

## A questão da morte nas Instituições de Longa Permanência para Idosos

*The issue of death in Long-Term Care Institutions for Elderly*

Katia Cherix  
Maria Julia Kovács

**RESUMO:** A morte é um tabu, mesmo na velhice este assunto é evitado. A maioria das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) preocupa-se mais com cuidados biomédicos do que tratar os idosos como sujeitos de direito e desejo. Encontrando pouco amparo e espaço de interlocução para se lidar com perdas, a saúde mental e a qualidade de vida podem ficar prejudicadas. A reflexão sobre a educação para a morte se faz necessária para se viver uma vida com mais sentido e um envelhecimento com mais dignidade.

**Palavras-chave:** Morte; Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs); Envelhecimento.

**ABSTRACT:** *Death is seen as a taboo, even during old age the subject is avoided. Most Long-Term Care Institutions for Elderly are more concerned with biomedical, then elderly's rights and desires. Finding little support and space to deal with loss, their mental health and quality of life may be impaired. Thinking about education for death is necessary to live a meaningful life and age with dignity.*

**Keywords:** *Death; Long-Term Care Institutions for Elderly; Aging.*

### **Morrer nos dias de hoje: a morte moderna**

O tema da morte sempre ocupou espaço importante na existência humana. Para Freud (1915), a morte é incontestável e inevitável. No consciente, o homem sabe que vai morrer, entende a passagem cronológica do tempo e tenta elaborar os lutos ao longo da vida rumo à aceitação da finitude. No inconsciente, a passagem do tempo é processada de outra forma. Nesta vivência paralela do tempo, o homem acredita-se imortal, não aceita a castração e a ideia de seu desaparecimento. Desde o seu nascimento até sua morte, o homem encontra-se diante desta angústia.

Além de ser um fenômeno intrapsíquico e individual, a morte é, também, um acontecimento coletivo com conotações sociais e culturais. Cada cultura encontra meios coletivos por meio de rituais, lendas e interditos para lidar com a partida dos membros do grupo. No momento atual, nossa sociedade, que enaltece valores como juventude e progresso, vê a morte como um tabu. Existe uma “conspiração do silêncio” em relação ao morrer. Os vivos querem distância dos velhos e dos moribundos. A morte, antes familiar por acontecer em casa, hoje se torna assustadora e distante, reclusa aos ambientes hospitalares. Na “morte moderna” o doente é isolado longe de seus amigos e familiares (Araújo & Vieira, 2004).

Ariès (1981) afirma que vivemos na época da “morte interdita”, compreendida como um erro médico, espelho do fracasso do homem e motivo de vergonha. A morte, antes um evento coletivo, torna-se isolada. Acontece uma luta entre a equipe médica e a doença (corpo) do paciente. Afasta-se cada vez mais da ideia da morte como parte de um ciclo de criação e destruição inerente à vida. Na mesma linha, Kovács (2008) mostra que se criam defesas psicológicas para se evitar pensar na morte e fazer o processo de luto. Processos de perda são inerentes à condição humana e elaborá-los desde a infância pode ser a melhor forma de lidar com as situações de perda ao longo da vida. Preparar-se para a morte pode ser importante para viver a vida de maneira significativa. Perdas são mortes simbólicas que acompanham o ser humano desde o começo da existência. Aprender a fazer o luto dessas perdas permite as pessoas lidar com a perda da própria vida.

Recentemente, vem-se tentando reintegrar a morte ao cotidiano por meio de estudos e práticas que trazem o tema para o campo da discussão social. Há um movimento nos hospitais para que ao menos nesse ambiente se possa falar, viver e acompanhar a morte. O movimento de “morte humanizada” começou nos anos 60 nos Estados Unidos com a iniciativa de cuidar de pacientes portadores de doenças em fase terminal e seus familiares, acolhendo o sofrimento e a dor (Kubler-Ross, 1985). No Brasil, os serviços de cuidados paliativos vêm se fortalecendo, configurando-se como lugar onde se pode falar e presenciar a morte sem ocultamento ou vergonha. O “Código de Ética Médico” foi modificado pela Resolução n.º 1.931/09 de dezessete de setembro de 2009 em que “Cuidados Paliativos” virou um capítulo, ampliando a autonomia dos pacientes terminais e permitindo maior participação no processo diagnóstico. Em primeiro de agosto de 2008, o Conselho Federal de Medicina publicou a resolução 1973/2011 que transforma Cuidados Paliativos em especialidade médica (BRASIL CREMESP, 2009). A proposta é oferecer uma assistência não mais curativa, e sim voltada a cuidar e apaciar o sofrimento, em que o doente é incluído no processo de tomada de decisões relativas à sua própria morte. Na “boa morte” o ambiente é personalizado e os desejos do paciente levados em conta (Maués, 2006).

Com o crescimento dos centros urbanos e nova constituição das famílias em que a mulher tem papel importante no mercado de trabalho, a forma de se cuidar dos idosos também vem se modificando. Com o envelhecimento da população, muitos idosos estão vivendo e morrendo em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Que tipo de cuidado e de qualidade de vida é oferecido nestas instituições? Seria possível entender a circulação do tema da morte nesses espaços como uma forma de cuidado?

### **Vida e morte nas ILPIs**

Assim como a morte, o significado de cuidado também se transforma no espaço e tempo. Hoje, o cuidado prestado aos moradores de ILPIs consiste em cuidados de enfermagem ligados ao escopo biomédico e sanitário. A concepção do cuidado, por parte de muitos profissionais de saúde e de cursos para cuidadores de idosos se resume a ações técnicas e mecânicas. Pesquisas (Freitas & Noronha, 2010) mostram que os cuidados prestados pelos profissionais, nem sempre correspondem ao que é deles

esperado. A ideologia da caridade cristã que permeia o passado histórico destas instituições pode tender a colocar o profissional num lugar de quem detêm poder frente ao idoso em posição de dependência.

Hoje, as ILPIs são entendidas como mescla de caridade e espaço de saúde. Saúde no sentido do discurso hegemônico biomédico, de cuidados com o corpo e com a higiene. Os cuidados na instituição são organizados por meio da rígida execução de protocolos médicos para evitar processos legais, podendo assim existir uma completa despersonalização dos espaços e dos moradores em prol da organização e da limpeza. Muitas vezes, os profissionais negam aos que estão institucionalizados o direito de falar sobre a difícil situação em que vivem, tratando-os com diminutivos, infantilizando-os pelo tom de voz e a maneira como se dirigem a eles. Tentam negar qualquer tipo de situação relacionada ao sofrimento, à doença, à solidão ou à morte. A marca do abandono familiar fica como representação para os funcionários. Se os residentes estão no lugar de "abandonados", os profissionais tornam-se "bondosos". Evita-se falar sobre a morte e é possível que se passem dias sem que um cuidador "descubra" a morte de um morador, se esta não tiver sido no seu plantão. Não tendo rituais de passagem quando há mortes na instituição, não há espaço coletivo para a elaboração dos lutos. A própria entrada na instituição seria o único ritual de passagem, iniciando um processo de luto pela perda da vida (Barbieri, 2008).

Rituais coletivos permitem dar sentido a experiências que inicialmente podem ser percebidas como assustadoras. Poucas ILPIs realizam cerimônias quando seus moradores morrem ou promovem rituais para lembrar os que morreram. Não existem altares ou capelas para residentes se lembrarem dos que se foram e, assim, elaborarem a perda de um ente querido. Algumas instituições para idosos e os que trabalham nelas parecem tentar esconder o fato de que alguém morreu para evitar o "contágio", para não lembrar aos outros moradores que também morrerão. Ao invés de poupar os idosos do sofrimento, este tipo de situação pode fazer com que os moradores sintam-se ainda mais sós e desamparados frente à finitude. Como aceitar o fim da vida quando o tipo de morte que se presencia é silenciosa? Será que este tipo de procedimento passa a mensagem de que aquela vida (e as dos demais moradores) não teve valor já que não mereceu ser celebrada, chorada ou sequer notada?

Em 2005, depois de uma série de escândalos transmitidos pela mídia relacionados à violência exercida contra idosos em instituições, implantou-se a

"Resolução da Diretoria Colegiada da Vigilância Sanitária- RDC n.º 283 de 26 de setembro de 2005", a famosa resolução que visa a controlar estabelecimentos que abrigam idosos. Por esta resolução estar ligada à Vigilância Sanitária, abrange mais exigências ligadas à segurança e higiene, dando menos atenção às necessidades sociais, afetivas ou psicológicas. Nesta resolução, torna-se obrigatória a nova nomenclatura: Instituição de Longa Permanência para Idosos. A norma define quais são os graus de dependência e as condições gerais de organização institucional baseada nos direitos dos idosos (Brasil, 2005).

Além das diretrizes relacionadas à construção, organização do espaço, higiene e segurança, a norma inclui outras diretrizes sobre conforto, necessidades psicológicas e sociais. Infelizmente, talvez por ser mais difícil verificar nas visitas de fiscalização, a segunda parte acaba não recebendo atenção. As instituições mantêm-se mais preocupadas em atingir patamares de higiene e organização biomédica do que com o cotidiano e qualidade de vida dos residentes. Segundo a resolução, ILPIs devem prover também: atenção ao idoso, exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais), respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, ambiência acolhedora, integração dos idosos nas atividades desenvolvidas pela comunidade local, desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações, condições de lazer para tais como: atividades físicas, recreativas e culturais, entre outras. Assim, podemos observar que a resolução impele as ILPIs a oferecerem mais do que cuidados ao corpo. Na prática, porém, muitas instituições desconhecem esta parte da resolução ou não conseguem aplicá-la. O controle da satisfação dessas necessidades que não são físicas é mais complexo, assim, algumas ILPIs não se responsabilizam por elas.

Pesquisas (Watanabe & Giovanni, 2009; Vieira, 2001) mostram que historicamente, as ILPIs possuem perfil assistencialista implicando que cuidados resumem-se a oferecer abrigo e alimentação. Alguns residentes podem chegar a morar nas ILPIs por mais de 25 anos; por isso, estas deveriam ser um lugar para se viver, mantendo um caráter híbrido: cuidar de aspectos sociais e de saúde. Para idosos ativos, as ILPIs poderiam oferecer a possibilidade de resgatar a vida social, além de evitar conflitos familiares ligados à convivência; para idosos dependentes, a ILPI é uma possibilidade de cuidado qualificado que famílias não têm condições de oferecer. É necessário pensar em dispositivos que promovam acessibilidade e autonomia ao idoso. Os programas terapêuticos poderiam ser personalizados e a vivência comunitária

estimulada.

Born (2001) enfatiza que existe preconceito no Brasil em relação às ILPIs. A internação ainda é vista como abandono da família e as instituições não estão preparadas para receber idosos autônomos. Ao ser internado, o idoso experimenta uma realidade nova, por vezes assustadora, tornando-se difícil elaborar a experiência. Nesta saída de casa, o idoso pode perder a identidade. Liberdades correm o risco de serem cerceadas em prol de um funcionamento regrado. Idosos relatam sentir-se em situação de humilhação diante dos métodos utilizados para administrar a vida diária no ambiente institucional. Estes sentimentos podem diminuir o tempo de vida dos idosos. O tempo é sentido como vazio, espera da morte. É possível pensar numa "morte civil" ligada às perdas dos direitos e da cidadania, à ruptura dos laços familiares, de trabalho, amigos, cultura e privacidade (Pimentel, 2001; Pavan, Meneghel & Junges, 2008; Bessa & Silva, 2008).

A moradia dos idosos que necessitam de ILPIs é ainda mais delicada no Brasil por conta do Estatuto do Idoso. O Artigo 3 afirma que o Estado só deve garantir habitação como direito do idoso que não tem família ou recursos suficientes para sua manutenção no seu seio. Ou seja, hoje, ainda é a família que fica com a responsabilidade de cuidar dos idosos, e a institucionalização não é vista como uma opção digna. Esta concepção presente no Estatuto do Idoso impede que a institucionalização seja entendida como recurso de cuidado, uma oportunidade para o idoso manter uma vida de autonomia e independência, além de ampliar a rede social, experimentando um modo de vida comunitário.

As pesquisas apresentadas neste artigo nos fazem pensar na delicadeza do processo que é mudar-se para uma ILPI e a necessidade desta passagem ser acompanhada e amparada. Perder a própria casa e o lugar social que se ocupa na família e no mundo necessita de um trabalho de luto. Parece ser importante oferecer escuta para que idosos possam repensar seus projetos e manter algum tipo de atividade que lhes dê sentido para continuar investindo na vida. Quando se fala em morte, parece que estamos cercados por um vazio simbólico e cultural, carentes de rituais, momentos ou palavras que nos permitam entrar em contato com situações e sentimentos relacionados à morte.

## Considerações finais

Por questões de mercado e de protocolos médicos, ILPIs forçam profissionais e residentes a um ritmo de trabalho e de vida que não combinam nem com o envelhecimento nem com a área da saúde. Profissionais e residentes passam a se sentir impotentes. As ILPIs parecem não ter encontrado um modo próprio de funcionamento, uma identidade. O modelo médico se impôs voltando atenção somente para os cuidados do corpo, não considerando outras dimensões do ser humano. No imaginário social e na prática, as ILPIs ainda se apresentam como mescla de moradia e assistência médica seguindo o ritmo frenético dos protocolos que garantem a continuidade da vida biológica, mas sem qualidade.

A velhice não aparece como rica de singularidades e experiências distintas e sim como conjunto de preconceitos e generalizações. O trabalho dos profissionais de saúde é ajudar a sustentar o cotidiano em casa ou na instituição. Velhice e demência são facilmente confundidas no imaginário social, o que impede que velhos saudáveis possam manter uma vida com qualidade e que doentes possam receber tratamento. Como contemplar necessidades singulares em espaço coletivo? Uma opção seria pensar num projeto de cuidados individuais que permita a continuidade do projeto de vida, que não pode se interromper com a entrada na instituição. É importante acolher a família durante esta difícil transição e incentivar seus membros a participar da vida do idoso que prospera de uma nova forma (Moulias, 2005).

Segundo Boff (2008), cuidar é mais que ato, é atitude. Atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. A atitude é uma fonte que gera muitos atos. Para o autor, o cuidado é um modo de ser essencial do ser humano; sem ele, não é possível sobreviver. A palavra cuidado vem de *cura* e do latim *coera*: relações de amor e amizade. Outra origem é *cogitare* e *cogitatus*: pensar, dar atenção e interesse. A palavra cuidado tem múltiplos sentidos como: amor, ternura, carícia, cordialidade, convívio, compaixão, sinergia, hospitalidade, cortesia e gentileza. Quem tem cuidado capta a dimensão de valor em pessoas e coisas, sente-se eticamente implicado em relação ao outro. Para o filósofo Levinas (2005), sentimo-nos responsáveis frente ao rosto do outro. O pedido estampado em seu rosto apresenta uma série de exigências éticas. É da responsabilidade de quem está diante do rosto, responder ao apelo de forma ética. Coloca-se assim uma relação inter-humana baseada

na responsabilidade. O outro é alteridade, mas tem algo de mim; assim é possível entender e responder ao seu apelo.

Esta forma de cuidado parece não estar sistematicamente presente nas ILPIs e com isso os idosos podem sentir-se desrespeitados. Alguns idosos poderiam passar por um processo de morte em vida, pois sentem que não têm controle sobre suas vidas, sentindo-se desamparados. A depressão poderia ser entendida como defesa frente ao terror da morte. A expressão de sentimentos de dor é importante para o processo de luto em todas as idades e não ter abertura para expressá-los na instituição pode ser entendido como desencadeador de problemas na esfera da saúde mental. Pesquisa realizada pelo LEM-USP (Laboratório de Estudos sobre a Morte) mostra que profissionais de ILPIs têm desejo de falar sobre o tema da morte, mas não sabem como. Por outro lado, coordenadoras de instituição têm medo de abordar o tema e do impacto que teria nos profissionais e nos residentes. A morte parece ser tema interdito na própria instituição (Kovács, 2011).

Em “Demências”, Goldfarb (2004) aponta a falta de amparo frente aos processos de luto como provável causa ou fator no desenvolvimento das demências. Ao se entender que algumas demências podem ter causas psicológicas, seria possível pensar que a forma atual de lidar com perdas e morte desde a infância possa ter consequências no processo de envelhecimento. A educação para a morte pode servir como trabalho de prevenção para situações de fragilidade e doença mental no envelhecimento. De certa forma, ILPIs oferecem um serviço e estão respondendo a uma demanda social de que o corpo da pessoa amada seja conservado pelo máximo de tempo possível. Existe uma dificuldade de se despedir e se desapegar; nossa sociedade atual nos dá poucas ferramentas para lidar com os limites, a separação e as mortes.

Um vasto campo educacional começa a se abrir, profissionais e familiares buscam cursos para cuidadores de idosos e cuidados paliativos. Meios acadêmicos e o setor público vêm investindo cada vez mais em projetos que levem em conta a qualidade de vida do idoso, respeitando-o como sujeito de desejo até o momento da morte. Os temas relacionados à formação de cuidadores, ILPIs, cuidados paliativos e morte são essenciais para reflexão atual sobre práticas e políticas públicas com idosos.

## Referências

- Araújo, P & Vieira, M. (2004, maio/jun.). A questão da morte e do morrer. Brasília (DF): *RevBrasEnferm*, 57(3), 361-363.
- Ariès, P. (1981). *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro (RJ): Francisco Alves.
- Barbieri, N. (2008). *O dom e a técnica: o cuidado a velhos asilados*. São Paulo (SP): Unifesp. Dissertação de mestrado.
- Bessa, M. & Silva, M. (2008, abr./jun.). Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. *Texto contexto – enferm.*, 17(2).
- Brasil. CREMESP (2009, set.). (Edição 263). Recuperado em 02 novembro, 2011, de: <http://www.cremesp.org.br>.
- Brasil. (2003). *Estatuto do Idoso*. Decreto-Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Recuperado em 15 março, 2010, de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>.
- Brasil. (2005). Resolução da Diretoria Colegiada da Vigilância Sanitária- RDC n.º 283 de 26 de setembro de 2005. Recuperado em 02 novembro, 2010], de: [www.ciape.org.br/resolucao383.pdf](http://www.ciape.org.br/resolucao383.pdf)
- Boff, L. (2008). *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Born, T. (2001). Quem vai cuidar de mim quando ficar velha? *Revista Kairós Gerontologia*, 4(2), 135-148. EDUC/NEPE/PEPGG/PUC-SP.
- Freitas, A.V.S. & Noronha, C.V. (2010, abr./jun.). Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 14(33), p.359-369.
- Freud, S. (1915/1979). *De guerra e morte, temas da atualidade*. (Obras Completas, vol.14). Buenos Aires (Argentina): Amorrortu.
- Goldfarb, D. (2004). *Demências*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.
- Kovács, M.J. (2008). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.
- \_\_\_\_\_ (2011). Instituições de saúde e a morte. Do Interdito à Comunicação. *Psicologia: ciência e profissão*, 31(3), 482-503.
- Kubler-Ross, E. (1985). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo (SP): Martins Fontes.
- Lévinas, E. (2005). *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Maués, R. (2006). “Morte Moderna” e “Morte Contemporânea”: Formas Distintas e Contemporâneas de Expropriação. Rio de Janeiro (RJ): *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 16(2), 351-358.
- Moulias, M. (2005). *Alzheimer et maladies apparentées: Traiter, soigner et accompagner au quotidien*. Paris (França): Masson.
- Pavan, F., Meneghel, S. & Junges, J. (2008, set.). Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cad. Saúde Pública*, 24(9), 2187-2190.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra (Portugal): Quarteto.

Vieira, E. (2003). *Instituições Geriátricas - Avanço ou Retrocesso?* Rio de Janeiro (RJ): Revinter.

Watanabe, H. & Giovanni, V. (2009, abr.). Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Boletim Instituto de Saúde*, 47, 69-71.

Recebido em 02/08/2012

Aceito em 30/08/2012

---

**Katia Cherix** – Psicóloga. Mestre do Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da USP.

E-mail: katiacherix@hotmail.com

**Maria Julia Kovács** – Psicóloga. Docente do Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da USP.

E-mail: mjkoarag@usp.br