Projeção..., 2013) apontava uma esperança de vida⁴ de 21,9 anos a mais. No caso dos homens, esta estimativa seria de 20 anos; e para as mulheres, 23,6 anos. Àqueles e aquelas que nasceram no ano de 2016 as projeções são ainda maiores, pois destacam uma perspectiva de vida pouco acima dos 70 anos de idade⁵.

A maioria da população considerada idosa⁶ brasileira está concentrada nas regiões Sudeste e Sul do país, onde representam respectivamente 11,7% e 11,4% da população total. No contexto nacional, as mulheres com mais de 60 anos de idade (denominadas por idosas) representam 51,3% de toda a população. Elas também vivem, em média, sete (07) anos a mais do que os homens. Esta sobrevida é explicada, sobretudo, pela maior atenção com os cuidados tomados em relação à saúde ao longo de suas vidas (MICHEL, 2010).

Nesse sentido, paralelamente aos fenômenos do crescimento demográfico mundial da população considerada idosa e do aumento da expectativa de vida, as questões que englobavam a velhice foram emergindo, ao longo do século XX, suscitando problematizações sobre o envelhecer. As análises procederam das mais

¹ Segundo Jacira Serra (2005, p. X) essa categorização foi trazida da França para o Brasil, na década de 1960, para substituir o termo velho dos documentos oficiais. Entretanto, Sonia Mascaro (2004, p.37) acrescenta que para efeitos de estudos populacionais e políticas sociais a ONU, em 1985, considerou idosa a pessoa maior de 60 anos nos países em desenvolvimento, como o Brasil, Índia e Marrocos, e maior de 65 anos nos países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá, França, Inglaterra e etc. Esta classificação etária tem sido adotada, desde então, também nas legislações brasileiras que asseguram os direitos de pessoas com mais de 60 anos de idade, tais como o Estatuto do Idoso, regulamentado pela Lei 10.741, de 2003.

² Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/2014 divulgados em 13 de novembro de 2015, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Informação disponível no site <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

³ Camacho e Coelho (2008, p.280) e Carvalho (2014, p.185).

⁴ A esperança de vida ao nascer é um indicador de longevidade populacional que corresponde, também, à idade média à morte, ao manter o padrão de mortalidade observado no período (SÍNTESE, 2015).

⁵ Série jornalística “Novos Velhos” (exibida no Jornal Hoje, da TV Globo, de 21 a 25 de junho de 2016). Informação disponível no site <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2016/06/serie-de-reportagens-mostra-como-vivem-os-idosos-no-brasil-e-no-mundo.html>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

⁶ Utilizo a categoria “pessoas em processo de envelhecimento” como categoria de análise, pois considero o que a velhice, enquanto idade da vida, é um processo contínuo ao longo da uma existência, constituída através de distinções de classe social, gênero, raça e etnia que servem de aporte aos sujeitos em suas relações. Desse modo, não me apegando unicamente àquela determinação etária utilizada no Brasil para classificar as pessoas que atingem os 60 anos de idade.

diversas áreas do conhecimento como medicina, psicologia, sociologia e antropologia, sem deixar de mencionar a emergência de discursos e saberes especializados como geriatria e gerontologia.

Há cerca de 4.376.982 pessoas com mais de 60 anos vivendo sozinhas no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (SINTESE, 2015). Segundo esta pesquisa, a maioria destas pessoas são mulheres separadas, viúvas ou que nunca se casaram ou viveram outra forma de conjugalidade. Entretanto, podem ocorrer situações que façam com que as pessoas em idade avançada não possam mais viver sozinhas, como nos casos em que passam por dificuldades financeiras e/ou, sobretudo, complicações de saúde com o aparecimento, ou agravamento, de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes, pneumopatias, distúrbios renais, acidentes cardiovasculares que ocasionem, principalmente, enfartes; doenças cerebrovasculares que acarretem Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs), Acidentes Vasculares Encefálicos (AVEs) e problemas neurodegenerativos como Alzheimer, Parkinson e Depressão que afetem as funções motoras, fisiológicas e a capacidade cognitiva das pessoas na velhice. A situação pode se complicar se as pessoas que vivenciam o processo de envelhecimento também não tiverem apoio ou ajuda de outras pessoas, como familiares, amigos e vizinhos, por distância geográfica, falta de contato, conflitos geracionais e, até mesmo, a inexistência de familiares.

Diante daquelas circunstâncias que impossibilitem tanto a independência financeira quanto dificultem o autocuidado e, principalmente, a execução de atividades da vida diária⁷ (como exemplo: alimentar-se, vestir-se ou realizar a higiene pessoal), uma das modalidades de cuidados de longa duração, assegurada pelo Estado, a homens e mulheres em processo de envelhecimento são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), estabelecimentos de atenção integral que outrora ficaram bastante conhecidos socialmente como asilos, lares, clínicas geriátricas ou casas de repouso.

Nesse sentido, neste artigo analiso modos de cuidados na velhice elaborados em uma ILPI

localizada na cidade de São Luís/Maranhão; o Solar do Outono, contextualizando o momento histórico e social no qual surgem as primeiras instituições de assistência e cuidados destinadas à população envelhecida no Brasil, destacando as características do Solar do Outono, apresentando quem são os homens e mulheres, acima dos 60 anos de idade, que residem nesta instituição e refletindo, sobretudo, como especificidades de gênero, raça e classe social se relacionam ao processo de institucionalização⁸. Para a sua elaboração, contei com a utilização de recursos teórico-metodológicos como pesquisa documental, bibliográfica e observação empírica que serviram de aporte para problematizar questões relacionadas aos cuidados de longa duração disponibilizados a homens e mulheres considerados idosos que residem em ILPIs.

1. “Velhice desamparada” e o surgimento das instituições destinadas à assistência e cuidados da população envelhecida no Brasil

A infância, adolescência, juventude e velhice, como são conhecidas atualmente, não podem ser tomadas acriticamente como uma questão puramente natural e biológica. Estas “idades da vida” foram construídas socialmente na sociedade ocidental europeia, de acordo com Philippe Ariès (1981, p.35), ao longo das Idades Média e Moderna, com o advento das ideias Renascentistas e Iluministas que começavam a valorizar a racionalidade humana através de questionamentos e investigações cujo cunho racional que combatiam as concepções teocêntricas vigentes naquela época. (ARRUDA, 1984).

Tâmara Hareven (1995) e Norbert Elias (2001) acrescentam que a separação entre aquelas idades da vida começou a ocorrer no século XVI, com o processo de racionalização do pensamento das sociedades ocidentais modernas (ou industriais) europeias, nas quais os Estados Modernos passaram a regularizar, dentre outras questões, ordenamento social e o curso da vida por meio de cortes etários (idade cronológica), visando organizar e gerir, por exemplo, a escolarização, a participação no mundo do trabalho e a

⁷ A Resolução 283/05 classifica o Grau de Dependência do Idoso em três (03) modalidades de acordo com a execução, dificuldade ou impossibilidade de realizar as Atividades da Vida Diária como, por exemplo, andar, subir e descer escadas, se alimentar, se vestir e realizar a higiene pessoal.

⁸ Processo no qual as pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos de idade passam a residir em instituições especializadas e responsáveis, integralmente, pelos cuidados de longa duração daqueles e daquelas em processo de envelhecimento (Araújo, Souza e Faro, 2010, p.261).

aposentadoria. Assim, o reconhecimento da velhice, como uma “idade da vida”, é parte de um processo histórico amplo, que envolve tanto a emergência de novas idades da vida quanto uma tendência para especificar espaços distintos a cada uma delas.

A crescente institucionalização daquelas idades da vida e o consequente processo de identificação dos sujeitos às suas classificações etárias atingiram praticamente todas as esferas da vida social, fazendo-se presentes no espaço familiar, no domínio do trabalho, nas instituições de ensino (escolas e universidades), no mercado de consumo e nas esferas da intimidade (Elias, 2001). Desse modo, a velhice surgiu enquanto “idade da vida” no período de transição entre os séculos XIX e XX, mas foi problematizada como uma questão social, segundo Lenoir (1998), através da convergência de variados discursos que construíram enunciados e autorizaram pessoas e instituições a falar sobre a temática. Entre estes discursos e saberes, suscitados no decorrer dos séculos XVIII, XIX e XX, é possível ressaltar a elaboração do sistema de aposentadorias e pensões, a formação de saberes médicos investidos sobre o corpo envelhecido e o processo de envelhecimento, bem como a acolhida e assistência de pessoas em idade avançada em instituições especializadas, seja por decisão própria ou da família. A seguir, destaco estudos e análises a respeito das primeiras instituições responsáveis pela assistência de pessoas em processo de envelhecimento com objetivo de ressaltar como foi sendo construída a “velhice desamparada”, realidade que passou a merecer atenções e ações resolutivas do Estado.

Segundo Adriana Alcântara (2004), Daniel Groisman (1999a) e Araújo, Souza e Faro (2010), as primeiras instituições que se destinaram a cuidar dos desamparados e carentes surgiram no século V, no Império Bizantino, cujas ações de caridade eram mantidas por pessoas ricas, associações leigas e religiosas. A Casa dos Inválidos foi a primeira instituição destinada a cuidar dos soldados velhos no Brasil, em 1794, na cidade do Rio de Janeiro, baseada não na caridade cristã, mas “no direito a um final de vida tranquilo pelos serviços prestados à Pátria” (ALCÂNTARA, 2004, p. 33).

Estes autores ainda acrescentam que “a velhice desamparada” vai emergir no Brasil, enquanto categoria social, junto a outros indivíduos (pobres, mendigos e vadios) que formavam a mendicância urbana no

início do século XIX, período marcado por intensas transformações sociais, políticas, econômicas, em que no país ainda vigorava “uma sociedade escravista e o trabalho não era um valor fundamental” (GROISMAN, 1999b, p.178). Naquele contexto, a mendicância era permitida e a caridade que era praticada junto àqueles mais desamparados eram orientadas, sobretudo, por preceitos morais e religiosos cristãos.

Nesse sentido, já se percebia que pessoas de idade avançada circulavam nas ruas durante o período Imperial brasileiro, embora estivesse misturada a outras categorias sociais, conforme destacado. Entretanto, a distinção entre aqueles grupos começou a ocorrer ainda no início do século XIX, entre aqueles que eram considerados mendigos e vadios.

Walter Fraga Filho (1996) estudou a população de rua da Bahia no século XIX, ressaltando que os vadios eram vistos como marginais enquanto que os mendigos eram tolerados socialmente, pois eram figuras que circulavam entre as proximidades de funerais e Igrejas, nas ocasiões em que missas, batizados e casamentos eram realizados. A este respeito, Groisman (1999b, p.178)⁹ destaca que os mendigos eram dignos da caridade cristã e reconhecidos como “personagem do mundo da pobreza”, ao apresentarem condições incapacitantes para o trabalho por serem doentes, pessoas com deficiências físicas, velhos e crianças órfãs que, em geral, eram amparados e amparadas pelos fieis religiosos e protegidos pelas autoridades, com licença para mendigar em certos pontos da cidade. Porém, de acordo com Fraga Filho (1996, p.79), o critério etário é que distinguiu a população mendiga na primeira metade do século XIX, uma vez que os “jovens mendigos” eram vistos como ociosos e vadios (cuja vagabundagem foi configurada como crime e sujeita a penalidade tanto no Código Criminal do Império, de 1830, quanto na reforma do Código de Processo Criminal, de 1841) e os “velhos mendigos” eram considerados merecedores da caridade e assistência cristã. Nesse sentido, o serviço de Polícia começou a reprimir a vadiagem e a Santa Casa de Misericórdia abrigou inválidos, os velhos, os leprosos, os loucos e os portadores de doenças curáveis e incuráveis (GROISMAN, 1999b, p.179).

⁹ Daniel Groisman (1999b, p.178) ressalta que utiliza as assertivas de Walter Fraga Filho (1996), que se referem ao contexto da Bahia no século XIX, por considerar “que determinados fenômenos ocorreram de forma semelhante nos principais centros urbanos do Brasil”.

Somente na segunda metade do século XIX, segundo Groisman (1996, p.180), é que os diversos indivíduos assistidos pela caridade cristã foram separados através da emergência dos discursos filantrópicos e da medicina social higienista. A “velhice desamparada” ganhou um local de assistência que ficou conhecido pela terminologia asilo, “local em que são recolhidas as pessoas pobres e desamparadas como mendigos, crianças abandonadas, velhos” (CARVALHO, 2011, p.81). No entanto, estes locais foram equiparados aos “lazareto”, nos quais os leproso deveriam estar afastados e isolados da sociedade (ALCÂNTARA, 2004, p. 23), pois naquele contexto um modelo de sociedade sadia começava a ser construído sobre espaço urbano brasileiro.

A decadência da escravidão, com o fim do tráfico negreiro, colocou à sociedade a necessidade de transformar pobres livres em trabalhadores assalariados. Nesse sentido, a concepção de pobreza começa a desvincular-se de seus aspectos morais e religiosos e surge como fato econômico. O discurso filantrópico e o higienismo criticarão a caridade, propondo um projeto civilizados. A população indigente – mendigos e vadios – será mais intensamente reprimida. (GROISMAN, 1999b, p.180).

Nesse sentido, os discursos médicos higienistas passaram a incidir sobre a cidade, espaços institucionais e população pobre através do combate dos locais insalubres, das habitações do tipo cortiços (nas quais se percebia a aglomeração das pessoas) e dos espaços públicos nos quais os mendigos se agrupavam, pois tudo isto era considerado um risco à saúde de toda a população. A caridade cristã, por sua vez, passou a criticar a falta de emprego e o pedido de ajuda na forma de esmolas. Assim, a partir dessas atuações dos discursos médico- higienista e filantrópico, segundo Groisman (1999b, p.182), é que a separação e classificação da população mendiga se intensificou e espaços específicos para cada uma delas foram criados, como: hospitais, leprosários, manicômios, orfanatos e asilos.

O Asilo São Luiz, inaugurado em 1890 na cidade do Rio de Janeiro, foi a primeira instituição destinada à velhice desamparada que surgiu no Brasil. Era uma instituição particular que recebia doações públicas e contava com apoio de uma ordem religiosa de freiras franciscanas, mas a sua atuação durou até meados da década de 1920 (GROISMAN, 1999a, p.71). Assim, a partir dos asilos “a velhice ganhou um

lugar na cidade, lugar este geográfico e ao mesmo tempo simbólico, pois o asilo era – e continua sendo – um lugar carregado de significados” (GROISMAN, 1999b, p.188).

Entre estes significados estão as representações negativas que por muito tempo acompanharam tal denominação muito em razão do modo como tais instituições eram administradas. Groisman (1999a, p.174), Alcântara (2004, p.35) e Michel (2010, p.11) destacam que no imaginário social podem perpassar imagens de que as tais instituições são locais sombrios, sujos, sem cuidados, como “depósitos de velhos” para os parentes que quiseram “se livrar” de preocupações e gastos envolvidos nos cuidados para com aquelas pessoas em processo de envelhecimento que lá aguardariam a sua morte (pois não tem mais função econômica e social) sendo, muitas vezes, alvo de maus tratos ou negligências.

Encontramos e assistimos algumas reportagens (nos anos de 2013, 2014 e 2015)¹⁰ que reforçam estas imagens negativas do local ao abordar denúncias de maus tratos, da insalubridade nas condições higiênico-sanitárias do local, bem como da má gestão, por diretores ou administradores das instituições, e do desvio das contribuições financeiras que são realizadas pela própria pessoa considerada idosa, residente da ILPI, ou algum familiar/representante legal.

Ainda destacamos que apesar da legislação federal brasileira, a partir de 2005, passar a orientar que a denominação ILPI fosse utilizada, o que se percebe é que tanto nas matérias jornalísticas que foram apresentadas quanto no imaginário social das pessoas o termo asilo continua a ser bastante utilizado. Em boa parte da literatura especializada é possível notar um avanço a este respeito, com o uso do termo ILPI, mas muitas produções acadêmicas continuam a utilizar termos como asilo e asilados em suas reflexões, vide uma busca no banco de dados de teses, dissertações e artigos científicos no Brasil (como Scielo, IBICT e CAPES).

Essas matérias jornalísticas, como outras que já foram noticiadas, acabam ajudando a reforçar preconceitos e desconfianças em relação a uma possível

¹⁰ Os casos foram noticiados em portais de notícias digitais como G1.com e R7.com que representam, respectivamente, o Grupo Globo e a Rede Record de Televisão. Essas matérias chamam a atenção para os maus tratos cometidos contra idosos que residiam em instituições localizadas nas cidades de Blumenau/SC, Cuiabá/MT e São Paulo/SP.

vivência em instituição de cuidados de longa duração, também vistos como locais de abandono e solidão, mas também servem de alerta para a população de um modo geral, uma vez que as mesmas possuem uma importância conjuntural diante das projeções demográficas que assinalam o aumento da expectativa de vida da população brasileira, das possíveis complicações em relação às capacidades físicas e cognitivas que algumas das pessoas em processo de envelhecimento podem apresentar e da diminuição da disponibilidade de familiares e/ou recursos financeiros que assegurem os cuidados na velhice. A seguir, destacamos as características físicas e organizacionais do Solar do Outono e apresentamos quem são os homens e mulheres, acima dos 60 anos de idade, que residem no local, ressaltando as especificidades de gênero, raça e classe social e os motivos que se relacionam ao processo de institucionalização na referida Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

2. Vivências em uma instituição de longa permanência para idosos (ilpis) de são luís, ma: o solar do outono

A pesquisa “Pesquisa Nacional sobre Condições de Funcionamento e Infraestrutura nas Instituições de Longa Permanência”, coordenada por Ana Amélia Camarano (Técnica em Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Ipea), realizada de 2006 a 2009, apresentou a natureza jurídica das instituições existentes no Brasil (filantrópicas, privadas e públicas), a infraestrutura, os recursos humanos, a estrutura de custos, os serviços oferecidos e o perfil do público atendido.

Camarano (2007, 2008a, 2008b, 2008c e 2010) ressaltou que, na época da pesquisa, existiam 84 mil pessoas residindo em 3.551 ILPIs nas cinco regiões do Brasil. Estas, em ordem decrescente, encontram-se na Região Sudeste (2.225), Sul (693), Nordeste (302), Centro-oeste (252) e Norte (49)¹¹. O cenário mapeado das ILPIs na Região Nordeste registrou que 8.386 pessoas residiam em 302 instituições. Estas encontram-se distribuídas geograficamente, em ordem decrescente, da seguinte maneira: Pernambuco (93), Bahia (82),

Ceará (30), Rio Grande do Norte (29), Paraíba (19), Alagoas (16), Sergipe (15), Maranhão (12) e Piauí (06). A maioria delas estão localizadas nas capitais dos Estados e Região Metropolitana, sendo deficiente o número de instituições localizadas em municípios mais afastados destas localidades (CAMARANO, 2008b, p.13).

No Maranhão, a pesquisa realizada em 2008 apontou que 234 pessoas¹² residiam em doze instituições e estas estavam localizadas em dez municípios. São eles: Açailândia (01), Balsas (01), Barra do Corda (01), Caxias (01), Grajaú (01), Pio XII (01), Rosário (01), Vitória do Mearim (01), Imperatriz (01) e São Luís (03) (Camarano, Ibid. p. 89). Problematicamos, na seção seguinte, questões relativas a somente uma destas três últimas Instituições de Longa Permanência para Idosos existentes na capital do Estado do Maranhão: o Solar do Outono; demonstrando como as ILPIs podem constituir-se em modalidades de assistência e cuidados com a qual homens e mulheres, em processo de envelhecimento, podem contar na fase da velhice.

2.1 Conhecendo o Solar¹³ do Outono

Em agosto de 2015 procurando conhecer a estrutura física, a forma de organização e o período em que o Solar do Outono foi criado, assim como o quadro de funcionários, os horários de visitas e as pessoas que naquele local residiam.

O Solar do Outono é uma instituição de natureza jurídica pública, sem fins lucrativos e não-religiosa que foi criada em 1979. Funcionou no bairro do Olho d'Água durante muitos anos, mas em 2012, com a assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC)¹⁴, que firmou acordo entre o Ministério Público

¹² Cabe destacar que algumas destas pessoas possuíam, na ocasião daquela pesquisa, menos de 60 anos de idade, embora as razões para que as mesmas fossem abrigadas naqueles estabelecimentos não estivessem explicadas naquele documento oficial.

¹³ O termo Solar foi conferido às residências de famílias nobres que foram construídas, a partir do século XV, na Europa. No Brasil, as construções que ganharam este termo se assemelhavam a casarões e palacetes começaram a ser erguidas no século XIX, representando a riqueza e prestígio político daquela família nos arredores da cidade ou, inclusive, no Estado. No caso do Solar do Outono, se percebe a divergência daquela conotação, uma vez que esta construção abriga pessoas pobres, sem vínculos de amizade ou familiares com as quais possam contar para os cuidados na velhice. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Solar_\(habita%C3%A7%C3%A3o\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Solar_(habita%C3%A7%C3%A3o))>. Acesso em: 05 set. 2016.

¹⁴ Vide site <<http://mp-ma.jusbrasil.com.br/noticias/100227844/acordo-estabelece-reforma-no-solar-do-outono>>. Acesso em: 20 out. 2015.

¹¹ Em relação ao número de pessoas habitantes naquelas ILPIs, na época da pesquisa, tínhamos: Sudeste (64.113 residentes), Sul (15.422 residentes), Nordeste (8.386 residentes), Centro-oeste (5.529 residentes) e Norte (1.159 residentes). (Camarano, 2007, 2008a, 2008b, 2008c e 2010).

do Maranhão (MP-MA) e a Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Cidadania (Sedhic-MA), então responsável pela instituição, precisou ser reformada, passando a funcionar, a partir de 2013, no bairro da Cohab (cuja distância do endereço anterior é, em média, de 6,5 km a 7 km).

O processo de admissão no Solar do Outono se inicia por determinação da Promotoria do Idoso do Ministério Público do Maranhão, ou pela solicitação do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), unidade pública da política de Assistência Social, vinculadas à secretaria de assistência social do município, onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. Em ambos os casos, tais entidades são procuradas, pela via formal ou de denúncias anônimas, e entram em contato com a ILPI-Solar do Outono através de ofício, solicitando a visita de assistentes sociais da instituição ao local de vulnerabilidade (com possíveis casos de maus tratos, agressões, violência psicológica, negligência ou abandono) no qual estariam vivendo homens e mulheres considerados idosos em São Luís, MA. Após a comprovação da necessidade de proteção social, abrigo e acolhida, um relatório é enviado para a Promotoria do Idoso, CRAS ou CREAS e o processo de acolhimento se inicia na ILPI.

O Solar do Outono tem capacidade para abrigar 40 pessoas, mas na ocasião de nossa pesquisa 31 pessoas residiam no local; mais precisamente 18 homens e 13 mulheres. Visitas diárias são permitidas em horário estipulado pela direção (parte da manhã e da tarde, sendo resguardado os horários do almoço, do descanso vespertino e do jantar) e eventos sociais e culturais devem ser agendados, previamente, para que não ocorra a coincidência de duas ou mais festas, causando lotação do lugar e possíveis aborrecimentos aos homens e às mulheres de idade avançada que residem no local.

A estrutura física da instituição é formada por uma área de estacionamento e um amplo jardim, logo na entrada. O Hall principal leva a dois cômodos separados por um balcão. Em primeiro plano tem-se uma sala de espera, com sofás e aparelho televisor. Ao seu lado, a recepção com quatro mesas e cadeiras, armários destinados a arquivos e outros documentos e uma mesa com computador e impressora. Seguindo à

esquerda, passa-se por um grande bebedouro, do lado esquerdo, e logo após encontra-se a sala da direção e uma antessala, também do lado esquerdo, na qual acontecem algumas reuniões com os profissionais da instituição. Seguindo um longo corredor tem-se à esquerda uma cozinha, uma sala de reunião dos profissionais, dois almoxarifados e uma sala da farmácia. Ainda pelo mesmo corredor, mas à direita, é possível encontrar duas áreas de convivência, nas quais alguns dos homens e mulheres residentes do local podem ficar descansando e tomando banho de sol. As duas áreas de convivência estão separadas pela sala da enfermaria (que conta com macas, cadeiras, mesas, geladeira, armários com medicamentos, curativos, fraldas, algodão, gaze e demais instrumentos relacionados ao cuidado clínico) e no último plano, também à direita do corredor principal, estão oito quartos (os 4 primeiros para os homens e os 4 seguintes, para as mulheres) com camas, guarda-roupas, alguns objetos pessoais, como aparelho televisor, rádio, e decorados com diversas colagens e imagens – destacadas a seguir. Entretanto, somente quatro (04) quartos contavam com banheiros (quarto 01, quarto 02, quarto 04 e quarto 05), o que ocasionava o compartilhamento daquelas referidas instalações sanitárias entre pessoas do mesmo gênero que estavam em outros quartos. Ao final das dependências, já se aproximando do jardim externo, tem-se uma quadra coberta na qual são realizados eventos e atividades socioculturais.

O quadro de funcionários é composto por técnicos de enfermagem, maqueiros, auxiliares de serviços gerais, cozinheiras, lavadeiras, técnicos administrativos, diretora e profissionais da assistência social, enfermagem, psicologia, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiologia, terapia ocupacional e vigias. A instituição ainda mantém convênios com instituição de ensino superior (faculdades e universidades) da capital maranhense para a realização de estágios curriculares, em geral, relacionados a cursos na área da saúde.

Com exceção das outras especialidades profissionais, enfermeiros e técnicos de enfermagem trabalham em regime de plantões, cuja escala deve levar em consideração a carga horária semanal da instituição (30hs, 36hs, 40hs e 44hs - não podendo exceder 44hs semanais). A jornada no Solar do Outono é de 36hs realizadas nos plantões 12x36 (lê-se doze horas por trinta e seis), ou seja, 12 horas de plantão com descanso de 36 horas seguidas. A título de esclarecimento, de

um modo geral, os plantões noturnos seguem escala 12x60, isto é, 12 horas trabalhadas com 60 horas seguidas de descanso. Aos finais de semana e feriados os plantões também são de 12 horas, mas neste último caso, com direito a folga durante a semana, conforme escala de plantão estipulada pela chefe de enfermagem da instituição.

As instalações do Solar do Outono lembram uma moderna enfermaria hospitalar, com quartos amplos e iluminados que agrupam, na maioria das vezes, 4 a 5 pessoas. Em relação ao acomodamento destas pessoas nos quartos, percebemos que a separação é feita por sexo, conforme determina a Resolução 285/05. Os quartos são identificados através da diferenciação de cores para cada sexo (pintados na cores azul/homens e verde claro/mulheres). Os objetos decorativos que adornavam esses cômodos também eram demarcados quanto ao gênero, como por exemplo, discos de vinil (também conhecidos como Long Play/LP) e colagens de figuras como notas musicais (homens/quarto 01), cidades de países estrangeiros (Londres, França, Nova York) (homens/quarto 02), times de futebol (Corinthians, São Paulo, Flamengo, Palmeiras) e balões infláveis (modelo utilizado em voos de balão, balonismo) (homens/quarto 03), imagens de carros, máquinas agrícolas, moinhos a vento e pontes (homens/quarto 04), colagens de imagens religiosas como santos, santas, corujas e borboletas cor de rosa e roxa (mulheres/quarto 05), sapinho de pelúcia, quadros com imagem de rosas (mulheres/quarto 06), jarrinho cor de rosa quadro com imagem de rosas e outro com letras formando a palavra AMOR, (mulheres/quarto 07) e imagens de santos e santas (mulheres/quarto 08).

A escolha da pintura dos quartos e dos objetos e colagens que os adornavam eram feitas pela direção ou sugeridas por alguns profissionais (da terapia ocupacional e psicologia) daquela instituição, apesar de todos os quartos terem os nomes dos seus respectivos moradores e moradoras identificados de modo escrito nas portas, em formato bem visível. Nesse sentido, foi percebido que os elementos de cor, objetos e colagens naturalizavam a atribuição das cores/objetos segundo o sexo biológico/genitália de homens e mulheres e não consideram que padrões de masculinidade ou feminilidade são construções sociais, culturais e históricas. Ao perguntar porque tais elementos tinham sido escolhidos, alguns daqueles profissionais relataram que

os moradores e as moradoras da referida ILPI nem chegaram a ser consultados, implicando a imposição das cores dos quartos e objetos pessoais e colagens, adornos e figuras decorativas.

A pesquisa de campo naquela ILPI também nos foi apresentando o uso de alguns termos e assuntos específicos de algumas áreas das Ciências da Saúde (Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Odontologia) que impulsionaram buscar referências para compreendê-los, tais como: escalas de avaliação dos pacientes, classificação das formas de nutrição clínica ou hospitalar (via oral/boca, enteral/sondas¹⁵ e parenteral/venosa¹⁶) e escalas para a realização das atividades da vida diária (Escala de Katz¹⁷ e Escala de Barthel¹⁸) e etc. Cabe destacar que estes termos eram usados nos prontuários e nas fichas de admissão/identificação da instituição e em um curso de capacitação que pudemos participar no Solar do Outono, em setembro de 2015.

Um destaque deve ser dado aos prontuários, pois revelavam que a instituição mantinha o acompanhamento diário da saúde e o tipo de dieta alimentar considerada adequada para aqueles homens e aquelas mulheres que residem na referida ILPI. No caso específico do Solar do Outono, os prontuários destacavam o quadro clínico e fisiológico de seus moradores. Essa informação foi percebida através dos exames de saúde presentes (raios-x, ressonâncias magnéticas, hemogramas, por exemplo), das anotações diárias sobre a

¹⁵ Nutrição Enteral (NE) consiste na administração de alimentos liquidificados ou nutrientes a pacientes que possuem trato gastrointestinal funcionante, mas não conseguem manter ingestão nutricional de alimentos adequada. A administração das fontes alimentares ocorre através de soluções, quimicamente definidas, por meio de sondas nasogástricas (da narina até o estômago) ou por sondas nasoenterais (da narina até o intestino, com calibre mais fino do que as sondas nasogástricas). Informação disponível nos sites <<http://www.soenfermagem.net/tecnicas/sondagem.html>> e <<http://www.unidospelanutricaoclinica.com.br/pt-br/diferentes-tipos-de-nutricao-clinica-0>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

¹⁶ Nutrição Parenteral (NP) é a administração de solução contendo fontes de glicose, carboidratos, aminoácidos, lipídeos, minerais e vitaminas por via intravenosa diretamente na circulação sistêmica, contornando o trato gastrointestinal (GI). Informação disponível nos sites <<http://www.unidospelanutricaoclinica.com.br/pt-br/diferentes-tipos-de-nutricao-clinica-0>> e <https://pt.wikipedia.org/wiki/Nutri%C3%A7%C3%A3o_parenteral>. Acesso em: 04 nov. 2015.

¹⁷ Escala de avaliação das atividades da vida diária criada por Sidney Katz, em 1963, que avalia 06 itens (banhar, vestir-se, uso do banheiro/para eliminações, mobilizar-se da cama para cadeira, alimentar-se e continência/nas eliminações). (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007).

¹⁸ Escala de avaliação das atividades da vida diária criada por Mahoney e Barthel, em 1965, que avalia 10 itens (comer, higiene pessoal, uso de sanitários, banhar-se, vestir-se, despir-se, controle dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas). (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007).

rotina dos residentes (temperatura, pressão arterial, aparência e membros do corpo que poderiam ter feridas e/ou hematomas), a presença de doenças, uso de medicamentos e os horários que os mesmos eram administrados.

Tais preocupações clínicas mostram que as ILPIs também acabam desempenhando funções de instituições de saúde, uma vez que com o passar da idade, muitas doenças crônicas não transmissíveis, destacadas anteriormente, passam a acometer as pessoas em idade avançada, conforme ressaltam Helena Watanabe e Vera Maria di Giovanni (2009) e Sílvia Pinto e Olga Von Simson (2012).

2.2 As Intersecções de gênero, raça, classe social e os motivos da institucionalização: conhecendo os moradores e as moradoras do Solar do Outono

Ao pesquisar as fichas cadastrais e de admissão¹⁹ daqueles e daquelas que, em determinado momento de suas vidas, passaram a residir no Solar do Outono nos perguntamos quem eram aquelas pessoas, há quanto tempo residiam no local, quais eram as suas condições socioeconômicas, o grau de escolaridade que possuíam, a profissão que exerceram, o estado civil, se tiveram filhos, foram casadas e os fatores que os levaram a viver em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI). Começamos a apresentá-los, a seguir, destacando a idade que possuíam na ocasião, raça, estado civil e origens sociais daquelas pessoas.

De acordo com aquelas fontes documentais, o Solar do Outono chegou a abrigar 18 homens e 13 mulheres no ano de 2015. Com relação à faixa etária, estes e estas estavam agrupados da seguinte maneira: 60-69 anos (5 pessoas), 70-79 anos de idade (14 pessoas), 80-89 anos (6 pessoas) e, por fim, 90-99 anos de idade (8 pessoas). As mulheres eram maioria no grupo etário dos 70-79 anos (12 mulheres) e dos 90-99 anos (6 mulheres). Estes dados confirmam as

projeções demográficas em relação à esperança de vida da população brasileira, nas quais indicam a sobrevida das mulheres na velhice em relação aos cuidados mantidos com a saúde.

Em relação à raça, foi possível destacar que entre aqueles homens e aquelas mulheres o número de pessoas negras e pardas era maior do que pessoas brancas. Dez mulheres eram negras e pardas e quatorze homens eram negros e pardos. Homens brancos e mulheres brancas correspondiam, respectivamente, a quatro e três pessoas. Estas informações apresentam uma consonância com as projeções demográficas a respeito dos indicadores sociais da população brasileira referente ao ano de 2014. A síntese daqueles indicadores sociais ressaltou que, naquele ano, 53% da população brasileira se autoidentificou com negra ou parda e 45,5% como branca (SÍNTESE, 2015). Aquele mesmo documento também apontou que o estado que possui a maior população negra do país é o Maranhão, com 80% de negros e pardos. Nesse sentido, tal como ressaltado naquela pesquisa, notamos que a maioria daqueles homens e daquelas mulheres que residem no Solar do Outono, autoidentificados como negros, negras, pardos e pardas, também nasceram em cidades maranhenses, conforme destacamos a seguir.

Do total de dezoito homens, nove homens são solteiros, três são viúvos, três são separados e outros três não tiveram o estado civil informado naqueles registros que foram consultados. Dois nasceram em São Luís, oito são naturais de municípios maranhenses, tais como, Humberto de Campos (1), Guimarães (1), Codó (1), Cajapió (2), Caxias (1), Bacabal (1) e Grajaú (1); e outros oito nasceram em outros estados como, por exemplo, Amazonas (1), Ceará (2), Bahia (1), Pará (1), Piauí (2) e Minas Gerais (1).

Das treze mulheres, sete são solteiras, três ficaram viúvas, uma é separada e duas não tiveram o estado civil informado em suas fichas cadastrais. Quanto à naturalidade, três nasceram na cidade de São Luís, oito são de municípios do Estado do Maranhão, como Caxias (2), Primeira Cruz (1), Pedreiras (1), Monção (1), Morros (1), Cururupu (1) e Pedreiras (1), uma nasceu no Piauí e outra não teve a cidade natal informada nos registros da instituição.

Em relação à vida profissional, aqueles homens e aquelas mulheres exerceram atividades que exigiram um baixo grau de escolaridade. O número de pessoas alfabetizadas representa 58,07%. A maioria

¹⁹ As fichas foram utilizadas porque desde o começo da pesquisa fui informada, pela direção e alguns funcionários, que os moradores e moradoras desta ILPI tinham a audição e voz comprometida (conforme pude constatar nas ocasiões em que lhes perguntava algo e não obtinha respostas) em razão de comprometimentos cognitivos, perda da audição/Presbiacusia (em caráter que impossibilitava a capacidade de diálogos) e, sobretudo, distúrbios da voz (Afonía/perda de voz, Afasia e Disartria), em sua maioria, consequências de problemas psiquiátricos e neurológicos como Depressão, Demência Senil, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Alzheimer.

destas teriam cursando até o ensino fundamental menor (atualmente do 1º ao 5º ano da educação básica), executando atividades como Empregadas Domésticas (3), Mestre de obras (2), Costureira (1), Pintor (1), Vendedora Ambulante (1) Cabelereira (1), Mecânico (1), Marceneiro (1), Seringueiro (1) e Auxiliar de Serviços Gerais (1). Aquelas que concluíram o ensino médio trabalharam como Auxiliar de Enfermagem (1), Caminhoneiro (1), Funcionárias Públicas (2) e Auxiliar de Contador (1). O número de pessoas não-alfabetizadas é de 9,67%. Estas atuaram profissionalmente como Trabalhadores Rurais (3), Vigilante Informal (1), Jardineiro (1), Pescador (1) e Bordadeira (1). Entretanto, não foi possível saber as atividades profissionais de todos aqueles homens e mulheres que residem no Solar do Outono, pois em 10 fichas cadastrais daquela ILPI (cerca de 32,26% daquele total) não havia informação especificada no item “atividade profissional” ou “profissão”.

O reflexo da precarização do trabalho é que muitas daquelas pessoas em processo de envelhecimento recebem 01 salário mínimo da Previdência Social Brasileira, seja por tempo de contribuição ou por idade (acima de 60 e 65 anos de idade, respectivamente, para mulheres e homens que tenham contribuído com a previdência social pública por 180 meses)²⁰. Aqueles e aquelas que, em geral, exerceram atividades informais pela baixa escolarização ou por não serem alfabetizados contam, nos dias de hoje, com o recebimento do valor de um salário mínimo concedido em forma de Benefício de Prestação Continuada (BPC) “para pessoas acima de 65 anos de idade e portadoras de deficiência incapacitadas para a vida independente e para o trabalho” (BRASIL, 1993), desde que seja comprovado que o valor total de sua renda e dos membros da família, dividido pelo número de integrantes desta, seja inferior a ¼ do salário mínimo vigente no país. Todavia, dentre os 31 residentes, somente duas mulheres, que foram funcionárias públicas estaduais, recebem pouco mais de R\$ 1.000,00 (mil reais).

Também percebemos que alguns funcionários da ILPI respondem legalmente por aqueles homens e mulheres que residem na instituição. Eles ficam responsáveis pelo recebimento dos benefícios previdenciários e realizam a compra de materiais pessoais

e vestimentas que aqueles moradores e aquelas moradoras do Solar do Outono estejam necessitando.

Em relação ao tempo que estão vivendo no Solar do Outono, verificou-se que 21 pessoas (12 homens e 9 mulheres) residem no local de 01-05 anos e 08 pessoas (04 homens e 04 mulheres) residiam de 06-10 anos. Dois homens residem no Solar do Outono há mais de 11 anos; um deles, há 13 anos, e outro há mais de 20 anos.

A pesquisa documental nos registros de admissão do Solar do Outono me mostrou, também, que nenhum daqueles homens e nenhuma daquelas mulheres estavam em uma ILPI por iniciativa própria ou por decisão de cônjuge, pois entre estes e estas não haviam pessoas casadas. A institucionalização por ocorrência de conflitos familiares foi observada somente em um caso, no qual uma senhora de 75 anos de idade morava sozinha e teve um AVC. Ela ficou com sequelas nos membros inferiores e superior do lado direito, o que dificultou o autocuidado e a realização de atividades cotidianas em sua casa. Após um rápido convívio (experiência de 6 meses) com a filha, a aquela senhora se recusou a viver com esta, uma vez que a convivência entre elas era bastante conflituosa.

Nesse sentido, embora tenham casado (ou vivido outra forma de conjugalidade), se separado ou enviuvado, 10 daqueles homens e 05 daquelas mulheres, já em idade avançada, tiveram filhos. Porém, não mantiveram qualquer tipo de contato com eles, pois a falta de laços e convivência era explicada por serem fruto de relacionamentos passageiros que foram vivenciados ao longo de suas vidas. Isto nos faz refletir a respeito da incerteza das condições de cuidados que pessoas longevas podem necessitar, num futuro próximo, e da necessidade que o Estado assegure proteção integral sob a forma de cuidados de longa duração, como as Instituições de Longa Permanência.

De um modo geral, percebemos que aqueles homens e mulheres considerados idosos viviam sozinhos e sozinhas na fase da velhice, passando a residir no Solar do Outono por uma junção de fatores. Estes, em ordem decrescente, podem ser compreendidos a partir da seguinte identificação: A) complicações de saúde (senilidade, alcoolismo, AVCs, problemas psiquiátricos, autonegligência e amputações de membros inferiores do corpo); B) impossibilidade de autocuidado; C) viver em situação de vulnerabilidade social (morar nas ruas, buscando abrigo em praças ou construções

²⁰ <<http://www.mtps.gov.br/servicos-do-ministerio/servicos-da-previdencia/aposentadorias/por-idade>>. Acesso: 27 mai. 2016.

abandonadas e conseguindo alimentação por doação ou mendicância; D) impossibilidade de assistência executada por familiar ou pessoa conhecida; E) inexistência de familiares ou pessoas conhecidas com as quais pudessem pedir auxílio e F) conflitos familiares.

Conforme pudemos observar naqueles registros documentais do Solar do Outono, a maioria dos casos de institucionalização ocorreu após uma complicação no quadro de saúde, fazendo com que homens e mulheres considerados idosos não conseguissem realizar as atividades da vida cotidiana como antes. As dificuldades apresentadas vão desde a troca de curativos, ao comparecimento a posto de saúde e hospitais para realizar o acompanhamento necessário, a execução de tarefas domésticas (almoço, limpeza de casa, lavar roupas, etc.) e de autocuidado (como banho, higiene pessoal, vestir-se), além do obstáculo que enfrentam ao depender de alguém, familiar ou pessoa conhecida, para quaisquer necessidades que tiverem.

Um exemplo disto é o grau de dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD) daqueles moradores e moradoras do Solar do Outono. Daquele total de 31 pessoas, 04 eram totalmente independentes e conseguiam realizar todas as atividades de autocuidado (01 mulher e 03 homens; na faixa etária dos 79-90 anos) e outras 05 pessoas (03 mulheres e 02 homens; na faixa etária dos 78-89 anos) eram independentes, mas utilizavam equipamentos de autoajuda como, por exemplo, bengala, andador, óculos, aparelho auditivo ou cadeira de rodas. Entre aqueles e aquelas com maior grau de dependência verificou-se que 12 pessoas (04 mulheres e 08 homens, na faixa etária dos 71-95 anos) dependem da ajuda de outrem em até três atividades de autocuidado (como alimentação, mobilidade e higiene) e outras 10 pessoas (05 mulheres e 05 homens; na faixa etária dos 63-89 anos) eram totalmente dependentes de outrem para realizar quaisquer atividades da vida cotidiana.

Essas informações mostram que com o passar da idade as pessoas, independentemente do gênero, passam a ser acometidas por mais problemas de saúde, requerendo o auxílio de outras pessoas (conhecidas, familiares ou profissionais) para várias atividades consideradas habituais, como beber água, escovar os dentes, levantar e sentar, sair de casa, ir ao médico, à farmácia, à feira etc. Entretanto, os dados e informações que foram apresentados neste artigo não podem ser generalizados a todas as Instituições de Longa

Permanência (ILPI) existentes no Brasil, mas apresentam o mapeamento a respeito dos cuidados de longa duração que é possível encontrar no Solar do Outono, a única ILPI pública existente na capital maranhense.

3. Considerações finais

Ao tomar os modos de cuidados na velhice que são elaborados por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), como eixo de nossa discussão, foi possível ressaltar que as primeiras instituições responsáveis por acolher e abrigar as pessoas que envelheciam no Brasil surgiram em meados do século XIX. Os antigos asilos, denominação pela qual tais instituições ficaram conhecidas, eram destinados a dar assistência àquelas pessoas que viviam em condições de pobreza, mendicância e vulnerabilidade social.

Daquele período para os dias atuais, a terminologia utilizada em referência a este tipo de instituições foi modificada. Os asilos, assim como as casas de repouso, lares e casas geriátricas passaram a ser denominados por Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) em 2005, com intuito de anular e/ou minimizar as representações negativas que existiam, a respeito daqueles locais, no imaginário social de muitas pessoas.

Entretanto, o novo termo ainda não é amplamente conhecido, o que faz com que muitas pessoas ainda se reportem àqueles locais utilizando, principalmente, o termo asilo. Do mesmo modo, as representações negativas sobre os locais ainda permanecem no imaginário social e, as vezes, são reforçadas pela mídia televisiva, que transmite várias matérias jornalísticas de cunho social ao denunciar casos de agressões e maus tratos que são cometidos (apesar dos avanços legais em relação aos direitos dos que envelhecem no Brasil) a homens e mulheres, acima dos 60 anos de idade, que nelas residem.

Nesse sentido, apesar de a legislação brasileira, nos artigos 229 e 230 da Constituição Federal de 1988, no Decreto 1946/96 (que regulamenta a Política Nacional do Idoso, aprovada em 1994) e no Estatuto do Idoso, qualificar que os cuidados para com as “pessoas idosas” devem ser realizados pela família, podendo ser de modo domiciliar formal (realizado com auxílio de cuidador, técnicos de enfermagem ou enfermeiros) ou informal (realizado pelos membros da família, vizinhos ou outros conhecidos), podem

ocorrer situações as quais as pessoas acima dos 60 anos não possam mais viver sozinhas ou não possuam familiares e outros conhecidos que os auxiliem, fazendo com que encontre nas ILPIS uma alternativa de cuidados de longa duração na velhice.

Em relação ao o grupo de homens e mulheres, acima dos 60 anos de idade, que residem no Solar do Outono (ILPI pública e sem fins lucrativos localizada na cidade de São Luís, MA) foi possível conhecê-los através da articulação de especificidades de gênero, raça, classe social, escolaridade, qualificação profissional, estado civil, número de filhos e ressaltar que o processo de institucionalização estava associado a uma conjunção de fatores, como complicações de saúde, impossibilidade do autocuidado, impossibilidade e/ou inexistência de assistência executada por familiar ou pessoa conhecida e, também, viver em condições de vulnerabilidade social (moradores de rua e construções abandonadas que são insalubres e alvos da violência), situações que acabam se relacionando a aspectos da Seguridade Social no Brasil (Saúde, Previdência e Assistência Social).

Referências

- ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. Campinas: Alínea, 2004.
- ARAÚJO, Cláudia Lysia de Oliveira; SOUZA, Luciana Aparecida de; e FARO, Ana Cristina Mancussi. Trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. **Revista Eletrônica História da Enfermagem**. vol.1, n.2, julho/dezembro, 2010, p.250-294. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2015.
- ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 283**, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentosde-saude/atencao-ao-idoso/RES_283.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- _____. **Lei 8.742**, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 27 mai. 2016.
- _____. **Lei 10.741**, de 03 de outubro de 2003. Dispões sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 05 jan. 2015.
- CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal e COELHO, Maria José. Políticas públicas para saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.63, n.2, p.279-282, mar/abr. 2008.
- CAMARANO, Ana Amélia (Coord.) et al. **Características das Instituições de Longa Permanências para Idosos - Região Centro Oeste**. Brasília: IPEA, Presidência da República, 2008a.
- _____. **Características das Instituições de Longa Permanências para Idosos - Região Nordeste**. Brasília: IPEA, Presidência da República, 2008b.
- _____. **Características das Instituições de Longa Permanências para Idosos - Região Norte**. Brasília: IPEA, Presidência da República, 2007.
- _____. **Características das Instituições de Longa Permanências para Idosos - Região Sudeste**. Brasília: IPEA, Presidência da República, 2010.
- _____. **Características das Instituições de Longa Permanências para Idosos - Região Sul**. Brasília: IPEA, Presidência da República, 2008c.
- CARVALHO, Francisca Rosemary Ferreira de. **Representação da imagem pela velhice**: a fotografia enquanto memória de indivíduos abrigados em instituto de longa permanência – Asilo de Mendicidade. São Luís, 2011. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) – Universidade Federal do Maranhão.
- CARVALHO, Vanessa Lôbo. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. **Cadernos Saúde Coletiva**. v.22, n.2, p.184-191. 2014.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira de e LEBRÃO, Maria Lúcia. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade de idosos. IN: **Ver. Esc. Enferm. USP**, 2007; 41(2):317-25.
- ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**, seguido de Envelhecer e morrer. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001
- FRAGA FILHO, Walter. **Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX**. São Paulo/Salvador: Hucitec/Edufba, 1996.
- GROISMAN, Daniel. Asilos de Velhos: passado e presente. **Estudos Interdisciplinares Envelhecimento**, Porto Alegre, v.2, p.67-87, 1999a.
- _____. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. **Cadernos Pagu**, Unicamp, n.13, p.161-190, 1999b.

HAREVEN, Tamara. Changing images of aging and the social construction of the life course. In: Featherstone, Mike; Wernick, Andrew (Org.). **Images of aging: cultural representations of later life**. London: Routledge, 1995. p.119-35.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Política Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) - 2013**. Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/brasil_de_faultpdf.shtm> Acesso em: 18 set. 2014.

LENOIR, Remi. Objeto Sociológico e Problema Social. IN: CHAMPAGNE, Patrick et al. **Iniciação à Prática Sociológica**. São Paulo: Vozes, 1998.

MASCARO, Sonia de Amorim. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MICHEL, Tatiane. **A vivência em uma Instituição de Longa Permanência**: significados atribuídos pelos idosos. Curitiba, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná.

PINTO, Sílvia Patrícia Lima de Castro e VON SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: sumário da legislação. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.169-174, 2012.

POLTOSI, Maria Regina e GÓMEZ, Arthur Tórgo. Elaboração de Escalas de Trabalho de Técnicos de Enfermagem com busca Tabu e Algoritmo Genético. In: SIMPOSIO BRASILEIRO DE PESQUISA OPERACIONAL, XXXIX, 2007. Fortaleza-Ceará. Resumos Anais XXXIX SBPO- A Pesquisa Operacional e o Desenvolvimento Sustentável. 28 a 31 de agosto. Disponível em: <<http://www.din.uem.br/sbpo/sbpo2007/pdf/arq0157.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2016.

PROJEÇÃO da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060; **PROJEÇÃO da população das unidades da federação por sexo e idade 2000-2030**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 30 ago. 2016.

SÍNTESE de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. **Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 35**. IBGE-Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

SERRA, Jacira do Nascimento. **“Eu não tenho mais querer”**: violência simbólica contra idosos. São Luís, 2005. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão.

WATANABE, Helena Akemi Wada e GIOVANNI, Vera Maria di. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Boletim do Instituto de Saúde – Envelhecimento e Saúde**. São Paulo, n. 47, p. 69-71, abr. 2009.

<<http://mp-ma.jusbrasil.com.br/noticias/100227844/acordo-estabelece-reforma-no-solar-do-outono>>. Acesso em: 20 out. 2015.

<<http://www.soenfermagem.net/tecnicas/sondagem.html>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

<<http://www.unidospelandnutricaoclinica.com.br/pt-br/diferentes-tipos-de-nutricao-clinica-0>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

<https://pt.wikipedia.org/wiki/Nutri%C3%A7%C3%A3o_parenteral>. Acesso em: 04 nov. 2015.

<<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

<<http://www.mtps.gov.br/servicos-do-ministerio/servicos-da-previdencia/aposentadorias/por-idade>>. Acesso: 27 mai. 2016.

<<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2016/06/serie-de-reportagens-mostra-como-vivem-os-idosos-no-brasil-e-no-mundo.html>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

<<https://esa.un.org/unpd/wpp/>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/WPP2006_Highlights_rev.pdf> Acesso em: 30 jun. 2016.

<[https://pt.wikipedia.org/wiki/Solar_\(habita%C3%A7%C3%A3o\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Solar_(habita%C3%A7%C3%A3o))>. Acesso em: 05 set. 2016.

DATA DE SUBMISSÃO: 30/09/2016

DATA DE ACEITE: 28/10/2016