

Políticas Sociais e Gerontologia:

diálogos contemporâneos

Denis Cezar Musial | Aurea Eleotério Soares Barroso
Juliana Ferreira Marcolino-Galli | Fernanda Rocha

DENIS CEZAR MUSIAL
ÁUREA ELEOTÉRIO SOARES BARROSO
JULIANA FERREIRA MARCOLINO-GALLI
FERNANDA ROCHA
Organizadores

**POLÍTICAS SOCIAIS E GERONTOLOGIA: DIÁLOGOS
CONTEMPORÂNEOS**



Maringá – Paraná
2020

2020 Uniedusul Editora

Copyright da Uniedusul Editora

Editor Chefe: Prof. Me. Wellington Junior Jorge

Diagramação e Edição de Arte: André Oliveira Vaz

Revisão: O/s autor/es

Conselho Editorial

Adriana Mello

Alexandre António Timbane

Aline Rodrigues Alves Rocha

Angelo Ferreira Monteiro

Carlos Antonio dos Santos

Cecilio Argolo Junior

Cleverson Gonçalves dos Santos

Delton Aparecido Felipe

Fábio Oliveira Vaz

Gilmara Belmiro da Silva

Izaque Pereira de Souza

José Antonio

Kelly Jackelini Jorge

Lucas Araujo Chagas

Marcio Antonio Jorge da Silva

Ricardo Jorge Silveira Gomes

Sandra Cristiane Rigatto

Thiago Coelho Silveira

Wilton Flávio Camoleze Augusto

Yohans De Oliveira Esteves

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P769 Políticas sociais e gerontologia: diálogos contemporâneos [recurso eletrônico] / Organizadores Denis Cezar Musial... [et al.]. – Maringá, PR: Uniedusul, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-86010-43-5

1. Gerontologia. 2. Idosos – Condições sociais. I. Musial, Denis Cezar. II. Barroso, Áurea Eleotério Soares. III. Marcolino-Galli, Juliana Ferreira. IV. Rocha, Fernanda.

CDD 362.6

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Permitido fazer download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.uniedusul.com.br

Apresentação

A proposta reflexiva deste livro é um conjunto de produções críticas e reflexivas que caminham e expressam as políticas sociais sob diversos olhares, proporcionando um aprofundamento sobre o envelhecimento na sociedade contemporânea.

A nossa motivação na proposição do livro iniciou com um debate entre os organizadores, destacando o espaço que a Gerontologia, nas diversas concepções teóricas, vem ocupando nas políticas sociais e na produção científica. Ressaltamos que a pauta do envelhecimento está em descompasso com a constituição das políticas sociais. Apesar de muitos avanços nos marcos jurídicos e nas normativas, implantação efetiva dessas políticas estão distantes para responder ao cenário brasileiro.

Ao finalizarmos essa organização, notamos que a complexidade e a heterogeneidade da temática proposta foi explorada e, o leitor poderá vivenciar isso em dois sentidos: (1) pela presença de aproximadamente cinquenta e sete (57) pesquisadores, pesquisadoras, trabalhadores, trabalhadoras que possuem como motor a ciência e o envolvimento afetivo pela defesa da vida e, conseqüentemente pela defesa ao envelhecimento com dignidade e, (2) pelo universo de cada pesquisador(a) que demonstra o quanto esse debate é amplo, diversificado e dependente das demandas regionais do Brasil, principalmente quando se manifestam num contexto de acirramento das desigualdades sociais e de recuo do estado em propor políticas públicas.

O livro é composto por vinte e sete capítulos, organizados em quatro seções, quais sejam: (1) Proteção Social, Velhices e Políticas Sociais; (2) Cuidados de Longa Duração e Instituições de Longa Permanência; (3) Serviço Social, Velhices e Políticas Sociais e; (4) Velhices contemporâneas. Essa divisão dos capítulos em seções é meramente didática para facilitar a aproximação entre os temas, mas reconhecemos que as discussões apresentadas dialogam e articulam entre si.

Além disso, após o prefácio da Prof^a Solange Teixeira que traz uma história viva da política nacional do idoso, abrimos as reflexões deste livro pela entrevista com o Mestre Marcelo Antônio Salgado- Assistente Social e um dos pioneiros que impulsionou as políticas públicas para a população idosa. Sua história de vida culmina com a profissional e, nosso reconhecimento fica registrado aqui. A entrevista foi mediada pelo Assistente Social Denis Cezar Musial, através da indicação feita pela Prof^a Dr^a Áurea Eleotério Soares Barroso.

Como finalização do livro, destacamos um breve ensaio desenvolvido pelas pesquisadoras Evany Bettine de Almeida e Thais Bento Lima da Silva da Associação Brasileira de Gerontologia (ABG), reafirmando o compromisso desta instituição em defesa da ciência na perspectiva da garantia dos direitos humanos e da Gerontologia enquanto área que também insere os profissionais nas políticas sociais.

A seção sobre proteção social, velhices e políticas sociais contempla um conjunto de dezessete capítulos que percorrem diversos caminhos e, perpassam as políticas sociais em diversos âmbitos, como habitação, saúde, educação, assistência social. Neste conjunto, sublinha-se as velhices plurais, especialmente as “velhices vulneráveis” - compreendidas como aquelas que se afastam do padrão de envelhecimento ativo. Ainda nesta seção, pontua-se os desafios em envelhecer no cenário brasileiro frente às políticas sociais insuficientes por parte do estado que, por sua vez, transfere essa responsabilidade para a sociedade civil através das redes de solidariedade e do voluntariado.

A seção sobre cuidados de longa duração e instituições de longa permanência, com seis capítulos, compartilha experiências brasileiras e outros países sobre a política de cuidados, marcando a importância da política pública nos espaços que têm sido comandados, predominantemente, pela sociedade civil. Os autores reconhecem a ILPI como um espaço de cuidado e moradia, rompendo paradigmas de espaços depositários para o fim da vida.

A seção sobre serviço social, velhices e políticas sociais expõe a atuação do assistente social nas dinâmicas do envelhecimento, proporcionando ampliação da discussão na categoria profissional. O campo de maior empregabilidade dos assistentes sociais são as políticas sociais, o que convoca demanda de formação e produção científica na consolidação do projeto ético-político profissional. Tal seção compõe-se em três capítulos.

A seção “velhices contemporâneas” atravessam temas recentes na pauta do envelhecimento. Um panorama histórico pode ser encontrado nesta seção quanto às conquistas e desafios no século XXI, além de capítulos que discutem a desigualdade de gênero, o lazer, o impacto da tecnologia e o enfrentamento da pandemia que estamos vivenciando.

Entretanto, o debate não se encerra. Ao contrário, promove diálogos atualizados e voltados às demandas urgentes que o envelhecimento produz na sociedade contemporânea. Espera-se que a leitura deste livro seja um caminho para outros olhares, com novos diálogos e, cada vez mais nos engaje na construção coletiva de práticas e saberes voltados às velhices plurais.

A sua leitura e o nosso diálogo é também resistência de que VIDAS IMPORTAM!
VELHICES IMPORTAM!

Denis Cezar Musial
Áurea Eleotério Soares Barroso
Juliana Ferreira Marcolino-Galli
Fernanda Rocha
Organizadores

Prefácio

A coletânea “*Políticas Sociais e Gerontologia: diálogos contemporâneos*”, organizada por Denis Cezar Musial, Áurea Eleotério Soares Barroso, Juliana Ferreira Marcolino-Galli e Fernanda Rocha, que tenho o prazer de prefaciá-la, é extremamente oportuna numa conjuntura de crise sanitária que agrava a crise econômica do sistema capitalista mundial e desnuda as suas desigualdades estruturais, ainda mais visíveis nos sistemas capitalistas periféricos, historicamente marcados pela superexploração da força de trabalho e pelos imensos excedentes de mão de obra ativa que compõem a superpopulação relativa, cuja resultante foi, e continua sendo, o envelhecimento precoce, o adoecimento, a velhice invisibilizada e desvalorizada.

Na crise sanitária da pandemia por Covid-19, as pessoas idosas estão no centro da contaminação e com maiores índices de mortalidade em todo o mundo, pelas limitações orgânicas e fisiológicas do organismo, pelas comorbidades, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, às ações de prevenção, de manter o isolamento social, dentre outras, agravadas e variadas conforme as determinações de classe, de raça e etnia, de gênero, regionais e outras. Enquanto isso, o Governo Federal brasileiro não aplica na sua integralidade os recursos liberados pelo Congresso para os serviços de saúde, enquanto a quantidade de mortos atinge quase 120.000 pessoas; não tem uma política nacional de orientação, de prevenção, de acompanhamento e monitoramento dos casos suspeitos, das situações de risco, de acesso aos equipamentos individuais de proteção, para profissionais e população, tratamento adequado e vagas em leitos de UTIs.

A temática abordada na coletânea, diante desse cenário, não poderia ser outra que não as políticas sociais, tão importantes para atender às necessidades sociais da população, não apenas em contexto da Covid-19, mas para garantir cidadania, direitos sociais fundamentais, em especial para um setor da população marcado por desvalorizações sociais, como mostram as expressões como “idadeísmo”, “ageísmo”, “velhofobia”, utilizada na literatura para denunciar essas imagens negativas.

Ressalta-se que a coletânea reúne um grupo de pesquisadores de várias instituições de ensino superior, de organizações que prestam serviços para estes usuários, que, com suas pesquisas e seus estudos visam superar:

- i) “conspiração do silêncio”¹ (BEAUVOIR, 1990) em torno do envelhecimento e da velhice, trazendo-os para o debate, expondo e debatendo as necessidades sociais das pessoas idosas;
- ii) a gerontologia tradicional positivista, descritiva, mas que não consegue explicar como se interpenetram fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais no fenômeno no envelhecimento e da velhice;

- iii) as interpretações analíticas homogeneizantes do fenômeno do envelhecimento e da velhice pelo critério biológico e cronológico, como se todos envelhecessem da mesma forma, independentemente das condições de existência;
- iv) a concepção da velhice como ciclo de vida, naturalizador, abstrato, de etapas padronizadas independentes das trajetórias de vida e de trabalho das pessoas;
- v) as análises subjetivistas e individualizantes da velhice singularizada, sem mediações com a totalidade social, próprias de algumas análises culturalistas;
- vi) a “ideologia da velhice”² (HADDAD, 2017), ou seria melhor dizer a “ideologia da terceira idade”, das “receitas gerontológicas generalistas do envelhecer bem”, a “pedagogia da velhice”, a “educação para a terceira idade” que têm efeito de mascarar outras formas de viver a velhice e de envelhecer, inclusive com adoecimentos, dependência de serviços de terceiros, com poucos recursos, dos que ainda precisam trabalhar duro para o sustento familiar, dentre outras expressões da questão social que afetam parte significativa do grupo etário;
- vii) a “reprivatização da velhice”³ (DEBERT, 1999), processo em que se individualiza e responsabiliza os indivíduos pela sua situação de envelhecimento e pelos problemas que vivem como falta de adesão às “receitas do saber envelhecer bem”, falta de gestão dos riscos da existência, de estilo de vida saudável.

Direta ou indiretamente, a maioria dos autores desta coletânea comungam essas críticas, e, mais que isso, assumem os desafios de abordar o envelhecimento e a velhice de sujeitos reais, em suas necessidades sociais e demandas, numa perspectiva crítica; buscam romper com os mitos e os preconceitos em torno da velhice; e contribuir para o fortalecimento do campo científico gerontológico. Buscam, principalmente, abordar as políticas públicas, em especial as de cunho social, dirigidas às pessoas idosas, assumindo a crítica: ao seu desmonte, à sua precarização e à insuficiência de insumos e de abrangência do seu escopo; às contrarreformas limitadoras de acesso às políticas sociais; ao familismo como uma tendência da política social de contar e potencializar as funções protetivas da família, quase sempre ampliando suas responsabilidades e seus encargos com manutenção e naturalização das expectativas sociais tradicionais sobre a família, ancoradas nos papéis de gênero sem sua problematização e sem o devido apoio e suporte oferecidos pelas políticas sociais.

Discutir as políticas sociais é extremamente relevante, seja em contexto mundial ou nacional, de críticas neoliberais ao intervencionismo estatal, à adoção de políticas econômicas de austeridade que visam reduzir gasto social público, de crítica acentuada ao universalismo e ao caráter redistributivo de algumas políticas e avanço de políticas focalizadas, ultrasseletivas e mercantilização de outras, cuja demanda pode ser comprada no mercado.

2 HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. A ideologia da velhice. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

3 DEBERT, Guita Grin. A reinvenção da velhice: socialização e processo de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 2012.

Os capítulos da coletânea abordam diferentes políticas sociais, tais como: de habitação; de assistência social (proteção social básica e especializada); de saúde e seus serviços; de programas e projetos dirigidos às pessoas idosas e que visam atender às suas múltiplas necessidades sociais – como de renda, de saúde (prevenção, promoção, reabilitação, tratamentos, medicamentos, órteses e próteses, dentre outros), de cuidados de longa duração; de enfrentamento da violência, com ações de lazer, recreativas e socializadoras; de articulação com as redes de apoio, dentre outras. Mas também trazem à tona discussões mais gerais sobre as velhices, concepções de envelhecimento, direitos das pessoas idosas, desafios do envelhecimento na sociedade contemporânea, questões de vivências nessa etapa da vida e outras que atualizam os leitores sobre a temática abordada.

Ao abordarem as políticas sociais numa perspectiva crítica, os capítulos desta coletânea somam forças, resistências e lutas contra o avanço do neoliberalismo e do neoconservadorismo, que marcam a atual conjuntura de líderes de extrema direita que ascendem ao poder e implementam políticas ultraneoliberais que responsabilizam os indivíduos, suas famílias e as redes de apoio informais pelo enfrentamento das expressões da questão social; limitam os espaços de democratização, como os de controle social e de participação da sociedade civil; adotam políticas que reduzem o escopo das políticas sociais; reforçam as parcerias para diminuir os custos públicos e dividir responsabilidades na oferta da proteção social, sob a retórica de garantir protagonismo, autonomia e participação dos sujeitos usuários e suas famílias.

Políticas preventivas das situações que geram incapacidades devem ser criadas, fortalecidas, melhoradas. Mas também as que lidam com os que já perderam funcionalidade para realização das atividades cotidianas – ou parte delas –, devem ser criadas. É importante a prioridade da oferta no financiamento, na regulação, no monitoramento e na avaliação pelo poder público, sob o poder fiscalizatório e deliberativo das instâncias de participação popular. E que essas políticas de nova geração sejam desinstitucionalizadoras, com serviços públicos alternativos, abertos, diurnos e até alguns noturnos, interdisciplinares e com cuidados comunitários, com a permanência em seus domicílios e com seus familiares. Nessa perspectiva, as políticas sociais devem ser as organizadoras dessa rede de cuidados, prioritariamente formada pela rede de políticas setoriais, pelos diversos ramos do poder público (executivo e judiciário), ofertante de cuidados para os que necessitam de cuidados e para os cuidadores familiares. Apesar dessa necessidade premente, o Governo brasileiro ainda não dispõe de uma política nacional de cuidados, contando com as iniciativas informais, uma característica persistente das políticas sociais, no sistema capitalista periférico.

Concluo reforçando que o envelhecimento e a etapa da velhice reproduzem desigualdades que marcaram as trajetórias de vida dos sujeitos que hoje são idosos/as, gerando diferentes e plurais formas de viver e experimentar a velhice, muitas delas marcadas por múltiplas expressões da questão social, cujo enfrentamento é, sim, responsabilidade de todos, pois o financiamento é solidário, em que todos contribuem para constituir o fundo

público, que tem no Estado o seu gestor e que deve suprir as necessidades sociais, criando políticas sociais como direitos de cidadania. Avançar na constituição de um sistema público de proteção social público, inclusivo, é uma possibilidade de emancipação política, posta pelas lutas sociais, pactuadas pela sociedade, mas que entram em rota de colisão com os atuais interesses do capital financeiro, expondo os limites dessa sociabilidade. Como destaca Beauvoir (1990, p.14),

Exigir que os homens permaneçam homens em sua idade avançada implicaria uma transformação radical. Impossível obter esse resultado através de algumas reformas limitadas que deixariam o sistema intacto: é a exploração dos trabalhadores, é a atomização da sociedade, é a miséria de uma cultura reservada a um mandarimato que conduzem a essas velhices desumanizadas.

Reforcemos a dimensão mediadora das políticas sociais e dos direitos sociais, mas não um fim em si mesma. Que a emancipação humana seja nosso horizonte.

Desejo a todos/as uma prazerosa leitura!

Solange Maria Teixeira⁴
Teresina-PI, agosto de 2020

4 Professora doutora do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e da graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Bolsista de produtividade pelo CNPq e com pesquisas na temática do envelhecimento, família e políticas sociais dirigidas às pessoas idosas.

Sobre os Autores e Autoras

Albamaría P. de C. Abigalil

Assistente Social, especialista em Política Social, Master em Gerontologia Social, pela Universidade Autônoma de Madrid, Espanha. Especialista, Mestre e Doutoranda em Política Social pela Universidade de Brasília (UnB). Integra o Grupo de Estudos Político-Sociais (Politiza), do Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS), inscrito no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq e o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social (NEPPOS) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) da UnB.

E-mail: albamariapc@yahoo.com.br

Ana Carolina Cunha

Terapeuta Ocupacional, Pós-Graduada em Gerontologia pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Residente em Gerontologia na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein,

E-mail: anacunha112@hotmail.com

Andrezza Santos

Graduanda do curso Gerontologia, bacharelado, da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo EACH|USP. Membro do Centro Acadêmico de Gerontologia da EACH|USP.

E-mail: andrezza.santos@usp.br

Anny Caroline Dedicção

Fisioterapeuta, Mestre em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos, Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Gerontologia da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

E-mail: annycd@einstein.br

Arlete Camargo de Melo Salimene

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004) e Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1992). Diretora do Serviço Social do IMREA / Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP - Rede Lucy Montoro, Diretor Técnico de Serviço de Saúde da Fundação Faculdade de Medicina de 1975 a 2017 e Professora Universitária. Especialista nas áreas de Saúde e Reabilitação de Pessoas com Deficiência Física

E-mail: arlete.salimene@bol.com.br

Áurea Eleotério Soares Barroso

Doutorado em Serviço Social (2007) e estágio doutoral no Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social (CPIHTS) em Lisboa, Portugal. Mestrado em Gerontologia (2002) ambos na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pedagogia no Centro Universitário Unifai (1999). Tem experiência em pesquisa, docência e gestão pública. Ministrou Seminários sobre Envelhecimento e Políticas Sociais no Programa de Pós-Graduação no Mestrado em Serviço Social do Instituto Superior Miguel Torga, em Coimbra, Portugal. Pesquisadora em projetos apoiados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, Unfpa, Unesco com produção e ênfase em gerontologia, assistência social, educação e nas temáticas de instituição de longa permanência para idosos, conselhos de direitos da pessoa idosa e voluntariado. Consultora da Unesco em algumas oportunidades. Elaborou Índice sobre as condições de vida dos idosos nos municípios paulistas em parceria com a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). O Índice foi chancelado/rubricado pelo Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA/ONU). Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Membro da SBGG e da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. Parecerista de periódicos de alto impacto. Integra Bancas de Mestrado, Doutorado e Monografias em diversas Universidades.

E-mail: haathor@uol.com.br.

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Bacharel em Enfermagem, Escola de Enfermagem da USP (EE/USP). Mestre e Doutora pela EE/USP. Docente do Programa de Graduação e Pós-Graduação em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP). E-mail: biagutierrez@usp.br

Beltrina Côrte

Jornalista com Especialização e Mestrado em Planejamento e Administração do Desenvolvimento Regional, na Universidad de los Andes, Bogotá/ Colômbia. Doutorado e pos.doc em Ciências da Comunicação pela USP. É docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, na Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. Coordena o grupo de pesquisa Longevidade, Envelhecimento e Comunicação. É CEO do Portal do Envelhecimento, editora da Revista Longeviver, e curadora do Espaço Longeviver.

E-mail: beltrina@pucsp.br

Bernadete de Oliveira

Fisioterapeuta (UNIBAN, 1995), experiência com equipe multiprofissional nas áreas clínica, domiciliar, hospitalar, na Rede de Reabilitação Lucy Montoro; Fisiologista do Exercício (Unifesp, 2000). Mestre em Gerontologia Social (PUCSP/CNPq, 2004). Doutora em Ciências Sociais/Antropologia (PUCSP/FAPESP, 2014). Especialista em Gerontologia (Titulada pela SBGG, 2009). Pesquisadora do Estudo SABE da FSP/USP (2005-2008 e 2015-2018) e de Grupos de Pesquisa Interdisciplinar da PUCSP/CNPq (2001-atual) e Supervisora de Campo do Inquérito Vigilância de Violências de Acidentes, Ministério da Saúde (2017). Colaboradora da web site Portal do Envelhecimento (2004-atual). Professora em Instituições de Ensino Superior - Cursos de Graduação e Pós-Graduação (2006-atual). Atua em Clínica Móvel de Fisioterapia Itinerante na Vila Missionário e no Grajaú (2018-atual); na Formação de Cuidadores de Idosos (2005-atual) e em Programas de Qualificação Profissional da Atenção Básica do SUS (2014-atual).

E-mail: bbell_o@yahoo.com.br

Carolina Polloni de Donato

Terapeuta Ocupacional, Pós-Graduada em Terapia Ocupacional Aplicada à Neurologia pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Terapeuta Ocupacional no Residencial Israelita Albert Einstein.

E-mail: carolziitia@hotmail.com

Celina Dias Azevedo

Doutora em Ciências Sociais (2018) e Mestre em Gerontologia (2009) pela Puc SP (2018). Especialista em Gestão de Programas Intergeracionais pela Universidade de Granada (2011). Especialização em Gerontologia Social, pelo Instituto Sedes Sapientiae (2000). Especialização em Literatura Brasileira, pela PUC São Paulo (1997). Docente no curso Fragilidades do Envelhecimento: Gerontologia Social e atendimento da PUC-SP. Atua no Núcleo Direitos Humanos do SESC-SP.

E-mail: celinazevedo@gmail.com

Christiana Carielo Fonseca de Freitas

Assistente Social pela PUCSP, fez o Curso de Terapia Familiar Sistêmica e responde pelo Programa de Atenção à Família, do Centro de Atendimento a Afásicos (CAAf), da Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), da PUCSP.

E-mail: chriscarielo@gmail.com

Claudia Barrozo Ferreira

Graduada em serviço social na Universidade nove de Julho (2018) pesquisadora do grupo de estudos de Iniciação Científica-Habitação de Interesse Social da Universidade nove de Julho (2018).

E-mail: claudiabarrozof@gmail.com

Claudia Regina Magnabosco-Martins

Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de Psicologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Campus Irati, Paraná.

E-mail: claudiamagnabosco@gmail.com

Cristina Gomes Baltazar

Doutoranda em Serviço Social pela PUC-SP, Mestra em Gestão e Políticas Públicas pela Fundação Getúlio Vargas (2013), especialista em Projetos Sociais pelo SENAC/SP (2009), graduada em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP (2007), Universidade Nove de Julho.

E-mail: Cris_gbaltazar@yahoo.com.br

Denis Cezar Musial

Assistente Social da gestão do SUAS. Doutorado em curso do programa interdisciplinar em desenvolvimento comunitário. Docente colaborador do departamento de Serviço Social da Universidade Estadual do Centro Oeste.

E-mail: dinao58@hotmail.com

Evany Bettine de Almeida

Gerontóloga pela USP, mestra em Filosofia modalidade saúde e educação e doutoranda pela mesma universidade, membro da diretoria da Associação Brasileira de Alzheimer/SP e presidente da Associação Brasileira de Gerontologia. Coordenadora do curso de pós-graduação em Gerontologia da Faculdade Paulista de Serviço Social (FAPSS), docente da USP 60+ e pesquisadora em ritmos biológicos no grupo de Cronobiologia da EACH/USP.

E-mail: eva.bettine@gmail.com

Fabio R. Ledesma

Graduado em Psicologia, Mestre e Doutorando em Desenvolvimento Comunitário na Universidade Estadual do Centro-Oeste. Atua como Psicólogo na ILPI Santa Rita desde junho de 2018.

E-mail: fabio.rled@gmail.com

Fernanda Rocha

Engenheira Florestal pela UNICENTRO-PR e Mestre em Ciências Florestais pela mesma instituição. Coordenadora do Departamento da Política da Pessoa Idosa da Secretaria Municipal de Assistência Social de Irati-PR e Presidenta do CMDPI/Irati-PR, Biênio 2019/2020.

E-mail: fherfloresta@yahoo.com.br

Fernando Berriel

Universidad de la República, Facultad de Psicología. Instituto de Psicología Social, Faculty Member +1 | Social Representations+52 .Mis intereses de investigación se centran en el estudio crítico del envejecimiento en tres áreas fundamentales: 1) La construcción social del envejecimiento a través de las políticas públicas consideradas como prácticas discursivas. 2) La significación social del envejecimiento desde las perspectivas de género y generaciones y 3) el tratamiento no farmacológico (psicoterapéutico) de las demencias tipo Alzheimer. Por otra parte, me interesa la Psicología Social, especialmente la Psicología Social Crítica y su articulación con la Psicología Clínica dinámica. membro da Red Interdisciplinaria Latinoamericana de Psicogerontología-REDIP

E-mail: ferber@psico.edu.uy

Gláucia Miranda

Especialista em Gestão Pública com ênfase em Sistema Único da Assistência Social pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, graduada em Psicologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste. Psicóloga residente em Saúde Mental pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Escola de Saúde Pública do Paraná.

E-mail: glauciamrnd@hotmail.com

Helena Akemi Wada Watanabe

Enfermeira, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Docente dos Cursos de Graduação e de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

E-mail: hwatanab@usp.br

Henrique Salmazo da Silva

Gerontólogo pela EACH/USP. Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP e Doutor em Neurociências e Cognição pela Universidade Federal do ABC. Docente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília e da área básica de saúde, e graduação em Psicologia.

E-mail: henriquesalmazo@yahoo.com.br

Juciara de Lima Linhares Cunha

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Gestão Social e Políticas Públicas pela Faculdade Ademar Rosado (FAR). Mestre em Políticas Públicas pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

E-mail: juciaralinhaires88@gmail.com

Juliana Ferreira Marcolino-Galli

Fonoaudióloga, Mestre e Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem. Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Coordenadora do Laboratório de Estudos da Linguagem (Lalingua).

E-mail: jfmarcolino@unicentro.br

Juliana Mariño

Mestranda em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2015). Experiência na área de Psicologia, com ênfase em Saúde Pública e Gerontologia.

E-mail: jcmarino2105@gmail.com

Jurilza Maria Barros de Mendonça

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade de Brasília (1977). Master em gerontologia pela Universidade Autônoma de Madri (2000) e mestrado em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (2005). Doutora em Política Social pela Universidade de Brasília (2015). Coordenou a Política Nacional do Idoso no Ministério da Previdência Social e foi Secretária Executiva do Conselho Nacional do Direitos do Idoso na Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Servidora Pública aposentada do Ministério da Economia. Consultora pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social-NEPPPOS/CEAM/UnB. Integrante do Grupo de Estudos Político-Sociais-POLITIZA/PP-GPS/SER/UnB. Participação como pesquisadora do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PSDE), financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no Departamento de Economia da Universidade de Alcalá de Henares, Espanha, durante o período de 3 de março a 30 de junho de 2014.

E-mail: jurilzamendonca@yahoo.com.br

Laís Fernanda de Oliveira Golinski

Fonoaudióloga pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

E-mail: laisgolinski@gmail.com

Luiz Sinésio Silva Neto

Doutor em Ciências e Tecnologias em Saúde (UNB-DF), Mestre em Gerontologia (UCB-DF), especialista em Gerontologia (UFT-TO) e graduado em educação física (CEULP/ULBRA). Professor Adjunto do curso de Medicina e coordenador da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins. Presidente da ABRAZ-TO.

E-mail: luizneto@uft.edu.br

Lycia Tramujas Vasconcellos Neumann

Doutorado em Saúde Pública, com ênfase em saúde comportamental e comunitária, pela University of Pittsburgh, nos Estados Unidos e mestrado em Administração Pública e do Terceiro Setor pela Dalhousie University, no Canadá. Como parte do doutorado, participou ainda de dois programas de pós-graduação: Políticas Públicas e Sociais para a América Latina, e Avaliação de Programas de Promoção de Saúde Pública e Educação em Saúde. Iniciou sua carreira na Fundação de Ação Social (FAS), da Prefeitura de Curitiba, e em mais vinte anos de atuação profissional tornou-se especialista em planejamento, gestão e avaliação de políticas e programas sociais e desenvolvimento comunitário. Em 2013 foi uma das duas participantes brasileiras selecionadas para o IPDET, no Canadá, Programa Internacional em Avaliação de Desenvolvimento, realizado pelo Banco Mundial e a Carleton University. Atualmente trabalha como pesquisadora em saúde na Gateway Health, organização que atua em parceria com governos no atendimento à população de baixa renda, idosos e pessoas com deficiência. Suas áreas de interesse incluem políticas e programas sociais e de saúde, determinantes sociais de saúde, saúde comunitária, e envelhecimento populacional.

E-mail: lycianeumann@gmail.com

Marcos Antônio Nunes

Doutor em Geografia Humana (UFMG), pesquisador em Ciência & Tecnologia da Fundação João Pinheiro.

E-mail: marcos.geoman@gmail.com

Maria Amelia Ximenes

Terapeuta Ocupacional, tem Mestrado em Gerontologia Social/PUC-SP e Doutorado em Ciências Sociais (Antropologia) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. É docente do Espaço Longeviver/Portal do Envelhecimento. Membro do grupo de pesquisa Longevidade, Envelhecimento e Comunicação, da PUC-SP.

E-mail: mameliaximenes@yahoo.com.br

Maria do Rosário de Fátima e Silva

Possui Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Doutora em Serviço Social e Política Social pela PUC-SP. Atualmente, é Professora Titular da UFPI, do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

E-mail: mrosariofat@gmail.com

Maria Francisca Lier-De Vitto

Psicanalista. Graduada em Letras pela PUCSP, mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, pelo LAEL-PUCSP, doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas, vice-coordenadora do Centro de Atendimento a Afásicos (CAAf), da Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), da PUCSP, docente do Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada (LAEL-PUCSP).

E-mail: mf.devitto@gmail.com

Maria Luisa Trindade Bestetti

Possui graduação em Arquitetura pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1982), mestrado em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade de São Paulo (2002) e doutorado em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade de São Paulo (2006). Complementou a formação cursando MBA em Gestão de Projetos pela FGV. Pós-doutorado pela Faculdade de Arquitetura da Universidade de Lisboa (2020), membro colaborador do CIAUD - Centro de Investigação em Arquitetura, Urbanismo e Design. Atualmente é professora doutora no curso de Bacharelado em Gerontologia e no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia - PPGer, da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Arquitetura e Urbanismo, com ênfase em Projeto Arquitetônico, atuando principalmente nos seguintes temas: ambiência, acessibilidade, gerontologia ambiental, Gestão de Projetos e Design Thinking

E-mail: maria.luisa@usp.br

Marilia Anselmo Viana Berzins

Graduação em Serviço Social - Faculdades Metropolitanas Unidas (1983) e mestrado em Gerontologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000). Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2009). Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Assistente social e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento (PUC/SP). Pesquisadora do Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora convidada do Instituto Sedes Sapientiae e em diversos cursos de gerontologia. Tutora do Curso de Aperfeiçoamento Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). É Presidente de ONG e Coordenadora do Curso de Formação de Cuidador de Idosos do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE).

E-mail: mariliaberzins@gmail.com

Marisa Accioly

Assistente Social, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP, Especialista em Gerontologia pela sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Professora Doutora do curso Gerontologia, bacharelado e Pós-Graduação, da, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo EACH|USP.

E-mail: maccioly@usp.br

Michelle Bertóglio Clos

Assistente Social, Mestre em Educação (UFRGS), Doutora em Gerontologia Biomédica (PUCRS), Coordenadora do curso de Serviço Social - UNILASALLE. Diretora Técnica da Senescentis - Longevidade e Qualidade de Vida.

E-mail: michelleclos@gmail.com

Michelly Daiane de Souza Gaspar Cordeiro

Fonoaudióloga, Mestre e Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem. Docente Colaboradora do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste.

E-mail: mdscordeiro@unicentro.br

Nadir Aparecida Menezes

Mestrado em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo e graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina.

E-mail: nadir.estevam@usp.br

Neide Alessandra Périgo Nascimento

Graduada em Educação física pela Universidade São Judas Tadeu. Mestre e Doutora em Ciências, pelo Departamento de Nutrição e Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Assistente técnica da Gerência de Estudos e Programas Sociais (GEPROS) do Sesc São Paulo.

E-mail: neidealesp@gmail.com

Neila Barbosa Osório

Pós-Doutora em Educação (UEPA-PA), Doutorado em Ciência do Movimento Humano (UFMS-RS), Mestrado em Educação (UNESP-SP), graduada em Serviço Social (FUCMA-T-MS). Professora titular do curso de pedagogia, idealizadora e coordenadora da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Diretora Científica da ABRAZ-TO.

E-mail: neilaosorio@uft.edu.br

Ozilda Antunes Gomes

Graduação em Serviço Social, pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), especialista em Gestão Pública, pela Faculdade de Administração ciências e letras (FACEL). Atualmente é Assistente Social e trabalha em ILPI.

E-mail: ozzigomes@hotmail.com

Rodrigo Caetano Arantes

Pós-Doutor (Universidad de La Habana e Cedeplar/UFMG), Doutor em Demografia (Cedeplar/UFMG), Mestre em Gerontologia (PUC-SP), Especialista em Gerontologia (SBGG), Graduado em Fisioterapia (Unifenas), Consultor em Envelhecimento.

E-mail: rodrigoarantes1@hotmail.com

Rosamaria Rodrigues Garcia

Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP, docente do Programa de Mestrado Profissional de Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul e docente da Pós-Graduação em Gerontologia do Centro Universitário São Camilo, Diretora Técnica de Saúde da Gerência Especializada em Gerontologia do IPGG.

E-mail: rosamaria.garcia2016@gmail.com

Ruth Gelehrter da Costa Lopes

Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1978), mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1991) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1999). Atualmente é professora Associada da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Gerontologia e Psicogerontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: processo de envelhecimento, psicoterapia em grupo para idosos, velhice e família.

E-mail: ruthgclopes@gmail.com

Sandra Patrícia Custódio Baptista Elvas

Doutoranda em Serviço Social, pelo Instituto Superior de Serviço Social – U. Lusíada Lisboa. Mestrado em Serviço Social, pela ULHTL. Assistente Social/Diretora em ERPI.

E-mail: spcbelvas@gmail.com

Sara Nigri Goldman

Graduada em Serviço Social e Ciências Sociais, Mestre em Serviço Social, Doutora em Serviço Social, Movimentos sociais e Políticas Sociais. Professora Aposentada da UFRJ e Militante do Fórum do Idoso do Estado do Rio de Janeiro.

E-mail: snigri2011@gmail.com

Silvana Poltronieri Lamers

Enfermeira, Psicanalista e Psicopedagoga, pós-graduada em Tanatologia. Vice-presidente da ABRAZ/RS. Atuação clínica em consultório e Professora.

E-mail: silvanaplamers@gmail.com

Soely Kunz Cericatto

Aluna especial do Doutorado em Educação na Amazônia – EDUCANORTE, Mestre em Educação pela Universidade Federal do Tocantins-UFT, Palmas-TO, Brasil.

E-mail: soelykunz@hotmail.com

Solange Maria Teixeira

Professora doutora do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e da graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Bolsista de produtividade pelo CNPq e com pesquisas na temática do envelhecimento, família e políticas sociais dirigidas às pessoas idosas.

E-mail: solangemteixeira@hotmail.com

Suzana Carielo da Fonseca

Fonoaudióloga pela PUCSP, mestre e doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, pelo LAEL-PUCSP, especialista em Projetos Sociais, pelo SENAC-SP, foi docente e coordenadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia - PUCSP, coordenadora do Centro de Atendimento a Afásicos (CAAf), da Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), da PUCSP.

E-mail: scfonseca@pucsp.br

Thais Bento Lima-Silva

Gerontologa pela Universidade de São Paulo. Pós-graduada em Neurociências pela Faculdade de Medicina do ABC. Mestra pelo Programa de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Atua em atividades de treino e reabilitação cognitiva. Doutora pelo Programa de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

E-mail: gerontologathais@gmail.com

Talbian Raony Przybycz

Bacharel em Enfermagem com graduação finalizada em 2008 na Universidade do Vale do Iguaçu - Uniguaçu. Experiência profissional de dez anos atuando na ILPI Lar dos Velhinhos de Rio Azul dos quais há oito como coordenador da Instituição. Trabalhou por um ano e meio como professor de Teatro da UATI - Unicentro.

E-mail: talbian@gmail.com

Talita Baldin

Mestre e doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense, graduada em Psicologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste. Docente do departamento de Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira, Niterói - RJ. Bolsista CAPES de doutorado.

E-mail: talitah_0507@yahoo.com.br

Tânia Maria de Oliva Menezes

Enfermeira, Doutora e Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFBA (EEUFBA). Especialista em Gerontologia Social, Administração Hospitalar e Metodologia do Ensino Superior. Docente da graduação e pós graduação da EEUFBA. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI) da EEUFBA. Diretora de publicações da ABRAZ-BA. E-mail: tomenezes50@gmail.com

Tatiane Andrade Alvarez

Gerontóloga e Mestre em Gerontologia pela Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da (EACH/USP). Docente da Pós Graduação em Gerontologia da Universidade de Santo Amaro – UNISA.

E-mail: tatis_andrade@yahoo.com.br

Thuam Silva Rodrigues

Fisioterapeuta, 2019 Docente de Fisioterapia pela Universidade de Santo Amaro (UNISA), 2018 Docente de Fisioterapia pela Faculdade das Américas (FAM), Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2014). Especialista em Gerontologia pelo Hospital Israelita Albert Einstein, Fisioterapeuta na empresa Assistência Médica Amil (2013), Professor do curso de Formação de Cuidadores de Idosos pelo Programa Cuidar é Viver, OLHE/Danone Nutrition Care, SP (2014-atual), Professor convidado na Faculdade da terceira Idade (2015-2016)

E-mail: thuam@bol.com.br

Walquíria Cristina Batista Alves

Mestre em Ensino em Saúde (Cesupa), Especialista em Gerontologia (SBGG). Coordenadora da Especialização em Envelhecimento e Saúde do Idoso (Cesupa), Licenciatura Plena em Educação Física (UEPA). Professora efetiva da Secretaria de Estado de Educação do Pará.

E-mail: walquiriacris2012@gmail.com

Diálogos com o Mestre Marcelo Antônio Salgado

Denis Cezar Musial

O livro intitulado como *Políticas Sociais e Gerontologia: debates contemporâneos* tem como proposta apresentar reflexões sobre como a Gerontologia Social está no cotidiano das políticas sociais e seus atravessamentos para a política de assistência social. Isso significa que, a compreensão do campo gerontológico não é restrito apenas a uma determinada área ou saber, ganhando assim, seu caráter interdisciplinar.

As reflexões do livro inicia com um diálogo realizado com o Mestre Marcelo Antônio Salgado- Assistente Social e Gerontólogo sob responsabilidade desse comando o Assistente Social Denis Cezar Musial, traçando um olhar sobre como o envelhecimento vêm ganhando espaço de debate nas políticas sociais, na sociedade e no universo acadêmico.

Homenageamos através desse livro sua história de luta e resistência em pensar políticas sociais para as velhices com o “s” que representa pluralidades e diversidades, num contexto de acirramento das desigualdade sociais, sendo um dos percursos da construção de uma política nacional que norteou o estado federativo a pensar em ações de caráter público e continuado para a população idosa! **UMA HISTÓRIA VIVA DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO** que merece nosso carinho pela sua trajetória e um reconhecimento especial neste livro.

Aos leitores, iniciamos nossa jornada com esse Diálogo e convidamos todos e todas a refletir através de evidência científicas sobre o campo da Gerontologia Social e seus atravessamentos nas políticas sociais.

Ressaltamos que tal Diálogo foi realizado via e-mail diante de recomendações médicas.

O que te levou a dedicar sua militância na área da Gerontologia no Brasil?

Meu interesse pela gerontologia se originou por pura vocação.

Na infância não convivi com pessoas idosas na minha família. Tive uma avó materna e um avô paterno que residiam em cidades do interior do Estado de São Paulo enquanto eu morava na cidade do Rio de Janeiro. Além de ter estado com meus avós pouquíssimas vezes eles faleceram quando eu ainda era muito criança.

Na adolescência convivi com algumas pessoas idosas, avós de amigos meus vizinhos. Passava horas ouvindo suas histórias, verdadeiramente maravilhado. Lembro que sempre fazia muitas perguntas e apreciava os relatos de experiências de sua juventude e

observações críticas sobre o comportamento das gerações mais jovens. De alguns idosos, admirava o precioso vocabulário com que se expressavam, as referências a fatos passados, relatos de viagens. Chegava a ficar horas conversando, e muitas vezes não os deixava para acompanhar seus netos.

Quando um pouco mais velho integrei um grupo que prestava ações voluntárias em comunidades carentes e eu sempre escolhia trabalhar com os idosos.

Poderíamos nós contar como eram desenvolvidas as ações para a população idosa antes da Política Nacional do Idoso? Como foi sendo a construída a Política Nacional do Idoso? Sendo um dos pioneiros da Gerontologia no Brasil, pode nos contar os avanços e desafios dessa área no país? Como as políticas sociais, em especial, de assistência social vêm incorporando as Gerontologia?

Excetuando as instituições asilares nenhum programa ou serviço era voltado ao idoso. Na faculdade estudei sobre diversas questões sociais mas nada sobre a velhice. O Serviço Social tão empenhado em atender pessoas e grupos socialmente marginalizados, não havia incorporado os idosos como objeto de suas ações. A mística de “ Brasil-país jovem ” e os graves problemas enfrentados por grupos jovens da sociedade, conduziam a quase totalidade das ações para o atendimento desses segmentos populacionais.

Daí surgiu a minha decisão de estudar a questão social do envelhecimento e orientar programas e serviços para a melhoria da qualidade de vida desse grupo etário. No ano de 1970 ingressei no SESC-SP, que já havia nucleado um pequeno grupo de aposentados em uma de suas unidades, que se reuniam para atividades de lazer. Esse grupo foi a minha grande oportunidade de experimentações, e com total apoio da direção do SESC, o trabalho foi sistematizado, ampliado com atividades culturais e de orientações para o envelhecimento ativo, e organizando movimentos sociais com outras instituições da comunidade para estudo e ações para esse setor.

Considero que esse movimento reunindo algumas entidades privadas, instituições governamentais, profissionais liberais, voluntários, que aconteceu na cidade de São Paulo no início da década de 70, e que realizou alguns debates e seminários, provocando as instituições sociais para que se voltassem ao atendimento de idosos, foi o prenúncio de uma política social para o idoso.

Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, ainda no governo militar, a questão da velhice foi incorporada ao rol das questões sociais passíveis de ações de políticas sociais específicas, ainda que sofrendo a resistência de muitos outros órgãos do governo federal que não reconheciam essa nova questão social.

Na época fui cedido pelo SESC-SP para Secretaria de Assistência Social daquele Ministério, para definir a política social de assistência ao idoso e, sob minha orientação aconteceu a primeira mobilização nacional para a formulação de um diagnóstico sobre os

idosos na sociedade brasileira, recursos a serem mobilizados e possíveis programas e serviços a serem executados.

Foram realizados três seminários regionais (regiões Sul/Sudeste, Norte/Nordeste e Centro Oeste) e um seminário nacional. O resultado foi a definição, ainda que precária, da primeira política de assistência ao idoso em nosso país.

Os anos seguintes foram ricos em ações de atendimento e políticas de atenção ao idoso destacando a nucleação de grupos de idosos, criação de centros de convivência, programas de capacitação técnica em gerontologia, seminários, criação do benefício da Renda Mensal Vitalícia (atual BPC), que aliás foi uma sugestão minha ao Ministério da Previdência Social, o surgimento das instituições de defesa de direitos (MOPI, ACEPI, ASSIPA e outras). Posteriormente as Escolas Abertas da Terceira Idade, os Programas de Preparação Para Aposentadoria etc.

Estudos diversos sobre o envelhecimento, criação de conselhos do idoso em alguns municípios e estados brasileiros, seminários da SBGG e a criação da ANG anteciparam a promulgação da Lei 8842 –Política Nacional do Idoso, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso- CNAS e o Estatuto do Idoso. O engajamento de muitas universidades criando cursos na área da Gerontologia fomentou os estudos sobre o envelhecimento. Todos esses acontecimentos sugeriam um futuro promissor e a questão da velhice ganhou grande visibilidade.

Reconhecendo que em muitos municípios e alguns estados brasileiros existem ações positivas que se configuram como política social, em termos globais e sobretudo a nível federal, a política social para o idoso pouco se efetivou – ganhou no discurso e se anulou na prática. Cabe lembrar que muitas conquistas do Estatuto do Idoso têm sido revogadas ou não foram implementadas. Inúmeras recomendações do CNDI , órgão que contava com expressiva representação do governo e sociedade civil não foram postas em prática, bem como pouco foi feito quanto as recomendações oriundas das assembleias nacionais convocadas pelo próprio CNDI. O governo federal sempre demonstrou pouca receptividade para implementação de políticas que beneficiem esse grupo etário.

Que mudanças você observa da Gerontologia na imagem da velhice?

A Gerontologia não é propriamente uma ciência e sim um conjunto de disciplinas que tem o propósito de estudar o homem na etapa do ciclo de vida conhecida como velhice, buscando indicar formas e cuidados para um envelhecimento satisfatório quanto ao físico, psicoemocional e social.

Conhecer o idoso e reconhecer a qualidade do ambiente em que está inserido oportuniza propor ações de assistência social mais adequadas. Assistência a necessidades básicas, programas e serviços que estimulem o desenvolvimento cultural e mantenham a autoestima e participação social são princípios fundamentais.

A gerontologia sugere a ação pedagógica da assistência social preparando os indivíduos para as ocorrências do tempo da velhice, de forma a manterem um ajustamento adequado as possíveis perdas. Sugere também, a intervenção no ambiente social para maior receptividade e diminuição dos preconceitos quanto aos idosos.

Observa avanços no protagonismo da população idosa? Como visualiza os direitos da população idosa nas últimas décadas. Falando um pouco da Gerontologia Social, pode nos contar como ela vêm contribuindo para as políticas sociais?

A gerontologia vê a velhice como uma etapa natural do ciclo de vida e, muito embora reconheça a existência de perdas que dificultam a qualidade de vida, reconhece a possibilidade de um ajustamento satisfatório. O tempo da velhice muito depende das etapas de vida anteriores.

As sociedades atuais estabeleceram para cada idade uma função social: para a juventude o aprendizado da cultura e a preparação para o trabalho. Para idade adulta e maturidade, o trabalho. Para a velhice a aposentadoria.

Nas sociedades pré-industriais, existiam apenas dois segmentos de idade considerados: a infância e a idade adulta. Com a modernização dos sistemas escolares que objetivavam a preparação do indivíduo para uma profissão, se criou uma idade intermediária entre a infância e a idade adulta, a adolescência. A infância é o período de aprendizado da cultura coletiva, da história do seu grupo, e dos elementos essenciais de educação

A adolescência o período receber uma formação escolar com o objetivo de conduzir ao exercício de uma profissão. Então, a adolescência, como idade, foi fruto da modificação e modernização dos sistemas de ensino.

A velhice passou a existir como idade social a partir do advento da aposentadoria porque nas sociedades anteriores o indivíduo quando não podia mais trabalhar se ocupava de trabalhos domésticos, da educação das gerações mais jovens etc.

A velhice só foi entendida como um tempo social como quando surgiu a aposentadoria, que fez desse tempo o tempo da inatividade, portanto sem função social. A função social para a aposentadoria é praticamente nula. No meio meados do século passado, em função do crescimento significativo de populações de idosos nas sociedades desenvolvidas, foram iniciados os discursos referentes a ocupação do tempo livre, e as atividades de lazer como um instrumento para ocupação desse tempo.

Entretanto, o lazer não tem a mesma relevância de significação social que tem o trabalho. É muito bom para quem o pratica, mas necessariamente não tem grande respeito para a sociedade.

Estabelecer um espaço social para a velhice, ou melhor, uma função socialmente produtiva para a velhice, é como se pode reverter essa situação. Em todas as comuni-

dades existe um universo de tarefas e de serviços na linha da cultura, da ação política, de trabalhos sociais voluntários etc., que podem ser exercidas pelos velhos.

Em cidades menores, os jovens acabam saindo de lá em função do estudo ou de melhores oportunidades de trabalho. No entanto, existe um número significativo de pessoas aposentadas, preparadas pela experiência e com o tempo livre, que podem ser mobilizadas para assumir uma série de tarefas.

No Brasil, sociedade rica em desigualdades sociais, viver é acumular déficits. Quem chega a velhice com um saldo elevado de déficits terá pouca chance de ser bem sucedido.

A maior visibilidade conquistada pelos idosos, fruto da maior participação social, resultou no reconhecimento como grupo etário, que tem direito a atenção e atendimento de algumas necessidades específicas. Entretanto, me parece que ainda não são reconhecidos como grupo social, tendo em vista que carecem de alguns direitos fundamentais de cidadania, como renda digna, segurança, assistência à saúde e acesso a uma vida socialmente produtiva.

Reconhecer direitos não basta, é necessário proporcioná-los

Cerca de 70 % da população brasileira sobrevive com aposentadorias entre 1 e 3 salários mínimo. As aposentadorias não são reajustadas de acordo com o custo de vida e ao longo do tempo o valor vai sendo reduzido, comparativamente ao tempo em que você se aposentou. Quanto mais você vive na condição de aposentado mais empobrece. Por mais que se discuta essa questão, o discurso do governo é sempre o mesmo: de que não há a menor possibilidade de requalificar os salários.

Como manter a qualidade de vida quando não se tem qualidade de renda, sobretudo num país onde não existem serviços a baixo custo para os idosos e aposentados. O indivíduo tem, com seu baixo salário, de fazer face a todos os serviços pelo preço de mercado e isso não é possível.

Boa parte da população idosa brasileira teve um avanço no sentido de romper com o sentimento do auto preconceito com relação à sua idade.. A sociedade brasileira foi tão abusiva na reprodução de preconceitos com relação à idade que fez com que os cidadãos que envelheciam fossem assumindo as imagens negativas da velhice, no sentido de não ver nessa idade nenhum aspecto positivo e somente deficiências. Então a idade passou a ser um símbolo de inutilidade, de decadência, de vazio. A baixa auto-estima do velho em função das limitações naturais que da idade avançada, aliada falta de oportunidades de participação social oferecidas pelas comunidades fazia da velhice uma época absolutamente insuportável. Muitos idosos viviam isolados por não reconhecerem em si alguma competência, ou possibilidade de participação.

Isto mudou. Os programas e ações produzidos modificaram, para o indivíduo que está envelhecendo, a sua compreensão de velhice.

Hoje, é comum ver pessoas idosas, inclusive algumas com muita idade, participando de diversas atividades culturais, de movimentos políticos de reivindicação e contestação. Por outro lado a sociedade reconhece a existência desse grupo e seus direitos. A isso eu chamo de visibilidade.

Hoje, a velhice na sociedade brasileira ganhou grande visibilidade que alterou o comportamento tanto dos idosos como da sociedade. Os velhos são mais felizes porque são mais participantes, são mais confiantes nas possibilidades de vida, independentemente da idade e das dificuldades e limitações que a idade possa trazer. Quanto a sociedade, o discurso é de reconhecimento dos direitos, mas na prática pouco acontece.

Cabe ressaltar que muitos idosos brasileiros ainda vivem totalmente excluídos, sem possibilidades de um convívio social produtivo, isolados e pobres, dependendo da caridade de instituições sociais ou de pessoas alheias.

O futuro é preocupante especialmente em tempo de crise econômica. Os baixos salários de aposentadoria e a constante inflação, determinam a perda da autonomia financeira e dependência dos filhos adultos ou de outros. As dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a insegurança, a violência, as reduzidas oportunidades de participação , fazem da velhice um tempo de constrangimento e isolamento social.

Ainda há muito para ser feito. Os idosos merecem receber da sociedade seu merecido crédito e a sociedade deve quitar seu débito com esse grupo etário.

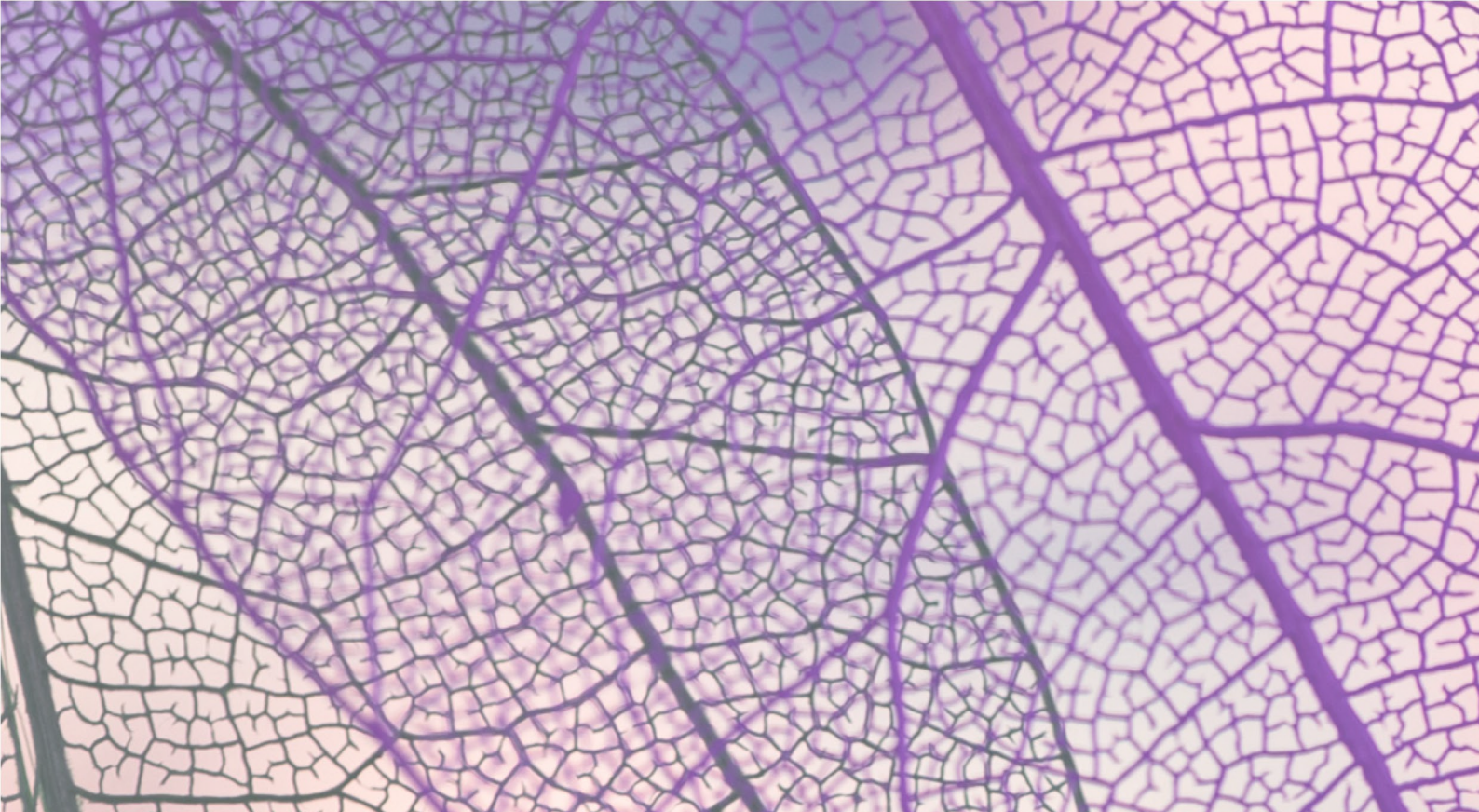
SUMÁRIO

Apresentação	4
Prefácio	6
Sobre os Autores e Autoras	10
Diálogos com o Mestre Marcelo Antônio Salgado	22
Seção 1 - Proteção Social, Velhices e Políticas Sociais	32
Capítulo 1	33
A vida na Residência Assistida: um novo começo?	
Nadir Aparecida Menezes	
Sandra Patrícia Custódio Baptista Elvas	
Maria Luisa Trindade Bestetti	
DOI 10.29327/522412.1-1	
Capítulo 2	46
Os direitos dos idosos no sistema de proteção social do Brasil e da cidade de Teresina-Piauí	
Juciara de Lima Linhares Cunha	
Maria do Rosário de Fátima e Silva	
DOI 10.29327/522412.1-2	
Capítulo 3	59
Quando a (des)atenção à saúde dos trabalhadores do SUAS afeta a atuação junto à pessoa idosa	
Claudia Regina Magnabosco-Martins	
Gláucia Miranda	
Talita Baldin	
DOI 10.29327/522412.1-3	
Capítulo 4	73
Violência contra as pessoas idosas no Brasil a partir das denúncias do Disque 100: avaliação e principais resultados	
Rodrigo Caetano Arantes	
Marcos Antônio Nunes	
Michelle Bertóglcio Clos	
Walquíria Cristina Batista Alves	
DOI 10.29327/522412.1-4	
Capítulo 5	89
Afasia e (na) velhice: Sobre perdas, aquisições e recursos sociais protetivos	
Suzana Carielo da Fonseca	
Maria Francisca Lier-De Vitto	
Christiana Carielo Fonseca de Freitas	
DOI 10.29327/522412.1-5	
Capítulo 6	103
Centro Dia para idosos uma alternativa de cuidado à pessoa idosa, família e comunidade	
Tatiane Andrade Alvarez	
Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez	
Henrique Salmazo da Silva	
DOI 10.29327/522412.1-6	

Capítulo 7	114
Políticas Públicas para pessoas idosas com demências: contribuições e desafios da Associação Brasileira de Alzheimer	
Walquíria Cristina Batista Alves	
Michelle Bertóglcio Clos	
Tânia Maria de Oliva Menezes	
Silvana Poltronieri Lamers	
Rodrigo Caetano Arantes	
Luiz Sinésio Silva Neto	
Neila Barbosa Osório	
DOI 10.29327/522412.1-7	
Capítulo 8	127
Contrarreforma da Seguridade Social no Brasil e as suas implicações para as pessoas idosas: Destaque às políticas de Previdência e Assistência Social	
Albamaría P. de C. Abigalil	
DOI 10.29327/522412.1-8	
Capítulo 9	147
A inclusão do idoso com demência nos serviços de saúde e assistência social: uma escuta para a fala	
Juliana Marcolino-Galli	
Michelly Daiane de Souza Gaspar Cordeiro	
Denis Cezar Musial	
DOI 10.29327/522412.1-9	
Capítulo 10	162
Rede de Suporte Social e Envelhecimento: desafio para as Políticas Públicas	
Marisa Accioly	
Andrezza Santos	
DOI 10.29327/522412.1-10	
Capítulo 11	168
Vitamina D e exercícios físicos para idosos – questão de saúde pública.	
Neide Alessandra Périgo Nascimento	
DOI 10.29327/522412.1-11	
Seção 2 - Cuidados de Longa Duração e Instituições de Longa Permanência.....	180
Capítulo 12	181
A Importância da Coordenação de Serviços Sociais e de Saúde nos Cuidados de Longa Duração: A Experiência dos Estados Unidos	
Lycia Tramuja Vasconcellos Neumann	
DOI 10.29327/522412.1-12	
Capítulo 13	199
Fatores que interferem nos fazeres de idosos institucionalizados	
Maria Amelia Ximenes	
Beltrina Côrte	
DOI 10.29327/522412.1-13	
Capítulo 14	211
Rede de apoio como elemento de políticas sociais de cuidado de longa duração ao idoso	
Rosamaria Rodrigues Garcia	
Helena Akemi Wada Watanabe	
DOI 10.29327/522412.1-14	

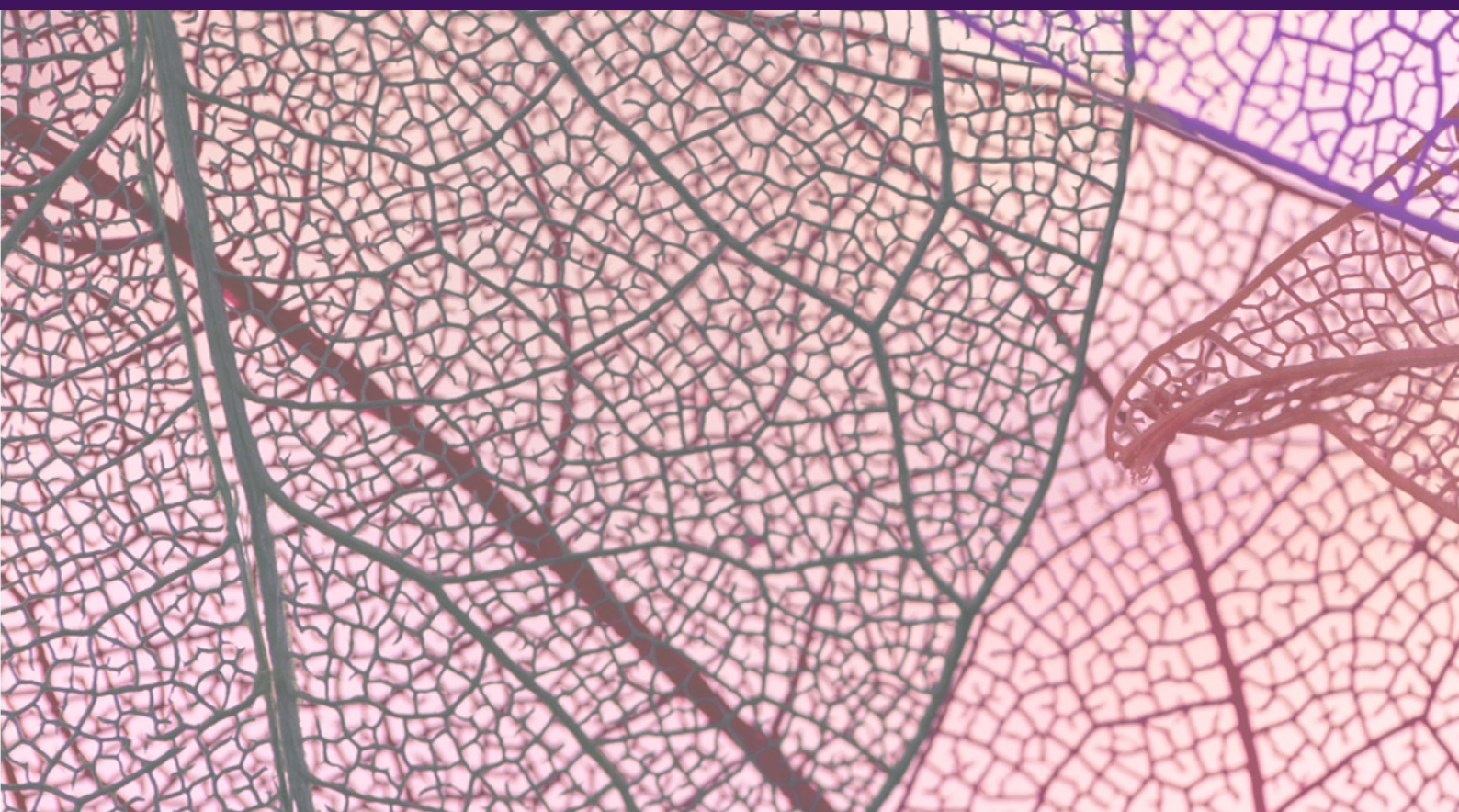
Capítulo 15	238
Apontamentos sobre os motivos da institucionalização de idosos: relato de caso	
Laís Fernanda de Oliveira Golinski	
Juliana Marcolino-Galli	
Fernanda Rocha	
Fabio R. Ledesma	
DOI 10.29327/522412.1-15	
Capítulo 16	253
Envelhecimento com dependência Cuidados e cuidadores de idosos	
Arlete Camargo de Melo Salimene	
Thuam Silva Rodrigues	
Bernadete de Oliveira	
DOI 10.29327/522412.1-16	
Capítulo 17	259
O amor está no lar: relato sobre casamentos na instituição de longa permanência para idosos	
Talbian Raony Prybycz	
Juliana Marcolino-Galli	
Denis Cezar Musial	
Fernanda Rocha	
DOI 10.29327/522412.1-17	
Seção 3 - Serviço Social, Velhices e Políticas Sociais	269
Capítulo 18	270
A política habitacional: Uma breve reflexão sobre a questão habitacional para a população idosa no Brasil	
Claudia Barrozo Ferreira	
Cristina Gomes Baltazar	
DOI 10.29327/522412.1-18	
Capítulo 19	284
Instituição de Longa Permanência para idosos: relato de experiência e apontamentos sobre o processo de trabalho do Serviço Social	
Ozilda Antunes Gomes	
Denis Cezar Musial	
Áurea Eleotério Soares Barroso	
DOI 10.29327/522412.1-19	
Capítulo 20	300
Velhices e Serviço Social	
Sara Nigri Goldman	
DOI 10.29327/522412.1-20	
Seção 4 - Velhices contemporâneas	310
Capítulo 21	311
Envelhecer no século XXI no Brasil: conquistas, desafios e perspectivas	
Maria do Rosário de Fátima e Silva	
DOI 10.29327/522412.1-21	
Capítulo 22	322
HUMANIZAR: uma medida de atenção e proteção a pessoa idosa em tempos de coronavírus	
Neila Barbosa Osório	
Luiz Sinésio Silva Neto	
Soely Kunz Cericatto	
DOI 10.29327/522412.1-22	

Capítulo 23	333
A importância das atividades de lazer para idosos longevos: Uma revisão integrativa de literatura	
Ana Carolina Cunha	
Carolina Polloni de Donato	
Anny Caroline Dedicação	
DOI 10.29327/522412.1-23	
Capítulo 24	345
Direitos Humanos e pessoa idosa: por uma convenção que proteja	
Jurilza Maria Barros de Mendonça	
DOI 10.29327/522412.1-24	
Capítulo 25	357
As Concepções de Velhice e Envelhecimento na “Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos”	
Juliana Mariño	
Fernando Berriel	
Ruth Gelehrter da Costa Lopes	
DOI 10.29327/522412.1-25	
Capítulo 26	368
Ciberespaço, <i>facebook</i> , <i>youtube</i> , redes sociais..... navegar é preciso!	
Celina Dias Azevedo	
DOI 10.29327/522412.1-26	
Capítulo 27	377
Familismo, Velhice e Desigualdade de Gênero	
Marilia Anselmo Viana Berzins	
DOI 10.29327/522412.1-27	
Ensaio final do livro “Políticas Sociais e Gerontologia: diálogos contemporâneos” da Associação Brasileira de Gerontologia.....	389
Evany Bettine de Almeida	
Thais Bento Lima da Silva	



Seção 1

Proteção Social, Velhices e Políticas Sociais



A vida na Residência Assistida: um novo começo?



Nadir Aparecida Menezes

Sandra Patrícia Custódio Baptista Elvas

Maria Luisa Trindade Bestetti

Considerações iniciais

A crescente população idosa em todo o mundo é consequência do aumento da longevidade e da queda da natalidade, o que determina uma significativa mudança no perfil demográfico em todos os continentes. No Brasil, de acordo com dados do IBGE¹, em 2018 o percentual da população com 65 anos ou mais de idade era de 9,2% (19,2 milhões), sendo que os brasileiros de 80 anos ou mais representavam cerca de 1,96% da população brasileira, composta por aproximadamente 208 milhões de habitantes. Já em Portugal, o EUROSTAT² indica que, em 2018, 21,5% da população em Portugal tinha 65 ou mais anos, sendo o terceiro valor mais elevado da UE28 (19,7%), sendo que os portugueses com idade a partir de 80 anos representavam já 6,3% da popula-

ção portuguesa, sendo superior à média da UE28 (5,6%).

As projeções do IBGE, no entanto, estimam que no Brasil a proporção de idosos para 2060 poderá chegar a 25,5% (58,2 milhões de idosos). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística – INE (2014), a população portuguesa tenderá a diminuir de 10,5 milhões de pessoas, em 2012, para 8,6 milhões de pessoas, em 2060. Ou seja, buscar estratégias de moradia adequada para essa população já é uma realidade para Portugal e uma necessidade urgente para o Brasil, país ainda com uma população jovem e ativa que se encaminha para o aumento expressivo da longevidade. As reflexões sobre os atuais modelos de moradias institucionais têm demonstrado que faltam alternativas às diferentes demandas, especialmente considerando o preconceito que se reafirma quando as opções continuam repetindo os antigos asilos, lugares de tristeza e solidão.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no Brasil, assim como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) em Portugal, são equipamen-

1 https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/78b962ace2419a967d57add41377397.pdf

2 <https://ec.europa.eu/eurostat/371>

tos com assistência integral. Ao longo da história, a família sempre foi responsável por prover o cuidado com a pessoa idosa, sendo esse um dever ético incorporado na cultura brasileira. Para Araújo e colaboradores (2010:257), a impossibilidade ou na falta da família “as instituições asilares constituem a modalidade mais antiga e universal de atenção ao idoso fora da família”. No entanto, esse modelo supria as necessidades de amparo, moradia, alimentação, higiene, mas ao mesmo tempo levava à segregação, inércia, improdutividade, bem como à falta do convívio com a comunidade do entorno (ARAÚJO, SOUZA & FARO, 2010). Esses antigos equipamentos de assistência social eram estruturas suportadas por organizações religiosas, que surgiram no Brasil nos idos de 1800, destinadas a acolher pessoas desamparadas, pobres, doentes, loucos, crianças abandonadas e velhos com necessidade de abrigo, sendo instituições que carregavam em sua essência a caridade (ARAÚJO, SOUZA & FARO, 2010).

No Brasil, em 2003 foi ‘instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”, a qual destina o capítulo II especificamente para regular as Entidades de Atendimento ao Idoso (BRASIL, 2003). A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, entendendo que as moradias institucionais para idosos exercem uma função híbrida, sugeriu a nomenclatura Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI – aos antigos asilos, junto ao novo conceito de atenção (CAMARANO, 2010). Com essa denominação adotada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, estabeleceu um regulamento técnico em que ILPIs são definidas como “Instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (BRASIL, 2005). Esse regulamento técnico tem como objetivo “estabelecer o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos” e garantir que os direitos dos idosos sejam respeitados (BRASIL, 2005).

Os asilos emergem em Portugal nos anos de 1800 com a finalidade de retirar os mendigos e indigentes da rua, deste modo as pessoas idosas eram enviadas para asilos geridos por congregações religiosas, atribuindo-lhes o estatuto de indigentes e dependentes (VELOSO, 2005). O Instituto de Segurança Social cria o manual de processos chave da estrutura residencial para idosos em 2007, que visa orientar a atuação dos profissionais através da implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade. Define a Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas – ERPI – como uma resposta de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente. Visa proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas e estimular o envelhecimento ativo, criando as condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar, potencializando a integração social (ISS, 2017). O Ministério da Solidariedade e da Segurança Social criou a Portaria n.º 67/2012, 1.ª série — N.º 58 — 21 de março de 2012, em substituição ao Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro. A Portaria de 2012 define as condições de organização, funcionamento e instalação das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, de modo a uniformizar a atuação em ERPI.

Políticas públicas de assistência social são importantes meios de garantir o envelhecimento no lugar – *aging in place*, definido como “a capacidade do indivíduo de permanecer em sua casa e/ou comunidade de forma segura e confortável, atendendo suas necessidades e preservando sua autonomia e independência pelo maior tempo possível” (NASCIMENTO, 2019). A crescente necessidade de assistência para manutenção da qualidade de vida de idosos que são encaminhados para moradias institucionais, tem estimulado o desenvolvimento de outras estratégias que permitam a permanência dos indivíduos em sua própria casa, desde que haja autonomia e riscos mínimos para essa condição.

Segundo Gusdal e colaboradores (2020), Estados Unidos e Austrália, além de países europeus e asiáticos, têm investido na promoção da saúde, autonomia e independência da pessoa idosa, visando a diminuir a sobrecarga dos serviços de saúde e permitindo que permaneçam em seu lar. O Programa de Acompanhantes de Idosos – PAI, no Brasil, assim como o Serviço de Assistência Domiciliar – SAD, em Portugal, são estratégias que permitem a supervisão de idosos que vivem sós ou sob os cuidados de outros idosos, mesmo morando com familiares mais jovens que trabalham e se ausentam em longos períodos do dia. Quando as condições de vida desses indivíduos apresentam riscos à saúde, seja em relação a doenças, quedas ou solidão, o encaminhamento para cuidados profissionais se torna imprescindível.

Os profissionais que trabalham em ILPI e em ERPI promovem o bem-estar das pessoas idosas. Assim, os assistentes sociais devem atuar para a satisfação de necessidades humanas específicas, tendo sempre como pano de fundo a garantia dos direitos humanos e a efetivação da proteção social. Atuam numa sociedade repleta de incertezas e inseguranças, confrontando-se diariamente com a necessidade de construir respostas a questões concretas e vendo-se confrontados com a tomada de decisão. Nesse cenário, várias competências são colocadas em ação, requerendo um conhecimento especializado. Diversos modelos de intervenção são correlacionados e invocados para a compreensão, análise e diagnóstico da realidade social de cada pessoa e, nessa lógica convocam-se diversas perspectivas: sistêmica e ecológica, humanista, da continuidade e das forças. Portanto, a atuação fundamenta-se numa abordagem que contextualiza a intervenção na pessoa com o seu meio, as suas relações e transições, conhecendo a realidade pela estruturação do sistema na complexidade das interações (LUZ, 2018).

Ancorada aos princípios e fundamentos do Serviço Social, a intervenção convoca o modelo humanista e baseia-se na compreensão da pessoa como um todo (fatores físicos, emocionais e ideológicos), e não na soma das partes (VISCARRET, 2012). A pessoa constrói-se na interação com os outros. O Serviço Social humanista tem uma atuação coletiva envolvendo os diversos atores, compreendendo as relações e a forma como o processo de ajuda deve ser relacional, entre os profissionais, as pessoas e as comunidades (PAYNE, 2011). A intervenção gerontológica possibilita uma atuação sistêmica, através da “[...] interação entre os diferentes sistemas sociais como um contributo importante para o bem-estar das pessoas e da comunidade” (OLIVEIRA, 2016:112:113). Nessa intervenção sistêmica,

o construto social adaptativo e evolutivo relaciona-se numa vertente ecológica, permitindo valorizar a intervenção e os sistemas onde as pessoas estão inseridas.

O modelo ecológico foca na transição entre a pessoa e o seu meio num contexto complexo, onde essa pessoa vai evoluindo e adaptando-se através de transações, envolvendo todos os elementos e moldando-se mutuamente (GITTERMAN & GERMAIN, 2017). Essa simbiose entre as pessoas e o meio ambiente obriga a intervenção do assistente social nas transições que não se configuram linearmente, requerendo que “fortaleça as capacidades adaptativas dos indivíduos e influenciar os seus ambientes para que as transições sejam mais adaptativas” (OLIVEIRA, 2016:116). A teoria da continuidade estabelece uma relação de empatia, ouvindo a pessoa contar a sua história, escutando ativamente. A perspectiva da continuidade permite “articular melhor, o sentido das mudanças na idade avançada” (LUZ, 2018:93). A intervenção do Serviço Social requer um conhecimento sobre velhice e envelhecimento, no respeito à dignidade e à história de vida de cada pessoa idosa, na construção das relações sociais, nas relações de inclusão e exclusão inseridas nas suas dinâmicas multidimensionais, que lhes conferem um papel mais ativo ou mais inativo na continuidade do seu processo de envelhecimento.

Para a pesquisa intitulada “Alternativas de moradia na velhice: conhecendo a experiência portuguesa para inovar em modelos institucionais adequados à cultura brasileira”, com suporte da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP e aprovada pelo processo de ética nº 20748619.4.0000.5390 em 08/10/2019, foram visitadas sete estruturas residenciais para pessoas idosas na região de Lisboa, com o objetivo de coletar as percepções dos moradores sobre a ambiência nessas moradias. Foram seis Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas – ERPI – e uma Residência Assistida, sobre a qual relatamos a experiência a partir de agora.

A experiência em Portugal

O Brasil apresenta uma demanda crescente por moradias institucionais para idosos adequadas às dinâmicas mudanças da sociedade. Sendo fenômeno recente nessa realidade, o aperfeiçoamento depende de propostas inovadoras. A experiência de Portugal, país que mantém uma cultura semelhante à brasileira e absorve iniciativas de vanguarda de outros países europeus, pode oferecer resultados significativos para o desenvolvimento de novos modelos para residenciais coletivos, transformando positivamente essa realidade.

A pesquisa, realizada de outubro de 2019 a janeiro de 2020 na região de Lisboa, visou ao desenvolvimento de parâmetros de projetos para moradias assistidas destinadas a idosos no Brasil. Foi estabelecido como objetivo principal a investigação de elementos que apresentassem inovação de modo a fundamentar a criação de um novo conceito de empreendimento, já que vemos no Brasil a abertura de novos, mas ainda sem mudanças

significativas em relação ao que conhecemos como a tradicional Instituição de Longa Permanência para Idosos. Também pretendeu demonstrar que o processo de projeto, do qual faz parte a concepção arquitetônica do lugar, depende da correta percepção das necessidades e desejos dos idosos moradores neste contexto social.

Utilizou-se o diário de campo para anotação de observações após a entrevista para o registro de informações relevantes, tanto nas reuniões com os gestores quanto nas entrevistas. O questionário fechado remete a situações objetivas sobre o ambiente físico e emocional da moradia e foi desenvolvido pela proponente, tendo sido utilizado anteriormente em três pesquisas e aperfeiçoado a cada novo momento ao qual é aplicado. A partir das anotações no diário de campo, obtidas com o questionário de ambiência, foram selecionadas as que melhor complementam os resultados quantitativos gerados por esse instrumento. As entrevistas abertas com roteiro semiestruturado foram gravadas para transcrição das falas, com roteiro composto por questões que provocaram o entrevistado a apontar motivos pelos quais prefere determinados espaços em detrimento de outros. Os dados foram categorizados em VANTAGENS, BARREIRAS e SUGESTÕES, após o que foram definidas as subcategorias pelos termos emergidos das falas.

Conhecer em profundidade as experiências portuguesas serviu como reflexão e sugestão para propor soluções compatíveis com as necessidades de empreendedores, moradores, familiares e colaboradores, a partir de modelos desejáveis, viáveis e sustentáveis. A pesquisa gerou muitos dados que podem ser melhor explorados para outras perspectivas, tais como analisar as plantas dos locais para avaliar se as percepções dos entrevistados apontam questões que incidam diretamente na configuração dos espaços, incluindo dimensões, aberturas, programa e outros aspectos relacionados. Neste capítulo, abordaremos as questões mais relevantes encontradas nas falas dos moradores da Residência Assistida do Bairro Padre Cruz, além de aspectos complementados pela experiência das autoras.

O caso da Residência Assistida Padre Cruz

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – SCML – é mais conhecida pela sua Ação Social e por assegurar a exploração dos Jogos Sociais do Estado em Portugal, mas desenvolve também um importante trabalho nas áreas da Saúde, Educação e Ensino, Cultura e Promoção da Qualidade de Vida. Intervém ainda no apoio e realização de atividades para a Inovação, Qualidade e Segurança na prestação de serviços, e na promoção de iniciativas no âmbito da Economia Social. Nasceu em 15 de agosto de 1498 em Lisboa, criada pela intervenção da Rainha D. Leonor, e com o total apoio do Rei D. Manuel I. Ao longo do tempo, foi sofrendo os ajustes impostos pelas condições econômicas e políticas de Portugal, mas sempre mantendo o foco nos princípios voltados à assistência aos mais vulneráveis³.

3 <http://www.scml.pt/>

A Residência Assistida Bairro Padre Cruz está localizada na zona de Carnide, em Lisboa, a partir de uma parceira da SCML com Câmara Municipal de Lisboa (CML). Faz parte de um centro intergeracional composto por Berçário, Creche, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Animação Sócio Educativa para Jovens e Espaço de Inclusão Digital, inaugurados em 2015, e Residência Assistida Bairro Padre Cruz, inaugurada em 2017. Pode abrigar até 36 moradores em 30 apartamentos (até 6 casais) sendo que o candidato deve ser capaz de manter a gestão da sua própria vida, realizando com autonomia as atividades de vida diária, a gestão da habitação e dos seus recursos económicos. A gestão do equipamento é de responsabilidade de uma profissional de Serviço Social, visto que o assistente social tem um papel fundamental na integração da pessoa, na convivência e laços relacionais da instituição, potenciando e mantendo a ligação da família, das pessoas de referência e da comunidade, tendo por base a humanização das respostas sociais e a garantia dos direitos humanos. A intervenção realizada convoca modelos de intervenção vocacionados para a promoção social e bem-estar, emergindo perspectivas de atuação humanista, sistêmica e ecológica, de continuidade e das forças, reforçando o empoderamento das pessoas e conferindo uma intervenção polissêmica com um diálogo interdependente e interrelacional (RESTREPO, 2003; VISCARRET, 2012; OLIVEIRA, 2016).

Residências assistidas são destinadas a pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, independentes e com autonomia para a gestão da sua vida. Esta resposta é desenvolvida em apartamentos individuais ou coletivos (casais), sendo que preconiza a liberdade, privacidade, participação, autonomia, a autodeterminação e boas relações de convivência, promovendo o bem-estar. Ao nível do terceiro setor, pretende responder a problemas habitacionais de maior vulnerabilidade, a questões relacionadas com o isolamento e a situações de vulnerabilidade social e económica. Sendo uma resposta dirigida a pessoas autônomas e independentes, tem na base da sua estratégia de intervenção fomentar e potencializar a participação dos residentes na tomada de decisão, onde a partilha e a adequação de quem usufrui e necessita dos serviços. Este modelo participativo permite que a residência seja vista como um espaço de todos, de responsabilidade coletiva e com relações de convivência que criam bem-estar. Deste modo, em uma comunidade de solidariedade o bem-estar coletivo se reflete no bem-estar individual. Como as normas e regras existentes são discutidas e colocadas em debate, os residentes têm um papel ativo, criando capital pessoal e social, sendo um fator que se reflete na forma como os residentes continuam a realizar e a vivenciar as suas relações na comunidade e a desempenhar a sua cidadania, dando continuidade ou formulando o seu projeto de vida.

Com base num modelo de gestão integrado e participativo, fomenta-se assim “a possibilidade de criação de capital social, através da valorização social e cultural, com o aumento da utilidade social a validação de saberes e vivências. A participação nas redes de sociabilidade, promove o aumento da autoestima... contribuindo para um bem-estar generalizado” (ELVAS, 2016:81). É importante realçar que esta estratégia de intervenção permite criar dinâmicas diferentes das convencionais e burocratizadas, assim como contribuir para a percepção da própria pessoa idosa sobre o seu envelhecimento, contribuindo

igualmente para uma desmistificação dos estereótipos relacionados ao envelhecimento e à velhice.

O empoderamento dos residentes pela participação, poder de decisão e validação de saberes, através da valorização pessoal e social, potencializa e empodera a própria resposta social, combatendo o estigma e o estereótipo da institucionalização. Reforça, assim, uma nova perspectiva do que é estar institucionalizado, provocando uma alteração de mentalidade através de evidências concretas e criando sinergias positivas perante novos contextos institucionais.

Um novo começo

Das quatro residências da SCML onde foram aplicadas as entrevistas, destaca-se o projeto da Residência Assistida no Bairro Padre Cruz, onde as unidades são ocupadas por idosos independentes e com seus pertences originais, sendo somente as bancadas da cozinha e do banheiro colocadas previamente. Nesse caso, compõe-se um apartamento completo, com sala integrada com cozinha, dormitório e um grande ambiente com instalações sanitárias e espaço para tratamento de roupas. Cada morador arrumou a seu gosto, com alguns limites quanto a furar paredes ou alterar a configuração original.

Foram entrevistados oito moradores, quatro homens e quatro mulheres, incluindo dois casais dentre os três que moram atualmente na Residência Assistida. As idades variam entre 67 e 88 anos e a maioria possui o equivalente ao ensino fundamental incompleto. Todos moravam no bairro Padre Cruz, em unidades habitacionais em situação de vulnerabilidade, sendo que houve uma inscrição inicial para a seleção dos moradores em 2017 privilegiando esses idosos, pretendendo-se manter os laços anteriormente adquiridos e o controle do ambiente conhecido, onde tinham as suas referências. Os apartamentos foram entregues com equipamentos básicos de cozinha e banheiro, além de armário embutido. O restante dos móveis e objetos foram levados pelos ocupantes, de modo a caracterizar seus ambientes domésticos de acordo com seus desejos e necessidades. Manter móveis e objetos pessoais trazidos da residência original é um modo de exercer agência, pois o indivíduo idoso é um agente de mudança na própria vida através desses comportamentos intencionais e proativos (WAHL et al., 2012). Para Hoof e colaboradores (2016), contatos sociais em ambientes agradáveis são sempre desejáveis, sendo que somente o quarto de dormir não define a sensação de lar, mesmo contendo objetos importantes como lembranças. A interação com outros ambientes proporciona oportunidades de interação e perspectivas de vida mais positivas.

Os critérios de seleção adotados envolveram aspectos tais como condição do imóvel onde habitavam, isolamento em função de viuvez ou separação, ausência de suporte familiar, entre outros. Família, segundo Menezes (2020), constitui um importante apoio às

pessoas idosas, em especial por questões morais e afetivas. A falta de preparo das famílias para enfrentar a fragilização e dependência do seu parente idoso faz com que haja uma alteração na dinâmica familiar, sendo a moradia institucional uma solução interessante para que não haja uma “solidão acompanhada” do idoso que permanece em casa, mas abandonado. Para Bonicenha (2019), a vida com familiares pode resultar em isolamento social, com riscos de diversos tipos de violência e abuso no ambiente doméstico. Por outro lado, viver só não é sempre sinal de abandono, pode ser uma opção, desde que não haja riscos de acidentes e com monitoramento para prevenção de declínios importantes. Levar objetos memoráveis permite a preservação de lembranças quando é feita a opção pela moradia institucional, representando grande valor para esses idosos (HOOF et al., 2016).

Nas entrevistas realizadas em janeiro de 2020, foi possível constatar uma significativa aprovação deste modelo de residência, em especial considerando o protagonismo estimulado neste contexto. Protagonismo refere-se à capacidade de um indivíduo se destacar nas suas ações e decisões, preservando a autonomia e demonstrando autoconfiança. Para Menezes (2020), o exercício do protagonismo garante a independência para favorecer autoestima e bem-estar subjetivo, com impactos positivos na qualidade de vida (MENEZES, 2020). Muitas mulheres idosas, em geral submetidas a relacionamentos autoritários ao longo da vida, quando passam a viver sós passam a ressignificá-la, assumindo novos papéis e abrindo-se a novas possibilidades que se colocam (BONICENHA, 2019). A maioria dos idosos sentem falta de liberdade ao seguir as regras impostas pela instituição, acentuando o sentimento de não estarem na própria casa, o que sugere a necessidade de soluções inovadoras que permitam a manutenção da identidade, autonomia e independência. É importante estimular a comunicação para que os idosos institucionalizados atuem como agentes participantes e proativos, colocando-os como protagonistas nos processos decisórios que afetam suas vidas (BRAGA et al., 2018).

A.V.S, homem, 77 anos: *“A paz, que eu não tinha, encontrei aqui... e a tranquilidade também... aqui no meu apartamento... porque vou pra todo o lado, não tenho problemas nenhuns... com ninguém (...) isto pra mim foi um... foi uma... como é que é dizer... foi uma bênção que veio do céu para mim...”*

Os participantes da pesquisa apontaram o desejo de liberdade, quer seja para decidir o momento de sair e voltar, ou mesmo para serem relaxadas certas regras que os obriga a mudar hábitos quando assumem seu lugar na moradia. Isso é reforçado na pesquisa de Hoof e colaboradores (2016), onde também foi indicado como importante ter algum grau de liberdade e poder fazer escolhas por si mesmos, mesmo que suas vidas ocorram dentro dos muros de uma moradia institucional. Na chamada proatividade ambiental, o indivíduo procura alterar seu meio para satisfazer suas necessidades (NASCIMENTO, 2019). Golant (2015) destaca ainda a importância dos influenciadores, aqueles que determinam as melhores decisões, responsabilidade transferida a familiares e outros atores sociais, formais ou informais, por idosos que neles confiam, reconhecendo suas vulnerabilidades para tomar decisões por conta própria. Ainda assim, por terem participado ativamente desse pro-

cesso, ou seja, exercido a agência, é menos provável que sintam uma sensação de eficácia reduzida ou perda de autonomia (GOLANT, 2015; WAHL et al., 2012).

M.J.C., mulher, 86 anos: *“Estamos à vontade e temos, como dizem, aquela qualidade de podermos estar, o que não me acontecia na outra casa onde estava... não tinha qualidade, qualidade de vida (...) ninguém imagina o que eu trabalhei pra poder... pra poder estar em condições de viver ali... por isso, olhe, eu comparo com a noite do dia...”*

Agência trata da habilidade que o indivíduo desenvolve para exercer o controle sobre seu contexto físico e social, envolvendo comportamentos proativos (NASCIMENTO, 2019; WAHL, IWARSSON e OSWALD, 2012). Segundo esses autores, na fase adulta o senso de agência é elevado, que decresce na velhice inicial em função de fatores tais como diminuição de capacidades e mudanças na vida social, alteração que se acentua com o tempo, aumentando a necessidade do senso de pertencimento. De acordo com Wahl e colaboradores (2012), os processos de agência incluem cognição e controle sobre o ambiente físico, tanto no sentido reativo quanto proativo do uso, relativos à adaptação e manutenção dos espaços criados, facilitando a compreensão do lugar vivido.

M.V.S.M., mulher, 76 anos: *“Eu digo sinceramente... desde que estou aqui, é o meu lugar ideal para mim... é o conforto da casa, a segurança... assim, com a idade que eu tenho, preciso disso!... e todas as pessoas dessa minha idade, meu Deus!... (encontrou aqui) encontrei... os cuidados numa altura que nós precisamos, não é?...”*

Segurança diz respeito à necessidade de criar estratégias de manutenção da atividade, assim como refere-se às condições emocionais para enfrentar condições adversas. A mudança para uma moradia institucional pode criar temores quanto ao reconhecimento do lugar, limitando ações proativas (REGNIER, 2018). Mas muitos moradores de apartamentos acessados somente por escadas têm a mobilidade restringida ao uso de cadeira de rodas, impedindo uma boa qualidade de vida (BONICENHA, 2019). Além disso, para Gawande (2014), viver mais e com saúde é uma dádiva, mas cria um constrangimento pela necessária assistência conforme ocorre o declínio, parecendo mais uma fraqueza do que o curso natural da vida. Afirma, ainda, que segurança e sobrevivência são metas fundamentais e não se tornam menos importantes quando há declínio de capacidades. Desse modo, as regras de muitas organizações baseiam-se no desejo de preservação, tornando-se uma prioridade em detrimento de outros aspectos importantes.

A.F.C.B., homem, 88 anos: *“Após o pequeno almoço vamos tomar café, conversamos ali um bocado, depois a gente recolhe e vai arranjar a vida do que tem a arranjar, à noite juntamos aqui também lá na sala e jogamos um bocado, que eu gosto muito de jogar (...) e pronto, e a gente se encontra aí... eu não tenho nada, nada a dizer mal de tudo aqui do ambiente, nada...”*

A noção de lar, novamente, manifesta-se nas entrevistas quanto ao sentimento de bem-estar, pois é caracterizado pela sua composição com objetos, em especial porque são carregados de significados e lembranças a partir do senso de pertencimento. O conforto

não é apenas algo físico, mas envolve questões sociais, psicológicas e sentimentais construídas nos relacionamentos, o que pode impactar quando há mudança para uma moradia institucional (BRAGA et al., 2016). Para Wahl e colaboradores (2012), pertencer incorpora aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais e físicos, sendo que a familiaridade se desenvolve ao longo do tempo. O idoso que passa a morar em um residencial coletivo precisa se reconhecer no espaço para habitá-lo, a partir da construção de um significado emergido dos vínculos com o lugar, dependendo da sua história para a criação do afeto (PEDROSO, 2018).

J.A.E.S.A., homem, 71 anos: *“É uma sala de estar, é a mais próxima... a gente faz o convívio ali, aquilo está considerado um refeitório, não é?... é ali que mais convive-se, que ri-se, que brinca-se, joga-se as cartas, faz-se o almoço, temos lá o equipamento...”*

Regnier (2018) afirma que as refeições determinam momentos importantes para todas as culturas, tendo o potencial de promover novas amizades e melhorar as conexões sociais. Para Bonicenha (2019), um ambiente social positivo não pode prescindir da participação ativa do idoso no ambiente institucional, quando limitações impostas através da contenção física do morador podem configurar atos de violência, mesmo que justificadas pela necessidade de preservação da integridade. Viver em moradias para idosos pode possibilitar interações com os pares, considerando que muitos perderam amigos íntimos e a vida com colegas facilita o compartilhamento de atividades, especialmente aquelas voltadas para atividades físicas adequadas ao corpo mais velho (REGNIER, 2018).

M.L.A.G.P.A., mulher, 68 anos: *“Na outra casa, sentia-me mais só porque a pessoa fica mais isolada (...) só temos a nossa casa, não é?... e aqui temos a possibilidade de ter convívio... e falar, isso é muito bom! (...) pra ter mais convivência porque a gente a morar nos prédios não temos a mesma convivência que temos aqui... é totalmente diferente...”*

Autonomia relaciona-se com preferências e necessidades para identificação dos elementos presentes em diferentes cenários (BLUYSSSEN, 2019). De acordo com Wahl e colaboradores (2012), os estudos de Lawton e Nahemow (1973) supõem que combinações únicas de competência pessoal e características ambientais determinam o nível ideal de funcionamento de um indivíduo. Desse modo, haverá continuidade e controle sobre rotinas, autocuidado e atividades importantes para cada indivíduo, visto que a capacidade do indivíduo deve ser combinada com a capacidade do ambiente (WAHL et al., 2012; REGNIER, 2018). Mas é preciso considerar a adaptação do ambiente doméstico para a manutenção da autonomia, embora situações desafiadoras possam causar estímulos positivos, desde que controladas para evitar acidentes. Regnier (2018) aponta o que chamou de “desamparo aprendido”, quando há assistência onde o próprio idoso pode fazer por si, contribuindo para a perda da força e da resiliência. A manutenção do controle sobre as próprias capacidades contribui para superar adversidades, já que indivíduos perseverantes desenvolvem capacidade de enfrentamento sem temer a experiência de novas estratégias para alcançar objetivos (GOLANT, 2015).

L.A.D., homem, 67 anos: *“Sinto-me bem, né?... são pessoas que dão-me um alento, não é?... vão me dando força, né?... que vou conversando com uma, outra, e daí... é uma maravilha! (...) há pessoas que vamos conversando, brincando, assim, não é?... fazendo umas graças aí... e vai ajudando...”*

Pertencimento significa o sentimento de estar conectado com o ambiente físico e com as relações sociais, visto que pertencer reflete situações positivas de conexão (WAHL et al., 2012; NASCIMENTO, 2019). Para Pallasmaa (2017), o ser humano é sensorial e corporal, ambos – sentidos e corpo – produzindo e armazenando conhecimento silencioso. A identidade cultural define a sensação de possuir raízes, sendo um intercâmbio entre o indivíduo e o lugar ao qual pertence. A busca por pertencimento aumenta conforme o tempo passa, razão pela qual idosos longevos buscam relações e ambientes que lhes transmitam segurança e significado, o que justifica a preferência por ambientes que tragam bem-estar e emoções positivas (WAHL et al., 2012; NASCIMENTO, 2019).

M.O.C.P., mulher, 87 anos: *“Sim, sim... (vizinhos) dou, muito bem até, muito bem... (atividades juntos) fizemos, conviver com os vizinhos é muito bom... também ao meu lado há outro casal, porque cá estamos em três casais... que é o que mora aqui mesmo ao meu lado, muito defronte àquela sala em que a gente se junta e então, o meu marido com o marido dela é... pronto!... (parceiros) muito...”*

Relações sociais positivas proporcionam bem-estar e qualidade de vida, com redução dos níveis de estresse, o que possibilita a melhora da capacidade cognitiva e outros benefícios para a satisfação com a vida e a felicidade (CHARLES e CARSTENSEN, 2010).

Conclusão

A Gerontologia estuda o envelhecimento de modo amplo e abrangente, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. O fenômeno crescente da longevidade traz maior urgência a soluções compatíveis com esse cenário, especialmente considerando o envelhecimento saudável, resultado de avanços científicos e mudanças de hábitos que acarretaram melhor qualidade de vida. Pela ótica da Gerontologia Ambiental percebe-se quão dinâmicas são as relações entre envelhecimento e ambiente ao considerar as dimensões de mudanças históricas, culturais, ecológicas, de arranjos sociais e familiares e de inovações tecnológicas (BATISTONI, 2014). Aspectos relativos ao ambiente construído e sua influência nas relações sociais e profissionais que se estabelecem trazem a hipótese de que será possível propor soluções inovadoras se houver parâmetros adequados para as necessidades contemporâneas. Este é o princípio da ambiência, que se refere ao espaço geométrico, mas também à qualidade do encontro entre os sujeitos nesse contexto (BESSETTI, 2014).

Foi possível observar que este modelo de residência apresenta uma solução muito bem avaliada pelos moradores entrevistados, alguns deles reticentes num primeiro momento, mas visivelmente conquistados pela proposta. É fato de que a interação social entre eles é um dos grandes motivos para a satisfação com a mudança, pois mesmo vindos do mesmo bairro, apenas ali encontram vez e voz para atividades coletivas em situação de conforto e segurança. Também sugerem que há satisfação dos familiares em função dessa condição, o que os torna ainda mais seguros para usufruírem a velhice com autonomia, independência e bem-estar.

Referências:

- ARAÚJO, C.L.O.; SOUZA, L.A.; FARO, A.C.M. Trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, V.2, p.250 – 262, 2010. Disponível em www.here.abennacional.org.br. Acessado em 24/04/2020.
- BATISTONI, S.S.T. Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 17, n. 3, Rio de Janeiro, 2014, p. 647-657.
- BESTETTI, M.L.T. Ambiência: espaço físico e comportamento. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 17, n. 3, Rio de Janeiro, 2014, p. 601–610.
- BLUYSSSEN, P.M. Towards an integrated analysis of the indoor environmental factors and its effects on occupants. *Intelligent Buildings International* (online), 2019.
- BONICENHA, R.C. Envelhecimento na Cidade: o caso da Vila dos Idosos. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Gestão do Território da UFABC, Santo André/SP, 2019.
- BRAGA, A.A., BESTETTI, M.L.T., & FRANCO, F.G.M. O Conforto na Ambiência de Idosos Moradores em Instituições de Longa Permanência. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(2), 327-347, São Paulo (SP), 2016.
- Brasil. Presidência da República (2003). Lei nº 10.741 de 1º/10/2003 – *Estatuto do Idoso*. Brasília-DF, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
- Brasil. Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC 283 – Regulamento Técnico para o Funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html
- CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. Bras. Estud. Popul.* [online], Rio de Janeiro-RJ, Brasil, vol.27, n.1, pp.232-235, 2010.
- CHARLES, S.T.; CARSTENSEN, L.L. Social and emotional aging. *Annu Rev Psychol*, v. 61, p. 383-409, 2010.
- ELVAS, S.P.C.B. Gestão Para a Autonomia da Pessoa Idosa Em Residências Assistidas. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Gestão de Unidades Sociais de Bem-Estar, Lisboa, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, 2016.
- GAWANDE, A. Mortais – nós, a medicina e o que realmente importa no final. Trad. Renata Telles. RJ, Editora Objetiva, 2014.

- GITTERMAN, A.; GERMAIN, C. Social Work Practice: A Life Model. The University of Chicago Press Journals, V. 50, Nº 4, 601-610, 2017.
- GOLANT, S. M. Residential Normalcy and the Enriched Coping Repertoires of Successfully Aging Older Adults. The Gerontologist, Vol. 55, No. 1, 70–82, 2015.
- GUSDAL, A.K.; JOHANSON, R.M.; ZANDER, V.; HEIDEKEN, P.V. Prerequisites for a healthy and independent life among older people: a Delphi study. Ageing & Society, p.1-17, 2020.
- HOOF, J.; JANSSEN, M.L.; HEESAKKERS, C.M.C., W. van KERSBERGEN, W.; SEVERIJNS, L.E.J.; WILLENS, L.A.G.; MARSTON, H. R.; JANSSEN, B.M.; NIEBOER, M.E. The Importance of Personal Possessions for the Development of a Sense of Home of Nursing Home Residents, Journal of Housing For the Elderly, 30:1, 35-51, 2016.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE. Projeções de População Residente 2012-2060. Lisboa-PT, Serviço de Comunicação e Imagem, 2014. In: 28ProjPopResidPortugal2012-2060.pdf
- INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL – ISS. Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas. Instituto da Segurança Social, I.P. V. 4.11, 1-15, 2017.
- LUZ, M.H.G.R.A. (2018). A economia social face ao desafio de uma solidariedade sustentável: a intervenção do Serviço Social ao nível da capacitação das organizações vocacionadas para a população idosa. Tese Doutoramento, Programa de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa, 2018.
- MENEZES, N.A. Ambiência em instituições de longa permanência para idosos (ILPI): percepções de moradores e familiares. Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Gerontologia, São Paulo, EACH USP, 2020.
- NASCIMENTO, M.A.S. *Studentification*: percepções de idosos acerca das mudanças sócio-físicas do bairro. Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Gerontologia, São Paulo, EACH USP, 2019.
- OLIVEIRA, A. A Teoria das Forças um referencial para a prática na intervenção social. Editora: Universidade Católica Editora, 2016.
- PALLASMAA, J. Habitar. São Paulo: Gustavo Gili, 2017.
- PAYNE, M. Humanistic Social Work. UK: Palgrave macmilan, 2011.
- PEDROSO, E.S.R. Intervalos do Apego – a relação afetiva entre o idoso e a moradia coletiva institucional no Brasil e em Portugal. Tese de Doutorado, RJ, UFRJ, 2018.
- REGNIER, V. Housing Design for an Increasingly Older Population. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2018.
- RESTREPO, L. V. O. Reconfigurando el trabajo social: perspectivas y tendencias contemporâneas. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2003.
- VELOSO, E. Políticas e contextos educativos para os idosos: um estudo sociológico numa Universidade da Terceira Idade em Portugal. Tese Doutoramento, Programa de Doutoramento em Educação, Braga, Universidade do Minho, 2005.
- VISCARETT, J. J. Modelos y Métodos de Intervención en Trabajo Social. Madrid: Alianza Editorial, 2012.
- WAHL, H.W.; IWARSSON, S.; OSWALD, F. Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. Gerontologist, v. 52, n. 3, p. 306-16, 2012.

Os direitos dos idosos no sistema de proteção social do Brasil e da cidade de Teresina-Piauí



Juciara de Lima Linhares Cunha

Maria do Rosário de Fátima e Silva

Introdução

O envelhecimento constitui um fenômeno mundial e uma conquista para a humanidade que, de um modo geral, deu-se em decorrência da diminuição nos níveis de natalidade e do avanço contínuo da ciência, contribuindo diretamente para melhorias nas áreas da medicina curativa e preventiva. Além disso, o envelhecimento decorre também das conquistas alcançadas com as políticas públicas na área social, proporcionando a população mudanças positivas nas condições de acesso aos serviços, programas e projetos implementados.

Nesse contexto, vários foram os avanços conquistados para e pelos idosos, no Brasil, a partir da regulamentação da Constituição Cidadã de 1988 que legitima os direitos da pessoa idosa em âmbito nacional e das demais leis aprovadas posteriormente, dentre elas destacam-se a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº. 8.742 de 1993, alteradas pelas leis nº 12.435, de

06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011; a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº. 8.842 de 1994 e o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.642 de 2003) que sintetizam, em nível legal, o avanço dos direitos da pessoa idosa desde então. Nesse sentido, este trabalho apresenta as reflexões teóricas realizadas por meio da pesquisa de mestrado sobre os “Direitos dos idosos na Proteção Social Básica em Teresina-PI no período de 2010 – 2016” desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas na Universidade Federal do Piauí (UFPI), que teve como objetivo de analisar os serviços de Proteção Social Básica (PSB) na cidade de Teresina-PI por meio das ações dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), tendo em vista a efetivação dos direitos dos idosos no período supracitado, período este posterior à aprovação da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, regulamentada em 2009. A metodologia tomou por base a abordagem qualitativa e o método crítico-dialético de Marx, envolvendo três momentos: a revisão bibliográfica, a análise documental e a pesquisa de campo. Esta última foi realizada em 6 (seis) Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e também no Centro de Apoio à Pessoa Idosa “Nossa Casa”, da Ação Social Arquidiocesana (ASA), localizados na cidade de Teresi-

na-PI. Assim, os sujeitos de pesquisa deste trabalho foram os idosos atendidos nesses Centros e mais os profissionais, tais como os técnicos de referência, orientador social, facilitador social e coordenador dos centros, responsáveis pelo planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e serviços realizados mais diretamente com o público idoso nessas instituições.

Para tanto, dialoga-se com os autores: Beauvoir (1990), Teixeira (2008), Figuerêdo (2009), Faleiros (2014), Debert (2012), dentre outros, com o intuito conhecer o sistema de proteção social dos idosos no Brasil, legitimados a partir da mobilização e organização de vários atores que abraçaram a bandeira de luta desse grupo etário, apontando algumas reflexões da realidade da cidade de Teresina na efetivação desses direitos.

A emergência do sistema de proteção social brasileiro

As primeiras instituições de Previdência Social no país remontam ao ano de 1923 quando a Lei Eloy Chaves, por meio do Decreto n.º 4.682, instituiu a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) destinadas aos trabalhadores do setor ferroviário. Segundo Teixeira (2007), essa lei representa o esboço da política previdenciária no país ao instituir que as CAPs - consideradas juridicamente sociedades civis - atendessem aos ferroviários que, naquela época, mostravam-se combativos e desempenhavam uma atividade de fundamental importância para a economia do Brasil. A partir do ano de 1926, esta lei passou a estender o regime das CAPs a outras categorias que na época eram consideradas política e economicamente importantes – são os portuários, marítimos, seguidos dos trabalhadores dos serviços telegráficos, radiográficos entre outros.

Na década de 30 foi promulgada a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934, ou simplesmente conhecida como Constituição de 1934. Ela foi a segunda constituição do Brasil no período da República e a terceira da história do país, estabelecida no fim do governo provisório de Getúlio Vargas (1930-1934), em que este após derrubar o presidente Washington Luís em 1930 com um golpe militar, efetiva seu governo como um autocrata. No que diz respeito à velhice, essa Constituição referia-se a essa etapa da vida dos indivíduos como “improdutiva” que dependia da ajuda e benemerência de instituições filantrópicas da época. Conforme Faleiros (2007, p. 40):

Somente haveria direito se pessoa tivesse sido inscrita na produção. Assim, os direitos da pessoa idosa foram inscritos da Constituição de 1934 (art.21, item h) como direitos trabalhistas, na implementação da previdência social a “favor da velhice”. Ao se tornar improdutivo, na era industrial, o sujeito passava a ser considerado velho, a partir do pressuposto de sua exclusão da esfera do trabalho, como operário. Ao trabalhador rural de então não foram reconhecidos direitos trabalhistas, pois ficava na esfera do “aluguel de mão-de-obra” sob a tutela de oligarquia rural.

A partir disso, pode-se dizer que desde os primórdios da história do Brasil os idosos eram tratados de forma marginalizada, pois eram considerados improdutivos e descartáveis pelo capital, tendo em vista que eram afastados do mundo laborativo por não serem mais rentáveis para o processo de produção. Seu valor estava vinculado a quantidade de horas trabalhadas e o percentual de lucros que sua produção poderia oferecer para seus patrões. Além de serem vistos de maneira negativa pelo patronato e pela sociedade, a eles restava, muitas vezes, apenas as ações das instâncias responsáveis pela realização de obras de caridade, tendo em vista que seus direitos eram restritos aos da esfera trabalhista.

É também durante os anos compreendidos entre 1930 e 1938 que a previdência, além de ter expandido a sua cobertura, passa a ser progressivamente alvo de interesse do Estado. Nesse período, além das CAPs são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) – constituídos autarquias, ou seja, instituições de responsabilidade do Estado. Os IAPs “eram financiados pelas contribuições de empregados e empregadores” e “se destinavam a cobertura dos riscos de incapacidade, velhice e morte, além de cobertura para os serviços de assistência médico-hospitalar” (FIGUEREDO, 2009, p. 36).

Segundo Faleiros (2018), a Constituição de 1946 não incorporou o conceito de seguridade social e os trabalhadores rurais permaneciam ainda excluídos, sendo assistido pelas ações de instituições filantrópicas. Ressalte-se que antes de 1930, a assistência destinada aos segmentos mais necessitados da sociedade, dentre eles crianças, mulheres e idosos, estava sob a responsabilidade das instituições de caráter filantrópica e religiosa. Um exemplo dessas instituições é a Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada no governo de Getúlio Vargas e que desenvolvia um trabalho de cunho assistencialista que negava o direito à cidadania e legitimava o patrimonialismo, o populismo e o paternalismo.

Conforme Faleiros (2018), em 1960 foi instituída Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Essa Lei estabelecia 35 anos de contribuição para se ter acesso a aposentadoria integral aos 55 anos de idade. Sendo importante ressaltar que grandes pressões sindicais conseguiram a aposentadoria por tempo de serviço em 1962 e essa aposentadoria não fixava limite de idade. Segundo Haddad (1986), a LOPS trouxe como avanços a garantia dos benefícios referentes a aposentadoria por velhice, por tempo de serviço e a aposentadoria especial, mas também pode-se perceber lacunas e incoerências no que diz respeito a exclusão dos trabalhadores rurais da Previdência Social, mesmo a lei instituindo que deveriam estar integrados todos aqueles que exercessem atividades remuneradas no país e, além disso, a garantia da continuidade da contribuição tripartite que envolve a participação do poder estatal, da classe dos empregadores e dos empregados.

Outro período marcante na história da previdência no Brasil tem como contexto político a Ditadura Militar, que se inicia no ano de 1964 e se prolonga até meados dos anos de 80. Embora se tenha convivido com um período de extrema repressão, de restrição da liberdade e de aprofundamento das desigualdades sociais em razão da grande concentração de renda, deve-se destacar que houve uma grande conquista nesse período no que diz

respeito à previdência social. Em se tratando das ações voltadas para os idosos, Carvalho (2007, p. 41) explica:

A questão da velhice no Brasil era tratada, até meados da década de 60, por uma abordagem assistencialista, através de ações de caráter asilar, com serviços de acolhimento, alimentação e tratamento de enfermidades. Aos idosos em melhores condições socioeconômicas que não necessitavam recorrer ao asilamento, não eram oferecidos programas ou serviços de qualquer natureza, organizados por governos ou comunidades.

Conforme Teixeira (2007), no ano de 1967 o seguro de acidentes de trabalho se juntou ao INPS. Quatro anos depois foi desenvolvido o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) e a Previdência Social passou a oferecer cobertura aos trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência do Trabalhador Rural (FUNRURAL). Segundo Sousa (2009), em 1971 o trabalhador rural passa a integrar o conjunto de segmentos profissionais atendidos pela previdência. Sendo assim, os trabalhadores do campo não precisariam contribuir para ter direito à aposentadoria por velhice e por invalidez, à pensão e ao auxílio-funeral. As empregadas domésticas passaram a ser contempladas em 1972 e no ano seguinte são incorporados os trabalhadores autônomos através da Lei 5.890. No ano de 1974 a partir da Lei 6.179 a Previdência Social beneficia os idosos carentes com idade superior a 70 anos e inválidos. Camarano (apud SOUSA, 2009) explica que a proteção social aos idosos que pagavam a previdência e que mantinham a condição de aposentados e pensionistas do INPS se dava através de ações preventivas e de tratamento médico aqueles idosos. Aqueles idosos em situação de abandono, debilitados tanto fisicamente quanto mentalmente, aos que não tinham família ou aqueles em que a família não tinha condições para prover sua subsistência restavam às ações de urgência/emergência na área da saúde e na área da assistência social eram assistidos pelas instituições caritativas. Dessa forma, a autora explica:

A primeira iniciativa do governo federal na prestação de assistência ao idoso ocorreu em 1974 e consistiu em ações preventivas realizadas em centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da sociedade civil, bem como de internação custodial dos aposentados e pensionistas do INPS a partir de 60 anos. [...] Outra iniciativa do governo federal em prol dos idosos carentes durante os anos 1970 foi a criação de dois tipos de benefícios não-contributivos: as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a Renda Mensal Vitalícia (RMV) para os necessitados urbanos e rurais. (CAMARANO, apud SOUSA, 2009. p. 133).

De acordo ainda com essa autora, em 1976 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criou a primeira política destinada a tender as necessidades da pessoa idosa em situação de vulnerabilidade social. Para isso tal política estabelecia como diretrizes básicas: a criação de um sistema de mobilização da própria comunidade que viesse a contribuir para que o idoso permanecesse ao lado de seus familiares; a definição de critérios para a concessão de subsídios as instituições que abrigam os gerontes; no que diz respeito a saúde, a política visava também a criação de serviços médicos voltados especificamente para os idosos, incluindo caso necessário o atendimento no próprio domicílio, além dessas

diretrizes se propôs também a reaver o sistema de previdência social e criar meios que pudessem preparar a pessoa que está envelhecendo para a aposentadoria. Foram diretrizes que não surtiram tanto efeito, pois reproduziam ações de caráter pontual e emergencial.

Conforme Borba e Silva (2011), as primeiras iniciativas realizadas por instituições privadas no Brasil voltadas para atender o público idoso, com vistas a proporcionar-lhes um envelhecimento ativo e saudável, datam de 1963, quando o Serviço Social do Comércio (SESC)¹, começou a desenvolver programas voltados exclusivamente para os idosos associados, ou seja, aqueles que já se encontravam afastados da prática laborativa. A instituição também oferecia serviços de caráter sociais e educativos nas áreas da saúde, da cultura, da educação, do lazer e da assistência social para as suas clientelas, dentre elas, os idosos. (CARVALHO, 2007).

O SESC criou um espaço para que os seus associados idosos pudessem desenvolver atividades de lazer para a ocupação do tempo. Nesse espaço, os grupos de aposentados se reuniam e tinham a oportunidade de conviver e se relacionar com pessoas da mesma e de outras gerações, de conversar, de trocar experiências, brincadeiras, eles realizavam atividades lúdicas ocupacionais, que incentivavam a sua socialização e a descoberta de novas habilidades, preenchendo assim seu tempo livre com práticas e relações saudáveis evitando o isolamento e a exclusão do idoso. (SESC, apud TEIXEIRA, 2007). Esse trabalho social realizado com os idosos era conhecido por Grupos de Convivência, que posteriormente passaram a ser denominados de Centros de Convivência.

Conforme Teixeira (2008), durante as décadas de 1980 e 1990 aprofundaram-se as discussões acerca do envelhecimento. Em 1982 aconteceu em Viena a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (AME) e nesse evento foi traçado o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento (PAME), cuja finalidade era incentivar e fornecer diretrizes para a formulação de políticas públicas voltadas para o segmento da população idosa, procurando dessa maneira, sensibilizar o poder público e organizações não governamentais para as questões relacionadas ao envelhecimento. Dentre os temas do plano, consta o aumento e a melhoria dos serviços sociais para idosos e nesse item, cabe destacar a necessidade do lazer para os idosos. Teixeira assim afirma:

Tal perspectiva implica uma nova imagem do envelhecimento como recurso para a sociedade e familiares, potencializando o idoso através de ações preventivas, educativas e de lazer de modo a torná-lo ativo e saudável por mais tempo, reduzindo os custos de um envelhecimento doente e marginalizado para o Estado, responsabilizando os idosos, sua família, a sociedade pela proteção social. (TEIXEIRA, 2008, 183).

1 De acordo com Carvalho (2007, p. 39) “O Serviço Social do Comércio – SESC é uma empresa privada, mantida pelos empresários do comércio de bens e serviços, voltada para o bem-estar social dos comerciantes. Possui o Departamento Nacional que é o órgão normativo que orienta os Departamentos Regionais presentes em todos os Estados Brasileiros, no desenvolvimento das atividades. As Unidades Operacionais são os centros de atividades localizadas em diversos municípios brasileiros que desenvolvem os Programas nas áreas da Assistência, Cultura, Educação, Lazer e Saúde, através de Atividades e Projetos”.

Segundo Miranda (2009, p. 35), a partir dos anos 80 do século XX, o Serviço Social do Comércio (SESC), atento às transformações da sociedade e em face das requisições desse “novo idoso”, após a comprovação da necessidade de atualização e reciclagem de conhecimentos, incentivou a criação das Escolas Abertas da Terceira Idade, para que os idosos pudessem obter condições satisfatórias para acompanhar as transformações políticas, econômicas e culturais em curso na sociedade capitalista contemporânea. Dessa maneira, esse “novo idoso” vem se contrapondo aos estereótipos e preconceitos vinculados à velhice e se colocando numa perspectiva de enfrentamento da sociabilidade hegemônica da sociedade capitalista e assume cada vez mais uma postura de atuação e participação. Assim, Borba e Silva (2011, s/n) esclarecem:

Ultimamente, em pleno século XXI, percebe-se que o perfil do idoso na sociedade vem sofrendo mudanças. Ele está mais integrado a atividades sociais, participando dos grupos de terceira idade que estimulam o papel do idoso como ser atuante. Esses grupos proporcionam ao idoso a possibilidade de auto realização, conquistando uma melhor qualidade de vida através do desenvolvimento de expectativas positivas para o futuro. A partir desses grupos, os idosos passaram a fazer parte de uma classe participativa onde cada componente é considerado uma pessoa socialmente atuante de acordo com as suas limitações.

O Brasil se insere nesse contexto no final dos anos de 1970 e início dos anos 1980, quando o cenário social, político e econômico que o país enfrentava, influenciou fortemente o surgimento dos movimentos sociais, voltados para a discussão da redemocratização do Brasil. Os mecanismos de controle democrático, nos anos 80, desenvolveram-se e foram propostos num contexto de ascensão da sociedade civil a partir da efervescência dos movimentos populares, no bojo do processo constituinte e pós-promulgação da Carta Magna de 1988. Esta trouxe avanços e conquistas para o conjunto da população a partir do momento que institucionalizou um Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS) que propunha um conjunto de políticas públicas capazes de assegurar aos cidadãos brasileiros seus direitos, ampliando-se a cobertura dos riscos sociais, via as ações do poder estatal.

O SBPS representa um marco importante na regulamentação dos direitos sociais e na ampliação da cidadania no país, pois garante por meio das leis, a oferta de serviços, a implementação de planos, programas, projetos capazes de minimizar situações de vulnerabilidade e riscos sociais para todos, seja por estar afastado do mundo laborativo, seja por não ter familiares para arcar com os custos de sua subsistência, seja porque ele próprio não tem recursos financeiros suficientes para a sua sobrevivência.

Nessa perspectiva, o Estado procura responder a essas situações a partir de políticas específicas que não estão organizadas de maneira estruturada, planejada, interligada umas com as outras, o que pode comprometer a efetividade dessas ações. Pensando-se nisso, como o poder estatal poderia intervir? O ideal seria construir um conjunto articulado de ações de modo que as políticas pudessem ser mais abrangentes e transversais, para que pudesse resolver os problemas dos indivíduos de modo amplo e não de maneira paliativa. Contudo, mesmo diante das dificuldades enfrentadas pelo Estado para efetivar tais

direitos, via políticas públicas, não se pode negar que foi apenas a partir da CF/88 e das leis daí advindas que o povo brasileiro conquista seus direitos e luta para que esses sejam implementados e respeitados em seu cotidiano.

A sociedade civil desponta e ganha força desde os anos 80 do século XX, com a emergência de uma pluralidade de atores sociais que lutam pela legitimação dos seus direitos. Nessa perspectiva, emerge o movimento dos idosos aposentados e pensionistas que passam a lutar e reivindicar pela legitimação dos princípios constitucionais, pelo respeito e pela garantia de condições de vida mais dignas, fato este que traduz uma nova imagem da pessoa idosa, mostrando-se mais atuante e propositiva. Assim, o idoso passa a ser considerado sujeito de direitos, e pressiona o Estado para que este ofereça-lhes os mecanismos necessários a efetivação e ampliação de sua cidadania. Nessa perspectiva, é importante destacar que:

Logo a partir de 1984, com a Nova República, vem a possibilidade da formação da Assembleia Nacional Constituinte, que resultou na Constituição Cidadã de 1988, na qual o segmento idoso é reconhecido e tem seus primeiros direitos sociais assegurados. Nesse momento, os idosos já se colocam como um grupo crescente e, particularmente pelos aposentados, pressionam, ouvem e se fazem ouvir, começam a discutir sua situação, os espaços de participação, o reconhecimento de seu valor. Enfim, buscam, junto com os profissionais das poucas instituições públicas e privadas que objetivavam atender as suas necessidades, a implantação pelos governos das recomendações contidas nas agendas internacionais. (RAUTH; PY, 2016, p. 51)

É no contexto do rápido crescimento do segmento da população idosa, que se traz grandes desafios para o Estado e para a sociedade brasileira como um todo, no sentido de considerar cada vez mais o conjunto de demandas e necessidades sociais provenientes dessa população com ações, serviços e programas que garantam os seus direitos sociais e culturais e que as políticas destinadas à essa população ganham evidência.

A Constituição Federal de 1988 e as medidas de proteção social

A Constituição de 1988 expressa a consolidação da democracia, depois de um longo período de autoritarismo vivido com a Ditadura Militar e inaugurou no país um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social. Segundo o seu art. 194 esta compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Nesse sentido, de acordo com o texto constitucional, os idosos são atendidos de forma integral e tais ações contribuem para a efetivação da cidadania da pessoa idosa via as políticas públicas que lhes assegurem viver dignamente, sendo amparados nos termos da lei brasileira. Assim, pode-se dizer que vários foram os avanços conquistados para e pelos

idosos a partir da regulamentação da Carta Magna de 1988, assegurando-lhes a promoção da sua autonomia enquanto cidadão, permitindo-lhes também participar diretamente da formulação, implementação e controle das políticas destinadas a eles através, por exemplo, das Conferências e Conselhos de direitos.

Como parte dos avanços ocorridos pós Constituição de 1988 na área dos direitos sociais, é importante destacar a Lei nº. 8.742/93, denominada de Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS); a Lei nº. 8.842/94 que institui a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.642/2003).

No que diz respeito a LOAS², esta lei regulamenta os direitos relativos à assistência social, garantidos na CF/88 e estabelece o Benefício de Prestação Continuada (BPC), regulamentado também pelos Decretos nº 6.214/2007, 6.564/2008, 7.617/2011 e 8.805/2016. O BPC integra a Proteção Social Básica (PSB) no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e constitui-se como um direito individual, não vitalício e que garante o pagamento mensal de 01 (um) salário mínimo à pessoa idosa, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2017b). Portanto, para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social.

A LOAS garante ainda que poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública.

O coroamento da Lei Orgânica da Assistência Social reflete-se na regulamentação da Política Nacional de Assistência Social no ano de 2004 (PNAS/2004) que institui uma nova concepção de assistência social no país, pois visa à proteção social da família e seus membros e estabelece como proteções afiançadas a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE)³, em ambas os idosos constituem público usuário preferencial. A PNAS/2004, teoricamente, procurou incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira e responde-las a partir da constituição de uma rede de serviços básicos e especializados voltados para a família e seus membros. Para uma melhor organização e padronização dos serviços previstos na PNAS/2004, aprovou-se em 2009, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, que estrutura os serviços por níveis de complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

2 A LOAS foi alterada pelas leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011.

3 Conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) Proteção Social Básica “destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras)” (BRASIL, 2005, p. 33). Na Proteção Social Especial, “o atendimento é destinado a famílias e indivíduos que se encontram em situações de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras” (BRASIL, 2005, p. 37).

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais estabelece que a Proteção Social Básica (PSB), foco da pesquisa, ofereça os seguintes serviços: 1) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); 2) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; 3) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos. Tais serviços são executados de forma direta nos CRAS, unidade pública estatal que se caracteriza como a principal porta de entrada do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e em outras unidades básicas e públicas de assistência social da área de alcance dos CRAS.

No que diz respeito à Proteção Social Especial (PSE), tem-se que os serviços ofertados estão organizados conforme dois níveis de complexidade, a saber: média complexidade e alta complexidade ⁴e os mesmos têm como unidade de referência os CREAS.

O envelhecimento na agenda das políticas públicas sociais nacionais e no contexto da cidade de Teresina-Piauí

Com relação às políticas públicas sociais voltadas exclusivamente para atender os direitos dos idosos tem-se a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso. No que se refere a PNI, Torres e Torres (2006) afirmam que esta resultou das reivindicações do Fórum Nacional do Idoso e de outros movimentos sociais da sociedade civil, das organizações não-governamentais, de grupos de idosos e de políticos que impulsionaram a luta em defesa dos direitos dos idosos.

Esta política foi regulamentada pelo decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, e tem em seu art.1º, o objetivo de “assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2010, p. 5). Além disso, a PNI institui no seu art. 10, as competências dos órgãos e entidades públicas na área de promoção e assistência social; saúde; educação; trabalho e previdência social; habitação e urbanismo; justiça; cultura, esporte e lazer, sendo que essa procura: “incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais; incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade” (BRASIL, 2010, P. 13), dentre outras. Contudo, a política não conta com recursos e nem orçamento próprio, na maioria dos municípios brasileiros, a gestão da política permanece ainda vinculada às secretarias de assistência social, que têm como recorte a vulnerabilidade social, não contemplando as demais necessidades da população alvo.

A Política Nacional do Idoso ainda cria o Conselho Nacional do Idoso (CNDI), um órgão colegiado de caráter deliberativo, que tem por finalidade elaborar as diretrizes para a

⁴ A PSE de média complexidade é destinada às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Enquanto que a PSE de alta complexidade destina-se a famílias e indivíduos que se encontram sem referência (abandono, morador de rua) e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e comunitário (BRASIL, 2013).

formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução.

Outra grande conquista foi o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.642 de 2003) que constitui um marco legal fundamental para a população idosa no país, pois estabelece normas de proteção integral ao idoso, assegurando-lhes tal como prevê no seu art.2º: “todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2017a).

Dessa forma o Estatuto do Idoso constitui um mecanismo legal, que assegura através de ações, patrocinadas, sobretudo pelo Estado, os direitos civis, políticos e sociais dos idosos, permitindo-lhes vivenciar essa fase de sua vida com dignidade. Entretanto, Teixeira (2008, p. 289) ressalta que:

esta lei traz ambiguidades, decorrentes do modo dominante ou de uma “nova cultura” de compreensão dos direitos sociais e das políticas sociais que visam garanti-los, como aquela que divide responsabilidades sociais no trato das refrações da questão social, com a família, comunidade, sociedade e Estado, e que legitima e incentiva as ações de organizações não governamentais na execução da política social

No que diz respeito às ações de saúde voltadas a atender especificamente a pessoa idosa, tem-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o Pacto pela vida e outras que visam assegurar na forma da lei dos direitos previstos constitucionalmente. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada através da portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, prevê como diretrizes: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; o estímulo à participação e fortalecimento do controle social; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; a divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (BRASIL, 2006).

Foi o documento do Pacto pela Saúde que instituiu o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. O Pacto pela Vida, de forma particular, estabelece como uma das suas prioridades pactuadas a saúde da pessoa idosa, e com isso tal documento no uso de suas atribuições objetiva a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, citadas acima.

Dessa forma, pode-se dizer que essa pactuação das ações contribui para a melhoria do atendimento prestado à população e de modo particular, à população idosa, que é

tratada como uma prioridade, procurando-se atender as suas demandas mais específicas, próprias da idade e com uma preocupação voltada para a promoção de um envelhecimento ativo, em que a pessoa idosa possa ser atendida de maneira integral quando requer aos serviços de saúde, com respeito e qualidade, proporcionando sua autonomia, seu bem estar e defendendo sua cidadania.

No que tange às ações e serviços da previdência social, os idosos têm direito a receber os benefícios de aposentadoria e pensão do RGPS, que para a sua concessão serão observados “os critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários que o aposentado recebia enquanto trabalhava”, sendo que tal valor é reajustado conforme o reajuste no salário mínimo vigente (ZYLBERSZTAJN *et al*, 2005, p. 16).

Enfim, pode-se dizer que essas leis e outros decretos normativos, a nível nacional, procuram assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, garantindo a ele em nível legal, o *status* de cidadãos. É importante mais uma vez ressaltar que o conjunto de leis e políticas públicas sociais voltadas para a população idosa são conquistas “provenientes de lutas e reivindicações dos movimentos sociais em geral, mas, particularmente, dos movimentos ligados aos direitos e à cidadania da pessoa idosa” (GUIMARÃES, 2010, p. 231).

Em relação aos resultados alcançados com a pesquisa as análises apontam que os avanços foram tímidos, levando-se em consideração a ampliação na quantidade de CRAS na cidade, pois tem-se, na atualidade, um total de 19 unidades, sendo que a meta estabelecida conforme a pactuação da gestão municipal e Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome previa a criação de 21 unidades até o ano de 2013. Portanto, a falta de uma estrutura de atendimento adequada fragiliza as ações que vêm sendo realizadas e as ações futuras. Dentre os três serviços estabelecidos pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, para a PSB, apenas 2 funcionam e atendem aos idosos, sendo eles: o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e funcionam com limitações institucionais, pois atendem minimamente as suas necessidades, tendo em vista que parte das atividades ficam comprometidas porque os recursos financeiros repassados não são suficientes para a operacionalização do serviço, conforme a previsão legal, e tudo isso agrava ainda mais a situação de risco e vulnerabilidade social que os idosos vivenciam em seu cotidiano na sociedade capitalista.

Considerações Finais

Com base no exposto, pode-se dizer que os avanços alcançados por e pelos idosos ao longo das últimas décadas, garante-lhes em nível legal direitos à saúde, previdência social, assistência social, habitação, transporte, lazer, educação, cultura, esporte, dentre

outros. Todavia não se pode esquecer: mesmo diante das leis e garantias sociais, hoje existentes, o cotidiano dos idosos é permeado por muita pobreza e desigualdades sociais.

As políticas públicas destinadas aos idosos procuram proporcionar-lhes melhores condições de acesso aos bens e serviços para que possam vivenciar a velhice de forma satisfatória, contudo, as mesmas nem sempre atendem a todos que delas necessitam e nem sempre com a qualidade necessária. Há violações dos direitos dos idosos em toda a parte, seja proveniente da esfera pública governamental, seja proveniente da sociedade civil, seja resultante de acontecimentos que provém da esfera privada ou, até mesmo, do espaço familiar.

Em síntese, muitos avanços foram conquistados pelos idosos com a regulamentação das políticas públicas voltadas para eles. No entanto, há que se admitir que, entre a teoria e a realidade tem-se uma enorme distância. A luta e a pressão da parte dos idosos e dos grupos que lhes apoiam, tendo em vista a efetivação dos direitos já conquistados ou a conquistar, deve ser uma constante.

Referências

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. Da Política Nacional do Idoso do Estatuto do Idoso: difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. Cap. 14. p. 359 – 377. S/A.

BORBA, Carla Porto; SILVA, Lausimary Araújo São Mateus da. Grupo de Terceira Idade Nova Vida do SESC: influência para o envelhecimento bem-sucedido. Disponível em: http://www.google.com.br/#sclient=psy-ab&hl=pt-BR&biw=1024&bih=575&source=hp&q=grupo+da+terciera+idade+nova+vida+do+sesc&pbx=1&oq=grupo+da+terciera+idade+nova+vida+do+sesc&aq=f&aqi=&aql=&gs_sm=e&gs_upl=47750l65005l5l65352l49l37l3l0l0l1l2513l23738l4=6-19.1.2.1.2.36l0l&bavon.2,or_r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=22d8d069c072c730. Acesso em: 25 de outubro de 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa. Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010.

_____. Estatuto do idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do idoso), e legislação correlata. – 5. ed., rev. e ampl. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário – MDSA. Guia para Técnicos e Gestores da Assistência Social sobre alterações nas regras de operacionalização do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Decreto nº 8.805/2016 que altera o decreto 6.214/2007. Brasília: 2017b.

CARVALHO, Maria Clotilde Barbosa Nunes Maia de. O diálogo intergeracional entre idosos e crianças: projeto “era uma vez... atividades intergeracionais”. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO), Rio de Janeiro: 2007, 123 páginas.

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania e direitos da pessoa idosa. Ser Social, Brasília, n. 20, p. 35-61, jan./jun. 2007.

_____, Vicente de Paula. Direitos da pessoa idosa: sociedade, política e legislação. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/idoso-pessoa-com-deficiencia-crianca-e-adolescente-direitos-da-pessoa-idosa-sociedade-politica-e-legislacao>. Acesso em: 30 de janeiro de 2018, p. 1-25.

FIGUERÊDO, Edileusa Maria Galvão, Programa Terceira Idade em Ação – P.TIA: espaço múltiplo de qualidade de vida da pessoa idosa, mediatizado pela educação. (Dissertação de Mestrado). Teresina: UFPI, 2009, 174 páginas.

GUIMARÃES, Simone de Jesus. Idoso e cidadania: entre o instituído e a realidade. In: FERREIRA, Maria D'Alva Macedo e LIMA, Solimar Oliveira (orgs.). Direitos Humanos e Políticas Públicas: realidade e desafios no Piauí. Teresina. Editora da UFPI. Rio de Janeiro: Booklink, 2010.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. A ideologia da Velhice. São Paulo: Cortez, 1986

MIRANDA, Danilo Santos de. Socialização e participação dos idosos: o caso Sesc. In: DAL RIO, Maria Cristina et all. Perspectiva social do envelhecimento. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

RAUTH, Jussara; PY, Ligia. A história por trás da lei: o histórico, as articulações de movimentos sociais e científicos, e as lideranças Políticas envolvidas no processo de constituição da política nacional do idoso. In.: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. (Orgs.). Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. 615 p.

SOUZA, Geruzia Martins de Amorim. Proteção social ao idoso: conquistas e desafios (Dissertação de Mestrado). Salvador: UCSal. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação, 2009, 205 páginas.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

_____, Solange Maria. Reforma da Previdência Social no Brasil: modernização ou desmonte da seguridade social. In: Serviço Social e Contemporaneidade: Revista do Departamento de Serviço Social/Universidade Federal do Piauí. Ano V, nº 5, (2007), Teresina, EDUFPI, 2007.

TORRES, Maria Elizabete Cunha Mendes; TORRES, Mariana Cunha Mendes. As atividades de lazer como fator de qualidade de vida dos idosos no Centro de Convivência do Promorar (Trabalho de conclusão de curso). Teresina: UFPI, 2006.

ZYLBERSZTAJN, Joana *et att*. Idosos e Direitos Humanos. In: Coleção “Cartilhas sobre Direitos Humanos”. São Paulo: Centro de Direitos Humanos – CDH, 2005.

Quando a (des)atenção à saúde dos trabalhadores do SUAS afeta a atuação junto à pessoa idosa



Claudia Regina Magnabosco-Martins

Gláucia Miranda

Talita Baldin

Introdução

Discutir o cuidado ao idoso no Brasil passa, necessariamente, pelo âmbito da organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e, em especial, dos diversos trabalhadores que nele atuam na Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de média e alta complexidade. A população idosa é um dos públicos prioritários e mais demandantes no SUAS, em relação aos benefícios e atividades acessados por meio do sistema; nos serviços de proteção, vínculo e acompanhamento diante de direitos violados; ou no processo de acolhimento institucional nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), por exemplo. Trata-se de um recorte populacional que requer atenção e modos de atuar peculiares na singularidade, pluralidade e coletividade que o envelhecimento contemporâneo expressa. De que maneira e em que condições os trabalhadores do SUAS vivenciam a experiência de conviver com o

público idoso e quais efeitos dessa relação em si, em sua maneira de ver o trabalho, no fazer assistencial e em sua saúde?

As relações de cuidado com a população idosa estão presentes, de modo institucional ou não, em relatos ao longo da história da humanidade, mas que têm sido mais fortemente expostas com o advento do século XXI, momento em que a figura do idoso ganha maior espaço no contexto social, para muito além da ideia daquele que teve uma vida produtiva, chega ao final dela e precisa restringir-se aos seus aposentos, como o próprio termo “aposentar-se” ou “aposentado” sugere.

Cada vez mais a população idosa envelhece e em um processo de envelhecer acoplado a duas ideias centrais: a primeira é a de uma velhice ligada ao protagonismo e à vida ativa em diversos âmbitos, mesmo que parcela dessa impressão seja ilusória, uma vez que o idoso ativo é muito mais valorizado por fomentar o mercado de consumo, por exemplo, do que por ter lugar de destaque em termos de status social. A segunda ideia diz respeito ao idoso dependente, seja por sua situação de vulnerabilidade social -

o idoso pobre -, seja por uma velhice marcada por doenças e incapacidades, vinculada ou não à vulnerabilidade social.

Quanto ao primeiro caso, é preciso considerar que há mais de 50 milhões de idosos no país e eles movimentam cerca de 1,6 trilhão de reais, a maior parte dos investimentos vai da compra de imóveis e viagens a produtos de beleza (NSC, 2019). Ademais, eles consomem tecnologias voltadas para a internet, como Facebook e Whatsapp, e um em cada quatro brasileiros com idade a partir de 60 anos está conectado em sites de entretenimento e faz uso de aplicativos de serviços bancários, compras *online*s e jornais virtuais (NSC, 2019). Logo, há um interesse efetivo voltado à população idosa que se explica em termos de mercado, mais voltados para a iniciativa privada e que envolve o consumo. Por outro lado, temos a velhice dependente, em termos físicos e biológicos e/ou sociais. Para esta velhice o movimento ocorre em termos de políticas públicas no cenário estatal, buscando garantir o respeito aos direitos da população idosa¹.

Embora verifiquemos diversas iniciativas públicas e privadas para melhorar o que se convencionou chamar a “qualidade de vida” de idosos, pouco sabemos ou nos dedicamos a entender e atuar com os trabalhadores responsáveis pelas ações. Assim, a questão que se coloca no presente capítulo, é debater a complexidade do trabalho desenvolvido no SUAS sob o ponto de vista daquele que nele atua, conferindo atenção especial às vivências, experiências, posicionamentos e possíveis prazeres e sofrimentos advindos do cotidiano laboral e que afetam diretamente a relação e a atenção com o usuário do sistema. Parte-se das experiências das autoras, que em momentos distintos da vida estudantil e profissional atuaram com idosos, com trabalhadores (ou sendo um deles) que os atendem, no SUAS ou em outros sistemas, em pequenos, médios e grandes municípios.

Desafios cotidianos do processo de trabalho no SUAS

Parte-se da concepção de trabalho como um dos condicionantes e determinantes do processo de saúde e doença, assim como é resultado de tudo o que é construído e vivido em sociedade em determinado momento histórico. A problematização que demandamos aqui tem seu lastro no campo de Saúde do Trabalhador (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997) e na Psicologia Social do Trabalho (COUTINHO; BERNARDO; ASTO, 2017), que conferem centralidade a condições e processos de trabalho, o protagonismo dos trabalhadores e a análise coletiva do trabalho para a compreensão do que se passa com os trabalhadores, a produção dos efeitos salutar ou adoecedores no exercício de suas funções, sua repercussão em sua vida, dentro e fora do ambiente laboral, bem como nos

1 Inúmeros são os problemas do modo como essas políticas vêm sendo ofertadas e implementadas, ou a falta delas, temas que não abordaremos neste trabalho, mas que constam em estudo anterior (BALDIN; MAGNABOSCO-MARTINS, 2019).

resultados de seu trabalho que, no território do SUAS, está vinculado à condição de vida de seus usuários.

Dentre os profissionais diretamente envolvidos com a execução dessas políticas estão psicólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, pedagogos, cuidadores de idosos e trabalhadores de cargos administrativos, que diretamente fazem cumprir as políticas voltadas aos idosos em distintos serviços, como Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs, Centros de Referência e Centros de Referência Especializada da Assistência Social - CRAS e CREAS, serviços de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e residenciais terapêuticos, dentre outros.

Ter em conta diferentes legislações é um dos aspectos que compõe as ações com o público idoso, pois há que se lidar com, pelo menos, dois grandes veios legislativos, dos quais podemos citar a Política Nacional do Idoso, de 1994, e o Estatuto do Idoso, de 2004, as quais são políticas específicas para essa faixa populacional; mas também políticas mais amplas como Política Nacional de Assistência Social (PNAS), Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Tipificação e Sistema Único da Assistência Social, para citar apenas parte delas, das quais derivam muitas notas técnicas, instruções normativas, etc. Ou seja, uma diversidade e quantidade de diretrizes a dar conta, com desenhos criados de forma generalista para todo o país, para um idoso e um trabalhador abstratos que sequer participaram de sua construção.

Como transpor barreiras burocrático-administrativas-financeiras e de saberes? Qual órgão ou setor municipal responde ao cuidado da pessoa idosa? De modo mais específico, conforme as diretrizes da Política Nacional do Idoso esse deve ser um trabalho interdisciplinar em que se favoreça a promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações intersetoriais, fortalecimento do controle social, garantia de orçamento, incentivo a estudos e pesquisas. Com o cumprimento do Estatuto do Idoso, almeja-se a defesa da garantia de direitos dos idosos no que tange à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação, à saúde e à convivência familiar e comunitária.

Já, no campo mais amplo, as políticas de Assistência Social no Brasil passam por um processo de mais de 25 anos de (re)construções dirigidas à organização de um sistema descentralizado e participativo, das quais surgiu o SUAS, por meio da PNAS, sendo regulamentado em 2011 pela Lei 12.435. Por ele, ocorre a tentativa de sistematizar tipos de proteção, serviços e ações em direção única, através de descentralização na esfera federal, estadual e municipal, seguindo a tendência do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, há um esforço dos profissionais para a efetivação da padronização e reordenação dos serviços já existentes ou a serem criados, movimento fundamental para o rompimento com práticas assistencialistas e descontínuas na Assistência Social.

Cabe ressaltar, contudo, que o estudo e atuação tanto sobre/no SUAS, do envelhecer enquanto processo e da velhice como um dos momentos da vida, assim como da atuação com a pessoa idosa; não têm feito parte do rol formativo nas universidades e/ou cursos técnicos, tampouco de capacitações constantes, tal como previsto na Política Nacional de Capacitação lançada em 2006 e efetivada em 2011. O que se visualiza no cotidiano dos equipamentos do SUAS é a aprendizagem em serviço, na qual os trabalhadores com mais tempo de sistema ensinam as tarefas aos outros ou o profissional as desenvolve sozinho, a partir de demandas a serem sanadas. No caso dos idosos, em muitos municípios as escolhas por modos de atuar estão baseadas no senso comum, feitas por responsáveis pelos serviços que demonstrem afeto positivo ou facilidade de convívio com eles.

Acrescenta-se que embora haja a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS, que trata da política do trabalho no SUAS, definindo diretrizes e responsabilidades para a consecução do funcionamento e organização do sistema, paira sobre a gestão desse trabalho uma diversidade de formatos no Brasil, muito em função do cumprimento das normativas por parte dos três níveis governamentais. Por exemplo, espera-se que as atividades sejam realizadas por servidores públicos concursados, mas 62,8% dos trabalhadores apresentam vínculos diferentes do concurso público, nos quais as equipes de referência de atendimento à comunidade, atravessam e são atravessadas por dificuldades com relação à contratação terceirizada firmadas por convênios entre prefeituras e entidades privadas de cunho assistencial ou filantrópico (PEREIRA; FREITAS; DIAS, 2016).

É comum ainda, em municípios de pequeno porte, ocorrem contratações via licitação ou “pregão”, ou seja, a admissão dos profissionais que ofertarem o menor salário a ser pago pela prefeitura (FERREIRA; ZAMBENEDETTI, 2015). Vários profissionais relatam que os contratos das empresas começam e terminam conforme os interesses dos gestores municipais, que colocam pessoas de sua confiança e pagam cargos comissionados para responderem pelas chefias de serviço, mesmo sem qualificações na área específica. Há casos em que a equipe possui apenas um profissional e um auxiliar administrativo. Essa situação evidencia o que Ferreira e Zambenedetti (2015) chamam do paradoxo presente na Política de Assistência Social, a qual corresponde a uma política caracterizada pelo objetivo de garantia de direitos sociais, mas que, ao mesmo tempo, os profissionais que operam na política estão precarizados em seus trabalhos e direitos.

A rotatividade dos profissionais também se dá pela busca de melhores condições de trabalho, pagamento e vínculo empregatício, ou a possibilidade de atuar de forma mais satisfatória a si e aos usuários, somada às constantes trocas de equipes efetuadas por gestores, seja para acolher alguém que queira indicar para um cargo, seja como meio de administrar situações conflituosas entre os membros das equipes ou destas com a comunidade. Produz-se um efeito direto de dificultar ou impossibilitar o amadurecimento relacional e laboral da equipe e a efetivação de processos grupais em várias etapas, constantemente reiniciados, integral ou parcialmente, tendendo a causar sobrecarga para as equipes, as

quais não conseguem se manter na mesma formação, impactando a frágil ou inexistente vinculação com o usuário (FERREIRA; ZAMBENEDETTI, 2015).

Outra consequência é que tais práticas colocam em xeque um aspecto precioso do SUAS, a vinculação com o usuário e a comunidade (FERREIRA; ZAMBENEDETTI, 2015), somado à realidade de ambientes compartilhados que não favorecem o sigilo e as atividades de registro dos relatos (SILVA, 2016). Quando se pensa a população idosa, a fluidez na constituição da equipe tende a agravar a fragilidade relacional, por se tratar de um público que, em grande medida, nutre a expectativa de conhecer a quem se referencia, de cultivar e ter confiança nos relacionamentos, sofrer com revelações de sua intimidade e as agruras que os acometem, havendo certa resistência em lidar com mudanças constantes como a troca de profissionais nos serviços.

Também está presente a lógica da produtividade, medida pelo número de reuniões, visitas domiciliares e atendimentos realizados, independentemente do sentido e da direção social ética e política desse trabalho (RAICHELIS, 2010), capturando um trabalho que é fundamentalmente relacional, perpassado por condições limitadas de atuação que se colocam já de início vinculados à instabilidade financeira advinda da pactuação entre os entes federados e dos repasses de “produtividade” para o recebimento de financiamento (FREITAS, 2017).

A produção científica sobre gestão do trabalho no SUAS ainda é incipiente, mas mostra o quanto o SUAS ainda apresenta mazelas materiais, institucionais e financeiras, para efetivamente atender às necessidades dos usuários da política de assistência social, quanto de propiciar as condições para a consecução do trabalho, tais como transporte para os atendimentos aos usuários, dentre tantos outros (MIRANDA; RODRIGUES, 2019).

A pandemia da COVID-19 adicionou outras adversidades, como a ausência ou insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), locais pouco adaptados a cuidados com a aglomeração de pessoas ou seu atendimento mais individualizado e, ainda, o receio de contaminar ou de ser contaminado pelos idosos, público considerado de alto risco, além do acréscimo da incidência de violência por eles sofrida. Esses fatores aprofundam ainda mais o estado de vulnerabilidade do idoso e expõem os trabalhadores a diferentes demandas, compondo também a linha de frente de atuação da COVID-19, embora sem o devido reconhecimento. Ademais, a vivência da pandemia nos coloca diante do inusitado, do não saber, do incerto, de ter que se lidar com variáveis que até então não se faziam presentes, o que exige adaptação e, portanto, causa estresse, tanto quanto a necessidade de reorganização e atrelamento coletivo, explicitando a extrema fragilidade da humanidade, pelo risco e pelo fato consumado de contaminação, ou ainda pelas defesas psíquicas que por muitas vezes permitiam alguma sensação de segurança.

Quanto aos sentimentos experimentados por esses trabalhadores destaca-se que o modo como o trabalhador se presentifica no trabalho, por meio de seu pensar, sentir e agir, é atravessado por processos históricos e sociais que vão muito além do que concerne à As-

sistência Social (GOMES; ANDRADE, MAHEIRIE, 2018). Há, ainda, uma ambiguidade expressa em movimentos de “acolher e distanciar” das demandas e dos seus demandantes, o que produz a angústia no trabalhador social, a qual se refere às “impotências de (quase) nada poder fazer diante da história do outro e, ciente dela, agora se faz participante e tendo a noção de que não vai transformá-la como um dia acreditou que poderia fazer” (GOMES; ANDRADE; MAHEIRIE, 2018, p. 10).

Nessa direção, há que se ter em conta que lidar com o outro envelhecido, remete, vez ou outra, ao pensar o envelhecer de si e das pessoas próximas ao trabalhador, às vicissitudes e à finitude humana. Viver isso não é fácil e por vezes, para não lidar com a situação, o trabalhador passa por um processo de endurecimento e negação do quanto o trabalho com o outro pode lhe tocar e assim não promover a assistência tal como deveria, recorrendo a mecanismos de defesa individuais e/ou coletivos ao afirmar que a situação a ser enfrentada não é de sua responsabilidade, ou ao justificar que “família não aderiu” ou “não dá suporte” para o vulnerável.

Por outro lado, pode se sentir tão capturado pelos sofrimentos e agruras deste encontro que se vê paralisado diante dele, impotente com relação a qualquer possibilidade de trabalho. Afinal, como passar ileso(a) diante de situações de violência, abandono, institucionalização, miserabilidade e não olhar para si, para os seus e, em algum momento, para a sociedade e seu modo de lidar com o envelhecimento humano e populacional? Como exemplo, podemos citar o trabalho no CREAS, serviço no qual o tempo todo estamos nos havendo com o sofrimento do outro e temos a impressão de que nada foge disso, pois, diante de vínculos já rompidos e situações de violência já efetivadas, como propor uma intervenção que questione o que estamos produzindo enquanto sociedade e que não tenha relação com marginalização e vulnerabilidade? A sensação é de que a tarefa dos profissionais consiste em amenizar os efeitos da marginalização e da violência, desde que não se toque na produção dela.

Ademais, ainda há dificuldade em se entender e estabelecer os limites do que cada um dos sistemas e seus trabalhadores podem ou devem fazer e naquilo que não está descrito nas leis, instruções normativas e manuais: O que fazer com esse território? O que fazer com atividades e tarefas que se encontram em terrenos pouco claros e ainda sem respostas, uma vez que precisam ser negociadas pelas equipes? O que fazer quando não é claro o objeto de trabalho ou quando o objeto tange a todos os sistemas? A família e a pessoa idosa são exemplos: estão presentes e demandam os vários sistemas ou órgãos que, por sua vez, atendem a apenas uma parcela das necessidades que os que os procuram têm, mas efetivamente esses “usuários” vagam de serviço em serviço. Como consequência, aquele que já é vulnerável em uma ou diversas dimensões da vida, personificam ainda mais as diversas dimensões da vulnerabilidade.

Trata-se, portanto, de um trabalho complexo, dadas as inúmeras variáveis que o atravessam, sendo necessário que constantemente seja repensado e reconstruído. Contudo, as equipes se encontram fragilizadas, impotentes diante da complexidade do que

podem administrar ou conviver no território das vulnerabilidades que as pessoas idosas vivem, no qual ações pontuais e/ou de um único equipamento ou setor são insuficientes para reestabelecer um mínimo de qualidade ou manutenção de vida e relacionamentos, de direito a cuidados paliativos e morte.

Alguns caminhos percorridos

O elo entre as autoras foi tecido em suas atividades na Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), no campus de Irati, Paraná, local em que a primeira autora foi orientadora na residência e na graduação da segunda e terceira autoras, respectivamente. As narrativas a seguir expressam experiências vividas em conjunto e/ou individualmente e retratam cenários que inspiraram as ponderações anteriores.

Assim, de 2008 a 2011 a primeira autora teve a oportunidade de coordenar a Universidade Aberta para a Terceira Idade da UNICENTRO (UATI) e realizar projetos de ensino, pesquisa e extensão com idosos da UATI, de outros grupos e também os residentes na ILPI do município no interior do Paraná com cerca de 60.000 habitantes, inclusive junto à terceira autora, que entre 2009 e 2013 efetivou oficinas artísticas, rodas de conversa e abertura para processos de escuta. Nesse período, a tônica prevalecente nas atuações profissionais era a de preocupação com a interação social e lazer para os idosos de grupos e a manutenção da higiene pessoal e da estrutura da ILPI, assim como de acesso ao sistema de saúde e medicamentos. Claramente aquele local funcionava como uma instituição total², no qual o pequeno quantitativo de trabalhadores em relação ao número total de residentes em certo ponto justificava as amarras institucionais, em termos de economia e controle do trabalho das cuidadoras, ao mesmo tempo em que era inegável o que produzia de efeitos destrutivos na subjetividade dos internos. A grande maioria dos trabalhadores não tinha formação e/ou capacitação específica para a atuação com idosos, e não havia oferta por parte das organizações. Pouco se conseguiu avançar na análise coletiva de trabalho e de atenção à saúde dos trabalhadores da ILPI, quando, em 2010, foi realizado um estágio profissionalizante em Psicologia do Trabalho no local.

Em outro contexto, a terceira autora desenvolveu suas pesquisas de mestrado e doutorado e participou, como voluntária, de outras intervenções em uma ILPI na região metropolitana do Rio de Janeiro, dos anos de 2015 a 2018. Lá as atividades desenvolvidas eram grupais e essencialmente por meio de atividades artísticas. Havia uma sensação de amortecimento entre os moradores, sendo poucos deles realmente interessados nas atividades propostas e ainda assim sempre o mesmo grupo, o que ocorria ainda com oficinas propostas por profissionais de outras áreas. Era difícil também que os internos elencassem

2 Tal como a entendia Ervin Goffman, em sua obra *Manicômios, prisões e conventos*.

atividades de seu interesse, prevalecendo a sensação de uma mortificação do eu³. Diferentemente da experiência no Paraná, havia uma grande equipe de profissionais nesta ILPI. Todos eram contratados e residiam em outros municípios. Entretanto, havia atraso nos pagamentos dos baixos salários em comparação com a alta demanda de responsabilidades, assim como dos vale-transporte e outros benefícios, explicando a alta rotatividade profissional no local. A precarização presentificada na constante falta, desde aquela estrutural ao sujeito, ao se confrontar suas fragilidades e com a velhice vulnerável e fragilizada, mas também de materiais para o cumprimento das suas funções.

No trabalho do CRAS, por outro lado, mas no mesmo sentido, há carência de acesso a todos os lugares e públicos, como os idosos que não têm garantido acolhimento específico neste equipamento e encontram problemas em acessar serviços de outras áreas ou, quando o fazem, nem sempre há a resolução das suas necessidades. A terceira autora viveu a experiência do CRAS na realidade das comunidades fluminenses, locais em que além das vulnerabilidades similares àquelas vivenciadas em todos os lugares, há problemas maximizados pela presença do tráfico e da violência das operações policiais. Muitos idosos não são sequer contatados pelos profissionais do serviço, uma vez que se encontram reclusos nas suas casas, no alto das comunidades, sem saneamento básico e com péssimas condições de saúde, somadas aos efeitos diretos das violências já citadas.

O profissional novamente é tomado pelo sentimento de impotência e de angústia do limite de alcance das ferramentas de trabalho frente a dureza das realidades sobrepostas. Lidar com idosos, alguns em idade avançada, sem aposentadoria e sem condições de requerê-las, dependentes de políticas como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que não sem dificuldades seria alcançado, é doloroso para o profissional. A sensação de “enxugar gelo” era presente e constante. Contudo, efetivar a formação de grupos de fortalecimento de vínculos, principal motor do CRAS, mesmo que com baixa participação de mães e seus filhos, promoveu um importante espaço de diálogo e de abertura para um lugar de escuta do usuário. Para outros, promoveu o acesso a documentos básicos como RG e CPF para que pudessem dar entrada a programas como o BPC e Bolsa Família, na tentativa de minimizar essas vulnerabilidades. Porém, mesmo com essas ações, reconhecia-se a incapacidade de encaminhamentos efetivos e/ou extensivos a toda comunidade.

Retornando à região de abrangência das ações da UNICENTRO, a primeira autora recebeu uma demanda do CREAS de um município de 15.000 habitante, de pensar alternativas para favorecer denúncias de violação de direitos dos idosos, já que todos os moradores se conheciam e não queriam ser identificados e os profissionais acusavam a ausência de instrumentos e processos definidos no município para lidar com os casos que lhes chegavam. Assim, em meio a uma especialização de Psicologia e Políticas Públicas, a primeira autora orientou uma pesquisa-ação nos anos de 2013 e 2014, resultando na cria-

3 Esse conceito é abordado por Lacan em seu *Seminário 7 – A ética da Psicanálise* ao retomar o mito da Antígona para pensar as duas mortes do sujeito. Conforme aqui a trazemos, a mortificação do eu representa a morte subjetiva, que vem antes da morte física, marcada pelo afastamento do sujeito daquilo que o torna singular.

ção do que se chamou de Sistema Municipal de Notificação, Acompanhamento e Combate à Violência contra a Pessoa Idosa, definindo-se um Formulário para denúncia de violência contra pessoa idosa; o Registro de acompanhamento de denúncia de violência contra pessoa idosa; e o Fluxograma de encaminhamentos.

Todo o processo de elaboração, teste piloto, reformulação dos instrumentos, criação de fluxograma, definição de responsáveis por cada etapa, divulgação à comunidade e implantação do sistema, foi realizado pelas pesquisadoras, três usuárias do CRAS e 12 representantes do CREAS; CRAS; Secretaria Municipal de Assistência Social; ILPI; Conselho Municipal do Idoso; Programa de Voluntariado do Estado do Paraná (Provopar); Pastoral Social da Igreja Católica; e um Grupo da Terceira Idade. Os envolvidos avaliaram positivamente a partilha de dificuldades e a construção conjunta de meios de lidar com elas, através de um sistema peculiar às necessidades do município. Já a população idosa pôde conhecer mais seus direitos, onde, como e por quem seria acolhida.

De 2010 em diante, houve intensa participação da primeira autora em reuniões de Conselhos Municipais e em Conferências Municipais da Pessoa Idosa na região, que permitiram o conhecimento do contexto comum a todos, a ponto de sugerir a sistemática de encontros periódicos entre os conselheiros e os participantes das conferências, de forma a trocar experiências, definir pautas, buscar investimentos e soluções para lidar com fragilidades como as do acolhimento em ILPIs, aumento de violência, equipes incompletas ou sem condições de atuação. Contudo, as tratativas não se tornaram concretas. Contudo, mais à frente, formou-se um coletivo de ILPIs.

Já de 2017 a 2019, durante a Residência Técnica do Estado do Paraná, as duas primeiras autoras desenvolveram o acompanhamento das ações de um Escritório Regional da Secretaria da Família e do Desenvolvimento Social (ER SEDS) em uma microrregião do Paraná composta por cerca de 160.000 habitantes. Trata-se de um órgão de Gestão Estadual que detém a função de mediação entre o estado e o município, fornecendo suporte para a consecução das políticas de Assistência Social. Nossas intervenções ocorriam sempre que necessário e/ou quando solicitadas e ainda desenvolveram pesquisas com trabalhadores do SUAS da região atendida e dos cuidadores dos vários tipos de equipamentos de acolhimento, dentre eles os de ILPI. Os resultados mostraram dados importantes para pensar o reordenamento dos serviços e o cuidado a seus trabalhadores.

Em 2019 ocorreu um curso piloto de formação para os cuidadores de serviços de acolhimento de crianças e adolescentes, havendo a pretensão de estendê-lo aos cuidadores das ILPIs, proposta adiada frente ao advento da COVID-19. Os participantes relataram satisfação por terem sido convidados para o evento e por isso, reconhecidos em sua importância, algo a ser construído em seus municípios, tanto em cuidados para com sua saúde, quanto em atendimentos às necessidades e demandas dos serviços. Sentem-se sós, sobrecarregados, impotentes e responsabilizados diante das problemáticas enfrentadas cotidianamente.

Outra experiência marcante ao longo da residência foi a participação ativa nos Encontros Regionais de Trabalhadores do SUAS, criados pelo ER-SEDS e destinado às equipes dos equipamentos de Assistência Social dos 9 municípios da região. Os encontros eram bimestrais, intercalados entre os profissionais da Proteção Social Básica e a Especial, da qual derivou um terceiro grupo, dos trabalhadores das ILPIs. Cada um dos encontros era sediado e organizado por um município, que apresentava o modo de funcionamento de seus serviços, práticas e reflexões. Também se tratava de temas elencados pelos trabalhadores a partir de suas dúvidas teóricas, técnicas ou legislativas, bem como suas inquietações e experiências.

Nos encontros de trabalhadores de Proteção Básica e de Proteção Especial eram discutidas as fragilidades da rede setorial de cada município, como por exemplo, a ausência de equipamentos de PSE, a falta de trabalhadores e os desafios relacionados ao aumento, urgência e diversidade das demandas judiciais. Relatavam os efeitos em sua saúde mental frente à pressão e sobrecarga de trabalho e o cumprimento de tarefas de responsabilidade de outros níveis de proteção e/ou outras funções, como as de orientadores e auxiliares administrativos, por exemplo.

Nesse movimento de se conhecer, ouvir e estar com outros profissionais em seus municípios, ocorriam intensas trocas de experiências, ao se aproximarem das especificidades de cada território e das diferentes configurações, fragilidades e potencialidades do SUAS, de modo que havia um terreno fértil para que os trabalhadores pudessem se apropriar de seu trabalho de maneiras diversas, repensar suas concepções e práticas e construir pontes de saber entre si.

Tais momentos foram profícuos ainda para o estreitamento de relações entre os trabalhadores atuantes nos municípios e no Escritório Regional, já que era possível debater e criar consensualidades sobre atribuições e objetivos dos serviços, estratégias de enfrentamento e manejo de questões regionais, fatores que acabaram por favorecer uma maior comunicação entre os trabalhadores em âmbito regional e um maior alinhamento em relação à Política de Assistência Social. Cabe ressaltar que vários encontros eram tomados parcialmente pela exposição dos sentimentos dos trabalhadores em relação às vivências no trabalho, ocasionando importantes momentos de acolhimento, reconhecimento e identificação entre si.

Foram interessantes, ainda, os encontros entre gestores e trabalhadores municipais ocupantes de diferentes lugares na execução dos serviços de PSB e PSE, que puderam expor em conjunto como percebiam sua realidade e vivenciavam o cotidiano. Em uma ocasião o ER SEDS apresentou dados sobre a condição dos equipamentos de Assistência Social, e juntos, estado, gestores e trabalhadores municipais buscaram delinear estratégias conjuntas para lidar com as problemáticas e com a fragmentação do processo de trabalho.

No caso das quatro ILPIs da região, os encontros ocorriam a cada dois meses em uma das instituições, comparecendo em sua maioria os dirigentes de cada uma delas. A

metodologia era a de apresentação da realidade e práticas de uma das ILPIs, trocas de experiências e Educação Permanente. Tal separação se deu pela especificidade destas instituições, vinculadas ao estatuto de entidades de assistência social, isto é, que por possuir caráter filantrópico, assume peculiaridades de organização do serviço, desde a formação das diretorias/coordenações (frequentemente ocupadas por pessoas da comunidade) até as modalidades de contratação de profissionais e a quantidade de usuários atendidos, por exemplo.

Nesse quesito, uma das revelações das equipes era a de sofrimento ao atender usuários em sofrimento psíquico grave, solicitando sua transferência a serviços especializados, contrariamente ao que se preconiza na legislação, de que a ILPI é o serviço de acolhimento tipificado para pessoas a partir de 60 anos, sem laços familiares, independente de sua condição de saúde mental. Nestes momentos também se revelava uma dura realidade do cenário da Saúde Mental no Brasil: muitos usuários foram institucionalizados em ILPIs antes de chegarem à velhice e nelas permaneceram; assim como das fragilidades históricas da rede em atender essa população antes da Reforma Psiquiátrica. Somam-se a eles outros idosos que desenvolveram ali mesmo maior fragilidade psíquica.

O espaço formativo que foi se delineando com a sequência de encontros favoreceu, por exemplo, sanar com dúvidas dos dirigentes quanto ao papel da equipe técnica nas ILPIs, por desconhecerem as atribuições por categoria profissional, bem como por visualizar modos muito distintos de atuar na região.

Com a participação de funcionários da Vigilância em Saúde da Regional de Saúde responsável pelo território, foi possível entender e visualizar como os dirigentes poderiam operacionalizar e adaptar as ILPIs às normas de funcionamento das ILPIs segundo a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) Nº 283/2005, de responsabilidade da Vigilância Sanitária do SUS. Na ocasião, foi esclarecido que as ILPIs são instituições de interesse à saúde, pois os idosos, de maneira geral, apresentam condições de saúde que requerem um cuidado especializado e integral, e, por tal motivo, precisam corresponder aos procedimentos de padronização, orientação e fiscalização da área da saúde. De outro lado, os trabalhadores das ILPIs puderam manifestar as dificuldades de realizar as mudanças estruturais solicitadas, haja vista a arrecadação insuficiente e as edificações antigas, pontuações consideradas pelos representantes da Vigilância em Saúde.

A partir desse momento, houve a pactuação de ambos os lados, recorrerem inicialmente ao diálogo em relação às dificuldades de adequação, primando-se por discutir a que objetivo cada ação se destina e se pode ser alcançado de outras formas. Também se chegou ao consenso de parte das modificações estruturais poderiam advir de mudanças nos processos de trabalho, o que trouxe alívio aos participantes das ILPIs, inaugurando uma nova relação para com a área da Vigilância em Saúde de caráter estadual, pretendendo-se estender a aproximação também com as instâncias municipais. Destaca-se nesses relatos, a riqueza que espaços como os do Encontro Regional de Trabalhadores do SUAS possuem, situando-se na potência do diálogo e da construção coletiva.

Assim, as experiências apresentadas permitem afirmar é que, mesmo quando existem ferramentas mais concretas como o Plano Individual de Atendimento(PIA) ao usuário SUAS, que em certa medida delineiam o fazer assistencial, o(s) trabalhador(es) sempre terá(ão) a necessidade de se haver com uma “falta”, um “vazio ou incerteza” a dar conta, pois mesmo quando os caminhos são descritos com o uso da palavra escrita (leis, manuais e notas técnicas), o cotidiano laboral mostrará a necessidade de preenchimento, muitas vezes, singular, original, da “falta”. Assim, explica-se, em parte, a sensação dos trabalhadores de insuficiência do saber e a dependência de capacitações constantes. Para lidar com ela é primordial que haja condições para que o trabalho seja autônomo, criativo e potencializado, possível apenas com equipes igualmente potencializadas e solidárias para os cuidados mútuos, uma busca que não cessa sem a análise coletiva do trabalho.

Considerações finais: vislumbrando trajetórias

Os cenários apresentados denotam diversidade de contextos de trabalho, sofrimentos, lutas, resistência e criação, sendo justamente essa a questão que nos colocamos enquanto trabalhadores, a busca por formas de dialogar, compartilhar, construir, recomeçar e ressignificar um trabalho tão rico e instigante, mas também processual, complexo, ambivalente e desgastante.

Nesse sentido, o trabalho com idosos na Assistência Social exige análise coletiva do trabalho, de modo que os trabalhadores sejam autônomos e protagonistas de seu modo de fazer, acompanhar, analisar e refazer seu caminho de trabalho. Isso produz satisfação e saúde, pois ao serem partícipes de todo o processo, também conseguem intervir naquilo que pode ser aprimorado para melhorar o estado de saúde de todos no ambiente de trabalho. Cabe salientar, porém, que também não é possível aprofundar tal discussão sem passar pela ampliação de estudos em saúde do trabalhador, de modo que possamos entender os contextos e as situações às quais estão expostos, e como lidam com esse trabalho, podendo-se subsidiar ações.

Um dos horizontes é a análise do trabalho ocorrendo em rede, na medida em que, em tese, potencializaria a busca e implementação de soluções para alguma problemática, sendo possível alcançar a diminuição de vulnerabilidades ou pelo menos o agravamento delas. Nela, ocorreria compartilhamento de posicionamentos, perspectivas, experiências, dificuldades, sentimentos, pensamentos e responsabilidade, processo que leva ao amadurecimento de compreensão e tomada de decisão coletiva. Potencialmente, essa seria uma estratégia de contenção do crescimento exponencial dos casos extremos/limites a lidarem, causando menos desgaste e favorecendo sentimento de pertença, de potência, de coletividade e solidariedade, aspectos essenciais para a manutenção da saúde mental e bem estar. Para tanto, é necessário criar espaços subjetivos e concretos para essa análise, haver investimentos e reconhecimentos institucionais da autonomia de saber e fazer dos

trabalhadores, mas também de melhorias das condições e processo de trabalho, salários e vínculos empregatícios. É necessário desenvolver políticas e ações institucionais de cuidado à saúde do trabalhador do SUAS, seja de forma singular, coletiva, de equipe, de gestão, dentre outras.

Por fim, lidar com o envelhecimento populacional ou a pessoa idosa é pensar o envelhecer de todos nós e em que condições queremos vivê-lo como indivíduos, comunidade e sociedade. O que passa, necessariamente, por reconhecer, valorizar e investir nos trabalhadores e em sua saúde, de forma a implementar um projeto de país para todos, no qual o acesso aos serviços da Assistência Social não sejam mais a regra, mas busca por uma base momentânea, por algo que esteja de passagem em nossas vidas.

Referências:

BALDIN, T.; MAGNABOSCO-MARTINS, C. R. Envelhecimento populacional e desafios da institucionalização da experiência da velhice. In: MUSIAL, D. C.; REDA, F. R.; MARCOLINO-GALLI, J. F. (Org.). Cadernos sobre envelhecimento: Volume I. 1ªed. UNIEDUSUL, 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto brasileiro de Geografia e estatística - IBGE. Pesquisa de Informações Básicas Municipais: Perfil dos Municípios Brasileiros – Assistência Social 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

COUTINHO, M.C.; BERNARDO, M.H.; SATO, L. (Orgs.) Psicologia Social do Trabalho. Petrópolis: Vozes, 2017.

ESTÚDIO NSC. Ativo, poderoso e conectado: conheça o perfil do consumidor idoso no Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/ativo-poderoso-e-conectado-conheca-o-perfil-do-consumidor-idoso-no-brasil> Acesso em: 31 mai. 2020.

FERREIRA, S. S. NOB-RH-SUAS. Anotada e Comentada. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011. 144 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NOB-RH_SUAS_Anotada_Comentada.pdf. Acesso em: 29 mai. 2020.

FERREIRA, W; ZAMBENEDETTI, G. Um estudo sobre as configurações do trabalho e inserção do psicólogo no contexto da Política de Assistência Social. Rev. Psicol. UNESP, Assis, v. 14, n. 2, p. 74-90, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v14n2/a07.pdf>. Acesso em 30 maio 2020.

FREITAS, R. M. C. A Política Nacional de Educação Permanente para trabalhadores do SUAS: limites, possibilidades e perspectivas. 2017, 88 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS do Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 2017.

GOMES, A. H; ANDRADE, L. de; MAHEIRIE, K. A experiência de ser trabalhador na assistência social: imagens de vidas implicadas com o campo da desigualdade social. Pesqui. prá. psicossociais, São João del-Rei, v. 13, n. 1, p. 1-18, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n1/11.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2020.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2: 21-32, 1997.

MIRANDA, G; RODRIGUES, V. E. R. Gestão do trabalho no sistema único da assistência social (suas): uma revisão sistemática. Trabalho de conclusão de especialização (Especialização em Gestão pública com ênfase no Sistema Único de Assistência Social), Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2019.

PEREIRA, V. T; FREITAS, C. R; DIAS, D. D. Violação de direitos no SUAS: a precarização da vida. Rev. Polis Psique, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 25-44, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v6n2/n6a03.pdf>. Acesso em 30 maio 2020.

RAICHELIS, R. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p. 750-772, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n104/10.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2020.

SILVA, C. P. Desregulamentação do trabalho no Brasil: uma análise a partir da Política de Assistência Social. Emancipação, Ponta Grossa, n. 16, v. 1, p. 113-125, 2016. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/7515/5519>. Acesso em 30 maio 2020.

Violência contra as pessoas idosas no Brasil a partir das denúncias do Disque 100: avaliação e principais resultados



Rodrigo Caetano Arantes

Marcos Antônio Nunes

Michelle Bertóglia Clos

Walquíria Cristina Batista Alves

vida ao nascer, atualmente em torno de 76,3 anos de idade. Analisando-se por sexo, os homens têm expectativa de vida média de 72,8 anos, ao passo que, as mulheres, de 79,9 anos (IBGE, 2019). Neste contexto, o Brasil assiste ao rápido envelhecimento de sua população, com o incremento da participação de pessoas acima de 60 anos de idade na sua pirâmide etária.

Introdução

A população brasileira tem obtido êxito no incremento de sua longevidade. Esta conquista pode ser atribuída a um conjunto de políticas públicas governamentais executadas ao longo de décadas, cujos reflexos foram mais observados nas áreas da saúde, educação e infraestrutura urbana, notadamente o saneamento básico. Inegavelmente, os resultados foram melhorias nas condições de vida do conjunto da população brasileira.

Em consonância, os ganhos sociais se coadunam com os padrões de transição demográfica ratificados pelos estudos populacionais com a redução dos níveis de fecundidade, hoje em torno de 1,7 filhos por mulher, e, também, a diminuição da mortalidade observada pelo aumento da expectativa de

O processo de envelhecimento da população brasileira é mais veloz e contrasta com o observado em outros países, onde a transição demográfica se iniciou bem antes e se deu em um lapso de tempo maior. A Suécia, por exemplo, levou aproximadamente 60 anos para que a população de pessoas idosas passasse de 7% para 14%; no Brasil esse processo se consolidou em apenas 30 anos. Os dados colocam o Brasil entre os 35 países mais populosos do mundo e o quarto com processo mais intenso de envelhecimento, após a República da Coreia, Tailândia e Japão (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

Apesar de o Brasil galgar índices de envelhecimento populacional cada vez maiores – em 2010 o Índice de Envelhecimento (IE) foi de 43,4 pessoas idosas para cada 100 jovens, em 2018 foi de 63,0 (IBGE, 2018) – não se observou, em contrapartida,

desenvolvimento socioeconômico satisfatório, sobretudo para os segmentos da população idosa que têm convivido com vários tipos de violência.

A Declaração Universal de Direitos Humanos prescreve em seu Artigo 1º que “todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. Essa igualdade não deveria mudar com a idade; portanto, homens e mulheres mais velhos possuem os mesmos direitos que as pessoas mais jovens. No entanto, os direitos das pessoas idosas ainda não permeiam satisfatoriamente as convenções internacionais específicas de direitos humanos sociais, econômicos, políticos, civis e culturais (DIAS, 2013).

Não bastasse, observa-se que as pessoas idosas no Brasil são ignoradas por vários atores e situações. A começar pelos próprios gestores públicos que desconhecem ou não adotam medidas contidas nos Planos Diretores Municipais (PDMs), de modo a garantir a acessibilidade da pessoa idosa, com mobilidade reduzida ou deficiência e, sempre que possível, de maneira integrada, por exemplo, aos sistemas de transporte coletivo de passageiros (BRASIL, 2015). Além de ignoradas, as pessoas idosas são discriminadas por razões culturais, o que fortalece os preconceitos sobre a velhice – “a nossa sociedade tem rejeição à velhice”, conforme afirmou o presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, João Bastos Freire Neto, em entrevista no ano de 2016 (VERDÉLIO, 2016).

Uma das formas de conceituar a violência contra a pessoa idosa é a adotada pela *Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso*, segundo a qual se manifesta como um ato único ou repetido ou em omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança (MINAYO; ALMEIDA, 2016).

As distintas formas pelas quais a violência contra a pessoa idosa se expressa estão explicitadas em documentos oficiais e em estudos que utilizam, também, a denominação “maltrato” ou “abuso”. Neste capítulo, essas expressões são consideradas sinônimas e definidas na seguinte tipologia (MINAYO; ALMEIDA, 2016, p. 440; BRASIL, 2019), a saber:

- **Abandono:** consiste na ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção;
- **Autonegligência:** diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança por meio da recusa de prover a si mesma de cuidados necessários;
- **Negligência:** se refere à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários às pessoas idosas, por parte de responsáveis familiares ou de instituição. Geralmente, as negligências apresentam-se associadas a outros tipos de violência que geram lesões e traumas, sobretudo nas pessoas idosas com mais dependências;
- **Violência estrutural:** fundamenta-se na organização da sociedade e na cultura, que para pessoa idosa pode ser compreendida através das representações do

velho como uma pessoa inútil e descartável. Neste tipo de violência também é enquadrada a naturalização da pobreza e dos processos de dominação decorrentes da desigualdade social, da penúria, das diferenças de gênero e das discriminações;

- **Violência financeira e econômica:** consiste na exploração imprópria, ilegal ou não, consentida dos bens financeiros e patrimoniais da pessoa idosa;
- **Violência física:** refere-se ao uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade, morte ou para compelir a pessoa idosa a fazer o que não deseja;
- **Violência institucional:** manifesta-se através do assédio moral, assédio sexual; ausência de acesso a serviços; demora excessiva ou desídia no atendimento; desrespeito à prioridade legal; falta de acessibilidade/meio físico; falta de acessibilidade/meios de informação e comunicação; homofobia institucional; má utilização de bem público; omissão; prisão ilegal; recusa de atendimento; superlotação de presídio/de unidades de privação de liberdade, de unidade de custódia e de outras instituições e violência policial;
- **Violência medicamentosa:** administração indevida de medicamentos por familiares ou cuidadores. Nesse caso, para se diminuir a necessidade de cuidados, aumenta-se a dosagem de medicamentos ansiolíticos ou para dormir, em geral, das pessoas idosas mais dependentes fisicamente e/ou cognitivamente. Por outro lado, deixar faltar o medicamento também se configura como violência medicamentosa;
- **Violência psicológica:** são agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar a pessoa idosa do convívio social;
- **Violência sexual:** refere-se a atos ou jogos sexuais de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas visando obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Tendo em vista as diferentes formas de violência, as 33 milhões de pessoas idosas no Brasil, que atualmente representam 16% da população, norteiam a necessidade de mudanças de paradigmas e a efetivação de políticas públicas, especialmente iniciativas relacionadas à segurança deste segmento cada vez mais representativo na pirâmide etária do país. Sabe-se que a violência doméstica não se limita à família, mas envolve todas as pessoas que convivem no mesmo espaço doméstico, estando ou não vinculadas por laços de parentesco (SANTOS et al, 2007).

Baseando-se nos propósitos e princípios da Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta a importância da estrutura política do en-

velhecimento saudável e ativo que requer ações em três pilares básicos: participação, saúde e segurança. A Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas estabelece para a garantia dos direitos das pessoas idosas, dentre outros fatores: “Poder viver com dignidade e segurança, sem ser objeto de exploração e maus-tratos físicos e ou mentais” (STUCKELBERGER, 2002, p. 8).

Por este motivo, a ONU elegeu a data 15 de junho o *Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa* (BRASIL, 2017). Em 2018, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) alertou sobre a necessidade de políticas públicas para garantir uma velhice saudável, livre de estigmas, relações abusivas e violências às quais as pessoas idosas podem estar mais vulneráveis (ONU, 2018). Ao se analisar a semântica e concepção da palavra “violência” remonta-se ao primeiro homicídio na antiguidade, progredindo através das guerras tribais e confrontos bélicos das Guerras Mundiais, até culminar em tipos específicos, da violação do corpo humano à privação aos meios de subsistência (ODALIA, 1991). Assim, a violência representa-se por diferentes faces.

Em particular, nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), por vezes, os profissionais se defrontam com o abandono dos residentes, situação que o poder público deveria priorizar uma política de atenção integral à pessoa idosa. As pessoas idosas são abandonadas nessas instituições, primeiramente pela família e, depois, pela sociedade e legisladores de políticas públicas, que deveriam garantir dignidade, sem segregação. Infelizmente, algumas vezes, a fiscalização por agentes públicos, de Conselhos de Direito, Vigilância Sanitária e Ministério Público nas ILPIs revelam situações degradantes no acolhimento e manutenção digna às condições de vida na velhice.

A triste realidade com a qual se depara, em alguns momentos, é a seguinte: as famílias e as instituições excluem e violam os direitos das pessoas idosas. As ILPIs devem garantir proteção à população idosa abrigada, assegurando serviços de qualidade e maior efetividade no que preconiza a Constituição Federal, Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. Portanto, torna-se urgente divulgar o Estatuto do Idoso e cobrar o poder público para a efetivação das políticas públicas de atenção à pessoa idosa. A população deve ser conscientizada por meio das instâncias de controle social, exercer a cidadania e lutar por uma sociedade mais digna para todas as faixas etárias.

O Estatuto do Idoso, em seu Artigo 4º, reitera: “Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (BRASIL, 2003). Na tentativa de efetivação das leis e conscientização no combate à violência contra pessoas idosas, no Brasil, no dia 6 de dezembro de 2010, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) criou o “Disque 100 – Módulo Idoso” (MÜLLER, 2015, p. 28), que é um dos principais instrumentos de denúncia à violência e violação de direitos. Sendo o objetivo a garantia de proteção à violência e violação de direitos a que as pessoas idosas são vítimas.

A pauta da discussão da longevidade e do envelhecimento saudável deve estabelecer as redes de apoio e mecanismos de proteção à violência às pessoas idosas (MINAYO, 2013). Por isso, este trabalho visa identificar os tipos de violência perpetrados contra a pessoa idosa no Brasil, a partir das denúncias do Disque 100 no ano de 2018, e a distribuição espacial dos eventos para, em uma próxima oportunidade, propor uma agenda de políticas públicas para a promoção de uma velhice saudável e de valorização, pautada nos direitos humanos universais.

Procedimentos Metodológicos

Os estudos descritivos têm por finalidade determinar, entre outros, a distribuição das condições relacionadas à saúde e fatores sociais segundo as características dos indivíduos, identificando-se grupos de risco para propor medidas de prevenção (LIMA COSTA; BARRETO, 2003).

Através de estudo descritivo da base de dados secundários do Disque 100 - Pessoa Idosa, no ano de 2018, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BRASIL, 2019), pôde-se verificar a distribuição das denúncias dos tipos de violência cometidos contra as pessoas idosas, segundo as Unidades Federativas. Nesta pesquisa, foi utilizado o *software* Arcmap 10.5 do pacote ArcGIS DATUM® da base cartográfica GCS SIRGAS 2000 e malha digital das Unidades Federativas do arquivo de municípios do IBGE, do ano de 2015. Os mapas gerados, em conformidade com as Unidades da Federação, auxiliaram na análise espacial das denúncias de violências contra pessoas idosas no Brasil no ano de 2018 (dado anual mais recente do Disque 100 - Pessoa Idosa). O método de análise espacial é importante na interpretação da distribuição dos eventos para direcionar a tomada de decisão mais factível com a realidade pelos legisladores de políticas públicas (CÂMARA E CARVALHO, 2002).

Os mapas temáticos, segundo as unidades federativas, ilustram dados absolutos e relativos. No segundo caso, foi importante relativizar o número de casos por 100 mil habitantes de modo a reposicionar os estados que apresentam proporcionalmente mais casos de denúncias de violência contra as pessoas idosas. Em relação à tipologia das denúncias, foi elaborado uma coleção de mapas para ilustrar os quatro tipos principais. Cada mapa ilustra o número de casos por 100 mil habitantes das unidades federativas. Para isto, foram utilizadas as respectivas estimativas populacionais do IBGE do ano de 2018 (IBGE, 2018).

Na sequência, também por estudo descritivo e utilizando tabelas de frequência para gerarem gráficos feitos no Excel®, verificou-se o comportamento das denúncias das violências perpetradas contra pessoas idosas com relação ao sexo da vítima, a tipologia, relação da vítima com o suspeito e, também, o comportamento quantitativo em 2011 e 2018.

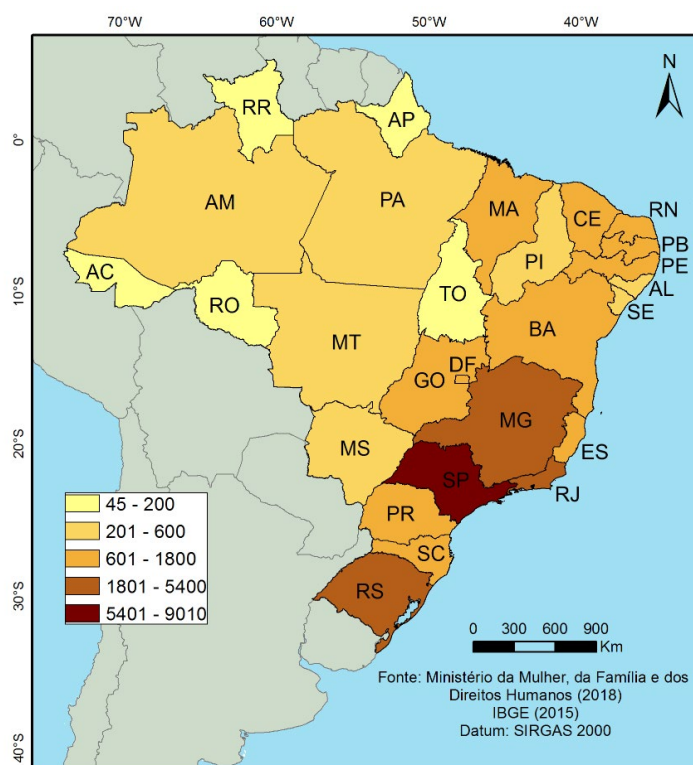
A violência Contra a Pessoa Idosa no Brasil: principais tipos

Em 2018, o Disque 100 registrou 137.868 denúncias de violações de direitos humanos no Brasil. A violência contra a pessoa idosa ficou em segundo lugar, com 27% dos casos, enquanto 55% das vítimas foram crianças e adolescentes (BRASIL, 2019). Naquele ano, foram contabilizados 37.317 casos de violência perpetrados contra as pessoas idosas, denunciados no ano de 2018 através do Disque 100 – Pessoa Idosa, de todas as 27 unidades federativas do país (BRASIL, s. d.).

O total de violências inclui os tipos: abuso financeiro e econômico/violência patrimonial; discriminação; falta de acessibilidade ao meio físico (em edificações ou veículos); negligência; outras violações/outros assuntos relacionados a direitos humanos; tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes; trabalho escravo; violência física; violência institucional; violência psicológica; e, violência sexual.

O mapa gerado indica que as unidades federativas de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, em ordem decrescente, foram as com maior número de casos de violências contra pessoas idosas. Estes estados brasileiros, como se sabe, são os mais populosos. Bahia, Ceará e o Rio Grande do Sul também se apresentaram como unidades federativas com grande número de denúncias (Figura 1).

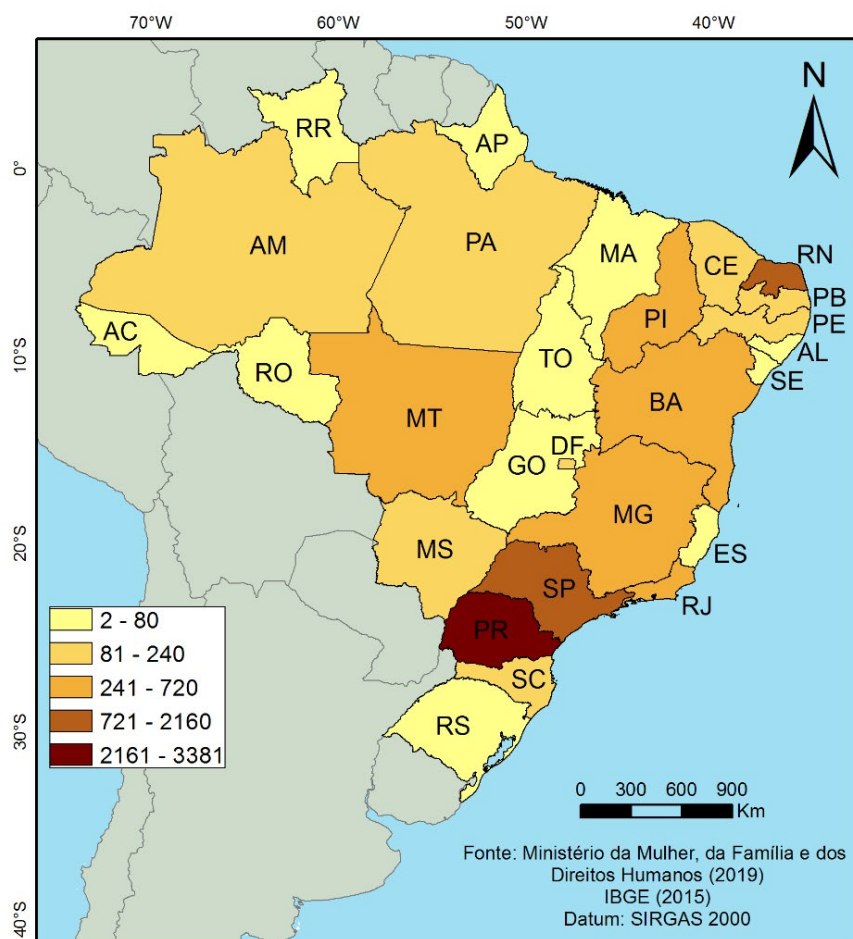
Figura 1 – Brasil: número de denúncias de violência do Disque 100 – Pessoa Idosa, segundo as unidades federativas (2018)



Fonte dos dados básicos: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - Disque 100 – Pessoa Idosa (2018) (BRASIL, s. d.). IBGE (2015) Datum: SIRGAS 2000.

No entanto, quando se observa o número de casos denunciados por 100 mil habitantes, os dados relativos apontam os estados do Paraná, Rio Grande do Norte e São Paulo, pela ordem, como os de maior número de denúncias de violências contra as pessoas idosas no ano de 2018, conforme mostra a Figura 2.

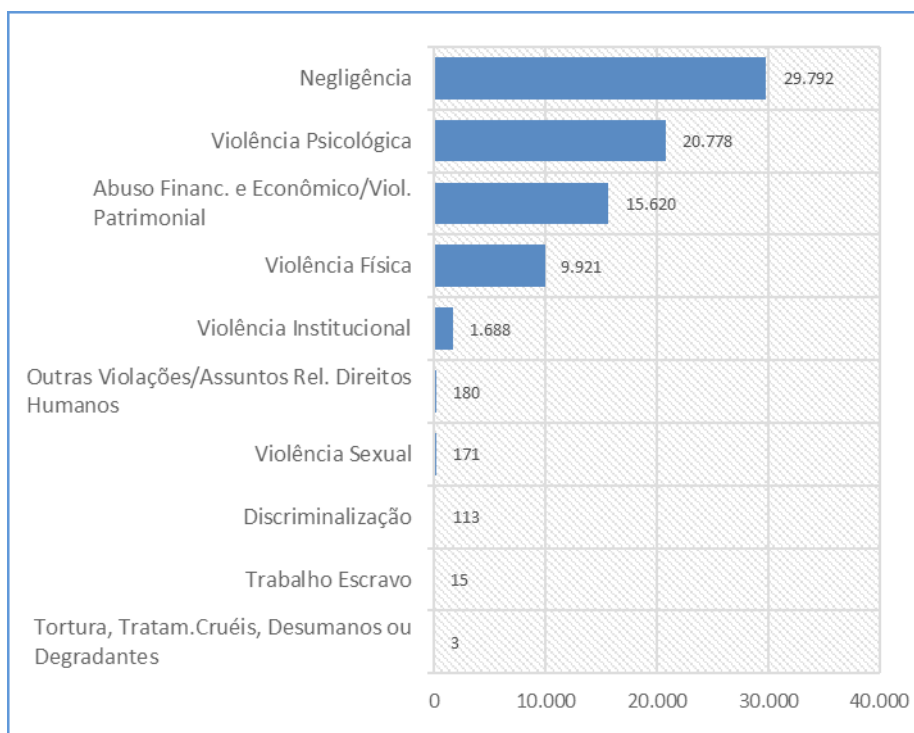
Figura 2 - Brasil: número de denúncias de violência do Disque 100 – Pessoa Idosa, por 100 mil habitantes, segundo as unidades federativas (2018)



Fonte dos dados básicos: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - Disque 100 – Pessoa Idosa (2018) (BRASIL, s. d.). IBGE (2015) Datum: SIRGAS 2000.

Os dados das denúncias coletados no Disque 100 – Pessoa Idosa, de 2018, revelaram que as mulheres foram vítimas em 62,6% dos casos. Com relação à tipologia, 38,1% foram classificadas como Negligência; 26,5% como Violência Psicológica; 19,9% como Abuso Financeiro e Econômico; 12,7% como Violência Física; e 2,8% outras tipologias. O Gráfico 3 mostra os tipos de violência cometidos contra a pessoa idosa, denunciados no ano de 2018, e os respectivos valores absolutos.

Gráfico 3 – Tipos de violência denunciados no Disque 100 – Pessoa Idosa (2018)



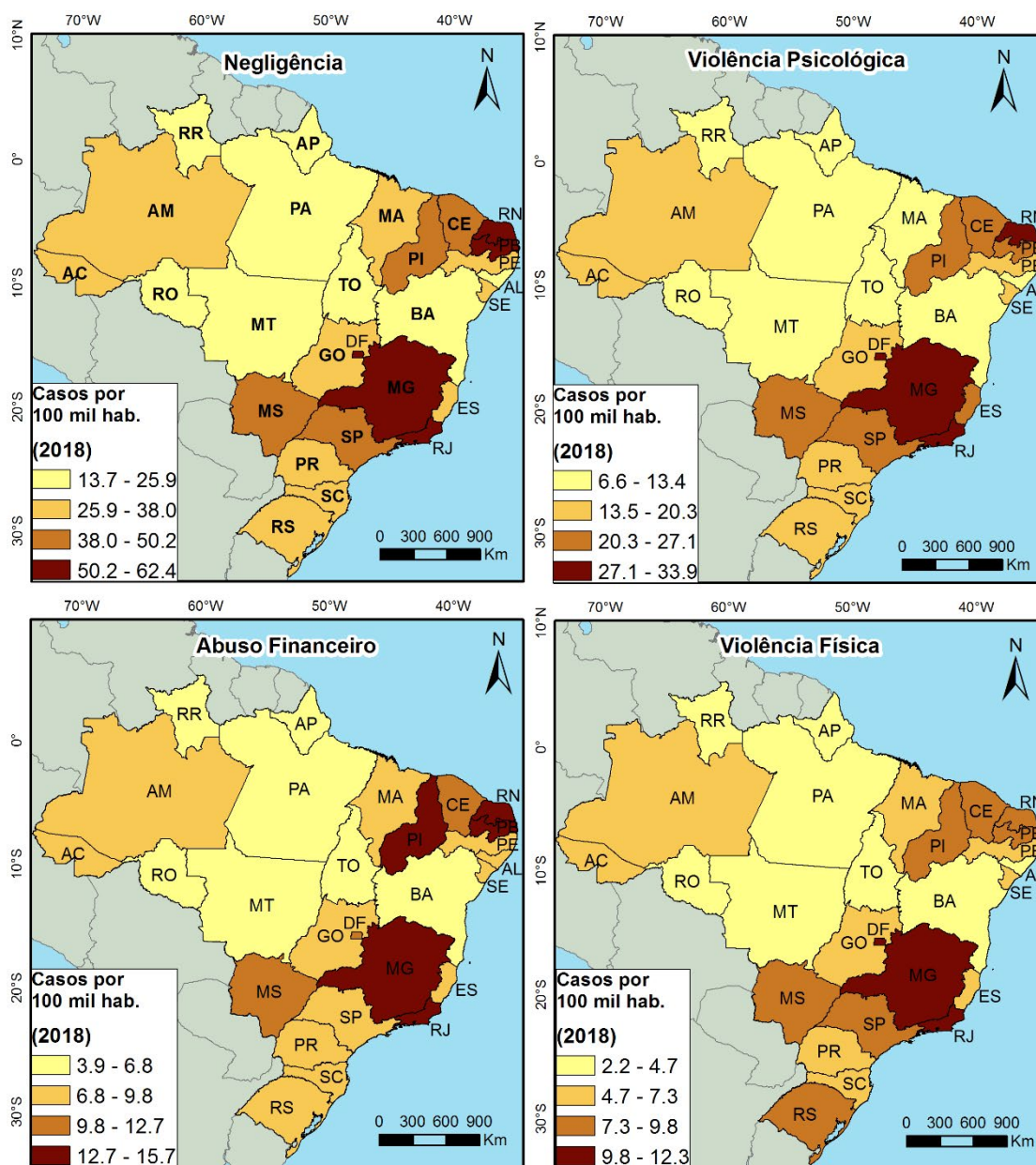
Fonte dos dados básicos: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - Disque 100 – Pessoa Idosa (2018) (BRASIL, s. d.).

Os principais tipos de violência explicitados no Gráfico 3 podem ser caracterizados por um conjunto de condutas, que variam desde a roubar ou utilizar objetos e bens sem autorização até permitir que pessoas idosas em situação de incapacidade vivam em espaços sem condições de higiene ou segurança, ou ainda, privá-las de cuidados de vestuário, higiene e alimentação (GIL, 2015). Essas condutas podem ser frequentemente identificadas nas relações familiares, mas, nem sempre serem interpretadas como violências, ao se incorporarem como parte dos conflitos aceitáveis no âmbito doméstico.

Infelizmente, as violências mais explícitas como ofensas, humilhações ou desprezo, também são percebidas nas relações como dificuldade de diálogo, histórico de desavenças ou mesmo como resposta ao abandono da pessoa idosa no passado; a violência sexual, ainda que menos frequente, pode se manifestar em abusos conjugais ou quando a pessoa idosa se encontra com quadro demencial e/ou vulnerável aos violadores.

Ao analisar os principais tipos de violência, por 100 mil habitantes, cometidos contra a pessoa idosa segundo a unidade federativa, observa-se um certo padrão nas distribuições espaciais dos casos, conforme mostra a coleção de mapas da Figura 3.

Figura 3 – Brasil: principais tipos de violência praticados contra as pessoas idosas de acordo com as denúncias do Disque 100 – Pessoa Idosa, por 100 mil habitantes, segundo as unidades federativas (2018)



Fonte dos dados básicos: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - Disque 100 – Pessoa Idosa (2018) (BRASIL, s. d.). IBGE (2015) Datum: SIRGAS 2000.

A primeira observação se refere ao grupo formado pelos valores mais baixos, ou a primeira classe representada na legenda. Roraima, Amapá, Pará, Rondônia, Mato Grosso, Tocantins e Bahia figuram nos quatro tipos de violência com os valores mais baixos. Alagoas estaria neste grupo não fosse a sua participação na segunda classe (6,8 – 9,8) do tipo “Abuso Financeiro”. A mesma situação aconteceu com o Estado do Maranhão que, em geral, participou da segunda classe, mas figurou na primeira (13,5 – 20,3) apenas no tipo “Violência Psicológica”.

Na outra ponta está o grupo formado pelos valores mais elevados, ou da quarta classe da legenda. Os estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro aparecem em todos os tipos. Já o Rio Grande do Norte só não figurou no tipo “Violência Física”. Em relação aos estados da Região Norte, observa-se que o Amazonas e o Acre apresentaram valores da segunda

classe em todos os tipos de violência, enquanto os demais, conforme descrito, na primeira classe.

Outras observações são a presença de valores intermediários na maioria dos estados brasileiros, com destaque para os da Região Sul, e a presença de valores mais elevados no extremo norte da Região Nordeste, a julgar pelos valores dos quatro tipos para os estados do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba, no ano de 2018.

Estes resultados apontam para uma análise de outra natureza, que merecem um estudo à parte. Certamente há casos de subnotificação em todos os estados, uns mais que outros, e eventos não denunciados. Isto depende muito da divulgação do Disque 100 e o papel dos governos regionais na promoção da cidadania. Mas também depende do cidadão, tanto vítima quanto denunciante, em tomar a iniciativa de efetuar uma simples ligação. De toda forma, isto não invalida os resultados analisados, mas remetem à necessidade de maior divulgação do Disque 100.

A dinâmica da violência contra as pessoas idosas: subtipos

Os Quadros de 1 a 4, a seguir, sintetizam a evolução dos subtipos de violência relacionados aos quatro principais tipos de violência contra as pessoas idosas, nos anos de 2011 e 2018, denunciados através do Disque 100. No Quadro 1, pode-se observar que a maioria dos subtipos reduziu sua participação no período, dentro da violência tipificada como “Negligência”. Não obstante “Outros” subtipos terem aumentado 333,3%, mas por apresentarem uma base baixa em 2011, os casos de denúncias do subtipo “Autonegligência” não obtiveram alteração, ao passo que “Negligência em Amparo e Responsabilização” apresentou crescimento de 35% no período.

Quadro 1 – Evolução dos subtipos de violência tipificados como Negligência denunciados através do Disque 100 – Pessoa Idosa (2011 e 2018)

NEGLIGÊNCIA	2011	2018	SITUAÇÃO
Abandono	12,2	9,6	-21,3
Autonegligência	0,3	0,3	0,0
Negligência em Alimentação	24,6	19,7	-19,9
Negligência em Amparo e Responsabilização	24,6	33,2	35,0
Negligência em Limpeza e Higiene	19,3	17,3	-10,4
Negligência em Medicamentos e Assist. à Saúde	18,3	17,4	-4,9
Outros	0,6	2,6	333,3

Fonte dos dados básicos: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - Disque 100 – Pessoa Idosa (BRASIL, s. d.).

No Quadro 2, tem-se os subtipos de Violência Psicológica denunciados no mesmo período. Observa-se considerável redução na maioria deles, com exceção de “Hostilização”, “Humilhação” e “Infantilização” que apresentaram crescimento de 43%, 10,4% e 33%, respectivamente.

Quadro 2 – Evolução dos subtipos de Violência Psicológica denunciados através do Disque 100 – Pessoa Idosa (2011 e 2018)

VIOÊNCIA PSICOLÓGICA	2011	2018	SITUAÇÃO
Ameaça	21,7	15,9	-26,7
Calúnia, Injúria, Difamação	8,4	3,0	-64,3
Chantagem	3,7	2,2	-40,5
Hostilização	30,9	44,2	43,0
Humilhação	28,8	31,8	10,4
Infantilização	0,3	0,4	33,3
Outros	3,4	1,2	-64,7
Perseguição	2,4	1,3	-45,8
Subtração de Incapaz	0,2	0,1	-50,0

Fonte dos dados básicos: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - Disque 100 – Pessoa Idosa (BRASIL, s. d.).

Já o Quadro 3 apresenta os subtipos de violência tipificados como “Abuso Financeiro e Econômico”. Vale destacar dois subtipos que aumentaram consideravelmente sua participação no período: “Extorção”, crescimento de 155,2%, e “Expropriação/Apropriação de Bens” (101%).

Quadro 3 – Evolução dos subtipos de violência tipificados como Abuso Financeiro e Econômico denunciados através do Disque 100 – Pessoa Idosa (2011 e 2018)

ABUSO FINANCEIRO E ECONÔMICO	2011	2018	SITUAÇÃO
Destruição de Bens	3,8	4,1	7,9
Estelionato	1,0	1,4	40,0
Expropriação/Aprop. Bens	10,4	20,9	101,0
Extorção	2,9	7,4	155,2
Furto	4,4	4,4	0,0
Outros	1,7	0,7	-58,8
Retenção de Salários/Bens	68,5	58,9	-14,0
Roubo	2,2	2,0	-9,1
Subtração/Invalidação/Ocult. Documentos	5,1	0,0	-100,0

Fonte dos dados básicos: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - Disque 100 – Pessoa Idosa (BRASIL, s. d.).

Por fim, o Quadro 4 apresenta a evolução dos subtipos de “Violência Física” praticados contra a pessoa idosa no período de 2011 a 2018. Apenas o subtipo “Lesão Corporal” apresentou crescimento, de 59,3%.

Quadro 4 – Evolução dos subtipos de Violência Física denunciados através do Disque 100 – Pessoa Idosa (2011 e 2018)

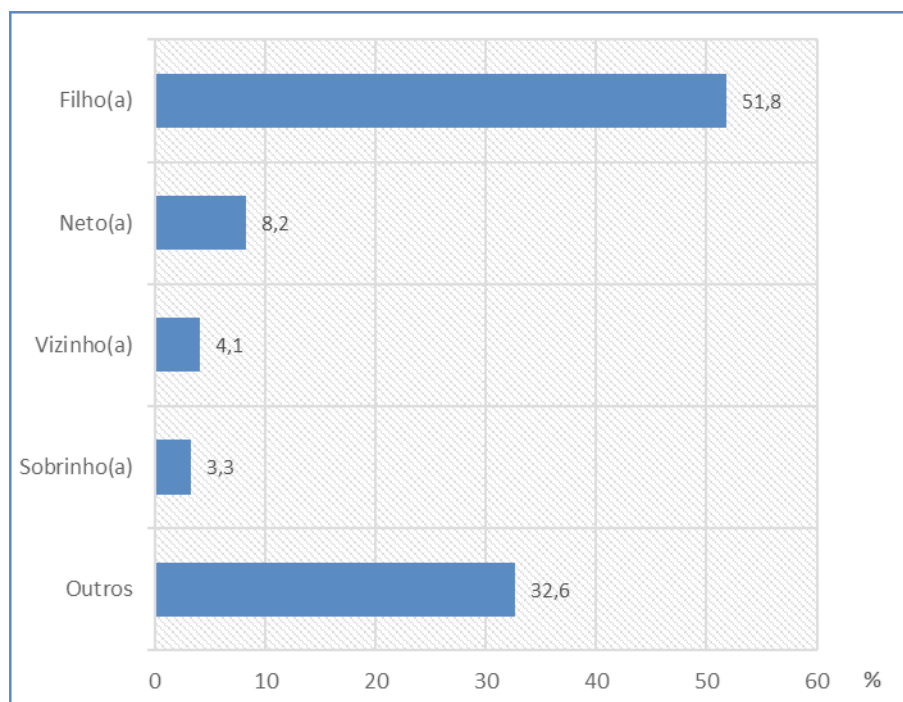
VIOÊNCIA FÍSICA	2011	2018	SITUAÇÃO
Autoagressão	0,3	0,0	-100
Cárcere Privado	0,0	5,4	*
Chacina/Massacre	10,9	0,0	-100
Genocídio	0,0	0,0	0
Homicídio	0,1	0,1	0
Latrocínio	0,0	0,1	*
Lesão Corporal	28,0	44,6	59,3
Maus-Tratos	56,9	48,3	-15,1
Outros	1,4	0,4	-71,4
Sequestro	0,1	0,0	-100
Tentativa de Homicídio	2,4	1,0	-58,3

Fonte dos dados básicos: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - Disque 100 – Pessoa Idosa (BRASIL, s. d.).

O Mito da Família Protetora

Os dados confirmam que na maioria das vezes os membros familiares são os suspeitos de praticar a violência contra as pessoas idosas, sendo que o(a)s filho(a)s foram acusado(a)s em 51,8% dos casos denunciados; o(a)s neto(a)s em 8,2%; o(a)s vizinho(a)s em 4,1%, o(a)s sobrinho(a)s em 3,3%. No Gráfico 4, a categoria “outros” (32,6% dos casos) inclui: bisneto(a), companheiro(a), cuidador(a), cunhado(a), desconhecido(a), empregado(a), empregador(a), enteado(a), esposa, marido, ex-companheiro(a), ex-esposa, ex-marido, genro/nora, irmão(ã) e líder religioso.

Gráfico 4 – Relação do suspeito com a vítima segundo as denúncias do Disque 100 – Pessoa Idosa (2018)



Fonte dos dados básicos: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - Disque 100 – Pessoa Idosa (2018) (BRASIL, s. d.).

São fatores de risco para violência intrafamiliar “isolamento social dos familiares e da pessoa idosa; agressividade do idoso e da idosa com os familiares; e história de violência na família” (MINAYO; ALMEIDA, 2016, p. 444). Portanto, os dados relativos às denúncias de violência intrafamiliar perpetradas contra pessoas idosas contribuem para problematização da ideia de família enquanto espaço de proteção. Significa dizer que a violência contra pessoa idosa, diferentemente de outros tipos de violência, tem um componente claramente evidenciado, mas pouco explorado: o mito da família protetora.

A família, de acordo com o próprio Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) é a instituição primeira de proteção e responsabilidade para o qual a Sociedade e o Estado devem fornecer condições objetivas de saúde, assistência, segurança social e econômica. Contudo, considerar a família apenas sob a perspectiva de instituição a despeito de características heterogêneas, complexas, polemizadas e contraditórias.

Ainda que Minayo e Almeida (2016) sinalizem fatores de risco para a violência (coabitação, dependência financeira, abuso de álcool e drogas por parte dos familiares); motivações (choque de gerações, aglomeração de pessoas nas residências, falta de condições, disponibilidade de tempo e vontade para cuidar das pessoas idosas) e perfil de agressores (filhos mais que filhas, noras, genros e cônjuges) e vítimas (pessoas idosas com diagnósticos de depressão, transtornos mentais, incontinência urinária e fecal, diabetes, reumatismo e comorbidades), não se pode limitar a compreensão do fenômeno ao microcontexto onde a violência se manifesta. É preciso encarar a dimensão dos dados de denúncia no Disque 100 e sua relação com os contextos social e regional brasileiros. Numa análise criteriosa desses dados, é possível estabelecer a seguinte reflexão: na mesma medida em que se re-

conhece a família como espaço privilegiado de proteção social, também se observa a perda de capacidade protetiva de seus membros em processo de envelhecimento.

Considerações finais

Primeiramente, deve-se ponderar sobre a efetividade do Disque 100. A universalização deste serviço depende de campanhas nacionais e regionais de informação e sensibilização da população para maior cobertura territorial e assim ampliar o atendimento às vítimas. Por isso, é provável que muitos estados brasileiros apresentem subnotificações de casos relacionados à violência contra a pessoa idosa. A subnotificação pode ocorrer também pelo fato de a pessoa idosa querer proteger o agressor, uma vez que na maioria das vezes ele pertence ao seio familiar.

Todavia, apesar dessas limitações, o Disque 100 é uma ferramenta imprescindível para a promoção de políticas públicas voltadas para os direitos humanos, em particular, à pessoa idosa.

Este trabalho também traz a evidência que o aumento da longevidade no Brasil, além de refletir a melhoria da qualidade de vida da população, revela que o país assiste aos diferentes tipos de violência perpetrados contra pessoas idosas. Conforme dados do Disque 100 – Pessoa Idosa, verificou-se que a maioria dos casos de violência estão situados nos estados brasileiros mais populosos. Em se tratando de dados relativos, Paraná e Rio Grande do Norte figuram como os mais violentos – o que merece uma análise específica.

Como já foi pontuado, na maioria dos casos – não existindo padrão regional – a violência é perpetrada pelos membros da própria família. E os tipos mais comuns são: a negligência, a violência psicológica, abuso financeiro e violência física. As violências intra-familiares podem ser analisadas por diferentes ângulos. Ora como reflexos dos processos de exploração e violação de direitos básicos a que são submetidos seus membros, ora como relações de poder que se desequilibram e buscam na violência, formas alternativas de resolução de conflitos ou mera imposição de desejos.

Neste momento, no qual uma parcela significativa da população brasileira se encontra em distanciamento social por causa da pandemia de Covid-19 é provável que alguns tipos de violência contra as pessoas idosas sejam incrementados. Neste sentido, infere-se que são possíveis mudanças nos comportamentos, de protetivos para perpetradores de violência, sobretudo nos casos de substituição de profissionais cuidadores por entes familiares, devido aos efeitos da crise econômica. Neste sentido, sinaliza-se a importância de estudos futuros utilizando a mesma base de dados no período de vigência dos cuidados específicos com a Covid-19.

Por fim, o protagonismo das pessoas idosas na sociedade brasileira somente será verdadeiramente alcançado a partir do momento em que haja respeito às leis e repúdio a qualquer forma de violência e violação dos seus direitos.

Referências bibliográficas

BRASIL. *Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. *Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Diário Oficial da União, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. 15 de junho: Dia mundial de conscientização da violência contra a pessoa idosa. *Blog da Saúde*, 15 jun. 2017. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52683-15-de-junho-dia-mundial-de-conscientizacao-da-violencia-contra-a-pessoa-idosa>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço Disque 100: Balanço Geral 2011 ao 1º semestre de 2019 – Pessoa Idosa. Brasília: MMFDH, s. d. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/ouvidoria/balanco-disque-100>>. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Disque Direitos Humanos: relatório 2018. Brasília: MMFDH, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/ouvidoria>>.

CÂMARA, G.; CARVALHO, M.S. *Análise espacial de eventos*. São José dos Campos: INPE, 2002. Disponível em: <<http://mtc-m12.sid.inpe.br/col/sid.inpe.br/sergio/2004/10.07.14.53/doc/cap2-eventos.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2020.

CLOSS, V.E.; SCHWANKE, C.H.A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.

DIAS, E.F. O envelhecimento populacional e o direito à saúde da pessoa idosa. *Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça*, Dourados, v.1, n.1, p.1-14, 2013.

GIL, A. P. et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1234-1246, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601234&lng=en&nrm=iso>. access on 16 May 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084614>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeções da população*: Brasil e unidades da federação. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101597.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018. *Agência IBGE Notícias*, 28 nov. 2019. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

LIMA COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

MINAYO, M.C.S. *Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar*. Brasília, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013. Disponível em: <<http://www.cedi.pr.gov.br/arquivos/File/CEDI/ManualViolencialdosogovfedweb.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

MINAYO, M.C.S.; ALMEIDA, L.C.C. Importância da Política Nacional do Idoso no enfrentamento da violência. In ALCÂNTARA, A.O.; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K. C. *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

MÜLLER, N.P. (Org.). Guia de políticas, programa e projetos do Governo Federal para a população idosa: compromisso nacional para o envelhecimento ativo. Brasília, Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1436207288_Guia_de_poli_ticas_pu_blicas_2015.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

ODALIA, N. *O que é violência*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

ONU – Organização das Nações Unidas. Fundo de População da ONU alerta para violência contra idosos no Brasil. Brasil, 18 jun. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/fundo-de-populacao-da-onu-alerta-para-violencia-contra-idosos-no-brasil/amp/?fbclid=IwAR2X6gYW8maXcNjbi6T-0jkwXDffp9WL5teslxbFS43it4issGQLAZrnWYI>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SANTOS, A.C.P.O.; SILVA, C.A.; CARVALHO, L.S.; MENEZES, M.R. A construção da violência contra idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100115-&tling-pt>. Acesso em: 31 mar. 2020.

STUCKELBERGER, A. Direitos Humanos e Pessoas Idosas. *Nações Unidas: uma sociedade para todas as idades*. Ano Internacional das Pessoas Idosas 1999. Genebra, Suíça: Centro de Informação das Nações Unidas para Portugal, mar. 2002.

VERDÉLIO, A. População tem rejeição à velhice, diz presidente de Sociedade de Geriatria. *Agência Brasil*, 15 jun. 2016. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-06/sociedade-tem-rejeicao-velhice-diz-presidente-da-sociedade-de-geriatria>>. Acesso em: 30 mar. 2020.

Afasia e (na) velhice: Sobre perdas, aquisições e recursos sociais protetivos



Suzana Carielo da Fonseca

Maria Francisca Lier-De Vitto

Christiana Carielo Fonseca de Freitas

sintomática a ela se restrinja, como veremos oportunamente. Vale destacar que nossa atenção estará voltada para os seus desdobramentos subjetivos e sociais.

A afasia, como afirma Fonseca (1995, 2002, 2006, 2015), é um distúrbio de linguagem que decorre de lesão cerebral e tem, como consequência, a instauração de um drama subjetivo (perda de vez e voz na linguagem) que implica o esgarçamento do laço com o outro (que se traduz como isolamento/exclusão social). No próximo item, aprofundaremos as bases sobre as quais a autora pode chegar a tal definição, bem como as especificidades de sua ocorrência na velhice. Neste momento, cabe ressaltar que o encaminhamento desta questão encontra eco na reflexão de Clavreul (1978/1983: 130), segundo quem “a doença, e mais geralmente tudo que é anormal, não pode ser examinado apenas do ponto de vista do indivíduo”. Sob as palavras desse autor está a seguinte consideração de Sigerist (1932, p. 107 apud CANGUILHEM, 1995, p. 90): “a doença isola”.

Introdução

Os pares de opostos “potência/fragilidade” e “inclusão/exclusão” constituem a base da reflexão que procuraremos encaminhar neste trabalho. Ela está vinculada à teorização realizada no âmbito dos Grupos de Pesquisas CNPq “A Fragilização da Velhice e o Exercício Clínico no Campo da Gerontologia”¹ e “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”². Mais especificamente, o que se problematiza aqui é o suporte necessário para o enfrentamento de questões instauradas pela ocorrência de um quadro patológico – a afasia - na velhice. Sua alta incidência nessa etapa vital³, contudo, não nos deve levar a concluir que tal condição

1 Coordenado pela Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca.

2 Coordenado pelas Profas. Dras. Maria Francisca Lier-De Vitto e Lúcia Arantes.

3 Fonseca, Lier-DeVitto e Oliveira (2015, p. 19) assinalam que, “por exemplo: nos EUA, enquanto 15% dos sujeitos com idade inferior a 65 anos podem se tornar afásicos, acima dos 85 anos de idade, esse número sobe para 43% (ENGELTER et al, 2006). No Brasil, a incidência de afasia dobra a cada década quando se leva em conta o segmento etário acima de 55 anos de idade”.

Note-se, portanto, que se a doença produz efeitos de natureza subjetiva, ela também tem desdobramento social. Clavreul chega mesmo a falar em “ostracismo”, termo que nos coloca frente à problemática da exclusão por efeito de uma condição patológica e, consequentemente, às demandas de inclusão que daí se desdobram. Discussão que, do nosso ponto de vista, coloca em cena, ainda, a necessidade de deslocamento da noção organicista de saúde (e de seu oposto, doença) para o campo dos problemas sociais.

Nessa medida, como assinala Gomes (2018, p. 16), a “articulação velhice + doença contribui para recrudesce a exclusão”. Isso porque um “grau duplo de vulnerabilidade” (ARAÚJO, FONSECA, 2016, p. 577) pode estar em causa aí. Vale lembrar que desde o final dos anos 1960, início dos 1970, a filósofa Simone de Beauvoir (1970/90), quebrando o silêncio em torno da temática sobre a velhice, já denunciava o fato de que as sociedades ocidentais tendem a tratar os velhos como “párias”. Do nosso ponto de vista, não seria leviano afirmar que tal realidade ainda insiste e que, no Brasil de hoje, permanece um déficit de investimento do Estado para assegurar qualidade de vida à população idosa⁴. É o que concluem, por exemplo, Berzins, Giacomini e Camarano (2016, p. 131): “depois de tantos anos, o conjunto de serviços é inexpressivo mediante a realidade da população idosa brasileira, especialmente aquela que depende da política de assistência social”.

Foi levando em conta tal perspectiva que decidimos voltar o foco para uma teorização que, ao articular afasia e velhice, também aborda os resultados de uma prática social – o Centro de Atendimento a Afásicos (CAAf), da Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) -, configurada para atender as demandas que lhe são específicas. Esperamos que esse empreendimento possa contribuir para ampliar o diálogo entre os campos da Saúde e da Assistência Social e, quem sabe, subsidiar políticas que favoreçam o bem-estar dos cidadãos nela implicados.

Para tal, o presente artigo está estruturado, a seguir, em quatro partes: (1) uma reflexão que suspende o determinismo biológico ao qual a afasia está predominantemente atrelado no campo da ciência, trazendo à luz uma noção de corpo que ultrapassa a de organismo e que, por isso, demanda uma escuta que não marginalize os desdobramentos subjetivos e sociais de sua ocorrência; (2) uma abordagem que procura dar ênfase à dinâmica entre perdas e aquisições que caracteriza o processo subjetivo de envelhecimento e a especificidade de seu *modus operandi* na velhice para, assim, problematizar a associação desta última com a afasia; (3) um relato que objetiva dar visibilidade a uma prática social – o CAAf/Derdic-PUCSP – e o que nela se tem testemunhado relativamente à otimização de oportunidades para uma vida com mais qualidade na velhice (FONSECA, 2016); (4) conclu-

4 Isso não quer dizer que não se reconheça que uma nova institucionalidade de proteção ao idoso no Brasil se instituiu a partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988. Outros marcos constituem, sem dúvida, um reconhecimento por parte do Estado de que este grupo etário tem necessidades próprias e que, por isso, deve ser alvo de políticas públicas específicas. Entre eles, destaque especial para a Política Nacional do Idoso (PNI) (Lei no 8.842/1994, regulamentada pelo Decreto no 1.948/1996), o Estatuto do Idoso (2003), a Política Nacional de Saúde do Idoso (2006, Portaria nº 2528).

sões finais que, na verdade, se configuram como a abertura desse campo de questões na articulação necessária entre as área da Saúde e da Assistência Social.

Sobre a Afasia: drama subjetivo, exclusão social

A afasia é uma patologia de linguagem que, como já assinalado, decorre de lesão cerebral. Essa afirmação, consensual entre clínicos e pesquisadores, na maioria das vezes, implica o reconhecimento de que tal distúrbio pode comprometer de modos bastante diversos a linguagem oral e/ou a escrita (tanto no que diz respeito à produção, quanto à compreensão), bem como afetar a gestualidade. Cabe assinalar que a afasia é uma condição sintomática marcada por seletividade e imprevisibilidade, em um amplo espectro de graus de severidade. A heterogeneidade sintomática desconcertante desafia, e porque não dizer, cria obstáculos, do ponto de vista teórico e clínico, à proposição de tipos estanques. Não é incomum, por exemplo, que em quadros lesionais semelhantes os sintomas sejam diversos ou, como efeito de diferentes lesões cerebrais, que nos deparemos com quadros sintomáticos aparentemente bastante semelhantes.

Levando em conta, então, a manifestação linguística sintomática, não é difícil reconhecer a complexidade inerente à relação cérebro x linguagem e à dificuldade de sustentar uma causalidade direta entre esses dois domínios de funcionamento. No campo mesmo da Medicina, Jackson (1866) e Freud (1891) são exemplares pioneiros no que diz respeito ao reconhecimento de que o linguístico não é mero reflexo do cerebral. Trilha aberta para que, no campo da Linguística, Jakobson (1954) tenha encaminhado uma proposta que, sem marginalizar a lesão cerebral, lhe permitiu abordar o sintoma linguístico como produto do funcionamento simbólico (o funcionamento da língua, tal como postulado por Saussure, em 1916).

Vale destacar que é exatamente porque a língua é um domínio de funcionamento relativamente autônomo em relação ao orgânico que um médico encaminha o afásico para um fonoaudiólogo, mais especificamente para um clínico de linguagem. Isso significa que o campo teórico e clínico da Medicina não coincide com o da Clínica de Linguagem. No primeiro, está em causa o organismo e, exatamente por isso, a atenção do médico neurologista está voltada para o cérebro, o “órgão em sofrimento”. Isso determina um limite de fronteira que o impede de intervir no linguístico, tarefa que delega, como já assinalamos, ao clínico de linguagem. Esse limite reclama uma clínica fundada numa outra noção de corpo, aquele atravessado pelo simbólico. Entende-se aí que as modalidades de manifestação do linguístico – oralidade, escrita, gestualidade – resultam de operações da língua⁵.

5 As operações sintagmáticas e paradigmáticas, como as nomeia Saussure (1916); ou, na perspectiva de Jakobson (1954), operações metonímicas e metafóricas.

A articulação língua x fala é, portanto, uma dimensão axial na constituição da escuta de um clínico de linguagem para o sintoma afásico. Contudo, seu raciocínio não pode marginalizar o fato de que se uma “fala sofre”, um sujeito sofre os seus efeitos; o que exige uma escuta na qual, do ponto de vista teórico, o ser falante seja proposição problemática. Afinal, se qualquer fala (o que vale, inclusive para a fala afásica) está articulada ao funcionamento da língua, ela será sempre, em especial para um clínico de linguagem, a fala de um falante. É por essa razão que, em meio ao universal de um funcionamento, manifestações singulares insistem: campo fértil para enfrentar a heterogeneidade sintomática que caracteriza a afasia.

Como se vê, língua, fala e falante são polos intrinsecamente implicados na condição afásica. A inclusão teórica e clínica desse último numa reflexão linguisticamente orientada não é tarefa fácil. Ela exige que se considere que, embora a língua enquanto funcionamento – jogo combinatório – opere “de maneira pré-subjetiva, é esta estrutura que dá estatuto ao inconsciente” (LACAN, SEMINÁRIO 11, p. 26, apud OLGIVIE, 1988, p. 42). Mas, nessa perspectiva, assinalam Lier-DeVitto e Fonseca (2012), embora a fala não seja morada/abrigo do sujeito do inconsciente, é por ele invadida. Isso significa que o sujeito do inconsciente incide na fala; mas não se confunde com ela; “aparece”, mas nela não se enlaça ou se abriga. Lição aprendida da Psicanálise que nos leva a concluir que o processo de subjetivação deve ser pensado, então, como intrusão imprevisível na cadeia falada. Imprevisibilidade em cuja base está o funcionamento do inconsciente. Isso só torna mais complexo entender o imprevisível manifesto na condição sintomática afásica.

Numa tentativa de dar um passo além dessa afirmação, vale observar que “o ser falante é aquele [...] afetado pelo fato de que ele fala” (MILNER, 2012, p. 95). Disso o afásico também não escapa, mas ele, ao contrário dos falantes normais, tem que se haver com uma imprevisibilidade que, diferentemente da condição linguística deles, é uma condição sintomática que o coloca em xeque para sustentar uma fala e sustentar-se nela. Razão pela qual se estranha na língua materna. Esse estranhamento deve ser problematizado, de acordo com nosso ponto de vista, levando em conta algumas pontuações feitas por Freud (1919/1976), na Psicanálise, quando ele abordou a questão do estranho ou “[d]aquilo que desperta o medo” (p. 276) e que, por isso, responde por “sentimentos de repulsa e aflição” (idem). Nessa medida, “estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar” (279). Mas, “em que circunstâncias o familiar pode tornar-se estranho e assustador?” (idem). Na perspectiva da psicanálise freudiana, a resposta é encaminhada tendo em vista a noção de recalque: “algo reprimido que *retorna*. Essa categoria de coisas assustadoras construiria então o estranho (p. 279). Sendo assim, o estranho diz respeito àquelas situações em que está em causa a subversão da lei do recalque, fazendo aparecer o que deveria ter permanecido oculto.

Além do retorno do recalcado, há uma outra linha de reflexão encaminhada por Freud, qual seja, o fenômeno do duplo, ou nas suas palavras: “tratar o resto do ego como um objeto - isto é, [ser] capaz de auto-observação [...] sobretudo [em relação] àquelas coisas que,

para a autocrítica, parecem pertencer ao antigo narcisismo superado dos primeiros anos” (p. 302). Nessa medida, “estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo da repressão” (idem). Resta indagar, como a perspectiva de Freud nos ajuda a entender melhor a condição afásica?

Como atentou Fonseca (2015), o drama subjetivo do afásico decorre do fato de que ele experimenta, de modo incontornável, em meio a um fracasso comunicativo permanente, ficar “sempre ao lado do que quer dizer” (LACAN, 1955-56/1981, p. 250). Isso porque o afásico, via de regra, tem escuta para a desarticulação significativa que insiste em seu dizer, sem, contudo, nada poder fazer para mudar tal condição. Os efeitos dessa impotência verbal são devastadores no seu imaginário de ser falante. Em uma nova e enigmática posição, ele não se reconhece mais como o falante que era antes, o que rompe com o ideal de homogeneidade/semelhança que o enlaçava aos falantes de sua língua materna. Singularidade que o angustia e que, também, produz efeitos dessa mesma natureza no outro, que passa a não reconhecê-lo como um igual.

Ora, o imaginário que rege a modelo de comunicação é o da “homogeneidade dos parceiros de troca” (MILNER, 2012, p. 98). A reversão imaginária produzida pela afasia rompe com a ilusão de semelhança que sustenta o laço social. Se o afásico sofre por efeito de sua fala em sofrimento, o seu sofrimento é, então, recrudescido pelo esgarçamento desse laço. Esgarçamento que se desdobra da ruptura do ideal antes referido. Isolamento, marginalização social compõem, assim, o drama com o qual tem que se haver o afásico. Note-se a pertinência aqui do tema do duplo, abordado por Freud no texto “O Estranho”. De fato, ele se oferece como ferramenta de leitura da condição sintomática que se impõe ao afásico porque vai ao encontro de uma experiência singular do ser-falante-afásico cujo estranhamento corre por conta da ruptura de um ideal de semelhança que foi recalcado, qual seja, o de que se é constituído falante na diferença, na não-coincidência com o outro. A presença de sintoma na fala aprofunda sobremaneira a tensão e o conflito do encontro entre falantes porque coloca em cena, de modo dramático, o estranho e o familiar para ambos os sujeitos falantes.

Essa breve incursão pela afasia e seu desdobramento subjetivo e social nos dá a oportunidade de atentar, como já havíamos antecipado, para uma dimensão de corpo que ultrapassa a de organismo (MARCOLINO, 2004). Como afirma Catrini (2011, p. 111), no que diz respeito ao humano, “a máquina orgânica é posta em movimento quando suas engrenagens são atreladas às engrenagens da linguagem [...] nasce, assim, o ser de linguagem, o falasser, o corpolinguagem”. Ao refletir sobre o corpo falante e seus destinos na clínica de linguagem, Catrini e Lier-De Vitto (2018, p. 427) concluem que:

Afásias mostram que um problema na estrutura anatômica produz uma sucessão inevitável de acontecimentos limitantes, na maioria das vezes, insuperáveis: a força da anatomia sobre a fala é incontestável. Quanto a falantes, na clínica, vê-se que eles sofrem, podem atravessar o luto e arranjar-se com o corpo e com a fala que têm. Queremos dizer, com isso, que o destino do sujeito não é decidido pela adversidade ditada pela anatomia no seu corpo, mesmo quando a lesão cerebral é permanente.

O afásico, como se vê, mesmo no interior da desventura da condição sintomática permanente, pode retrair rumos porque seu corpo não é redutível ao substrato orgânico. De fato, o que se testemunha na clínica de linguagem é que “a anatomia não dita nem resume o destino de uma fala e de um falante” (p. 431). Consideração que também está na base de qualquer outra consideração que se venha a fazer sobre os destinos da vida de um humano, em qualquer etapa vital. É o que está em questão no próximo item deste trabalho.

Sobre a velhice e os efeitos de sua associação com a afasia

O drama subjetivo e o esgarçamento do laço social que estão em causa na afasia independem da idade. Crianças, jovens, adultos ou velhos tem que se haver com isso, o que sem dúvida alguma depende de sua estruturação subjetiva, mas também de que possam contar com recursos sociais protetivos. Nesse item, problematizaremos a associação entre velhice e afasia, refletindo sobre algumas das especificidades nela implicadas, para no item seguinte discutir tais recursos, necessários para o seu enfrentamento.

Tendo em vista o que já se disse até o momento, não é difícil concluir que a incidência da afasia tende a fragilizar aquele que a experimenta. Como sua ocorrência pode se dar em qualquer ponto cronológico do processo de envelhecimento⁶, convém que nos detenhamos, como faz Messy (1992), numa necessária distinção entre tal processo e uma de suas etapas, a velhice. Nessa perspectiva, o autor afirma que o processo psíquico do envelhecimento é marcado pela polaridade dinâmica entre perdas e aquisições. Ao longo da vida, diz ele, “devemos enfrentar numerosas perdas que privam a imagem de seu objeto, mas lançam-no em busca de um outro. Uma perda não é sempre um término, muitas vezes engendra uma aquisição” (p. 21). Desse ponto de vista, envelhecer é um processo no qual se “perpetua este equilíbrio contínuo” (p. 22).

Messy atenta para o fato de que uma das faces da dinâmica antes referida, a aquisição, tem relação com a constituição do ego e o que Lacan refere como “estádio do espelho”:

um tempo em que a criança, ainda sem controle motor do corpo (entre 6 meses e 1 ano e meio de vida), antecipa num espelho uma imagem ideal de si mesma: “a assunção jubilatória da imagem especular por parte do ente ainda mergulhado na impotência motora e na dependência de alimentação [...] parece-nos, a partir desse momento, manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o eu incipiente se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito” (LACAN, *apud* MESSY, p. 33).

O que a criança antecipa é uma imagem integrada do corpo, mesmo que ela só possa ver, nesse momento, partes dele. Nessa forma primordial do ego está em causa, então, uma apreensão imaginária de si, um “eu-ideal” (FREUD, 1914). “Ideal” porque fundado

6 Desde que se considere que só é lícito falar de afasia quando está em causa um sujeito já constituído como sujeito falante e, por efeito de uma lesão cerebral, perder posição para sustentar tal condição.

numa ficção de si mesmo (MUCIDA, 2009). De todo modo, segundo Lacan (1966/1988), esse seria o “tronco comum das identificações secundárias” em que sempre está em causa a demanda para resolução de “sínteses dialéticas” que, na vida psíquica, envolvem o eu e/em discordância com sua própria realidade. Há sempre uma não coincidência entre um corpo e a sua imagem refletida no espelho porque algo sempre fica fora dessa representação. A imagem captada é não-toda. De todo modo, cumpre ressaltar que, ao longo da vida, o ego é “constituído de um depósito de camadas [dessas] imagens” (MESSY, 1992, p. 19).

Se no estádio do espelho, como vimos, produz-se uma identificação primordial, marcada pelo júbilo da antecipação unificadora do corpo, haverá um tempo, afirma Messy, que o efeito de identificação será outro:

ao passo que a criança se rejubila antecipando sua unidade corporal e o domínio da motricidade, pedra angular do narcisismo secundário, o adulto se aflige, ao longo de seu avanço etário, ao antecipar um corpo fragmentado, arrebatado, um corpo de morte (p. 33).

O “drama da velhice” (p. 15) vai ganhando, então, um contorno bem específico na medida em que implica uma percepção antecipada de fragmentação e de morte. O termo antecipação aqui é importante na medida em que o sujeito pode ou não se identificar com a imagem que ele vê refletida no espelho: “ver-se velho seria identificar-se com um traço que representa, a nosso ver, a velhice, como imagem negativa, anunciando a morte” (p. 48). Ao invés de júbilo, aflição e angústia pelo “retorno inesperado de uma inquietante estranheza, de um corpo fragmentado, cujo controle se perdeu [...] ao contrário do ego ideal outrora previsto” (p. 66). Destacamos aqui a palavra estranheza. Institui-se, então, o que Messy nomeia como “o tempo do espelho quebrado” (p. 34). Tempo que “se traduz por uma fase depressiva que corresponde à perda da imagem ideal” (p. 67). Marcada pelo temor e pelo efeito da sensação de um descompasso entre a imagem repulsiva refletida no espelho e aquela que ainda guardamos de nós mesmos na memória, não nos reconhecemos. Afirmamos, então, que “velho é o outro”.

Reconhecer ... conhecer ... dinâmica que está na base do estranhamento: “a imagem da velhice parece uma imagem ‘fora’, no espelho, imagem que nos apanha quando é antecipada e produz uma impressão de inquietante estranheza, no sentido descrito por Freud em seu artigo, quando o apavorante se liga ao familiar” (p. 14). Assim, do ponto de vista subjetivo, a entrada na velhice tem relação com uma reversão imaginária que corresponde à perda da imagem ideal. Um período crítico se instaura aí, de acordo com Messy, com uma ruptura do equilíbrio entre perdas e aquisições.

Não se pode prever quando, do ponto de vista da cronológico, tal acontecimento ocorrerá e nem mesmo o que o desencadeará:

a entrada na velhice é circunstancial, é o desaparecimento de um significado cujo aspecto toma qualquer perda: a morte de um gato, um roubo de um porta-níqueis, um tombo na rua, um acidente vascular ou a partida de um filho ... mas este acontecimento deve se inscrever num momento em que é preciso considerar a data. Porque, se para Freud é aos 65 anos, para Ionesco ocorre dez anos mais tarde. Para outros esse estado nem sequer parece ter ocorrido, pelo menos nunca pode ser vivenciado, não obstante a longevidade dos sujeitos (p. 31).

Se subjetivamente a entrada na velhice está intrinsecamente relacionada aos efeitos produzidos pelo “espelho quebrado”, não se pode marginalizar aqui os muitos modos a partir dos quais se opera a reversão imaginária destacada por Messy. Ele insiste que fatores circunstanciais podem precipitar o “drama”. Os discursos e práticas, principalmente das sociedades ocidentais, enfatizam, pelo viés da homogeneização etária, as perdas atribuídas à velhice. Essa tendência estigmatizante faz a balança da dinâmica entre perdas e aquisições pender para a primeira, antes mesmo que seja experimentada subjetivamente. Na apresentação do livro de Ecléa Bosi “Memória e Sociedade. Lembrança de Velhos”, Chauí (1979/2006, p. 18), ao responder à indagação “o que é ser velho?”, nos oferece a oportunidade de refletirmos sobre isso. Ela atenta para as múltiplas maneiras como a velhice tem sido socialmente oprimida, despojada e banida:

oprime-se o velho por intermédio de mecanismos institucionais visíveis (a burocracia da aposentadoria e dos asilos), por mecanismos psicológicos sutis e quase invisíveis (a tutela, a recusa do diálogo e da reciprocidade que forçam o velho a comportamentos repetitivos e monótonos, a tolerância da má-fé que, na realidade, é banimento e discriminação), por mecanismos técnicos (as próteses e a precariedade existencial daqueles que não podem adquiri-las), por mecanismos científicos (as ‘pesquisas’ que demonstram a incapacidade e a incompetência sociais do velho). Que é, pois, ser velho na sociedade capitalista? É sobreviver. Sem projeto, impedido de lembrar e de ensinar, sofrendo as adversidades de um corpo que se desagrega à medida que a memória vai se tornando cada vez mais viva, a velhice, que não existe para si mas somente para o outro. E este outro é um opressor.

Os “mecanismos”, referidos por Chauí, engendram imagens nos espelhos nos quais os sujeitos se veem (ou não). Essa ordem simbólica, inscrita no social, pode se associar e encontrar ressonância no registro corporal em transformação à medida que a idade avança (cabelos brancos, calvície, rugas, diminuição dos reflexos, a aposentadoria, etc) e, assim, abalar a idealização unificadora e narcísica que sustenta o Eu-ideal. Os destinos desse encontro com tais imagens, repulsivas e angustiantes, são, contudo, muito singulares:

Felizmente, para um grande número de adultos, esta prova óptica inconsciente, designada como tempo do espelho quebrado, é apenas atravessada por uma fase depressiva: o ideal de ego, suficientemente introjetado pode resistir às chacotas sociais e não se transformar em feiúra do ego. Embora colocado em escanteio, o sujeito ainda não se sente indesejável. Sobretudo se é apoiado por seu ambiente por investimentos adaptados à realidade. Mais ainda se suas capacidades sublimatórias tiverem ficado intactas, o que atesta a saúde do ideal de ego. O indivíduo pode então elaborar cada uma das perdas, cuja frequência tende a aumentar: partida dos filhos, aposentadoria, morte dos pais e parentes, dos amigos, do cônjuge, diminuição das capacidades corporais, intelectuais, etc (MESSY, 1992, p. 36).

A velhice, então, pode ser impulsionada por “forças e afetos potentes” (TÓTORA, 2015, p. 12), o que joga um papel fundamental na reequilibração da dinâmica entre perdas e aquisições, produzindo uma espécie de resistência à antecipação das mortes inelutáveis que rondam a vida humana: a morte social, a morte psíquica e a decomposição da carne.

Tendo em vista o exposto, cabe considerar que a reversão imaginária do Eu-ideal se coloca como questão fundamental tanto para os afásicos, como para os velhos. A asso-

ciação afasia + velhice pode, do ponto de vista subjetivo, recrudescer e abalar a angústia desencadeada pela quebra desse ideal. A especificidade da afasia, como destaca Cordeiro (2019, p. 91) é que ela “circunscreve a morte de algo de si em vida”, produzindo uma ferida narcísica ou uma fratura no imaginário de si como ser falante. A essa perda, “que não se assemelha a nenhuma outra” (p. 91), pode, então, se associar àquelas que engendram, para um sujeito, o tempo da velhice. Enlutado, esse sujeito deverá atravessar o duplo drama que se lhe impõe. Se no trabalho de luto ele conta com sua estrutura psíquica para engendrar, a partir das perdas, novas aquisições, também deveria contar com práticas sociais protetivas, em que manejos específicos estão em causa para favorecer tal travessia. No próximo item, abordamos um conjunto dessas práticas – de naturezas clínicas e não clínicas - idealizadas para o acolhimento de afásicos (velhos ou não).

Sobre o Centro de Atendimento a Afásicos (CAAf), da Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP)

O CAAf/Derdic-PUCSP, coordenado pelas profas. Dras. Suzana Carielo da Fonseca e Maria Francisca Lier-DeVitto, desde 2005, se configura como um conjunto de práticas clínicas e não clínicas articuladas entre si para propiciar aos afásicos e seus familiares suporte para o enfrentamento dos impasses produzidos pela condição sintomática. Em seu alicerce se encontram quatro Programas, quais sejam:

- 1. Programa de Atendimento Clínico:** levando em conta a complexidade da manifestação sintomática, oferece acompanhamento **fonoaudiológico** (mais especificamente de profissionais formados na perspectiva da “Clínica de Linguagem”, tal como esclarecida no item 2 deste artigo), **médico**, **psicológico** e de **terapia ocupacional**. De modo integrado, os profissionais da equipe multidisciplinar discutem casos clínicos e respondem por intervenções específicas (diagnósticas e terapêuticas propriamente ditas), bem como por encaminhamentos outros, necessários para efetivação de cuidados clínicos no processo de reabilitação;
- 2. Programa “Ponto de Encontro”:** um conjunto de Oficinas é oferecido aos pacientes, tendo em vista o objetivo primeiro de promover a inclusão social que, à revelia da condição sintomática, é potencializada através de atividades em grupo que contam com a escuta muito particular de uma fonoaudióloga com formação em Gerontologia que, também, é arteterapeuta. Em sua dissertação de mestrado, Soares (2018) ratifica o potencial inclusivo da arte, o que tem testemunhado nos encontros semanais com os grupos de afásicos. No momento, o CAAf conta Oficinas de Arte (pintura) e com a Oficina “Entre História e Receitas”. Orientada pela ética de um bom encontro, ou seja, daquele em que “um corpo se compõe com outro, aumentando sua potência de agir” (TÓTORA, 2015, p. 35), Soares destaca

que afetos de toda ordem são mobilizados e manejados nesse espaço terapêutico não-clínico, propiciando mudanças de posição que, sem dúvida, constituem ferramenta importante para suportar e atravessar o tempo de luto imposto pela incidência da afasia. Sobre isso, afirma a autora: “marginalizados pela dinâmica que vige nas sociedades logocêntricas, com sua arte, tais sujeitos passaram a circular em nova posição nas teias do funcionamento sociocultural” (SOARES, 2018, p. 103). Dito de outro modo: o Programa “Ponto de Encontro” é “um espaço aberto para que [os pacientes] [...] se reconheçam com capacidade para transformar o não-lugar social em que são colocados” (p. 106).

3. **Programa de Atenção à Família:** no item 2 deste artigo, destacamos o fato de que a condição afásica e o drama subjetivo e social que ela impõe ao sujeito pode, também, produzir desdobramentos inesperados e angustiantes no núcleo familiar. Mais especificamente, a exigência de reorganização de seus membros para cuidados específicos. Nessa direção, efeitos nem sempre estruturados podem levar à configuração de conflitos familiares de dimensões nada desprezíveis. Freitas (2012), assistente social, com curso em Terapia Familiar Sistêmica, que atualmente responde pelo Programa de Atenção à Família do CAAf/Derdic-PUCSP, em comunicação pessoal feita no V Simpósio Derdic - Mecanismos de Inclusão, Estratégias de Exclusão, afirma a pertinência da intervenção de profissionais desta área no suporte às demandas familiares. De um lado, sua atuação específica teria como objetivo reduzir barreiras relativamente à utilização de serviços (públicos e/ou privados) para responder adequadamente às necessidades do paciente e/ou de suas famílias. Nessa perspectiva, o Serviço Social tem promovido encontros com os mesmos para discutir questões relativas a direitos civis, trabalhistas e previdenciários. É no âmbito desta atividade que são realizadas análise de casos individuais e encaminhamentos para requerer junto aos órgãos governamentais, os direitos a que os pacientes eventualmente façam jus (auxílio-doença, aposentadorias, LOAS, gratuidade de transporte coletivo). De outro lado, Freitas lança luz sobre outra dimensão que, também, responde pela mobilização de afetos no grupo familiar afásico, dando destaque à seguinte afirmação de Labourel & Martin (1995, p. 91), segundo quem “a doença, e a afasia, criam uma grave crise no seio da família e provocam alterações nos laços fundamentais. Deste momento em diante, a doença ocupa o lugar permanente de um terceiro, às vezes aliado, às vezes inimigo”. Esses autores, de acordo com Freitas, ainda observam que “frequentemente, [o afásico] isolado ou ocupando todo o espaço, manifesta sua personalidade anterior ou outra totalmente diferente” (idem, pg. 98-99). Note-se que Labourel & Martin abordam, mesmo que implicitamente, a questão da ambivalência (amor/ódio) que marca as relações humanas. Nessa perspectiva, vale lembrar que Freud (1929) refere as relações humanas, incluindo aí as relações familiares, como uma das fontes de onde brota o nosso sofrimento.

4. Programa de Formação Teórica e Clínica: Entende-se no CAAf que o conhecimento produzido dentro dos muros de uma Universidade deve ganhar o espaço público, fora dela. Aliás, foi na perspectiva deste compromisso que esse Centro foi criado, em 2005, através de um Projeto de Extensão Universitária. Ao longo desses 15 anos, estágios, formação complementar especializada e cursos de aprimoramento tem respondido pela formação de fonoaudiólogos na perspectiva de uma clínica de linguagem com afásicos. Nessa dinâmica, o ganho é duplo: os profissionais fundamentam sua prática clínica e, ao mesmo tempo, em função da presença de cada um, o serviço é constantemente aprimorado. Assim, é que se deve entender alguns resultados de tal Programa, com destaque especial para três deles, nos quais se torna indubitável, os efeitos multiplicadores que produzem, entre os quais se colocam a capacitação e a responsabilidade social. O primeiro deles refere-se à produção científica. Vale destacar que nesse tempo, desde sua criação até hoje, foram produzidos: 06 Trabalhos de Conclusão de Curso, 01 Iniciação Científica, 10 Dissertações de Mestrado, 6 Teses de Doutorado, 02 Pós-Doutoramento e 01 Monografia de Conclusão de Curso de Especialização⁷. O segundo diz respeito a um Projeto de Pesquisa Multicêntrico em andamento, aprovado pelo CNPq e que envolve e articula a Universidade Federal da Bahia (UFBA), a Universidade do Centro-Oeste (UNICENTRO) e a Derdic (PUCSP). Seu objetivo é replicar o modelo de funcionamento do CAAf/Derdic-PUCSP nas duas primeiras. Vale dizer que Melissa Catrini (a proponente da UFBA) e Juliana Marcolino-Galli (da UNICENTRO) são profissionais que fizeram parte de sua formação no CAAf. O terceiro, diz respeito a um projeto apresentado ao Ministério da Saúde, mais especificamente à Área Temática Saúde do Idoso, visando a obtenção de recursos financeiros para ampliação do número de atendimento de pacientes afásicos idosos e seus familiares, no período compreendido entre setembro de 2013 a setembro de 2014. A aprovação de referido projeto deu lugar ao Convênio nº 758340/2011, firmado entre o Ministério da Saúde e a Fundação São Paulo, mantenedora da PUCSP. Merece destaque aqui o cumprimento de uma de suas metas, a publicação de 5.000 exemplares de um livreto informativo – Afasia. Atendimento Clínico, Inclusão Social e Atenção à Família (FONSECA, LIER-DE VITTO, OLIVEIRA, 2015) – para distribuição gratuita no SUS e Universidades, em todo território brasileiro.

7 Esta relação, que diz respeito ao período compreendido entre 2005 e 2020 (que se refere à configuração do CAAf, tal como descrito aqui) diz respeito às orientações das Profas. Dras. Maria Francisca Lier-De Vitto e/ou Suzana Carielo Fonseca, nos Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL-PUCSP) e Gerontologia Social (PUCSP), respectivamente. O número de trabalhos aumenta significativamente quando levamos em conta os trabalhos produzidos sob orientação das professoras em período anterior à formalização do CAAf. Nesse período, contudo, todos eles foram realizados tendo em vista o atendimento clínico de afásicos realizados na Derdic-PUCSP. Para que se tenha uma ideia da produtividade desse outro tempo, deve-se acrescentar ao primeiro os seguintes: 10 Trabalhos de Conclusão de Curso, 03 Iniciação Científica, 03 Dissertações de Mestrado, 1 Tese de Doutorado e 04 Monografias de Conclusão de Curso de Especialização

Considerações Finais

A montagem bem sucedida dos Programas que compõem o CAAf/Derdi-PUCSP sublinham o que procuramos mostrar como condição para que o resultado das ações nele desenvolvidas assim se estabelecessem: elas estão instruídas por uma teorização específica na qual ganha relevo o corpo do ser falante. Nela se institui, como vimos, uma escuta teoricamente orientada para acolher demandas clínicas e não clínicas em causa na afasia, o que inclui a discussão de especificidades sobre sua incidência na velhice.

O CAAf/Derdi-PUCSP reúne, assim, um conjunto de atuações efetivas e sistemáticas no campo da saúde e/em sua articulação com a assistência social. Seus efeitos positivos têm indicado alguns caminhos para que se possa subverter os “mecanismos” de opressão da velhice, em especial aquele que é preciso trilhar para enfrentar sua associação à afasia, qual seja: o de dar “vez e voz ao afásico” (LIER-DE VITTO, FONSECA & LANDI, 2007, p. 20) ou, nas palavras de Chauí (1979, p. 19), de “dar a palavra a vozes silenciadas”.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, L. A. D.; FONSECA, S. C. A pessoa idosa com deficiência: a dupla vulnerabilidade e a importância da fala. In MENDES, G. F.; LEITE, G. S.; LEITE, G.S.; MUDROVITSCH, R. B. (coord.) Manual dos Direitos da Pessoa Idosa. 1ª ed. São Paulo: Saraiva. 2017. 577-592.

BEAUVOIR, S. A Velhice. 6ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1970/90

BERZINS, M. A. V. S; GIACOMIN, K. C.; CAMARANO, A. A. A assistência social na política nacional do idoso. In AICÂNTARA, A. O. ; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (org.) Política Nacional do Idoso. Velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA. 2016. 107-134.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1998.

_____. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: .

_____. Política Nacional de Saúde do Idoso https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

CATRINI, M. Apraxia. A complexa relação entre corpo e linguagem. 2011 (doutorado). – LAEL/PUC São Paulo. Inédita.

CATRINI, M.; LIER-DE VITTO, M. F. Reflexões sobre o corpo falante e seus destinos na clínica de linguagem. In LASH, M.; LEITE, N. V. (org.) Anatomia. Destino. Liberdade. 1ª ed. Campinas: Mercado das Letras. 2019. 425-434.

CHAUÍ, M. Apresentação. Os trabalhos da memória. In BOSI, E. Memória e Sociedade. Lembrança de Velhos. 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras. 1979/2006. 17-33.

CLAVREUL, J. A ordem médica. Poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense. 1978/1983.

CORDEIRO, M. D. S. G. O luto na clínica de linguagem com afásicos. 2019 (doutorado) – LAEL/PUC São Paulo. Inédita.

ENGELTER, S.; GOSTYNSKI, M., PAPA, S.; FREI, M.; BORN, C.; AJDACIC-GROSS, V.; GUTZWILLER, F.; LYRER, P. A. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke. Incidence, severity, fluency, etiology and thrombolysis. In *Stroke*, 37(6) Epub. 2006. 1379-84.

FONSECA, S. C. Afasia. A fala em Sofrimento. 1995. Dissertação (Mestrado) – LAEL/PUC São Paulo. Inédita.

_____. O afásico na clínica de linguagem. 2002. Tese (doutorado) - LAEL/PUC São Paulo. Inédita.

_____. Apresentação. In FONSECA, S. C. (org) *O Envelhecimento Ativo e seus fundamentos*. São Paulo: Portal Edições. 2016.

FONSECA, S. C.; LIER-DE VITTO, M. F.; OLIVEIRA, M. T. Afasia. Atendimento Clínico, Inclusão Social e Atenção à Família. 1ª ed. São Paulo: Artgraph. 2015.

FONSECA, S.C.; VORCARO, A. O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. In LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006. 331-339.

FREITAS, C. C. F. O papel do assistente social numa estratégia para inclusão social do afásico: Relato de experiência no CAAf-Derdic/PUCSP. In *Anais do V Simpósio Derdic (2012)* Inédito.

FREUD, S. La Afasia. Buenos Aires: Nueva Vision. 1891.

_____. [1914] Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. 1. ed. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. XIV, p. 85-119.

_____. [1919] O Estranho. In *História de uma neurose infantil*. E.S.B., Vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. [1929] O mal-Estar na civilização (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago.

GOMES, A. C. S. Oficinas de Arte. Em meio a falas sintomáticas, encontros singulares com a velhice. Dissertação (mestrado) – Gerontologia/PUCSP. São Paulo. 2018.

JACKSON, J. H. Notes on the Physiology and Pathology of Language. In JACKSON, J. H. *Selected Writings of John Hughlings Jackson*, vol. 2. London: Stoughton Limited. 1866/1932.

JAKOBSON, R. Dois Aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. In *Linguística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix. 1954/1988.

LABOUREL, D.; MARTIN, M. M. O afásico e sua família. In PONZIO, J. *O afásico. Convivendo com a lesão cerebral*. São Paulo: Santos-Maltese. 1995.

LACAN, J. Metáfora e Metonímia (1): “As Gerbe n’était point avare, ni haineuse”. In *O Seminário. Livro 3. As Psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. 244-252.

_____. O Seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. [1966] O estágio do espelho como formador da função do eu. In: J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. 1966. 96-103.

LIER-DE VITTO, M. F.; FONSECA, S. C. Hesitações e pausas como ocorrências articuladas ao movimento de reformulação. SCARPA, E. M; PINTO, R. C. N. (org) Cadernos de Estudos Linguísticos 54(1). 2012. 67-80

LIER-DE VITTO, M. F.; FONSECA, S. C.; LANDI, R. Vez e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. In Revista Kairós Gerontologia. V. 10-nº1. São Paulo: EDUC. 2007. 19-34.

MARCOLINO, J. A clínica de linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento. Dissertação (mestrado) – LAEL/PUCSP. São Paulo. 2004. Inédito.

MESSY, J. A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice. 2ª ed. São Paulo: Editora Aleph. 1992.

MILNER, J.C. O Amor da Língua. 1ª ed. Campinas: Editora Unicamp. 2012.

MUCIDA, A. Escrita de uma memória que não se apaga. Envelhecimento e Velhice. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica. 2009

OGILVIE, B. Lacan. A formação do conceito de sujeito. 1ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1988.

SAUSSURE, F. Curso de Linguística Geral. São Paulo: Cultrix. 1916.

SIGERIST, H. E. Introduction à la médecine. Paris: Payot. 1932.

TÓTORA, S. Velhice: uma estética da existência. 1ª ed. São Paulo: EDUC. 2015.

Centro Dia para idosos uma alternativa de cuidado à pessoa idosa, família e comunidade



Tatiane Andrade Alvarez

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Henrique Salmazo da Silva

Introdução / Contextualização do Problema

O envelhecimento populacional é o novo desafio do século XXI, o Brasil assistiu a um acelerado processo de envelhecimento, subsidiado pela transição demográfica e por mudanças nas condições de vida e saúde da população. Estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE indicam que no período de 2000 a 2030 projeção de aumento de aproximadamente 33 milhões de pessoas com idades de 15 a 60 anos (IBGE, 2015). Contudo, as projeções sugerem que em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, a população idosa passa de 13,9 para 28,3 milhões de habitantes, elevando-se, em 2050, para 64 milhões. Em 2030 é previsto que o número de idosos superará o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade).

Se por um lado essas projeções representam uma conquista e ganho social, por outro exigem respostas de médio e longo prazo em políticas de saúde, educação, social, solicitando o delineamento de ações estratégicas, intersetoriais, que discutam os cuidados formais e informais da população que envelhece. Em conjunto essas ações permitirão que o envelhecimento se torne destaque na pauta e na agenda política de todos os países, de modo a favorecer a saúde e o envelhecimento ativo da população. (IBGE,2015).

Estudos mostram que um dos principais problemas enfrentados pelos idosos, especialmente os mais vulneráveis, com o aumento da expectativa de vida são as sequelas que comprometem a sua independência e autonomia (REBOUÇAS et al., 2013; COSTA, NAKATA, MORAES, 2015). Nesse contexto, a capacidade funcional aparece como um importante fator para identificar as necessidades assistenciais e de saúde da população longeva, sendo que a incapacidade funcional associa-se à diminuição das capacidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, e para a participação social. (LAURENTI, 2005)

O aumento da expectativa de vida, principalmente para as pessoas idosas que possuem incapacidade funcional, mostra-se como um desafio às políticas públicas, que precisam lidar com a necessidade de transferência de recursos para suprir necessidades como o aumento do número de internações hospitalares, além da interferência em aspectos qualitativos de vida dos idosos. (LOUVISON, 2006)

A capacidade funcional na pessoa idosa pode ser definida como a capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, a capacidade de realizar atividades para a manutenção da vida independente, intitulada de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) (LAWTON, 1986) e para o autocuidado, Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), (KATZ, 1963). As AIVDs compreendem atividades como pagar contas, fazer compras, fazer a própria comida, limpar a casa, pegar um transporte público, fazer ligações, administrar os horários das medicações. Já as ABVDs incluem atividades como banho, higiene pessoal, locomover-se, alimentar-se, trocar-se.

Sabe-se que o prejuízo dessas atividades no envelhecimento está relacionado às condições de saúde, como prejuízo cognitivo associado à Doença de Alzheimer (DA) em estágio leve e moderado ou outras síndromes demenciais, síndrome da fragilidade, acidente vascular encefálico (AVE), artrite, artrose, déficits sensoriais e degeneração motora. Todas essas condições e as limitações funcionais solicitam o planejamento de cuidados de longa duração e no delineamento de intervenções para melhoria da qualidade de vida dos idosos, família e comunidade. Para suprir essa demanda vários países estão pensando em novas modalidades de assistência ao idoso e o Centro Dia Para Idosos- CDI é uma delas.

Desenvolvimento (discussão conceitual e argumentação teórica, ou Metodologia; Resultados);

Conforme revisão sistemática de artigos publicados entre 2005 a 2017 na Ageing & Society intitulada *“Day centres for older people: a systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived”* são apresentadas as percepções, benefícios e propósitos dos CDI, bem como o impacto do serviço em medidas de bem-estar e saúde da pessoa idosa. Nesse levantamento de literatura apareceu os CDIs de onze países, onde relata o nome e a descrição da assistência prestada em cada um deles conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Modelos de Centro Dia para Idosos em diferentes países.

PAIS	NOME	MODELO
AUSTRÁLIA	CLUBE DE DIA	Modelo mais novo incorpora conceito de bem-estar e envelhecimento ativo em modelo tradicional que fornece descanso e suporta pessoas idosas com incapacidades funcionais. (Fawcett, 2014)
BARÉM	CRECHE	Visa fornecer saúde (incluindo reabilitação) e atividades físicas, refeições, uma chance de socializar em grupo de base comunitária reduzir a carga sobre os cuidadores familiares (Al- Dosseri et al., 2014)
CANADÁ	CENTRO SÊ-NIOR	Lugares para idosos se socializarem ou compartilharem interesses com seus pares. O principal objetivo é atender as necessidades dos aposentados (Fitzpatrick et al, 2005: 18)
	SERVIÇO DE DIA ADULTO	Ambiente onde as pessoas mais velhas envolvem-se em atividades supervisionadas, social, recreativa e terapêutica durante o dia (Kelly, 2017: 552)
REPÚBLICA CHECA	CENTRO SÊ-NIOR	Lugar para participar de atividades para promoção do envelhecimento ativo (Marhankova, 2014)
INGLATERRA	CRECHE	Envolve uma variedade de atividades e atende a uma gama de pessoas com diferentes níveis de necessidades/ dependência (Caiels et al, 2010)
IRÃ	CRECHE ADULTO	Organização do Bem-Estar Social (SWO) com um pacote de serviços para capacitação de idosos, incluindo médico- reabilitativo e psicossocial, com base no modelo de creche. (Shahbazi et al, 2016:719)
ISRAEL	CENTRO DIA	Objetivo de melhorar o bem-estar das pessoas frágeis e carentes socialmente e de apoio (Iecovich e Bierdam, 2013b).
JAPÃO	CRECHE	Programa de cuidados de enfermagem, terapias de reabilitação, supervisão e socialização de idosos frágeis, com problemas de saúde e com múltiplas comorbidades e demências (Kuzuya et al, 2012: 323)
NORUEGA	CENTRO SÊ-NIOR	Pretende apoiar a manutenção de atividades físicas e psicológicas, saúde funcional, promover auto-suficiência e prevenir a solidão e isolamento (Lund e Englesrud, 2008; Boen et al, 2010). Embora, os serviços estejam caracterizados como de bem-estar, eles não são governamentais, são particulares e pagos, muitas vezes, executado por um pequeno grupo de funcionários e voluntários (Boen et al, 2010)
CINGAPURA	CRECHE	Termo guarda-chuva que engloba “centro de atenção ao idoso”, centro de reabilitação dia, creche demência, creche psiquiátrica e creches médicas multidisciplinares (Liu et al, 2015:e7)
ESTADOS UNIDOS	SERVIÇO DE DIA ADULTO	Modelo médico constituído por uma equipe multiprofissional que inclui enfermagem especializada e terapia de reabilitação, além do serviço de assistência social. Em alguns estados, os serviços são alternativas à base institucional de cuidado a longo prazo (Schmitt et al., 2010)
	CENTRO SÊ-NIOR	Foco na socialização e lazer, muitas vezes, voluntário, com alcance intergeracional; tendem a ser sem fins lucrativos e financiado publicamente (Hostetler, 2011)

Fonte: Adaptado de ORELLANA, MANTHORPE E TINKER, 2020.

De acordo com os modelos apresentados, o CDI atua ao menos em três segmentos relacionando-se aos campos de atenção às áreas de saúde, psicológica e social.

Já, a realidade portuguesa para CDI, segundo o Guia Técnico, aprovado em 2004, é considerado uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio familiar, tendo como respostas sociais para favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida, contribuir para retardar ou evitar a institucionalização, contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia. (PINTO, 2012)

No Brasil, o CDI é uma das modalidades de atenção ao idoso semidependente 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 sócio familiar e da comunidade.

O CDI brasileiro encontra-se em consonância ao Estatuto do Idoso (LEI Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) preconizando os cuidados aos idosos no domicílio, propiciando com que permaneçam perto de suas famílias por um tempo maior possível, com oportunidades de exercer seu papel social e de desfrutar dos vínculos 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 e de que modo eles podem se beneficiar. Sabe-se que os idosos usuários de CDI podem aumentar a sua funcionalidade objetiva após seis meses de participação (CEREDA, 2007) 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., 2014).

Os CDIs são voltados para permanência diurna dos idosos com perda de capacidade instrumental ou funcional, permitem conciliar a convivência familiar dos idosos com a participação no mercado de trabalho por parte dos cuidadores familiares (BATISTA et al., 2008).

Em 2014, a Harvard Business School publicou um estudo de caso do Método Hoffman que foi idealizado e utilizado por uma franquia espanhola de CDI particular. Conforme descrito, na Espanha haviam três tipos de serviços sociais para pessoas idosas (65 anos ou mais): Serviços públicos em casa com 100% de financiamento pelo estado e atualmente, beneficiam 800.000 pessoas (9,5% do total população); Serviços diurnos públicos e privados constituídos por clubes, lares e CDI que serviam 3,6 milhões de pessoas (47% da população) e Assistência residencial pública e privada (pernoite) que contava com centros residenciais que assistiam 340.000 pessoas (4,4% da população) em todo país. (HERZLINGER, 2014) O número de CDI tinha sido modesto em comparação com outros serviços, 2.258 CDI em toda Espanha. No entanto, este número triplicou recentemente. O estudo apresentou três tipos de CDI, dependendo do método de financiamento do serviço para os usuários: 100% financiado pelo estado (público), 100% pago pelo idoso (particular), híbrido (custo compartilhado entre usuário e o Estado, em média o usuário paga 20% a 30% do preço final).

No Brasil, há aproximadamente vinte anos, essa modalidade de atenção foi prevista, mediante o Decreto nº 1.948/1996, que regulamentou a Política Nacional do Idoso e que recomendou a criação de Unidades de Cuidados Diurnos, como hospitais dia e CDI na rede de serviços do Sistema Único de Saúde-SUS. No ano 2000, as Portarias nº 2.854 e nº 2.874 estabeleceram novas modalidades de atenção ao idoso como alternativas que reforçam sua autonomia e independência e que privilegiam a família como referência de atenção. Essas novas modalidades denominam-se: Família Acolhedora, Casa-Lar, República, CDI e Centro de Convivência. Segundo essas Portarias, o CDI é:

uma estratégia de atenção em instituições especializadas, onde o idoso permanece espontaneamente durante oito horas por dia, sendo prestados serviços de atenção à saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades ocupacionais, lazer e outros, de acordo com as necessidades dos usuários.

De acordo com Suplemento de Assistência Social da Pesquisa de Informações Básicas Municipais, realizada em 2009, aproximadamente 4,1% dos municípios brasileiros contavam com CDI financiados em algum grau pelo Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). A maior proporção de municípios com CDI encontrava-se na região Sudeste, sendo 6,8% o percentual representativo desta região.

No ano de 2001 a Gerência de Atenção à Pessoa Idosa, da então Secretaria de Políticas de Assistência Social do Estado de São Paulo, editou um programa com normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, essas normas serão adotadas por Estados e Municípios na gestão de serviços em seus territórios. Por meio da Portaria nº 73/2001, estabeleceu-se referências para a padronização de estrutura e financiamento das seguintes modalidades de atendimento, em adequação a Política Nacional do Idoso (PNI): As modalidades são: Família Natural, Família Acolhedora, Residência Temporária, CDI, Centro de Convivência, Casa Lar, República, Atendimento Integral Institucional e Assistência.

A Portaria 73/2001 estabeleceu critérios para adesão de projetos a serem financiados com recursos federais. Os CDI foram desenhados como um modelo de projeto com parâmetros previamente definidos, contendo sugestões de estruturas básicas de atendimento de pessoas idosas dependentes ou semidependentes que não têm condições de permanecer no seu domicílio durante o dia e necessitam de cuidados médicos ou sociais.

Segundo Pasinato e Kornis (2009), o fato de que a sobrecarga de trabalho imposta às famílias na ausência de políticas públicas que as ajudem na tarefa de cuidar de seus membros dependentes podem resultar em violência doméstica. O Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, de 2007, citou a proposta de formulação de políticas para o CDI dentre as metas de competências do MDS para a categoria Espaço Familiar. Essa ação visava o apoio às pessoas idosas e suas famílias.

Em âmbito estadual o governo do Estado de São Paulo instituiu o Programa São Paulo Amigo do Idoso, por meio do Decreto nº 58.047, de 15/05/2012. Dentro das ações

desse Programa foi lançado O Guia de Diretrizes Técnicas para CDI, decretado em 2014, que estabelece objetivos, público-alvo e operacionalização. Essa modalidade de equipamento encontra-se na área da Assistência Social - Proteção Social Especial e está em consonância com a Política de Assistência Social, aprovada pelo Conselho Nacional da Assistência Social, conforme resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. O Guia de Diretrizes Técnicas para CDI determina como público alvo do CDI:

Idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, em situação de vulnerabilidade ou risco social, e cuja condição requeira o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para a realização de atividades da vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada (graus de dependência I ou II).

Conforme o Guia, os profissionais que atuam nos CDIs na esfera estadual são: um Coordenador – nível superior na área de Ciências Humanas, um Assistente Social, um Profissional para atividades sócio-educativas e socioculturais - preferencialmente Pedagogo, Psicólogo, Gerontólogo, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, um Cuidador para cada grupo de dez pessoas idosas – nível médio, um Técnico ou auxiliar de enfermagem (deverá ser acompanhado e supervisionado periodicamente por Enfermeiro da rede municipal), um Agente Administrativo – nível médio, dois Auxiliares de limpeza – nível fundamental e um Cozinheiro – nível fundamental.

Em 2013, o município de São Paulo com a obrigatoriedade da apresentação do Plano de Metas e com orientações do MDS na Portaria 73/01, dá prioridade para implantação de novos serviços que privilegiam a permanência do idoso em seu lar. (ROMUALDO, 2017)

A partir do ano de 2015, iniciou o processo de implantação dos 16 CDIs públicos no município de São Paulo. Existe a previsão de implantação de mais 16 CDI em todo o município totalizando 32, sendo 960 pessoas idosas atendidas nesses locais. A implantação no município desta modalidade de serviço foi possível com a RESOLUÇÃO COMAS - SP nº 836 de 29 de julho de 2014, que dispõe sobre aprovação do serviço CDI, o plenário do CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO PAULO - COMAS-SP. Considerando que o serviço até esta resolução não estava tipificado nas Portarias 046/SMADS/2010 e 47/SMADS/2010 do município.

No ano de 2016 foi estabelecida a Portaria 65/SMADS/2016 que atribui a seguinte característica e objetivo ao Centro Dia:

É um serviço destinado à atenção diurna de pessoas idosas em vulnerabilidade social e com grau de dependência, que devido a sua situação necessitam de uma equipe multidisciplinar para prestar serviço de proteção social especial, cuidados pessoais, fortalecimento de vínculos, autonomia e inclusão social, por meio de ações de acolhida, escuta, informação e orientação.

Segundo a Portaria 65/SMADS/2016 o CDI tem como objetivo atender e possibilitar ao idoso:

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.

Os critérios de inclusão da pessoa idosa ao CDI são: pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, prioritariamente beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC-LOAS 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.

Em âmbito nacional percebe-se os avanços do poder público nas três esferas: nacional, estadual e municipal. O Estado e o município de São Paulo criaram ações por meio de políticas públicas relacionadas aos cuidados intermediários da pessoa idosa, que asseguram em leis e portarias a implantação de CDI público para população mais vulnerável.

Contudo, dado ao curto período de execução deste serviço, destacam-se desafios na gestão e operacionalização das ofertas, bem como o desenvolvimento de instrumentos de avaliação da assistência que possam ser compatíveis com a nossa realidade. No Brasil, a fiscalização e monitoramento da qualidade assistencial prestada pelos serviços para população idosa competem aos Órgãos como Ministério Público, Vigilância Sanitária e aos Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa.

Em relação à regulamentação e fiscalização do CDI em outros locais do mundo, como por exemplo na Espanha, eles são regulados tanto pelos conselhos, quanto pelo Departamento de Assuntos Sociais e a Lei de Dependência. Estes regulamentos estabelecem a arquitetura dos CDI e as licenças necessárias para abri-los. A “*Promoção de Pessoa Lei de Autonomia e Cuidados*”, cobrindo pessoas em situações de dependência e suas famílias, conhecido como “*Lei de Dependência*”, serviços financiados para aqueles que têm uma doença incapacitante ou acidente, ou atingiu a velhice. Mais de 200.000 pessoas (representa 15% dos 1,3 milhões de dependentes) se beneficiam desse apoio. A lei destinava-se a ser abrangente e deu prioridade a “telecuidados” (assistência remota), assistência domiciliar e CDI, pagando um salário ao cuidador familiar. (HERZLINGER, 2014)

O Grande Conselho Municipal do Idoso (GCMI) do município de São Paulo foi criado em 1992 e atua no controle social e no registro dos serviços voltados à população idosa da cidade, ele é um órgão de representação da população idosa na administração pública e atua em ações voltadas para a defesa dos seus direitos, além de fiscalizar o cumprimento das leis relacionadas ao envelhecimento.

Para as instituições públicas e particulares trabalharem com serviços voltados à pessoa idosa é necessário ter o registro no GCMI, além dos demais documentos previstos em lei. É obtido o registro mediante a apresentação de documentos comprobatórios da atividade jurídica e do plano de atividades, como : Ofício em papel timbrado das entidades gover-

namentais e não governamentais de atendimento aos idosos; CNPJ atualizado; Estatuto Social; Ata de Eleição da Atual Diretoria; Atestado de Antecedentes Criminais da Diretoria Executiva e cópia do RG; Declaração que os Diretores não são remunerados, assinada pelo Presidente e o Contador da entidade; Cadastro de Contribuintes Mobiliários (CCM); Certidão Negativa de Débito (CND) da Receita Federal ou a Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual (DRS-CI) do INSS; Certificado de Regularidade do FGTS-CRF; Plano de Atividades detalhado dos programas a serem inscritos; Relação nominal dos atendidos por faixa etária e sexo, separado por programas de atendimento; Cadastro na Vigilância Sanitária (CMVS); Termo de convênio atualizado com parceiros públicos ou privados; Declaração do responsável legal pela Entidade de que, o local onde será ou está sendo desenvolvido o programa atende as Normas e Técnicas de Acessibilidade, vigentes no município; Cópia do Auto de Licença de Funcionamento para a Atividade; Declaração que está em compatibilidade com Artigo 35 do Estatuto do Idoso e Relação nominal com data de nascimento e de admissão na instituição, com grau de dependência. Após a apresentação dos documentos os conselheiros realizam uma visita para instituição.

Segundo dados do GCMI de São Paulo, referente ao ano de 2018, encontra-se cadastrados três CDI particulares e oito governamentais, totalizando onze serviços. Em relação às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) estão cadastradas cento e sessenta e cinco particulares e vinte e oito governamentais. Verifica-se que o número de CDIs cadastrados é baixo comparado às ILPIs e presume-se que esse dado se dá por ser uma modalidade nova de cuidados e pela falta de regulamentação específica para este novo formato de serviço.

Os CDI de natureza governamental seguem diretrizes estabelecidas por resoluções e portarias, entretanto os CDI particulares possuem algumas diretrizes norteadoras, quanto ao seu conceito, atividades desenvolvidas, quadro de profissionais, forma de funcionamento, estrutura, processos de trabalho, medidas de avaliação e às boas práticas que devem ser desempenhadas.

Em março de 2020 foi publicada a Portaria CVS 02, de 18-03-2020, que institui normas para implantação e funcionamento dos CDI no âmbito do Estado de São Paulo, sendo de responsabilidade dos municípios a fiscalização dos requisitos mínimos preconizados pela Norma Técnica para implantação e funcionamento dos CDI. Dessa forma, para se atingir um resultado satisfatório na área de produção de serviços, e mais especificamente na promoção de saúde e participação social da população idosa semidependente, torna-se urgente cumprir diretrizes de funcionamento aos que estejam em consonância com as ofertas previstas pelo serviço.

Nesse sentido, é necessário o envolvimento pessoal dos diferentes profissionais da equipe que prestam assistência ao idoso e sua família, bem como a participação de profissionais capacitados no campo da Gerontologia. Recomenda-se que os serviços possuam diretrizes claras quanto aos protocolos de avaliação da pessoa idosa, os instrumentos de acompanhamento do idoso e da família, bem como ao desenvolvimento de um Plano

Integral de Atendimento/Projeto Terapêutico Singular para cada idoso e família; desenvolvimento de atividades individuais ou em grupo de estimulação física e cognitiva, e de educação para o envelhecimento; promoção de atividades de lazer, esporte e cultura; encaminhamentos a órgãos e serviços sócio-assistenciais, em articulação com a rede sócio-assistencial; atividades de formação e acompanhamento da equipe de profissionais do serviço; e o desenvolvimento de atividades de alimentação e transporte.

Verifica-se, portanto, que se de um lado existe o reconhecimento explícito sobre a importância do CDI para a tríade pessoa idosa/família/sociedade, por outro lado os estudos e formulações no âmbito da gestão de ações e controle da qualidade desses serviços se apresentam de forma tímida. Esse provavelmente é o grande desafio para a implantação da Política de atenção ao idoso, de forma a efetivar os benefícios previstos para esta modalidade assistencial aos diferentes atores sociais:

- 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 do 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-científico; empregabilidade e prazer no trabalho;
- 4) Para o Estado:** diminuição de gastos com a saúde e assistência social;
- 5) Para o Ensino:** campo de estágio para aperfeiçoar a formação profissional;
- 6) Para o Pesquisador:** campo de Pesquisa.

Considerações Finais

O Brasil encontra-se em um rápido processo de envelhecimento populacional, sendo assim as demandas de CDI para as pessoas idosas semidependentes provavelmente, aumentarão. A esfera pública dispõe de legislação norteadora, contudo é sabido que a demanda de pessoas idosas será maior do que o número de serviços oferecidos pelo poder público. E ainda, a falta de esclarecimento da população no que se refere à qualidade do CDI, também é fator preocupante, pois o desconhecimento de seus direitos e dever dos serviços prestados pela instituição leva às pessoas aceitarem sem críticas o que lhe é oferecido. Assim, surge uma demanda reprimida onde abre espaço para serviços se mul-

tiplicarem, sem diretrizes de funcionamento em âmbito nacional e aceitação passiva dos usuários. No entanto, esse panorama pode provocar o atraso no progresso da melhoria da qualidade assistencial prestada no CDI.

Referências

BRASIL. Estatuto do idoso, Brasília 2003.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2ª edição. Brasília: 2008.

COSTA, F.M.; NAKATA, P.T.; MORAIS, E.P. Estratégias desenvolvidas pelos idosos residentes na comunidade para morarem sozinhos. *Texto Contexto Enferm* 2015; 24(3): 818-25.

DOMINGUES, M.; SANTOS, C.F.; QUINTANS, J.R. Doença de Alzheimer: o perfil dos cuidadores que utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer. *O Mundo da Saúde*. São Paulo:2009;33(1):161-169.

DRESCH A, LACERDA DP, MIGUEL PAC. Uma análise distintiva entre o estudo de caso, a pesquisa-ação e a design science research. *R. bras. Gest. Neg.*, São Paulo, v. 17, n. 56, p. 1116-1133, abr./jun. 2015

DUARTE, Y.A.O.; NUNES, D.P.; CORONA, L.P.; LEBRÃO, M.L. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo Sabe (Saúde, Bem- Estar e Envelhecimento). In: Camarano AA, organizadora. *Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea;2010 p123-44.

FALCÃO DVS, FLAUZINO KL, FRATEZI FR. Rede de Suporte Social e Doença de Alzheimer: O caso de um cônjuge idoso cuidador. In: Falcão DVS; Araújo LF (Orgs). *Psicologia do envelhecimento: Relações Sociais, Bem-estar Subjetivo e Atuação Profissional em Contextos Diferenciados*. Campinas, SP: Alínea:45-66, 2009.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R. Calidad total en servicios gerontológicos. In FernándezBallesteros, R. (Org). *Gerontología Social*. España: Pirámide, 2004:434-452.

FORTES, M. T.; MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W. F. Acreditação ou acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2011, vol.57, n.2, pp. 239-246. ISSN 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000200025>.

FOWLER DJ, SÁ AC. Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico- degenerativas. *O Mundo da Saúde* São Paulo: 2009;33(2):225-230.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. A fiscalização das ILPIs: o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da vigilância sanitária. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

HERZLINGER, REGINA E., AND BEATRIZ MUNOZ-SECA. "Vitalia Franchise." Harvard Business School Case 311-035, August 2010. (Revised February 2014.)

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Demográfica e socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro,2010.

JACOB FILHO W, GORZONI ML. Interdisciplinaridade. In: Jacob Filho W., Gorzoni ML. *Geriatría e Gerontologia: O que todos devem saber*. São Paulo: Roca, 2008: 269 -281.

LOUVISON MCP. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre a população idosa no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Saúde Pública; 2006

MACHADO F et al. Quality of life and Alzheimer's disease: Influence of participation at a rehabilitation center. *Dementia & Neuropsychologia* 3(3):241-247, 2009.

MORAIS HCC, SOARES AMG, OLIVEIRAARS, CARVALHO CML, SILVA MJ, ARAÚJO TL. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev Latino-Am [Internet]*.2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_17.pdf

ORELLANA, K., MANTHORPE, J., TINKER, A. Day centres for older people: a systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing & Society* 2020; 40: 73–104.

PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008; p. 547-574

PINTO, SANTOS DAVID. Respostas Sociais para Idosos em Portugal, 2012

PEREIRA RA, SANTOS E, FHON JRS, MARQUES S, RODRIGUES RAP. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1): 185-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100023>

VERAS,P.R, CALDAS, P.C, MOTTA B.L., LIMA C. K. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública* 2014;48(2):357-365. DOI:10.1590/S0034-8910.201404800

Rebouças, M.; Matos M.R.; Ramos, L.R. Cecílio, L.C.O. O que há de novo em ser velho. *Saúde Soc.* 2013; 22(4): 1226-1235.

ROMUALDO,C.R. L Implantação dos Centros Dia para Idosos no Município de São Paulo 10º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia e 9º Simpósio das Ligas Geriatria e Gerontologia, na cidade de São Paulo (São Paulo/ Brasil), em abril de 2017.

ROSSANEIS, M.A., GABRIEL, C.S., HADDAD, MCL, MELO, M.R.A.C., BERNARDES, A. Indicadores de qualidade da Assistência. *Cogitare Enfermagem [Internet]*. 2015;20(4):798-804. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647681016>

SALA, A., NEMES, M.I.B., Diane Dede Cohen, D.D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4):741-751, out-dez, 1998.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL Guia de Orientações técnicas centro dia do idoso “ Centro Novo Dia”. São Paulo, 2014.

ZARIT SH, KIM K, FERMIA EE, ALMEIDA DM, SAVLA. MOLENAAR PCM. Effects of adult day care on daily stress of caregivers.*J Gerontology* 2011; 66(5): 538-46.

Políticas Públicas para pessoas idosas com demências: contribuições e desafios da Associação Brasileira de Alzheimer



Walquíria Cristina Batista Alves

Michelle Bertóglcio Clos

Tânia Maria de Oliva Menezes

Silvana Poltronieri Lamers

Rodrigo Caetano Arantes

Luiz Sinésio Silva Neto

Neila Barbosa Osório

oriundos do século XX, ora como um fator de risco para o desenvolvimento global. Neste sentido, percebe-se a fragilidade das políticas públicas voltadas para as pessoas idosas e uma necessidade crescente de políticas que garantam não somente o aumento da expectativa de vida, mas, condições para o envelhecimento digno, incluindo as pessoas com algum tipo de demência, especialmente a Demência de Alzheimer (DA).

Dados do relatório mundial da DA demonstram que a tendência é aumentar o número de idosos diagnosticados com demências no mundo. Entende-se que este assunto deve ser pautado de modo emergencial na agenda pública para a formulação de políticas para as pessoas idosas, com o foco na garantia da qualidade de vida, em todas as fases dessa doença (ABRAz, 2019).

Feitas as considerações iniciais, o presente capítulo objetiva: 1. Discutir as políticas públicas de atenção à pessoa idosa no Brasil; 2. Destacar a fragilidade das políticas públicas para as pessoas com demência; 3. Apresentar o papel da Associação Brasileira de Alzheimer na atual conjuntura brasileira. A metodologia se organiza a partir de uma revisão narrativa, com base na literatura sobre demências, do tipo Alzheimer e outras,

Introdução

O envelhecimento populacional e a maior expectativa de vida da população mundial são duas grandes conquistas da humanidade. No Brasil, dados de pesquisas demográficas mostram que as pessoas idosas representam 16% da população, sendo um contingente de 33 milhões de brasileiros com 60 anos e mais. Na atualidade, a média de expectativa de vida dos brasileiros é de 76 anos (IBGE, 2020).

O processo de envelhecimento populacional é visto de modo contraditório, ora como um dos principais ganhos sociais

e, nos documentos norteadores do trabalho desenvolvido pela ABRAz - Nacional e das regionais ABRAz Bahia, Pará, Rio Grande do Sul e Tocantins, escolhidas por conveniência dos autores deste capítulo.

Nesse íterim, apresentam-se três tópicos de discussão: 1. Conceituação de demência; 2. Políticas públicas de promoção à saúde para pacientes com demência; 3. Breve relato de contextos das regionais relacionadas anteriormente.

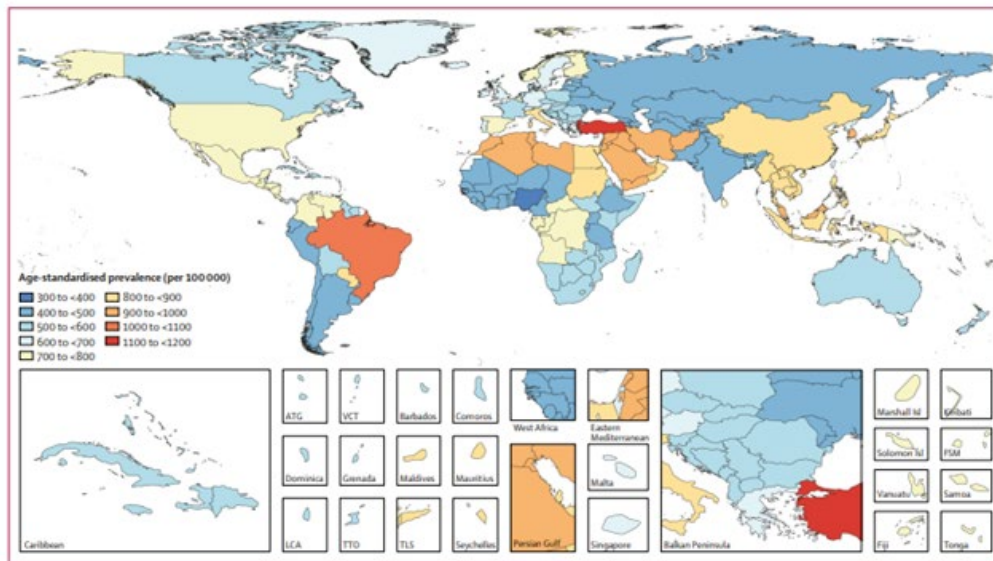
Panorama da demência de Alzheimer

Todo e qualquer tipo de adoecimento fragiliza os sujeitos, tendo em vista as incertezas e angústias que se apresentam neste período. Nas situações específicas de Demência tipo Alzheimer, a mesma afeta o sujeito que adoece e todos em seu entorno. Montañó e Ramos (2005) explicam que o termo demência não descreve uma doença em si, mas uma síndrome crônica, cujas características principais são: declínio de memória adquirido, declínio intelectual ou de outras funções cognitivas, mudanças no comportamento e personalidade, além de prejuízo no desempenho psicossocial. O grau de incapacidade aumenta com o avanço do déficit cognitivo.

Portanto, demência é um termo amplo relativo a uma síndrome que descreve um conjunto de sintomas desenvolvidos em decorrência de danos ao cérebro. Os sintomas tipicamente incluem perda de memória, dificuldade de comunicação e alterações de humor. A demência é progressiva e se agrava com o tempo.

As demências do tipo Alzheimer comprometem, principalmente, as áreas de linguagem, comunicação, apraxia e memória, caracteriza-se por ser crônico-degenerativa com perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas. É uma patologia em crescente evidência, dividida em três fases – leve, moderada e grave – de acordo com o nível de comprometimento cognitivo e o grau de dependência do indivíduo (FERREIRA; CARMO, 2015). Dados do Global Burden of Disease Study (GBDS, 2019) revelam que o Brasil já figura em segundo lugar como país com maior número de demências, conforme apresentado na figura 1 abaixo:

Figura 1. Prevalência da demência do tipo Alzheimer e outras em diferentes países do mundo por 100.000 habitantes (2016).



Fonte: Reproduzido de Global Burden of Disease Study - GBD (2019).

Há mais de 100 formas de demência, porém, a Doença de Alzheimer (DA), a Demência Vascular, a Demência Frontotemporal e a Demência de Corpos de Lewy são as patologias subjacentes mais comuns. Pessoas acima de 60 anos de idade, consideradas idosas, estão mais suscetíveis à demência, porém ela pode afetar pessoas mais jovens também. Nos estágios mais tardios, as pessoas com demência ficam impossibilitadas de realizar tarefas cotidianas e necessitam de cada vez mais apoio (FALCO, 2016).

A DA foi descrita pela primeira vez pelo médico austríaco Alois Alzheimer em 1906. Em sua descrição, trouxe o declínio da memória como uma das principais perdas, contudo, a DA mostra-se com mais perdas, como declínio do juízo crítico, déficits motores, entre outros. O diagnóstico ainda é feito de forma clínica, embora existam diversos exames que norteiam os profissionais médicos na exatidão e confirmação. Destacando-se escalas como *Clinical Dementia Rating* (CDR) e Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que podem ser aplicadas por profissionais de diversas áreas, após adequadamente treinados e inseridos em uma equipe interdisciplinar (CORREIA, 2010).

A DA traz prejuízos significativos à saúde em seu avanço, sendo vistos através das perdas funcionais, tarefas de curto prazo, refletindo, também, em uma capacidade diminuída de armazenar múltiplas informações na memória de trabalho, simultaneamente. Distúrbios motores e de falas são também parte integrante dessas perdas. Na doença de longa duração, a mesma é descrita por cuidadores como exaustiva e dolorosa (ZIDAN, 2012).

Inicialmente, o indivíduo demonstra queda significativa no desempenho de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), porém, é capaz de realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), mantendo-se independente. Já na segunda fase da doença, o comprometimento intelectual é maior e a pessoa demanda cada vez mais auxílio para a

realização de atividades da vida diária, além de alteração do comportamento. Na fase mais avançada da DA, a pessoa idosa tende a ficar acamada, demandando assistência permanente e integral (FERREIRA; CARMO, 2015).

Sobre as demências, de modo geral, pode-se dizer que se trata de uma questão emergente de saúde pública entre as pessoas idosas, não só pela alta prevalência e incidência nesta faixa etária, também, por serem causas importantes de morbimortalidade. Com o envelhecimento populacional, como o que se observa atualmente no Brasil, casos de demências assumem notórias proporções epidêmicas. Considerando-se as poucas alternativas terapêuticas, é fundamental o diagnóstico precoce para a maior efetividade do tratamento (GARCIA, 2015).

Políticas Públicas e as demências: um longo caminho

Para que o diagnóstico precoce, tratamento correto e as medidas de prevenção e cuidado integral sejam possíveis, é preciso pautar a questão das demências na agenda de políticas públicas e destacá-la dentro da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Atualmente, a síndrome demencial aparece em dois momentos distintos: o primeiro, nas diretrizes da política; e o segundo, na descrição de pessoa idosa frágil:

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, **síndromes demenciais** e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. (BRASIL, 2006).

Estas duas menções, dentro do amplo espectro do envelhecimento, contribuem para invisibilidade das necessidades crescentes de uma política de cuidado integral às pessoas com demências. Neste sentido, ao analisar os recursos públicos alocados especificamente para ações relacionadas à DA, observa-se uma política estruturada na dispensação de medicamentos. No âmbito do SUS, o Programa de Medicamentos Excepcionais prevê medicamentos para o Programa de Assistência aos Portadores da DA, que dispensa de acordo com Protocolo Clínico específico (BRASIL, 2017). O principal indicador de avaliação deveria também ser um dos indicadores do número de pessoas idosas com diagnóstico de DA no país. Contudo, este é um dado que revela apenas aqueles que têm acesso ao medicamento disponibilizado no sistema público: Donepezila, Galantamina, Rivastigmina e Memantina, que esbarra na sua capacidade de disponibilidade e não contempla as pessoas idosas que fazem uso dos recursos do sistema complementar de saúde.

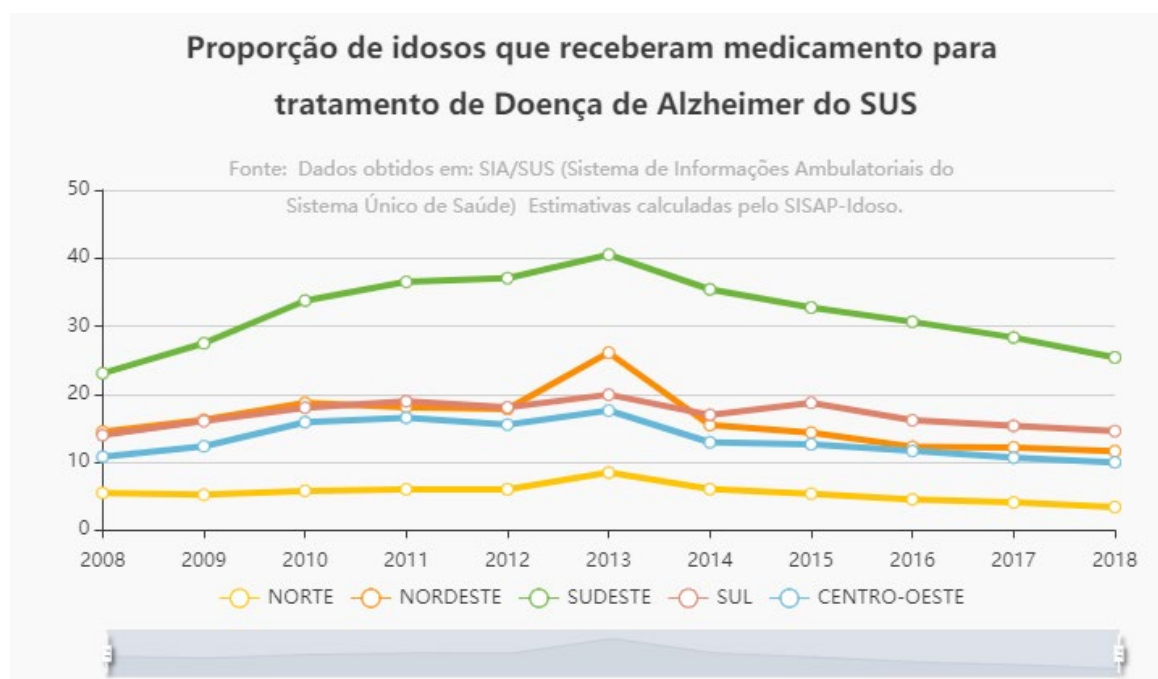
Portanto, a gratuidade do medicamento e a conformidade da solicitação frente ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) não configuram o acesso, uma vez que as barreiras relacionadas envolvem dimensões, como:

- Disponibilidade: volume de medicamentos ofertados e disponíveis de acordo com as necessidades dos usuários;
- Acessibilidade geográfica: relação entre a localização do serviço e a localização dos usuários;
- Acomodação: como os serviços são fornecidos e organizados para atender aos usuários;
- Capacidade aquisitiva: capacidade dos usuários em arcarem com os custos do tratamento;
- Aceitabilidade: atitudes de profissionais de saúde e usuários em relação às características e práticas do serviço.

Essa relação pode ser observada na queda da proporção de idosos que receberam medicamentos para o tratamento da DA pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Isto não significa uma redução do número de portadores no país, mas, uma redução dos recursos na atenção farmacêutica.

A figura 2 mostra a proporção de pessoas que receberam medicamentos para o tratamento da DA no SUS entre 2008-2018:

Figura 2: Proporção de pessoas idosas que receberam medicamentos para tratamento de Doença de Alzheimer no SUS (2008-2018)



Fonte: Reproduzido do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-IDOSO, 2020).

Para além, pensar no direito ao envelhecimento com dignidade perpassa a superação da ideia de tratamentos exclusivamente farmacológicos, e compreende que, tanto a família quanto a pessoa idosa necessitam de suporte e atenção para diferentes demandas. Há uma necessidade concreta de práticas interventivas, que abarquem as necessidades familiares de acolhimento e orientação, tanto de questões técnicas, quanto de apoio socio-emocional.

Alternativas de cuidado às pessoas com DA devem ser pensadas, a exemplo, o tratamento por musicoterapia. A intervenção musical pode ser eficaz no tratamento de portadores de DA. Estudo aponta os benefícios que a intervenção musical pode trazer no tratamento de portadores de DA. No entanto, as evidências disponíveis ainda são insuficientes, devido ao pequeno número de estudos científicos randomizados que avaliem a memória dos portadores de DA em tratamento musical (MOREIRA; JUSTI; MOREIRA, 2018).

A dança também se apresenta como alternativa de cuidado à pessoa com DA. Estudo refere que no campo terapêutico, a prática da dança é considerada uma terapia alternativa que vem se destacando, e sugere que a dança de salão deve ser indicada como forma de prevenção e controle de agravamentos de doenças demenciais e motoras já existentes nos portadores de DA (BORGES et al., 2018).

Atividades de dança, teatro, música e de movimento corporal oferecem oportunidades de expressão da pessoa com demência, melhorando a comunicação, o prazer e o engajamento geral com o outro (RYALLIT, 2012) e devem ser pensadas como propostas.

Grupos informativos, de apoio social e emocional também são estratégias importantes de assistência à rede familiar e de solidariedade com as pessoas com demências. Estudo assinala que, tendo em vista o caráter progressivo da doença, tem-se impacto familiar e riscos de adoecimento físico, mental, psicológico e emocional dos cuidadores (OLIVEIRA; LUCENA; ALCHIERI, 2014). Assim, torna-se importante o apoio aos cuidadores de pessoas idosas com DA, sejam eles familiares, informais ou formais, através de grupos, de forma a contribuir com a sobrecarga de trabalho e direcionar para uma rede de suporte.

Associação Brasileira de Alzheimer: história e contribuição social

A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) é uma instituição que foi criada em 1981 e tem incorporada, dentre as suas diversas missões, contribuir para a formulação de políticas públicas, posicionamento que é historicamente promovido pela ABRAZ. Em seu site oficial está em destaque a importância da associação nos conselhos, nos movimentos de cidadania e em outros grupos de defesa de direitos das pessoas idosas. Dessa forma, sugere a inclusão de novas demandas, além de verificar como a política para a pessoa idosa está sendo conduzida na promoção e exercício da cidadania.

O objetivo perene da ABRAz é fortalecer a rede de pessoas e organizações nacionais e internacionais envolvidas com a DA e tem como missão oferecer: apoio social; apoio emocional e informativo aos familiares; promoção de estimulação cognitiva e social; produção e difusão de conhecimento sobre a doença e outras demências, bem como a articulação com agentes que promovem ações em benefício aos portadores e familiares cuidadores.

Como visão, a ABRAz objetiva a representatividade nacional no acolhimento e apoio às famílias acometidas por demências e ser reconhecida como agente transformador na eliminação do estigma associado à doença e na melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos no processo.

A *Alzheimer's Disease International* (ADI) sugere que cada país deva desenvolver o seu plano de cuidados segundo certas diretrizes. Neste contexto, a ABRAz tem unido forças para elaborar o Plano Nacional de Demência. Atualmente, essa iniciativa se encontra em etapa inicial, reunindo grupos e debatendo as necessidades, na qual deverá abordar questões como a conscientização das demências, combate ao estigma, realização de diagnóstico mais precoce, orientação aos familiares e cuidadores. No entanto, só será alcançada, de fato, se obtiver apoio da sociedade civil e do poder público. Sem a menor dúvida, dependerá de um esforço conjunto, sendo importante que a sociedade se informe, participe e colabore até a sua aprovação, implementação e manutenção.

ABRAz: historicidades e regionalidades

Fundada em 16 de agosto de 1991, em São Paulo, a ABRAz reúne familiares, familiares-cuidadores e cuidadores formais em seu quadro associativo, para, a partir de suas vivências e conhecimentos, desenvolver ações em favor das pessoas acometidas pela DA e outras demências, de modo a oferecer apoio ao familiar-cuidador. É uma entidade privada, de natureza civil, sem fins lucrativos, que tem como missão ser o núcleo central, em todo o país, das pessoas envolvidas com a DA e outras demências.

A ABRAz foi inspirada no movimento internacional iniciado pela princesa Yasmin Aga Khan, que fundou a ADI (*Alzheimer's Disease International*) em 1984, depois que sua mãe, a atriz Rita Hayworth, foi diagnosticada com Alzheimer. Em 1995, a ABRAz participou da fundação da FEBRAz – Federação Brasileira das Associações de Alzheimer, que representa as associações nacionais na ADI e na AIB (Alzheimer Iberoamérica).

A ABRAz conta, atualmente, com cerca de 13 mil associados e atua nos Estados por meio das Regionais. O trabalho é desenvolvido por voluntários, profissionais das áreas de saúde, educação, jurídica e outras, e por familiares de pessoas com a DA. A Associação é mantida por contribuições de usuários, doações e parcerias com a iniciativa privada. Os recursos obtidos são utilizados na produção de material informativo, treinamento de volun-

tários, manutenção das sedes regionais e sub-regionais, grupos de apoio aos familiares e grupos de assistência às pessoas idosas.

Por meio de suas 23 regionais, com 51 sub-regionais nas cinco regiões geográficas do país, a ABRAZ oferece informação e orientação para que as pessoas possam lidar de maneira mais adequada com a doença. Apoia, também, ações voltadas para o bem-estar e a defesa dos direitos dos portadores, dos familiares e dos cuidadores, assim como para a integração entre profissionais que atuam na Associação e a articulação com a Rede de Proteção à Pessoa Idosa.

A ABRAZ mantém, atualmente, cerca de 100 grupos de apoio em todo o Brasil, nos quais familiares e cuidadores de pessoas com Alzheimer podem compartilhar suas ansiedades e experiências e têm a oportunidade de olhar seus problemas sob novas perspectivas, trocar soluções e encontrar formas mais eficazes de lidar com o cotidiano. Atualmente, os grupos de apoio atendem diretamente, em suas reuniões, cerca de 4 mil familiares, que, por sua vez, funcionam como multiplicadores, agregando outros membros da família.

Os encontros dos grupos de apoio têm o propósito de promover a qualidade de vida de todos os que participam do cuidado com o portador de Alzheimer, a fim de que haja um enfrentamento positivo e saudável da situação de adoecimento. Os grupos oferecem aos familiares e cuidadores a oportunidade de eles conhecerem melhor a doença, seus sintomas e efeitos correlatos, o que favorece a aceitação da nova situação, produzindo mudanças significativas na qualidade de vida dos envolvidos.

O trabalho em grupo também propicia a construção e a descoberta de estratégias mais apropriadas para lidar com as pessoas idosas que apresentam quadros neurodegenerativos como a DA. A ação junto aos cuidadores favorece o portador de Alzheimer na medida em que, a partir dessa interação mais apropriada, ele passa a ter suas necessidades atendidas. Ao participar dos grupos de apoio, os cuidadores podem adquirir preparação e segurança para oferecer estimulação mais adequada, de modo a preservar, por mais tempo possível, um maior grau de autonomia e independência, melhorando a relação entre ambos.

A ABRAZ promove, ainda, grupos de atendimento e estimulação cognitiva para pessoas idosas portadoras de demências. Em algumas localidades, são oferecidos também grupos de estimulação física por meio de exercícios corporais e oportunidades de convívio social. Essas medidas são de fundamental importância, pois integram o tratamento não-farmacológico, que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida e a desaceleração do processo degenerativo, a partir da melhor utilização dos recursos disponíveis e da recuperação da autoestima dos portadores.

A disseminação de informações sobre a DA é outro importante pilar do trabalho da instituição. A ABRAZ é responsável por diversas campanhas que expressam a preocupação com os portadores de Alzheimer e seus familiares, promovendo ações de conscientização da população e divulgando informações sobre a doença, para atrair a também a atenção da mídia sobre os desfechos e suas consequências no entorno familiar e social.

A Associação é responsável, ainda, por promover articulações para o desenvolvimento de políticas públicas que beneficiem as pessoas idosas, ressaltando a necessidade de maior investimento na área da saúde voltada a esse público. Nesse sentido, a ABRAz tem representação e acumula importantes conquistas nas principais comissões nacionais e internacionais de Alzheimer, incluindo a participação nos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Direitos das Pessoas Idosas.

Como estratégia para ilustrar os argumentos já construídos e contribuir com as problematizações deste capítulo, serão apresentadas, frisa-se, por conveniência dos autores, 4 de 21 regionais da ABRAz e o modo como cada uma se organiza, para tensionar discussões e avanços nas políticas locais voltadas aos portadores de demências.

ABRAz Bahia

A ABRAz regional Bahia, com sede em Salvador, foi fundada em abril de 2004, porém, as atividades foram interrompidas em 2009. Passados 07 anos, as atividades retomaram com a posse da nova diretoria em 04 de novembro de 2016. Na atualidade, a equipe multiprofissional que atua é composta por médicos, enfermeira, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, advogada e contador. Até o momento, não foi criada nenhuma sub-regional, atuando mensalmente através do grupo de apoio informativo, com duração de 1h30min no período noturno. Esse encontro dialoga sobre diversos temas relacionados ao envelhecimento e às demências. O grupo de apoio social e emocional ocorre no turno vespertino, com duração de duas horas, sendo desenvolvido através de dinâmicas que procuram interagir e acolher familiares que participam desse momento. As reuniões dos grupos ocorrem em um auditório cedido por uma Instituição filantrópica.

Outra atividade desenvolvida é no mês de setembro em praças públicas, em comemoração à conscientização sobre Demências, que objetiva esclarecer a população e apresentar alternativas para melhorar a qualidade de vida dos familiares e cuidadores. A equipe procura viabilizar a criação de regionais. A equipe já participou de diversos eventos nacionais e internacionais, com a divulgação das atividades do grupo através de apresentações orais e pôster.

ABRAz Pará

A ABRAz regional Pará foi fundada em 15 de Setembro de 1998 na cidade de Belém pela geriatra Izabela Grandi. Atua há 22 anos e tem como principais ações a realização de diversas campanhas, tais como, no mês de Setembro, uma programação específica para divulgar o dia mundial da DA (21 de Setembro), que inclui atividades de orientação aos cui-

dadores, socialização, sempre com o objetivo de informar à população sobre demências, em especial a DA, além de divulgar a ABRAz-PA, visando sensibilizar a população em geral, além de orientar e apoiar as famílias.

Além da campanha, temos alguns projetos, a saber: 1) Projeto casa adaptada, onde profissionais de Arquitetura voluntariamente, quando solicitados vão até a residência da família solicitante e planejam e projetam as adaptações necessárias; 2) Projeto ABRAz em casa, que consiste ir nas residências em horários pré-definidos para familiares que não podem se fazer presentes nas reuniões de grupo de apoio; 3) Parceria com a OAB-PA, onde os associados da Abraz recebem orientação jurídica; 4) Projeto Vida com Arte, realização de oficinas de dança; 5) Projeto Pintura em Tela, os associados participam da oficina da pintura com uma artista plástica voluntária; 6) Fisiotachi: que são oficinas que realizam um misto de exercícios fisioterapêuticos com Tai Chi Chuan.

A ABRAz-PA tem um diferencial das demais regionais, o grupo de apoio funciona semanalmente e as atividades são desenvolvidas na Federação dos Aposentados e Pensionista do Estado do Pará e outro na Instituição de Longa Permanência para Idosos chamada de Pão de Santo Antônio, na capital paraense.

ABRAz Rio Grande do Sul

A ABRAz regional do Rio Grande do Sul (RS) tem em sua essência um trabalho voltado às famílias das pessoas com DA, e concilia a prática informativa à prática social afetiva. A história da fundação é datada de 1998, quando, legalmente foi registrada no Fórum da comarca da região do vinho e da uva no RS, pela então Presidente Olga Dalagnhol. As questões burocráticas ficaram sediadas na cidade de Bento Gonçalves e novos grupos surgiram, de modo que a Capital passou, logo na sequência, a ter atividades conduzidas por Iara Portugal, importante membra em fomentos de grupos científicos em Porto Alegre.

Desde 2018, a regional passa por um processo de fortalecimento e reestruturação, conta com sub-regionais fortes e atuantes, e grupos emocionais e informativos nas cidades de Caxias do Sul, Novo Hamburgo, São Leopoldo, Santa Maria, Veranópolis e Porto Alegre. Os mais recentes a serem incorporados na gestão 2019-2022 são os grupos criados nas cidades de Canoas, Gravataí e Cachoeira do Sul.

ABRAz Tocantins

A Associação Brasileira de Alzheimer e doenças Similares Regional Tocantins (TO), ABRAz-TO, foi instituída em 03 de maio de 2013, formada por equipe de profissionais mul-

tidisciplinares. Está instalada na sede do projeto de Extensão da Universidade da Maturidade-UMA na Universidade Federal do Tocantins (UFT). Iniciou suas atividades com o evento alusivo ao Dia Mundial da DA. Destacamos que todos os anos são realizadas atividades, conforme recomendação da Diretoria Nacional da ABRAZ no dia 21 de setembro.

No ano de criação, a regional aprovou um projeto no Banco da Amazônia (BASA) para o apoio financeiro para realização de um curso aos cuidadores de portadores de DA. O público-alvo foi formado por profissionais da área da saúde e de outras áreas interessadas em integrar grupos de voluntários. O curso teve como foco transmitir conhecimentos na área da saúde sobre o diagnóstico, tratamento, aspectos cotidianos de como cuidar de pessoas com a DA e pelo caráter interdisciplinar tratou de temas voltados ao bem-estar e a defesa dos direitos dos portadores, familiares e cuidadores. A proposta teve por finalidade promover a integração da ABRAZ-TO com os profissionais da área da saúde, da Rede de Proteção à Pessoa Idosa, com o seu público-alvo (cuidadores familiares de pessoas com a DA). Como resultado formam-se os grupos de apoio que realizam atendimento junto à população na cidade de Palmas (TO). Esse curso foi um marco importante para a criação e divulgação da ABRAZ no estado do Tocantins. As reuniões dos grupos de apoio acontecem na primeira segunda-feira de cada mês.

Outra linha de atuação da ABRAZ-TO é a pesquisa científica, em parceria com a pós-graduação *Latu Sensu* em Gerontologia, cursos de graduação, tais como, medicina, enfermagem, nutrição, pedagogia entre outros da UFT. Com isso, houve um aumento importante de pesquisas e participações em eventos sobre a temática.

Considerações Finais

O capítulo evidenciou o frágil cenário focalista, farmacológico e a invisibilidade da Demência de Alzheimer na agenda das políticas públicas no Brasil. Também, foi possível perceber a contribuição social da ABRAZ e seu crescimento pelo país. Os sintéticos relatos das regionais demonstram as particularidades e as características que tornam o Brasil diverso dentro de uma mesma causa.

Portanto, é imperiosa e urgente a adoção de um plano nacional de demências, que construa estratégias de impacto positivo na saúde da população, que articule ações capazes de ampliar o investimento para além da dispensação de medicamentos e compreenda a realidade das demências na perspectiva do cuidado integral à saúde das pessoas idosas.

Finalizando, destaca-se a importância da presença das regionais da ABRAZ em assentos nos conselhos de direitos das pessoas idosas (nacional, estaduais e municipais) para que a discussão das políticas públicas relacionadas às demências sejam pautas constantes e se tenha efetivação de projetos que garantam bem-estar e qualidade de vida as pessoas com demências e familiares.

Referências

- ABRAZ. Associação Brasileira de Alzheimer. A missão. Disponível em <http://abraz.org.br/web/mis-sao/>
- _____. Relatório Mundial de Alzheimer. Disponível em: <http://abraz.org.br/web/2019/09/21/relato-rio-mundial-de-alzheimer-2019/>.
- BORGES, E. G. S.; VALE, R. G. S.; PERNAMBUCO, C. S.; CADER, S. A.; SÁ, S. P. C.; PINTO, F. M., et al. Efeitos da dança no equilíbrio postural, na cognição e na autonomia funcional de idosos. *Rev Bras Enferm* [Internet], v. 71, n. suppl 5, p. 2436-43, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2302.pdf
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria Conjunta nº 13, de 28 de Novembro de 2017. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2020/Portaria-Conjunta-13-PCDT-Alzheimer-atualizada-em-20-05-2020.pdf>.
- _____. Constituição Federal de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988
- _____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília; 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10.741.html. Acesso em 20. Jun.2020.
- CORRÊA, A. C. O. Memória, aprendizagem e esquecimento: a memória através das neurociências cognitivas. Atheneu: São Paulo; 2010.
- FALCO, Anna, Cukierman, Daphane Schneider; Hauser-Davis, Rachel A; Rey, Nicolás A. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. *Quím. Nova*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 63-80, Jan. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/qn/v39n1/0100-4042-qn-39-01-0063.pdf>
- FERREIRA, Natássia Carmo Lopes Queiroz; CARMO, Tânia Maria Delfraro. As dificuldades dos familiares que atuam no cuidado dos idosos portadores da doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. *Ciência et Praxis*, v. 8, n. 15, 2015. Disponível em: <http://www.edifesp.fespmg.edu.br/index.php/scientae/article/view/147/113>.
- GARCIA, Francielli Gonçalves. Convivência familiar com o idoso acometido pela Doença de Alzheimer: estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Vitória: PPGASC/UFES, 2006. 158p. Orientadora: Profª Drª Denise Silveira de Castro.
- GBDS. Global Burden of Disease Study. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, v. 18, January 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(18\)30403-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(18)30403-4/fulltext)
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 20 de Maio de 2020.
- IZQUIERDO, I.; IZQUIERDO, L. A.; VIANNA, M. R.; CAMMAROTA, M. “Neurobiologia da Memória”, in L. Caixeta. *Demência. Abordagem Multidisciplinar*. São Paulo, Atheneu, p. 31-44, 2007.
- MONTANO, Maria Beatriz M. Macedo Montañó; RAMOS, Luiz Roberto. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 912-917, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26985.pdf>

MOREIRA, Shirlene Viana; JUSTI, Francis Ricardo dos Reis; MOREIRA, Marcus. A intervenção musical pode melhorar a memória em pacientes com Alzheimer? Evidências de uma revisão sistemática. *Dement. neuropsicol.* v. 12, n. 2, p. 133-142, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642018000200133&lng=en&tlng=en

OLIVEIRA, Kamilla Sthefany Andrade de; LUCENA, Marianna Carla Maia Dantas de; ALCHIERI, João Carlos. Estresse em cuidadores de pacientes com Alzheimer: uma revisão de literatura. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 47-64, abr. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n1/v14n1a04.pdf>

RYLATT, P. The benefits of creative therapy for people with dementia. *Nurs Stand.* v. 26, n. 33, p. 42-7, 2017. Available from: <https://insights.ovid.com/nursing-standard/nust/2012/04/180/benefits-creative-therapy-people-dementia/54/00002311>

SERENIKI, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbato Frazão. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Rev. psiquiatr.*, v. 30, n. 1, supl. 2008.

SISAP. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Disponível em: <<https://sisapidoso.iciet.fiocruz.br/por-uf>>.

ZIDAN, Melissa, et.al. Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. *Rev Psiq Clín.* 2012; 39 (5): 161-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n5/a03v39n5.pdf>.

Contrarreforma da Seguridade Social no Brasil e as suas implicações para as pessoas idosas: Destaque às políticas de Previdência e Assistência Social



Albamaría P. de C. Abigail

Introdução

A contrarreforma da Seguridade Social vigente no Brasil, desde 1989, foi acirrada após o *impeachment* da presidenta da República, em 2016, sob o discurso ideológico oficial da necessidade de ajuste fiscal, da existência de déficit público e da insustentabilidade do Sistema face à transição demográfica causadora do acelerado processo de envelhecimento da população. Tal discurso fere a frágil cidadania social conquistada no Brasil, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal ao mesmo tempo em que impõe medidas de desmonte do Estado; de mercadorização das políticas sociais; de apropriação indevida do Fundo Público produzindo tensões e inseguranças sociais que se acentuam no atual contexto da crise estrutural do capital.

O procedimento analítico aqui adotado difere daquele datado da gestão do FHC

(1995-2002) o qual, alicerçado nas diretrizes do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento-BIRD, priorizou a avaliação gerencialista de resultados em detrimento da qualificação do debate político sobre políticas sociais, aprofundando o processo de tecnificação conservadora iniciado na ditadura civil-militar. Com isso, houve a despolitização da mediação das políticas sociais e aferição dos direitos sociais por instrumentos burocráticos alheios às categorias *contradição* e *totalidade*.

Esta análise¹ situa a Seguridade Social no contexto da crise estrutural do capital dando ênfase ao papel do Estado e da classe trabalhadora no âmbito da desestruturação desse Sistema, particularmente das políticas de previdência e assistência social, que são as que mais se prestam a um cotejo analítico por contrastes: uma, a *previdência*, contributiva, com características de seguro social e, por isso, parcialmente imune a estigmas relacionados à pobreza; e, outra, a *assistência*, não contributiva e dependente de fundos públicos para se realizar, além de estigmatizada pela sua aproximação com a

¹ A análise e avaliação de políticas sociais ultrapassa a mera disposição e utilização primorosa de métodos e técnicas racionais e operativos, preocupados com a relação custo-benefício ou com eficiência e eficácia. A avaliação de políticas sociais deve se situar na compreensão do significado do papel do estado e das classes sociais na construção dos direitos e da democracia (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

pobreza e com segmentos sociais majoritariamente sem vínculo formal e permanente com o trabalho.

As transformações em curso no Brasil têm a ver, entre outras questões, com o seu processo de formação heteronômica e com a subordinação do país aos ditames e receitas macroeconômicas de organismos internacionais, como: a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM), a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) e a Organização dos Estados Americanos (OEA); e alguns desses organismos, por sua vez, impõem: contrarreformas aos países periféricos, utilizando a linguagem da insustentabilidade dos Sistemas e da transição demográfica, associada ao acelerado processo de envelhecimento, e a necessidade de racionalizar os gastos sociais por intermédio de ajustes fiscais; porém contraditoriamente, utilizam o discurso do dever de assegurar direitos, estruturar redes de proteção social, garantir a permanência das pessoas idosas no mercado de trabalho, combater à pobreza e à desigualdade social, em meio à omissão da superexploração do trabalho, da acumulação capitalista e da captura do orçamento e do fundo público pelos grupos rentistas .

Diante destas questões é fundamental entender a relação da Seguridade Social aliada ao complexo fenômeno do Envelhecimento², considerado este

[...] como um processo que deve ser analisado a partir da historicidade de sua inserção num dado modo de produção- no caso o capitalismo- e da correlação de forças entre capital e trabalho[...]assumira formas diferenciadas em países desenvolvidos e periféricos; em classes sociais dominantes e dominadas; e será heterogêneo, em conformidade com que se viveu no curso de vida, com acesso ou não as políticas de saúde, educação, trabalho, previdência social, lazer, esporte, cultura dentre outras, e com condições materiais de trabalho e de cidadania” (ABIGALIL, 2019, p.235).

Infere-se portanto que para envelhecer , as pessoas idosas e as demais gerações devem ter acesso as políticas sociais , com orçamento e financiamento adequado em todo o curso de vida , entretanto este requisito não foi e nem é assegurado para a maioria das pessoas idosas brasileiras .

De acordo com Salvador (2010, p. 387), “ocorre na sociedade uma disputa no âmbito do orçamento estatal. O Orçamento público é um espaço de luta política, onde diferentes forças da sociedade buscam inserir seus interesses. Desde 80 ocorre um domínio hegemônico do capital financeiro”. A Seguridade Social, segundo o mesmo autor, constitui, muitas vezes, o elemento principal do Estado Social e é considerada parte integrante das reformas capitalistas na construção do Estado Social; por isso, nos países desenvolvidos, ela é decisiva para a expansão do mercado de consumo capitalista e para socialização dos custos do trabalho por meio do fundo público.

2 Processo desenvolvido durante o curso de vida, que implica alterações biológicas, fisiológicas, psicossociais e funcionais de várias consequências, as quais se associam a interações dinâmicas e permanentes entre o sujeito e o seu meio (NETO, 2007).

No Brasil, a incorporação do conceito de Seguridade Social na Constituição Federal Cidadã de 1988, contribuiu para a diversidade das bases de financiamento de um sistema de proteção social e para um sistema tributário mais justo. Com esse aporte, a referida Carta Magna criava uma base de justiça fiscal orientada por princípios redistributivos que favoreceria a implementação de um sistema de proteção social progressivo e universalizante, voltado para todos os segmentos sociais e ciclos de vida, incluindo a velhice. Entretanto, não basta preceituar legalmente a redistributividade e a universalidade como princípios; é necessário efetivá-las. Um dos meios para essa efetivação é a constituição de um fundo público. Nele, o orçamento tem de ser um instrumento de concretização de direitos, pois, implementar políticas públicas implica gastos sociais. Mas essa não foi a opção brasileira no tocante às políticas que integram a Seguridade Social. A previdência restringiu-se ao seguro; a assistência tornou-se monetarizada e focalizada na pobreza extrema; e a saúde viu ruir a sua proposta de universalização. Os recursos que deveriam assegurar essa proposta de seguridade foram canalizados para o Orçamento Fiscal e, deste, para o bolso dos rentistas. Essas tendências têm fortalecido o capital portador de juros, por meio de investidores institucionais, que são os atores relevantes no processo de financeirização da riqueza em curso (SALVADOR, 2010).

Entende-se que a Constituição de 1988 foi concebida e aprovada em um contexto histórico de forte pressão dos movimentos sociais progressistas, após vinte e um anos de ditadura civil-militar, que ansiavam pelo retorno da democracia e por instrumentos legais e legítimos capazes de assegurá-la. Por isso, contemporaneamente, e em tempos de contrarreformas neoliberais/conservadoras, há de se concordar com Osório (2014) quando indica que, ao contrário do que apregoam os neoliberais (diminuição do papel social e econômico do Estado para dar espaço à economia/mercado) o Estado permanece ampliado como matriz estado cêntrica; e ainda, é mais eficiente para atender os objetivos do capital local e internacional. Portanto, mesmo sob a condição de dependência e de sub soberania, ele realiza superávit primário, prioriza pagamento dos juros da dívida, promove renúncias tributárias, cobre investimentos que não prosperaram, intensifica o cumprimento de papéis políticos e econômicos com intervenção socialmente restringida para atender as necessidades humanas da população.

Heteronomia na formação capitalista brasileira: indicações para a contrarreforma

O capitalismo contemporâneo, como modo de produção dominante implementou, por meio do Estado, intervenções que geraram contrarreformas regressivas, de acordo com as particularidades de cada país. Para entender a essência desse processo é preciso conhecer as mediações estabelecidas no capitalismo e na sua formação econômica, política, social e cultural a partir das análises teóricas, históricas e políticas, para além das relações de capital e trabalho, buscando apreender as múltiplas determinações para

atingir a perspectiva da totalidade (BEHERING, 2003), e associá-la a questão do fenômeno do envelhecimento e das condições de vida das pessoas idosas e das demais gerações.

A passagem do Brasil para o capitalismo e a sua integração dependente na economia e/ou no mercado mundial, é interpretado de forma diferenciada por vários autores. De acordo com Moura (2014), não se pode estudar a colonização brasileira dissociado da estratificação social do trabalho e da estratificação do mercado de trabalho na escravidão. Já para Prado Junior (2014), o processo de colonização serviu à acumulação do capital nos países centrais; sendo assim, o Brasil adaptou-se ao capitalismo a partir da substituição lenta do trabalho escravo pelo trabalho livre nas grandes unidades agrárias, numa perspectiva de progresso e conservação de elementos importantes da antiga ordem, gerando a exploração rural de tipo colonial, voltada para o mercado externo e fundada no escravismo, o que caracteriza o “atraso” funcional ao desenvolvimento do “moderno”. Prado Junior aborda ainda uma estrutura de classes no Brasil que apresenta características próximas as de Gramsci quando concorda com a revolução passiva; ou seja, sempre “pelo alto” sem gerar alterações na ordem vigente; por isso, a maioria não incorporada apresenta levantes que se evidenciam com características de subserviência.

Segundo Florestan Fernandes (1987), com a independência, o Brasil dispôs de um Estado Nacional que rompeu com a aristocracia agrária; contudo, surgiram novos agentes econômicos sob a pressão da divisão do trabalho que vislumbrava uma nova sociedade nacional. Entretanto, as elites da época não se preocuparam em assegurar direitos aos cidadãos, fortalecendo, ao contrário, princípios conservadores, o que impediu o rompimento com a heteronomia e a dependência. Nesta perspectiva, o Estado era visto como meio de internalizar os centros de decisão política e de institucionalizar o predomínio das elites dominantes.

Daí decorre a ambigüidade da origem do Estado brasileiro, o qual nasce sob a égide do liberalismo formal, como fundamento, e sob o patrimonialismo como prática de garantia dos privilégios estamentais.

Com efeito, desde a sua origem a burguesia brasileira manteve-se articulada ao capital internacional. Esse fato gerou uma não absolvição e uma exclusão parcial dos não integrados ao circuito capitalista; a não universalização e garantia dos direitos ao trabalho livre; e a não integração ao mercado interno, estabelecendo um forte vínculo com os movimentos econômicos e geopolíticos das potências mundiais, o que levou a economia brasileira a implementar um desenvolvimento induzido de fora, sem autonomia.

O golpe de 1964, tendo a frente militares com o apoio de estratos das classes empresariais e de setores conservadores, induziu o Estado a converter-se em captador de poupança externa e base da internacionalização da economia brasileira, em conformidade com os interesses da classe dominante que o representava.

Nesta perspectiva, o Brasil adentrou o capitalismo na condição de economia periférica caracterizada por: forte dissociação pragmática entre capitalismo e democracia;

extrema concentração de riqueza; drenagem para o exterior do excedente econômico nacional; formas pré-capitalistas de trabalho e depreciação do valor do trabalho assalariado (BEHERING, 2003).

Posteriormente, com a Revolução Industrial e o processo de reorganização da economia mundial, as influências externas atingiram as esferas econômica, social e cultural dos países não industrializados, tornando-se imperialistas. Isso explica a tradicional prática subalterna de transferência do excedente econômico das economias satélites para os países hegemônicos.

Além das questões supramencionadas, os países centrais construíram seus sistemas de proteção social com os países periféricos. Entretanto, estes lograram garantir políticas sociais na legislação, mas, na prática, não as viabilizavam com caráter universal dada à apropriação indevida do Fundo Público; o caráter regressivo de seus orçamentos para as políticas sociais e a transferência de capital excedente para os países centrais.

Para Marini (1990), a integração da América Latina no mercado mundial se deu em conformidade com a dinâmica do capitalismo internacional, no século XVI, em face da expansão comercial. Como colônia produtora de metais preciosos e demais produtos primários, ela contribuiu, em um primeiro momento, com o aumento do fluxo de mercadorias e a expansão dos meios de pagamento; e essa contribuição, ao mesmo tempo em que permitia o desenvolvimento do capital comercial e bancário na Europa, sustentou o sistema manufatureiro europeu que caminhou para a criação da grande indústria.

Foi a partir dessa relação que se configurou a dependência³; as relações da América Latina com os centros capitalistas europeus se inseriram em uma estrutura definida pela divisão internacional do trabalho que determinou o sentido do desenvolvimento posterior da região. Marini (1990) desenvolveu uma metodologia que demonstra a dependência por meio do segredo da troca desigual e da superexploração do trabalho – aspectos que afetam diretamente as condições de vida da classe trabalhadora e a conquista da cidadania. Isso porque, eles também influenciam nos salários, em decorrência da troca desigual e do modo de circulação do capital.

A inserção da América Latina na economia capitalista pode ser considerada como transferência de mais-valia dos países agroexportadores aos países industriais. Esta transferência é interpretada, segundo Marini (1990), como um modo de exploração do trabalho assalariado que, fundamentalmente, com base na transformação das condições técnicas de produção, resulta da desvalorização real da força de trabalho.

Pensando o envelhecimento sob a ótica da dependência, fica claro que aquele se dá de modo diferenciado em cada polo dessa relação; pois, as estruturas dos sistemas de

3 Marini (1990) entende a dependência como uma relação de subordinação entre nações formalmente independentes, em cujo marco as relações de produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada da dependência. A consequência da dependência não pode ser, portanto, nada mais do que maior dependência, e sua superação supõe necessariamente a supressão das relações de produção nela envolvidas.

bem-estar dos países ricos e pobres e das políticas sociais que os integram, diferenciam o acesso aos direitos, ao trabalho digno e/ou precarizado, bem como a forma de superexploração da classe trabalhadora, incluindo os/as idosos/as.

Estudos disponíveis demonstram que, nos países Europeus e no Japão, as pessoas idosas, embora de classes sociais antagônicas, dispõem de acesso a direitos que lhes garantam um envelhecimento ativo⁴ e saudável, com garantia de Previdência, Assistência Social e Saúde, além de serviços e programas voltados à tecnologia, transporte e outros. Já nos países da América Latina, em que pese os/as idosos/as terem contado com melhor atenção social por parte do Estado em fins dos anos 1980 e início dos 1990, a maioria teve acesso à previdência social, à aposentadoria e/ou pensões e aos benefícios assistenciais com valores baixos e perdas não reajustadas; isso sem contar com a sua submissão a uma forte agenda neoliberal conservadora, que limitava seu acesso à saúde e os ativava para o mercado laboral precarizado.

A superexploração do trabalho na América latina, que também afetou o segmento das pessoas idosas, teve a ver com a troca desigual entre essa região e o polo imperialista, provocando uma economia dependente que buscava compensações no plano da produção interna. Surgiu, então, como alternativa o aumento da intensidade do trabalho e da mais-valia gerada por intermédio de maior exploração do trabalhador, e não do incremento de sua capacidade. Um terceiro passo consistiu em reduzir o consumo do trabalhador para além do seu limite normal, com a remuneração do valor abaixo do necessário para a sua reprodução. Assim, teve-se o fundo necessário de consumo do trabalhador que se converteu, de fato, dentro de certos limites, em um fundo de acumulação de capital, implicando, assim, um modo específico de aumentar o tempo de trabalho excedente.

Nesse processo, as pessoas idosas se inseriram como integrantes da produção e reprodução do capital, mas em condições mais desiguais, em face da singularidade desvantajosa da sua condição etária. Com o desemprego aumentando a crise tende a fazer com que os trabalhadores aceitem as reduções (ou estagnações) dos salários reais, a aceleração dos ritmos da produção, a deterioração das condições de trabalho e de Seguridade Social e a redução das proteções construídas na fase de prosperidade contra a pobreza e a injustiça mais flagrantes (MANDEL, 1990). E toda crise leva ao ataque ao Fundo Público e ao desmonte dos direitos assegurados nas políticas que integram a Seguridade Social.

4 Por envelhecimento ativo e saudável entende-se o processo pelo qual se otimizam, em relação aos/as idosos/as, oportunidades de bem-estar físico, mental e social; de participação em atividades sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas; e de proteção, segurança e atenção, com o objetivo de: ampliar a esperança e a qualidade de vida saudável de todos os indivíduos na velhice, permitindo-lhes seguir contribuindo com seus familiares, amigos, comunidades e nações. Este conceito, se aplica a indivíduos e grupos" (OPAS, 2005).

Contextualização sócio histórica da Seguridade Social e a contrarreforma em curso no Brasil: a relação estreita com o processo de Envelhecimento.

A Seguridade Social esteve presente de forma diferenciada nos países capitalistas da Europa, a partir de 1942 (Plano Beveridge), e, nos EUA, desde 1935 (Social Security, no governo Roosevelt), com intervenção estatal nas áreas social e econômica, tendo três elementos que, historicamente, integraram a sua composição: seguros, saúde e benefícios assistenciais, aliados à lógica das mudanças no mundo do trabalho, dos interesses antagônicos entre o trabalho e o capital e do papel do Estado e das classes sociais. Este tipo de Seguridade contempla também instrumentos de regulação social que tem sustentação referenciada na legislação social, as quais materializam e asseguram direitos sociais.

Na análise do seu processo histórico estão intrínsecas as formas de produção marcadas pela trajetória keynesiana/fordista, voltada para acumulação regulada pelo Estado; pela superação do keynesianismo/fordismo pela desregulamentação da economia e dos mercados; e pela reestruturação produtiva, graças ao advento do neoliberalismo priorizando a acumulação flexível, e as mudanças do papel do Estado e das classes sociais na estruturação das políticas sociais.

Antes do Plano Beveridge, de 1942, foi instituído, na Alemanha, no período de 1883 e 1889, um sistema de proteção social, conhecido como bismarkiano, que contemplava o seguro-saúde, o seguro acidente de trabalho, a aposentadoria por invalidez e velhice. Esse sistema procurou incorporar as reivindicações por segurança social dos trabalhadores e também conter sua atração pelas ideias socialistas. Esse plano era restrito aos trabalhadores assalariados, com contribuição prévia, sendo o retorno proporcional a essa contribuição. Alguns autores afirmam que essa trilogia foi o embrião da Seguridade Social posterior. Outros preferem tratá-la como um modelo específico de organização de seguro social que se expandiu gradualmente na Europa e em outros países industrializados (BEHERING, BOSCHETTI, 2006; PEREIRA, 2002).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), fundada em 1919, vem tendo, até o presente, grande influência na estruturação e implementação de seus sistemas de seguridade social, inclusive com Recomendações e Acórdãos que tratam de questões relacionadas ao trabalho e à proteção social. Estabeleceu, também, o seguro social como instrumento de proteção dos trabalhadores e as suas Conferências, constituídas por trabalhadores, empregadores e governo, aprovaram em junho de 1952 a Convenção n.102, que conceituou a Seguridade Social baseada na concepção beveredigiana que ultrapassa o seguro e inclui a assistência social.

De acordo com Pereira (2011), a Seguridade Social brasileira teve como referência o Plano Beveridge, o qual alicerçava-se no receituário keynesiano⁵, sendo e considerado uma das pedras fundamentais do Welfare State. Cabe registrar, no entanto, que embora esse Plano contemplasse esquemas diferenciados de pensões, saúde e seguro desemprego, não evitava que milhares de pessoas continuassem na linha da pobreza e fossem submetidas a testes de meios para obter assistência pública. Esta Seguridade tinha abrangência nacional e unificada, além de conter diretrizes com prioridade pública e um eixo distributivo ao lado do contributivo. As políticas sociais atuavam sob o signo do direito.

O Plano Beveridge apresenta-se contraditório, pois, de inspiração social- democrata, apresentava imbricações com valores os liberais à medida em que previa um mínimo de provisão; contribuição para os seguros que, na época, gerou déficit de recursos, além de baixa cobertura às necessidades sociais; deveria, além disso, funcionar como um incentivo ao trabalho e à autoprovisão; trazia a ideologia da manutenção da família unida para reprodução da força do trabalho do homem, com a colaboração gratuita da mulher na realização dos trabalhos domésticos. Esta perspectiva de Seguridade Social se estruturou no período compreendido entre os anos de ouro da política social (1945- 1975) e vem perdendo força a partir dos anos 1970, nos países centrais, e de 1990 nos países periféricos, em decorrência da crise estrutural do capital, do domínio neoliberal e na atualidade com o avanço da nova direita.

No Brasil, a Seguridade Social teve influência desses modelos aliada à pressão dos movimentos sociais. É integrada pelas Políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social –, além do Seguro-Desemprego, referenciados nos direitos sociais previstos na Constituição Federal. Foi fruto da pressão dos trabalhadores para inserir suas reivindicações e ainda garantir o controle democrático na regulamentação, gestão e implementação das políticas sociais. Teve influência dos modelos europeus de inclinação beverigiana e do Conceito da Convenção n.102 da OIT, que orientava a ação de sindicalistas e do movimento sanitário. Entretanto, o Brasil só ratificou esta Convenção, a qual tem 87 artigos, em 2018 pelo Decreto n. 269.

Para financiar a Seguridade Social foi introduzido, na Constituição Federal, o Orçamento da Seguridade Social (OSS), integralizado por fontes contributivas (INSS Urbano e Seguro-Desemprego) e por impostos gerais, não contributivos (INSS Rural, Assistência Social e Sistema Único de Saúde – SUS) (art. 195), com destaque para: os recursos dos

5 O receituário Keynesiano defendia que um agente deveria realizar mecanismos autorreguladores do mercado como instrumentos capazes de assegurar a oferta e a demanda. Esse agente deveria ser o Estado, o qual teria o dever e não somente a opção de intervir na economia a fim de garantir a demanda agregada (conjunto de gastos, dos consumidores, investidores e do poder público por intermédio de medidas macroeconômicas, que incluiriam o investimento público suplementar). Estas medidas não poderiam ser financiadas por impostos adicionais – pois estrangularia a demanda privada, mas por meio de gasto deficitário, isto é, contratação de empréstimos e emissão de moeda. Exigiria condições peculiares de pleno emprego, movidas por forças externas (PEREIRA, 2011) Keynes era defensor do capitalismo, não defendia a nacionalização ou a socialização dos meios de produção, mas a nacionalização e a socialização do consumo, sob a égide de um capitalismo regulado. Defendia o macrogerenciamento da economia para gerar crescimento sob condições de pleno emprego e uma série de políticas sociais incumbidas de redistribuir os frutos do crescimento econômico; e compensar aqueles que pagaram o preço desse crescimento (PIERSON, 1991).

orçamentos da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal; as contribuições sobre a folha de salários (previdência urbana); a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) e o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS-PASEP): 60% da arrecadação (fonte do seguro-desemprego) (art. 239); e, a Contribuição sobre o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

Como já indicado, o final da década de 1970 marcou o fim dos 30 anos de ouro do capitalismo de bem-estar e a ascensão do neoliberalismo em escala global. A crise capitalista que emergiu nessa época teve seu ponto mais crítico em 2008, com o colapso do sistema financeiro internacional – que se estende até os dias de hoje. Nesta era de hegemonia da financeirização, os direitos trabalhistas e os sistemas de proteção social dos países desenvolvidos e em desenvolvimento mantêm-se tensionados por uma onda avassaladora de ajustes estruturais.

Mais graves são as consequências de tais ajustes para os países periféricos, que veem destruídos seus ainda embrionários aparatos de proteção, atingindo as pessoas idosas.

As contrarreformas no Brasil a partir de 1990: controvérsias entre o Processo de Envelhecimento e o falso Déficit do Sistema Previdenciário

Nos anos 1990, o neoliberalismo adentrou o Brasil impondo restrições ao sistema de proteção social público previsto na Carta Magna de 1988. Um dos alvos preferenciais dessa crítica foi o capítulo sobre a Seguridade Social. Desde os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), em 1987, os defensores do neoliberalismo recorreram ao falso argumento de que o déficit da Seguridade Social seria as contas públicas. Esforçaram-se, ademais, para comprovar a inviabilidade financeira da Previdência face ao processo de envelhecimento e propor reformas para fazer retroceder conquistas nessa área, muitas já efetivadas.

O poder executivo descumpriu os prazos estabelecidos pela Carta Magna para regulamentar as Políticas de Seguridade e não providenciou o Projeto de Lei (PL) de OSS. Em flagrante inconstitucionalidade, optou por PLs setoriais (Saúde, Previdência, Assistência Social e Seguro-Desemprego), fragmentando o Sistema. Em 1994, o Poder Executivo instituiu a Desvinculação das Receitas da União (DRU), até hoje vigente, que retirava 20% dos recursos constitucionais vinculados ao OSS, demais Políticas Sociais federais e recursos do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Hoje, no governo instituído pelo golpe de 2016, retira 30% dos recursos do OSS. Tal medida foi denominada Fundo Social de Emergência, sendo renomeada DRU.

No governo Fernando Henrique foi implementado um ajuste fiscal com a orientação do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM), com redução de direitos,

privatização e reforma do Estado, tendo como justificativa o baixo crescimento econômico e o acelerado processo de envelhecimento da população que já se avizinhava.

A Emenda Constitucional (EC) n. 20, de 15 de dezembro de 1998, que trata da reforma da Previdência Social, desmontou direitos conquistados e instituiu regras mais severas que aquelas praticadas nos países da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE). Para justificar tal procedimento, além dos argumentos falaciosos sobre a catástrofe fiscal, difundiu-se a visão do aposentado como portador de privilégios, um marajá que ameaçava a estabilidade recém-conquistada e os fundamentos econômicos. O próprio presidente da República de então os denominou vagabundos. E as Medidas Provisórias (MPs) subsequentes deram seguimento à contrarreforma da Previdência Social iniciada com a referida Emenda, em observância às diretrizes dos organismos financeiros internacionais, especialmente do Banco Mundial (BM), contempladas no documento *Envejecimientos in crisis*, de 1994.

No documento em questão, as mudanças nos sistemas de Previdência Social deveriam propiciar: a criação de poupança obrigatória, por meio de contribuições definidas e do regime de capitalização; poupanças voluntárias e redução da extrema pobreza, por meio das pensões públicas; e, o enxugamento dos sistemas públicos de Previdência Social para dar espaço à expansão dos fundos de pensão (BM, 1994). Tais recomendações protegiam e continuam protegendo a acumulação capitalista, em um contexto de crise estrutural, que não dá sinais de reversão.

A reforma da Previdência, realizada em 1998, substituiu a comprovação, para a aposentadoria, do tempo de serviço pelo tempo de contribuição, além de eliminar a aposentadoria proporcional e rebaixar o teto nominal dos benefícios. A partir daí, passaram a existir, no Brasil, duas alternativas para a aposentadoria: 1) por idade – 65 anos para homens e 60 anos para mulher, além da exigência de contribuição mínima por 15 anos; e, 2) por tempo de contribuição – 35-30 anos e idade mínima de 53-48 anos. Neste caso, até que os contribuintes atinjam 65-60 anos de idade, passa a incidir o fator previdenciário, criado em 1999, que suprime parcela expressiva do valor do benefício e incentiva a postergação da aposentadoria.

Na aposentadoria por idade, o Brasil passou a guiar-se por padrões semelhantes ou superiores aos de países europeus e dos Estados Unidos da América (EUA). A idade mínima de 65 anos não era adotada nos seguintes países: Bélgica, Alemanha, Canadá, Espanha, França, Portugal e EUA, e equivalia ao parâmetro seguido na Suécia, Alemanha, Finlândia e Áustria. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) faz uma distinção ao definir a população idosa entre países desenvolvidos (acima de 65 anos de idade) e países em desenvolvimento (acima de 60 anos de idade). E na aposentadoria por tempo de contribuição, o patamar de 35 anos para homens e 30 para mulheres é superior ao estabelecido, por exemplo, na Suécia (30 anos) e Finlândia (30 a 39), e se aproxima do nível vigente nos EUA (35 anos), Portugal (36), Alemanha (35 a 40) e França (37,5) (CAMARANO, 2014).

O governo Lula, apoiado por forte clamor popular, apesar de ter sido estabelecido por uma coalizão de classes sociais antagônicas, também implementou contrarreformas nas áreas do trabalho e previdência as quais foram sinalizadas na Carta aos Brasileiros, de 2002, que acenou para uma inclusão social, uma economia centrada no consumo de massas embora com alguma preocupação com o processo voltado para cidadania. Essas contrarreformas atingiram, preponderantemente, os servidores públicos, por intermédio das emendas constitucionais nº 41 e 42 de 2003 e a de nº 47 de 2005.

Em 2002 foi instituída a previdência complementar dos servidores públicos federais. Em 2014, face à crise então em curso e à expansão da dívida, o governo Dilma aprovou as Medidas Provisórias ns. 664 e 665, de 2014 as quais foram convertidas em lei. Essas medidas restringiram os direitos assegurados à pensão por morte, ao auxílio doença, ao auxílio reclusão, à aposentadoria por invalidez, ao seguro-desemprego e outros.

Cabe destacar que estas propostas passaram, de forma subliminar, no âmbito dos Conselhos de Previdência, dentre outros; e, apesar de numerosas Moções de Repúdio e de contestação de organismos da sociedade, do ensino, de servidores públicos, de auditores fiscais, do ministério público, dos aposentados e de instituições de pesquisa de notória especialidade, os governos as levaram em frente, em grande aliança com o poder legislativo.

No campo das Políticas Sociais houve a subordinação dos direitos sociais à política econômica mundial que difundiu nas Políticas Sociais o trinômio neoliberal da focalização-privatização-descentralização. Ressaltando o caráter contraditório das Políticas Sociais, Pereira (2013, p. 285) atenta que: se no capitalismo o choque de interesses contrários entre destinatários e sujeitos da proteção social se tornou mais sofisticado e ideologicamente ardiloso. [...] ao mesmo tempo em que se volta para o atendimento de necessidades do capital, a proteção social não pode descurar das necessidades sociais visto que o capitalismo não funciona isento da contradição de ter que atender demandas do trabalho, que podem reverter em benefícios para o capital. Neste caso, a proteção social contemporânea também contempla as necessidades sociais, nem que seja como uma contraface das suas estratégias de subjugação do trabalho ao capital.

Para complexificar e intensificar as contrarreformas supramencionadas, foi efetivado no Brasil o impeachment (golpe jurídico, parlamentar, midiático), de 2016, que, segundo Behring(2017), abateu-se sobre o governo e não sobre o regime, uma vez que este se deu por instituições democrático-liberais que trazem em si a possibilidade da suspensão democrática.

Neste contexto de insegurança estão sendo discutidos e implementados na agenda política, econômica e social do País, o Novo Regime Fiscal, com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) n. 241, de junho de 2016, transformada na EC n. 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida como a PEC da Morte. Esta proposta atinge a todos os Poderes da União e órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social. Sua vigência terá duração de 20 anos, contados

a partir de 2017 e fixa, para cada ano, limite individualizado para a despesa primária total dos três Poderes - inclusive, o Tribunal de Contas da União (TCU), o Ministério Público da União (MPU) e a Defensoria Pública da União (DPU), além de entidades da Administração Pública Federal direta e indireta - os fundos e as fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público, e as empresas estatais dependentes; isso, ainda que os Poderes tenham garantia constitucional de autonomia administrativa e financeira. Esta medida congela as despesas primárias e deixa livre os investimentos financeiros, dessa forma sinaliza para restrição das Políticas Sociais.

Destaca-se que, por meio da Lei n. 13.457/2017 foi implementado pelo governo a avaliação dos benefícios de auxílio doença e benefícios por invalidez, com o objetivo de adotar medidas de boa governança, além da MP n. 767, de 2017 que criou um bônus para os peritos médicos do INSS, para realizar a devida avaliação, alijando a intervenção do serviço social nesta abordagem de avaliação.

A PEC n. 287, de 09 de maio de 2017, que tratava da reforma da Previdência Social, em andamento na Câmara dos Deputados, alterava os arts. 37, 40, 42, 149, 167, 195, 201 e 203 da CF de 1988, para dispor sobre a Seguridade Social, e estabeleceria regras de transição. Alteraria ainda o art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Tal proposta de reforma teve seu alicerce no acelerado processo de envelhecimento da população, na necessidade de manter a sustentabilidade da Previdência Social, no contraditório desta, retirando direitos sociais do trabalhador; definindo 40 anos de contribuição; não considerando as diferenças de gênero; definindo uma idade mínima de aposentadoria (65 anos), que penaliza todos os trabalhadores – principalmente, os mais pobres, com maior carga para os trabalhadores rurais –, e não considera as questões de mercado e da precarização do trabalho formal e informal.

A sua perspectiva era de transformar parte do benefício rural em assistencial, induzir e favorecer a adoção da previdência privada, estimulando um grande nicho de mercado e desresponsabilizando o Estado da provisão de uma Política Pública de Previdência Social de caráter contributivo e redistributivo.

Em nota técnica de 24 de abril de 2017, sobre a reforma da Previdência, discutida no Brasil, o Banco Mundial aponta que as mudanças sugeridas pelo governo federal são “necessárias e urgentes” para conter a dívida da Seguridade Social (ONU, 2017). Segundo aquela instituição, atualmente os sistemas de pensões — para funcionários do Estado e do setor privado — respondem por cerca de um terço do gasto público. Sem alterações, o déficit do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), destinado ao segundo grupo, chegará a 16% do Produto Interno Bruto (PIB) até 2066 (ONU, 2017).

A reforma trabalhista – Projeto de Lei da Câmara (PLC) n. 38/2017 – aprovada pela Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017 (que altera a Lei de Consolidação das Leis do Trabalho – CLT – Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943), foi apresentada como Lei de Modernização Trabalhista, que visa ampliar o acesso dos trabalhadores ao mercado

de trabalho com base em três pressupostos, a saber: 1) flexibilização das normas para aumento da formalização e alargamento da base previdenciária; 2) prevalência da negociação coletiva sobre o direito legislado; e, 3) diminuição da insegurança jurídica nas relações de trabalho. De acordo com o Poder Executivo e as lideranças parlamentares que patrocinam a contrarreforma em questão, as alterações na CLT não eliminariam ou prejudicariam direitos dos trabalhadores, pois o seu escopo seria o de modernizar a relação capital-trabalho. Entretanto, na perspectiva dos trabalhadores, se dará o maior retrocesso no mundo do trabalho, provocando a fuga da carteira assinada (diminuindo a base das contribuições sociais), enfraquecendo a negociação coletiva e o poder de negociação dos sindicatos, além de aumentar consideravelmente a insegurança jurídica nas relações laborais, resultando em perda considerável de direitos dos trabalhadores, com claro retrocesso social.

No campo da Política de Assistência Social que, por intermédio do Sistema Único de Assistência Social, deveria assegurar uma Rede de Serviços, Programas, Projetos e benefícios assistenciais, em consonância com a Política Nacional do Idoso, priorizou o Programa de transferência de Renda –Bolsa Família com condicionalidades e o BPC – Benefícios de Prestação continuada. No exercício de 2016 estes Programas beneficiavam respectivamente 13.569.576 famílias com aporte de R\$ 28.506.185.141; e o BPC atende 1.925.038 pessoas idosas e 2.349.905 pessoas com deficiência. Registra-se que estes Programas e benefícios vem sofrendo um processo de avaliação que impõem critérios os quais podem levar a cortes e suspensão. Em 2017 ocorreu um corte do PBF o que garantiu somente 12,7 milhões de famílias. Em 2019, segundo dados do Ministério da Cidadania, o Programa passou a atender 13.2 milhões de famílias. Destaca-se ainda que o Conselho Nacional de Assistência Social –CNAS –Resolução 12/2017 solicitou para 2018 na LOA de 2018 o valor de R\$ 2.7 bilhões para ampliar Serviços e Programas, mas foi informado que só iria dispor de R\$ 78 milhões, o que ensejou a Secretária Nacional de Assistência Social solicitar a intervenção e o apoio da Comissão intergestores tripartite a buscar recursos para área.

Diante das previsões supramencionadas, com a destruição da Seguridade Social⁶, associado às medidas macroeconômicas que dilapidam a perspectiva mínima de emancipação política do trabalhador e em especial das pessoas idosas, indaga-se: como pensar em responder as questões do processo de envelhecimento ativo e saudável quando se constata que grande parte da População Econômica em Idade Ativa (PIA) está fora do mercado de trabalho, e parte da População Economicamente Ativa (PEA) se encontra em trabalhos precarizados e informais? Isso sem falar que grande parte da população idosa

6 Com efeito, “a destruição da Seguridade Social vai ampliar ainda mais a obscena desigualdade social brasileira, dado que ela é o principal mecanismo de distribuição de renda no País. O Sistema Único de Saúde é a única alternativa para mais de 70% dos brasileiros [...] O Benefício de Prestação Continuada protege mais de 5 milhões de pessoas idosas e pessoas portadoras de deficiência com renda familiar per capita inferior a um quarto do salário mínimo [...] O Programa Seguro - desemprego concede anualmente cerca de 7 milhões de benefícios, a maior parte equivalente ao salário mínimo [...] O Regime Geral da Previdência Social (RGPS) mantém mais de 30 milhões de benefícios diretos nos segmentos urbano e rural, cujo valor do benefício gira em torno de R\$1.400,00. [...] A Seguridade Social transfere renda diretamente para mais de 40 milhões de brasileiros; e indiretamente para 120 milhões de indivíduos [...] sendo que cerca desses benefícios equivalem ao piso do salário mínimo” (FAGNANI, 2019, p.181).

sobrevive com o mínimo, enquanto uma minoria privilegiada possui elevadas aposentadorias, excelentes convênios de saúde e possibilidade de acesso a um padrão elevado de qualidade de vida digna.

Em contraposição a essa onda avassaladora contra a classe trabalhadora, incluindo as pessoas idosas, estão os movimentos sociais, a Frente Parlamentar em Defesa da Previdência Social – com a participação de mais de 75 organismos de representação de classes, universidades – e a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)⁷ da Previdência Social no Congresso Nacional – instalada, por solicitação da Confederação Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Pessoas Idosas (COBAPI), publicizam a questão real do déficit da Previdência Social, da aplicação do Fundo Público e da dívida pública. Tais movimentos têm organizado manifestações, assembleias e seminários em todos os Estados do Brasil.

O compromisso e a responsabilidade dessa Comissão, segundo seus partícipes, é evitar que trabalhadores, aposentados e pensionistas, dentre eles as pessoas idosas do Brasil sejam prejudicados pela adoção de medidas restritivas de direitos, derivada da aprovação da PEC n. 287/2016, que trata da Reforma da Previdência Social, cuja previsão de votação estava prevista para dezembro de 2017.

Em novembro de 2017, a CPI em questão apresentou um Relatório⁸, com análises realizadas por gestores, especialistas, professores universitários e sindicalistas das mais diversas correntes que questionam e apresentam controvérsias a respeito da metodologia e dos dados referentes ao “déficit da previdência social” e da “seguridade social” no Brasil, apresentados pelos órgãos oficiais do governo, bem como apontam medidas de gestão e Projetos de Lei que poderiam corrigir as questões voltadas a fraudes, sonegação e renúncia fiscal, dívidas com a Previdência que interferem nas Receitas e na Gestão da Previdência e na Seguridade Social, inviabilizando o acesso aos direitos da classe trabalhadora e em especial das pessoas idosas.

Destaca-se que apesar de grande embate com os movimentos das Pessoas Idosas, em especial a COBAPI, deste processo de contrarreforma foi aprovada a Emenda Constitucional nº 103 de 12 de novembro de 2019, a qual altera o Sistema de Previdência Social e estabelece regras de transição e disposições transitórias.

Assim, alguns mecanismos, de frutos da mobilização e pressão da classe trabalhadora, estão sendo colocados na agenda pública para barrar as ofensivas do capital, que retiram direitos e ameaçam a emancipação política de toda a classe trabalhadora, sobretudo, as pessoas idosas.

7 Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado Federal destinada a investigar a contabilidade da previdência social, esclarecendo com precisão as receitas e despesas do sistema, bem como todos os desvios de recursos foi instituída pelo Requerimento n. 161, de 2017, aprovado pelo Plenário do Senado Federal, e instalada em 26 de abril de 2017.

8 Relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Previdência Social-disponível em contato@cpi-daprevidenciaoficial.org.

Controvérsias do Déficit da Seguridade Social – Sinalizam para a apropriação indevida do Fundo Público da Seguridade Social e inviabilizando a perspectiva do envelhecimento ativo

A partir dos estudos e pesquisas de Salvador (2010 e 2017), Oliveira (1998) afirma que o Fundo Público tem vários papéis, no modo de produção capitalista, de acordo com as especificidades, contextos históricos dos países centrais e periféricos. Foi essencial para viabilizar a acumulação produtiva e a manutenção do capitalismo na esfera econômica, como: garantir políticas sociais para ampliar o mercado de consumo, viabilizar o pleno emprego (1945-1970) nos países centrais e, a partir da década de 1980, vem atuando mais para atender o estágio atual de financeirização do capital, o qual prioriza as entidades para atender seus prejuízos, repassando os custos ao trabalhador, as pessoas idosas e restringindo seus direitos assegurados em leis, cumprindo o pagamento dos juros da dívida, em detrimento da implementação de políticas sociais para as pessoas idosas em consonância também com a Política Nacional do Idoso e com o Estatuto do Idoso.

De acordo com Behring (2012 e 2016), os recursos do fundo constituem parte do trabalho excedente que se transformou em lucro, juro ou renda da terra, sendo apropriado pelo Estado para desempenho de múltiplas funções e de trabalho necessário.

No Brasil o Fundo Público da Seguridade Social, não vem seguindo as diretrizes constitucionais que determinava a criação de um orçamento integrado da Seguridade Social, conforme artigos (165, §5º, inciso III) e (195, §2º), já especificados anteriormente. Na realidade, ele retrata em sua aparência um documento técnico e oficial de gestão macro econômica e social, mas na sua essência carrega cunho político e ideológico, transparece as forças de classe social e caracteriza a linha do governo a ser adotada, bem como, as relações de frações de classe hegemônica estabelecidas em âmbito nacional e internacional.

A base de cálculo contábil e tributária adotada oficialmente para apresentar a execução orçamentária da Seguridade Social, principalmente a da Previdência Social, vai apontando para a existência de “Déficit Previdenciário”, e indicando que não está em consonância com as diretrizes constitucionais que compõem o Orçamento da Seguridade Social.

Segundo Fagnani (2017) esta inconstitucionalidade se materializa pela forma como a Previdência vem apresentando os dados desde 1989. Parte do princípio de que a folha de salário do trabalhador urbano deve cobrir gasto com o INSS urbano e o rural. O resultado é o “rombo” na Previdência por causa do INSS rural – na medida em que, com cres-

9 O fundo público exerce pelos menos quatro funções na economia capitalista: a) o financiamento do investimento capitalista, por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária das empresas e de seus sócios; b) a garantia de um conjunto de políticas sociais que asseguram direitos e permitem também a inserção das pessoas no mercado de consumo, independentemente da inserção no mercado de trabalho; c) assegura vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, e nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas; d) assegura no âmbito do orçamento público a transferência na forma de juros e amortização da dívida pública para os detentores do Capital Portador de Juros (CPJ) (Salvador, 2010).

cimento econômico, a previdência urbana é superavitária apenas com a contribuição das empresas e a contribuição dos trabalhadores. Os artigos 194 e 195 asseguram que o INSS rural, típico benefício da seguridade Social, deve ser coberto pelas receitas de impostos (Cofins e CSLL) criadas em 1988. Em 2015, segundo a área econômica o “déficit” teria atingido R\$167 bilhões (2015) porque o cálculo oficial, passou a incluir as despesas relativas ao RPPS da União, civis e militares. Ocorre que a própria CF-88 trata esses Regimes como um segmento específico e distinto do RGPS, regido pelo artigo 40.

Para o autor, considerado, pois, o que garante a CF-88, não faz sentido falar em “déficit” porque existem outras fontes de recursos constitucionalmente asseguradas no Orçamento da Seguridade Social que também financiam a Previdência. Esse suposto rombo de R\$85 bilhões, estimado pelo governo para o exercício de 2015, poderia ter sido coberto com parte dos R\$202 bilhões arrecadados pela Cofins, dos R\$61 bilhões arrecadados pela CSLL e dos R\$53 bilhões arrecadados pelo PIS/Pasep. Haveria ainda os R\$63 bilhões capturados da Seguridade pela Desvinculação de Receitas de União - DRU e os R\$157 bilhões de desonerações e renúncias de receitas pertencentes ao Orçamento da Seguridade Social.

Destaca-se ainda que o Brasil pagou em 2015 R\$ 502 bilhões de juros da dívida. As despesas com juros consumiram 8,5% do PIB, ao passo que as despesas previdenciárias foram da ordem de 7,5% do PIB.

Mediante o Relatório da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social - ANFIP (2016) à respeito da execução do Orçamento da Seguridade Social para o exercício de 2016, reafirma-se o entendimento que o Estado Brasileiro ao realizar o seu balanço contábil da seguridade social, continua sinalizando para o não cumprimento constitucional no que se refere ao custeio da Seguridade Social, desconsiderando fontes que seriam desse custeio e ainda assume despesas que não seriam da Seguridade Social, inviabilizando a possibilidade de universalização de direitos e recuperação e atualização dos benefícios a índices mais próximos de uma justiça fiscal.

No campo das receitas desconsidera a DRU, a qual desviou R\$ 99,2 bilhões das contas da Seguridade Social, R\$ 204,7 do COFINS, R\$ 68,1. CLSS e R\$ 53.8 arrecadados pelo PIS/PASEP e ainda desonerações e receitas que seriam da seguridade social. Considerando as receitas de R\$718,9 bilhões e despesas de 776,00 bilhões a execução orçamentária para o exercício de 2016 apresenta pela primeira vez um resultado negativo em média de R\$ 57,00 bilhões, aos quais são atribuídos questões de natureza conjuntural da economia, pois esse dado negativo não se fez presente nos períodos de 2005 até 2015.

Os estudos realizados por Salvador (2017) demonstram minuciosamente o desmonte do financiamento do Orçamento da Seguridade Social, por funções, para o período de 2008 à 2016, a partir dos instrumentos de política fiscal, como a DRU e as renúncias tributárias. Demonstra a aplicação dos recursos nas Políticas de Previdência, Saúde Assistência Social, Trabalho e outras funções, onde alerta que é difícil verificar o que significa

outras funções no âmbito das aplicações de recursos e que estes significam um valor expressivo. Sinaliza para as consequências do Novo regime Fiscal (EC n.95) que estabelece um teto para os gastos sociais, anulando as vinculações orçamentárias das políticas sociais de (saúde, educação, previdência) atingindo também seguro-desemprego e a educação previstas na CF de 1988.

Constata que as renúncias tributárias tem sido dominante para o pagamento dos juros da dívida pública e socorro ao capital. Comprova que o OSS seria superavitário caso fossem devolvidos os recursos retirados por meio da DRU e das renúncias tributárias à seguridade social. Utiliza metodologia própria a partir de base de dados oficiais disponibilizados pelo sistema Siga Brasil, da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), dentre outros. Nesse estudo observa que existe diferença de valores relevantes nos dados oficiais do próprio governo no que se refere as despesas de seguridade social extraídas anualmente da execução das leis orçamentárias anuais, face aos valores divulgados pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN).

Considerações Finais

Analisar a Seguridade Social no contexto de contrarreforma com foco no processo de envelhecimento, a partir dos anos 90, com predominância da ordem neoliberal, e a partir de 2019, com o avanço da nova direita, possibilita ir além da visão contábil de ajuste fiscal e contenção de gastos, colocada pelos Estado Brasileiro e pelos Organismos multilaterais, nos termos de sustentabilidade do sistema, desmistificando o discurso ideológico de frações de classes dominante, no interior do Estado, utilizando a transição demográfica e acelerado aumento da expectativa de vida das pessoas idosa, em especial a transição demográfica para efetuar ataque aos direitos sociais, transferências de recursos para o capital, privatizar e mercadorizar a cidadania garantida constitucionalmente nos limites da sociabilidade do modo de produção capitalista.

Causa muita estranheza a discussão da contrarreforma da Previdência Social, da Seguridade Social não ser discutida na contemporaneidade a luz de um Projeto Civilizatório de Sociedade para as pessoas idosas e demais gerações, de Mercado de Trabalho, de Educação, de Justiça Fiscal e Reforma Tributária. O Teto do corte de gastos (EC-95), atinge somente o corte de direitos mas não atinge privilégios, pelo contrário é liberado privilégios para as classes sociais mais abastadas, a exemplo do agro negócio, do parcelamento das dívidas dentre outras.

Os Estudos e os dados apresentados pelos representantes do Estado, por Pesquisadores, por Fundações, pela CPI da Previdência Social indicam que adotam diferentes metodologias e alguns adotam interpretações diferenciadas da Constituição. Ocorre controvérsias explícitas para análise contábil e fiscal da Seguridade Social. Entretanto sem ser os representantes do Estado todos concordam que não há déficit na Previdência Social, na

Seguridade Social, caso o Estado integralizasse a desvinculação das Receitas da União e as renúncias tributárias à Seguridade Social. Entende-se que ocorre uma apropriação indevida do Fundo Público. Fica claro que o Orçamento da Seguridade Social é uma peça Política, uma peça de domínio de classe, de difícil interpretação, a qual exige conhecimentos de ordem econômica, jurídica, contábil, estatística, política, social e [...] que existem várias bases de dados na burocracia estatal para dimensioná-los. Entretanto em contexto neoliberal e com o avanço da nova direita que se traduz pelo acirramento do neoliberalismo e neoconservadorismo, fica transparente nos Estudos apresentados por pesquisadores não do Estado, mas das Universidades, e de alguns especialistas que integraram a CPI ou não que há uma clara opção política para realizar superávit primário e transferir os recursos que garantiriam direitos para o pagamento dos juros da dívida e para beneficiar o capital.

Dessa forma entende-se ser complexo para os Conselhos de Defesa de Direitos adentrarem a questão do Orçamento porque este é blindado, com leis, com resoluções, com portarias, com medidas provisórias (com concertação e dominação de interesses); as demandas podem ser absorvidas no campo jurídico da democracia procedimental, entretanto não é viabilizado com aporte de recursos que garanta a universalização dos direitos.

Destaca-se ainda que a contrarreforma da Seguridade Social não poderá ainda ser contextualizada somente com a análise da peça de execução orçamentária, questões como a correlação de forças entre capital e trabalho, como as dívidas da previdência e outras questões relativas a fiscalização, sonegação e monitoramento da gestão devem ser também consideradas, pois também impactam na questão das políticas sociais que tem interferência direta no processo de Envelhecimento. Destaca-se ainda a extinção dos Ministérios da Previdência e do Trabalho, além da implementação das ações advindas do Decreto Presidencial de nº 9.759/2019 que extinguiu inúmeros órgãos de participação social e controle democrático na gestão pública, atingindo o Conselho Nacional de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa. Dessa forma fica inviabilizada a democracia participativa, e em especial das pessoas idosas no âmbito da gestão pública e da Seguridade Social Brasileira, ferindo a possibilidade de assegurar um Estado Democrático de Direito.

Apreende-se ainda que com o acirramento das medidas em andamento no Brasil, e mais intensificada a partir de 2019, com recursos das políticas sociais congelados por 20 anos, e contrarreformas que atacam a ordem dos direitos sociais, o mundo do trabalho, a educação, a ciência está comprometido o processo civilizatório, o envelhecimento ativo e saudável, dessa das demais gerações. Será preciso construir novos Pactos Civilizatórios, uma vez que estamos caminhando para a barbárie e para o aumento da desigualdade social.

Referências

- ABIGALIL, A. Desafios do Envelhecimento Ativo face à Reestruturação e ao Desfinanciamento da Seguridade Social no Brasil. Dissertação de Mestrado. UNB, 2019.
- ANÁLISE da SEGURIDADE SOCIAL, 2016. Brasília: ANFIP, 2016.
- ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. (Org.), Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- BEHRING, E. Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- BANCO MUNDIAL. Envejecimientos in crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Washington: Banco Mundial, 1994. Disponível em: <<http://www.bancomundial.org.br>>. Acesso em: 18 de dezembro de 2018.
- _____. Banco Mundial defende reforma da Previdência e alerta para déficits nos próximos 50 anos. 24 de abril de 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/banco-mundial-defende-reforma-da-previdencia-e-alerta-para-deficits-nos-proximos-50-anos/>>. Acesso em: 28 jul. 2017.
- BOSCHETTI, I. Avaliação de Políticas, Programas e Projetos sociais. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL – ABEPPS (Orgs.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. S. d.
- _____. Política Social: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. v. 2. (Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social)
- FAGNANI, E. “Previdência: O Debate desonesto. Subsídios para a ação social e parlamentar: Pontos inaceitáveis da Reforma do Bolsonaro. 1. ed. São Paulo: ContraCorrente, 2019.
- FERNANDES, F. A revolução burguesa no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.
- MANDEL, E. A crise do capital: os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo: Ensaio, 1990.
- MARINI, R. M. A dialética da dependência. 10 ed. México: Era, 1990.
- MOURA, C. Dialética radical do Brasil Negro. São Paulo: Anita, 1994.
- OPAS. Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde, 2005.
- OSORIO, J. O Estado no centro da mundialização. São Paulo: Outras Expressões, 2014.
- NETTO, Matheus Papaléo. “Processo de envelhecimento e longevidade”. In: NETTO, Matheus Papaléo. Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2007.
- PEREIRA, P. Política Social: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.
- _____. “Política social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio”. Revista Serviço Social & Saúde. v. IX, n. 10, dez./2010.
- _____. Proteção Social Contemporânea: Cui podest? Serv. Soc. Soc. São Paulo, n.116, p. 636-651, out/dez. 2013.
- SALVADOR, E. Fundo Público e Seguridade Social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010.
- Salvador, E. O desmonte do financiamento da Seguridade Social em contexto de ajuste fiscal. Serviço Social e Sociedade. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito da Previdência Social –CIPREV- Senado Federal, nov. 2017.

TEIXEIRA, S. Orçamento e Políticas Sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. Revista de Políticas Públicas, v. 18, p. 15-32, 2014. Análise da Seguridade Social, 2016. Brasília: ANFIP, 2016.

Legislação

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 04 jun. 2017.

_____. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 05 maio 2017.

_____. Lei n. 13.467/2017 que trata da Reforma Trabalhista e altera a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l1. Acesso em maio de 2020. Acesso em maio de 2020.

_____. Emenda Constitucional –n. 103 de 12 de novembro 2019, altera o Sistema Previdenciário e institui a Nova Previdência. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm. Acesso em maio de 2020.

_____. Decreto nº 9.759/2019 que extinguiu inúmeros órgãos de participação social e controle democrático na gestão pública, atingindo o Conselho Nacional de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9759.htm. Acesso em maio de 2020.

A inclusão do idoso com demência nos serviços de saúde e assistência social: uma escuta para a fala



Juliana Marcolino-Galli

**Michelly Daiane de Souza Gaspar
Cordeiro**

Denis Cezar Musial

Introdução

No Brasil, envelhecer com dignidade e respeito tem sido um desafio diante das desigualdades, evidenciadas pela vulnerabilidade social, precarização dos serviços públicos de saúde, de assistência social e educação. Nesse sentido, é preciso compreender os estudos demográficos e epidemiológicos sobre o envelhecimento como algo não alcançável para todos ao considerarmos a divisão social de classes da sociedade (PAIVA, 2017). Esse quadro de ressalvas ainda se agrava quando destacamos as “velhices fragilizadas”¹, foco de reflexão neste trabalho.

Parte-se do pressuposto de que a fragilidade não deve ser um estigma no en-

velhecimento e também, “velhice não é doença” (BEAUVOIR, 1970 *apud* MARCOLINO-GALLI, FONSECA, 2016). Isso significa que a fragilidade não se reduz ao declínio biológico e a predisposição às doenças. Entende-se, sob um viés mais amplo, a velhice fragilizada como uma experiência subjetiva de isolamento ou ruptura do laço social em idosos (MARCOLINO-GALLI *et al.*, 2019) em que está em jogo a “dupla vulnerabilidade”, na articulação da velhice e doença, produzindo maior exclusão (ARAÚJO, FONSECA, 2017; GOMES, 2018). A demência é um quadro que produz esse esgarçamento no laço social e exige cuidados especializados para os idosos e atenção às famílias que também se fragilizam com o avanço da doença.

De fato, a idade é um fator de risco para a demência. O aumento da expectativa de vida da população mundial coincide com o aumento progressivo da incidência de demência que, apesar da variabilidade etiológica, tem na Doença de Alzheimer (DA) o diagnóstico mais comum de demência, respondendo por 60% a 70% dos casos, seguindo-se demência vascular, demência por corpos de Lewy e demência frontotemporal

¹ Ver o capítulo deste livro “Afasia e (na) velhice: sobre perdas, aquisições e recursos sociais protetivos” das autoras Fonseca, Lier-De Vito e Freitas. Nosso trabalho se alinha ao discutido pelas autoras sobre a fragilidade na velhice, principalmente quando se articula envelhecimento e doença.

(BURLÁ, *et al.*, 2013). Outros fatores de risco para o desenvolvimento de comprometimento cognitivo também ganham relevância no enfrentamento da velhice fragilizada.

Atenção aos fatores relacionados ao estilo de vida dos idosos estão elencados como prevenção aos transtornos neurocognitivos, tais como, inatividade física, obesidade, dietas desequilibradas, uso de tabaco, uso nocivo de álcool e, doenças como diabetes mellitus e hipertensão na meia-idade. Outros fatores de risco potencialmente modificáveis, mais específicos à demência, incluem depressão da meia-idade, baixo nível educacional, isolamento social e inatividade cognitiva (OMS, 2016).

De um modo geral, os diagnósticos médicos apoiam-se na relação entre *difficultades de memória, declínio cognitivo e envelhecimento*. Nesse sentido, a tentativa de distinção entre *declínio cognitivo do avanço da idade e instalação de um quadro patológico* são a tônica dos trabalhos que problematizam critérios para diagnóstico precoce da demência (PARENTE *et al.*, 1999; VERHAEGHEN, 2012). Isso porque, a demência de Alzheimer (DA), quadro mais frequente de demência, afeta idosos, sendo o prejuízo da memória reconhecido como um dos primeiros sinais dessa patologia. Entretanto, a variabilidade dos casos inclui idosos com dificuldades de memória significativas e que não avançam para o quadro demência; achados orgânicos importantes de deterioração cerebral, mas sem alterações cognitivas significativas. Vê-se a complexidade diagnóstica e, por isso o acompanhamento longitudinal do idoso e um olhar clínico apurado são condições exigidas para o enquadre nosográfico (MARCOLINO-GALLI, 2013). Comparando diversos sistemas de classificações da DA, López-Álvarez *et al.* (2015, p. 13) concluem que “apesar dos avanços no diagnóstico da DA, os sistemas classificatórios atuais se apoiam claramente em um diagnóstico clínico”.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais -5 (DSM-V), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 2013, apresenta uma modificação na terminologia, absorvendo os quadros de demência nos “Transtornos Neurocognitivos”, reunindo os diagnósticos de *Delirium*, Transtorno Neurocognitivo Leve e Transtorno Neurocognitivo Maior. Os critérios para o diagnóstico de Transtornos Neurocognitivos são baseados na “evidência” de um declínio de uma ou mais áreas de domínio cognitivo, causando prejuízo na independência do indivíduo para as suas atividades da vida diária. A evidência é determinada por testes neuropsicológicos padronizados². Ainda, no DSM-5, são apresentados critérios para a distinção entre demência vascular, doença de Alzheimer, frontotemporal, corpos de Lewy, lesão cerebral traumática, doença de Parkinson, infecção por HIV, doença de Huntington, doenças por príon, por outra condição médica, e múltiplas etiologias, Transtorno Neurocognitivo Induzido por Medicação/Substância e Transtorno Neurocognitivo Indeterminado (ARAÚJO, LOTUFO-NETO, 2014).

Quanto à incidência da DA, a Associação Internacional da Doença de Alzheimer em conjunto com a organização mundial de saúde, estimou que, a cada ano, surjam 7,7 milhões

2 Landi (2007) problematiza os testes neuropsicológicos para fins diagnósticos. A autora discute, a partir do conceito de linguagem, que o acesso às possíveis dificuldades de memória ou cognitivas se dá pela linguagem, pela fala e pela escrita. Desse modo, a “evidência” é ilusória quando se considera apenas dados quantitativos (estatísticos) e, ainda, domínio heterogêneos, como linguagem, memória e cérebro.

de casos de demência e, o total de pessoas atingidas deverá quase que dobrar a cada 20 anos, podendo passar de 65,7 milhões em 2030 a 115,4 milhões em 2050 (ABREU, VAL, 2017). No Brasil, um estudo utilizando amostra de idosos de base comunitária demonstrou que a taxa de prevalência de demência na população com mais dos 65 anos foi de 7,1%, sendo que a DA foi responsável por 55% dos casos. A taxa de incidência foi de 7,7 por 1.000 pessoas/ano no estudo de São Paulo e de 14,8 por 1.000 pessoas/ano no estudo do Rio Grande do Sul. Considerando a prevalência de demência no Brasil e a população de idosos de aproximadamente 15 milhões de pessoas, a estimativa de demência na população brasileira é de 1,1 milhão. Uma revisão sistemática recente encontrou taxas de demência na população brasileira variando de 5,1% a 17,5%, sendo a DA a causa mais frequente (BURLÁ *et al.*, 2013; BRASIL, 2017). Isso significa custos e investimentos em saúde dos idosos, além de políticas intersetoriais.

A partir desses dados, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou o plano abrangente que define a “demência como prioridade de saúde pública” (OMS, 2016), que exige políticas intersetoriais para o cuidado da população idosa com maior risco para desenvolvimento da demência, tais como a presença de diabetes, obesidade, uso de álcool, inatividade física, declínio cognitivo leve, sem excluir ações importantes para que as famílias tenham condições de saúde e socioeconômicas para cuidar do sujeito com demência.

A reflexão deste capítulo tem o objetivo de (1) apresentar e problematizar como as políticas de saúde e assistência social tem se preocupado com as demências na velhice e (2) apresentar uma proposta/ação que, através da linguagem, possa incluir o idoso com demência nos serviços públicos e, principalmente proporcionar o acompanhamento longitudinal de idosos em suspeita de demência.

A seguir, neste capítulo do livro, apresentaremos as políticas públicas e a invisibilidade da demência, resgatando de forma reflexiva essas políticas. No próximo item (3), abordaremos a inclusão do idoso com demência, a partir de uma proposta de escuta para a fala e, que pode favorecer novos arranjos sociais. As considerações finais indicam os caminhos necessários para o cuidado e assistência a esses sujeitos.

As políticas públicas e a invisibilidade da demência

No Brasil, o orçamento para as demandas de políticas públicas de saúde para idosos é extremamente insatisfatório, mesmo considerando a instituição da Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) e o Pacto pela Vida do Ministério da Saúde (2006), colocando o idoso como uma de suas prioridades (SANCHO, 2015). Uma das esferas descobertas ou com pouca visibilidade diz respeito às doenças crônicas na velhice, como as demências. Ainda

que os documentos apontem para garantia de direitos fundamentais de saúde a população idosa, na prática observamos outra realidade.

Para além do complexo problema da questão orçamentária, que engloba a desigualdade hegemônica da distribuição de renda vivida no Brasil, há outro que diz respeito à carência de políticas públicas mais específicas para esta população. Isso fica mais claro com um levantamento dos documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde que mencionam o idoso e/ou os sujeitos com demência.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (1999) reafirma os princípios da política nacional do idoso no âmbito do SUS e SUAS, além de portarias das redes estaduais para assistência ao idoso como as Portarias GM/MS n. 702/2002 e SAS/MS n. 249/2002, respectivamente. É possível afirmar que se priorizava a oferta de diversas modalidades assistenciais e, no que diz respeito à especificidade de políticas para sujeitos com demência, observamos que se destaca a garantia de “internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, focado em algumas localidades, na assistência ao portador de doença de Alzheimer” (BRASIL, 2014, p. 13).

Em 2006, a publicação das diretrizes da Política Nacional de Saúde da pessoa idosa (PNSPI), portaria 2.528, revisa as portarias de 2002 e, atualiza propostas dos programas e projetos. Neste documento, há um foco no envelhecimento ativo e saudável, na atenção integral e no estímulo de ações intersetoriais. A saúde do idoso é uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas governamentais. Destaca-se que as orientações nessa política são adequadas e atuais, mas “ainda existem lacunas entre as ofertas das redes prioritárias de atenção e as da atenção básica e as demandas específicas dessa população” (BRASIL, 2014, p. 13).

Sobre a intersetorialidade nesta política, vislumbra-se que órgãos governamentais e não governamentais devem estabelecer parcerias, potencializando o acesso à saúde com integralidade e não apagando as diferenças de cada local (BRASIL, 2006). Oliveira *et al.* (2014) afirmam que há uma discussão complexa sobre o tema da intersetorialidade, inclusive para a compreensão de seu conceito. Em seu trabalho, os autores definem, a intersetorialidade como “a articulação de saberes e experiências que propiciam ao planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos com condições para alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” (*idem, ibidem*, p. 94). Todavia, é preciso considerar, a questão dos impasses nas práticas possíveis desta metodologia de trabalho, já que os setores têm dificuldades de se articular para melhorar suas ações e garantir políticas de qualidade para a população.

Nas diretrizes da PNSPI destaca-se que

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de

pobreza, analfabetos, os sequelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas (BRASIL, 2006).

De maneira geral, a partir da PNSPI, é possível observar que apesar de haver um reconhecimento que há maneiras heterogêneas de envelhecer, observamos poucas considerações ou propostas mais específicas para alguns grupos que apresentam vulnerabilidades e fragilidades, como é o caso dos idosos com demência.

Abreu e Val (2015) enfatizam sobre a importância, ao observar os dados de incidência de casos de demência, especialmente do tipo Alzheimer na população idosa, da elaboração de planos estratégicos que se adequem as condições econômicas, políticas, sociais e culturais do Brasil. Os autores também apontam para a necessidade de lidar com o “envelhecimento do envelhecimento”, ou seja, grupos com mais de 60 anos, chegando a 100 anos ou mais que demandariam outras atenções, e que “as diretrizes desconsideram essa heterogeneidade entre os idosos” (idem, ibidem, p. 741).

Um dado importante destacado por Abreu e Val (2015) aponta que 25% dos idosos em instituições brasileiras de longa permanência (ILP) são acometidos por demência. Eles frisam a carência do suporte dessas instituições para o cuidado desses idosos, bem como a falta de suporte do Ministério da Saúde com políticas mais sólidas para essa população. Outro agravante é que a ILPI não é a melhor modalidade de acolhimento para essa população, já que sua função não é o atendimento clínico/terapêutico (CAMARANO, KANSO, 2010). A saída para as ILPs é aceitar idosos com demência e não terem uma terapêutica adequada ou recusar, o que tem sido mais frequente.

Corroboramos com os autores quando afirmam que: “embora as doenças crônico-degenerativas afetem cada vez mais os idosos brasileiros, ainda não se tem uma resposta social à altura do problema. O que se pode notar são iniciativas isoladas” (ABREU e VAL, 2015, p. 749). Entre elas, já citamos a Portaria MS/GM n. 703 de 2002, a qual propõe o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer, e a Portaria MS/SAS n. 249 de 2002 que institui as normas para cadastramento de centros de referência assistenciais ao idoso, determinando que um Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Alzheimer deveria ser utilizado. A regulamentação deste protocolo só ocorreu mais tarde em 2010. Salienta-se que atualizações neste documento foram realizadas em 2013, e, a Portaria n. 13 de 2017 é a vigente neste momento.

Fica evidente que as portarias instituem diretrizes que dizem respeito ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, afinal, há importância em padronizar algumas condutas médicas, objetivo do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas. Contudo, apenas essa atuação é insuficiente para garantir a integralidade no cuidado da população idosa. Como destacamos na introdução, o diagnóstico precoce é complexo e clínico e, sugerimos que o acompanhamento longitudinal nos serviços seria a melhor opção.

Além disso, a assistência, na prática pelo SUS, tem sido mais voltada ao fornecimento de medicação. Apesar de reconhecermos a importância da medicação gratuita, nossa reflexão caminha para ações que acompanhem longitudinalmente o idoso e, que envolvam o laço com o outro. A associação brasileira de Alzheimer tem enfatizado os benefícios de atividades com música e artes para esses sujeitos³.

Vieira e Vieira (2016) observaram e levantaram as dificuldades da implementação da própria PNSPI. Segundo os autores, seus achados apontam que nos municípios estudados, nenhum consegue aplicar integralmente o disposto na política, seja por falta de recursos financeiros ou por falta de profissionais nos serviços. Aponta-se para as principais dificuldades narradas pelas equipes:

(a) não existe uma política planejada e contínua de educação em saúde para os idosos – construída com eles, que possa despertar-lhes para os cuidados de sua saúde – e na luta por ampliação e qualificação dos serviços de saúde prestados, assim como na definição de suas prioridades; (b) não existe um estímulo ao exercício do controle social, seja no âmbito da saúde seja no do Conselho Municipal da Pessoa Idosa (CMPI), o que acaba tendo como consequência a não definição da atenção à saúde do idoso e, muitas vezes, da prestação com qualidade e de forma mais completa e universal possível dos serviços de saúde como um todo pelo gestor municipal (idem, ibidem, p. 34).

Quanto às políticas voltadas à Assistência Social, sem dúvida, a Constituição Federal de 1988 foi o avanço normativo-jurídico. A partir disso, a assistência social ganha um *status* de política pública e responsabilidade estatal, determinando o direito do cidadão, sem haver contribuição à seguridade social. Dentre seus objetivos, temos “**a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso** que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (BRASIL, 1988, grifos nossos).

O que se seguiu foi um campo vasto de regulações na política de assistência social, assumindo uma posição de política pública e, com diretrizes constitucionais, como exemplo, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em 1993. Organiza-se, então, a assistência social com um pacto federativo e, num campo de reforçar o princípio da universalização como direito através da oferta **de benefícios, serviços, programas e projetos da assistência social**, incluído também na agenda estatal a responsabilidade do estado com a pauta da velhice.

Na Política Nacional do Idoso, em seu art. 10, define como ações na assistência social:

I - na área de promoção e assistência social:

a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais.

3 Sobre as ações com oficinas, sugerimos a leitura do capítulo “Políticas públicas para pessoas idosas com demências: contribuições e desafios da Associação Brasileira de Alzheimer”, neste livro, de Alves *et al.*

- b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;
- c) promover simpósios, seminários e encontros específicos;
- d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;
- e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso;

Percebe-se que ao analisar a LOAS e a PNI não há uma consonância nas ações, vistas de forma isolada e sem integração, como também, a PNI apresenta como responsabilidades propostas generalistas sem um direcionamento de como executá-las (BERZINS, GICOMIN, CAMARANO, 2016, p. 110), principalmente na intersectorialidade.

Ao passar dos tempos, a política de assistência social ganha intensidade, resultante de uma das deliberações da IV Conferência Nacional de assistência social em 2003. Entende-se a necessidade, a partir da participação popular, de constituir um sistema único de assistência social (SUAS) que execute serviços de caráter continuado através de equipamentos sociais públicos (Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS, Centros de convivência e unidades de acolhimento), ampliando sua rede de proteção social para a garantia de acesso aos benefícios de transferência de renda, tais como, o programa bolsa família e o benefício de prestação continuada, dentre outras ações executadas sob responsabilidade estatal.

A partir de 2004, com a consolidação da política nacional de assistência social e a implantação do SUAS diversas normativas vêm tornando a política robusta, tanto na proteção social básica quanto na proteção social especial. As normativas propostas fortalecem o SUAS como uma política territorializada de combate à pobreza e diminuição das desigualdades sociais. Uma das ações importantes da assistência social em relação ao público idoso foram os benefícios sociais, via programa bolsa família e benefício de prestação continuada para idosos em situação de pobreza e extrema pobreza. O programa bolsa família prevê a transferência monetária para as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza para o combate à fome e garantia de acesso aos mínimos sociais (BRASIL, 2015) e; o Benefício de Prestação de Continuada (BPC) é uma transferência monetária de um salário mínimo para pessoas idosas a partir dos 65 (sessenta e cinco) anos e, **pessoas com deficiência que apresentam impedimentos e dificuldades de inserção no mundo do trabalho**. (BRASIL, 2019).

Como essas ações de transferência de renda que não eram suficientes para o atendimento à população idosa, teve-se também a oferta de serviços tipificados em diversos níveis de proteção social que alicerçava seguranças sociais⁴, citando algumas, como a segurança de acolhimento e segurança do convívio familiar e comunitário. Somente em 2011,

4 A NOB/SUAS estabelece cinco seguranças sociais: (1) segurança de acolhida; (2) segurança de sobrevivência; (3) segurança do convívio familiar; (4) segurança do desenvolvimento da autonomia individual e; (5) segurança social de renda. (BRASIL. NOB, 2005)

a partir da III conferência nacional dos direitos da pessoa idosa, o compromisso nacional com o “envelhecimento ativo” é pactuado e em 2013, por meio do decreto nº8114/2013⁵ que o Brasil institucionaliza seu compromisso em promover a integração e articulação das políticas públicas para a promoção dos direitos da pessoa idosa. Entretanto, o conceito de “envelhecimento ativo” reforça o discurso social de que “o envelhecimento social é uma escolha individual”, dependendo de hábitos e gerenciamento da vida de cada indivíduo.

Ao analisar os documentos institucionais orientativos da política de assistência social, percebe-se a invisibilidade do termo demências dos documentos oficiais, excluindo as velhices fragilizadas do seu escopo institucional.

De um modo geral, os serviços propostos pela assistência social ao atendimento aos idosos são direcionados ao autoconhecimento e autocuidado do idoso de forma homogênea, com ações reguladoras de exercícios físicos, boa alimentação e de não adotar hábitos maléficos como uso de álcool e outras drogas, fumo, dentre outras. Teixeira (2017, p. 49) nos traz um alerta sobre essa questão para não reproduzirmos “típicas receitas gerontológicas”.

Sob o rótulo “envelhecimento ativo” vislumbra-se o discurso capitalista em que um ideal de corpo e saúde é consumido. Carrijo (2019) sustenta, em sua tese de doutorado, que na sombra do capitalismo, envelhecem pessoas em situação de rua, LGBTQ+, pessoas que residem na área rural, pessoas em cárcere privados, em situações de demência e, que para esse público não há como oferecer um Estado *Mix* (máximo para o capital e mínimo para o social). A autora enfatiza, também, que as normativas institucionais tem como base um padrão de corpos velhos “ativos” que se delineiam em ações estritamente de caráter privado e ordem individual na manutenção da desigualdade sociais.

Vê-se que tanto na área da saúde quanto na área da assistência social, o levantamento bibliográfico indica escassez de discussão sobre as políticas públicas de saúde ao idoso, em especial ao nosso foco, idosos com demência. Fato esse que é compreensível pela própria invisibilidade da demência no cenário brasileiro, reconhecida como problema e prioridade de Saúde Pública apenas em 2016.

Nesse sentido, a nossa proposta é direcionada ao cuidado do idoso com demência e, apesar deste recorte, prioriza-se uma ação integradora. Isso significa que a família desse idoso precisa ter condições e direitos garantidos, principalmente apoio neste cuidado, para que o sujeito na “dupla vulnerabilidade” chegue ao serviço.

5 Revogado a partir do decreto nº 9921/2019.

O sujeito com demência e a linguagem: uma escuta para fala

Vimos que a descrição da demência, como patologia neurológica, enfatiza as perdas, os déficits cognitivos. Entretanto, a experiência clínica de alguns pesquisadores fonoaudiólogos filiados à *Clínica de Linguagem* e, também poucos psicanalistas⁶, enfatiza a presença do sujeito na demência. Dito de outro modo, o sujeito insiste e ultrapassa o orgânico. Assim, através da fala e da escuta, o sujeito com demência é incluído e laços sociais podem ser fortalecidos e acolhidos neste difícil momento.

Partimos do livro do psicanalista Messy (1992), *A pessoa idosa não existe*⁷, para apresentar um ponto inovador, qual seja: a escuta para as elaborações do sujeito apesar do envelhecimento e da “perda de memória”. Sem negar o declínio biológico no envelhecimento ou a incidência da lesão cerebral na demência, uma hipótese psicogênica é levantada: *o trabalho de elaboração das perdas no envelhecimento pode sucumbir ao quadro patológico* – este é o ponto. Em quinze anos de experiência com idosos demenciados, o autor conclui que nunca esteve diante de um quadro de demência de Alzheimer que não estivesse revestido de uma *ferida narcísica*, marcada por perdas, como emprego, morte de pessoas próximas, os limites de um corpo envelhecido. A hipótese gira em torno de um instante que o sujeito diante de um “espelho quebrado” não se reconhece mais e caminha na elaboração dessas perdas que pode levar aos estados depressivos ou à distância da realidade, como defesa, pela demência.

A experiência de Messy é relatada no livro através dos encontros realizados em um Centro Dia para Idosos⁸ na França. Ele descreve os encontros entre ele, a senhora Lili com demência e a arte-terapeuta Jaqueline, como um trabalho “relacional”. Os resultados, escreve o autor, é que a maioria dos pacientes com problemas de memória, após o início do tratamento e do estabelecimento de uma relação transferencial com o terapeuta, não deixa de “compreender as palavras” que lhes são endereçadas e de responder, muitas vezes, com o corpo. Como exemplo, a Lili não se perdia para chegar, sozinha, ao Centro Dia, mas era inconstante quanto a voltar ao prédio em que morava. Ele continua: algo sustentava Lili no atendimento e na relação com os terapeutas. Esse “algo” apareceu neste trabalho que “põe em ordem”, que dá certa unidade (imaginária) ao sujeito. Messy assinala que os terapeutas escutam uma história. Eles instigam o paciente a falar ou a desenhar e, assim, esclarece o autor, procura-se dar um “banho de palavras” (MESSY, 1993, p. 87). Essa po-

6 Trabalhos contemporâneos sobre velhice e demência (do final década de 90 em diante), no campo da Psicanálise, são todos tributários deste primeiro gesto de Messy. No Brasil, por exemplo, temos Mucida (2004, 2009) e Goldfarb (2004).

7 Para uma discussão aprofundada sobre o livro de Messy, sugerimos os trabalhos de mestrado de Emendabili (2010) e o doutorado de Marcolino-Galli (2013).

8 Trata-se de um centro de atendimento diurno para idosos, especialmente para aqueles que perderam algum tipo de autonomia. Segundo o autor, é um *lugar de criatividade* caracterizado pelas oficinas artísticas; um *lugar de encontro* para familiares e profissionais adquirem experiências em lidar com os idosos demenciados; um *lugar de escuta* oferecido pelas equipes especializadas.

sição interessou à *Clínica de Linguagem*⁹ – perspectiva teórica que orienta nossa proposta e, que encontrou o *estruturalismo europeu* na Linguística e a *hipótese do inconsciente* na Psicanálise uma saída para abordar as falas e escritas sintomáticas.

Landi (2007) inaugurou a reflexão sobre a demência na Clínica de Linguagem. A autora desnaturalizou termos amplamente utilizados na literatura médica e fonoaudiológica para descrever a fala na demência. Ela suspendeu termos como “fala vazia”, “falta de referência” e “anomia”. Ela pode dizer que, mesmo que a fala do paciente com demência não tenha efeito comunicativo e, muitas vezes, está distante do outro e da realidade, há referência interna – regida pelo funcionamento da língua. Ou seja, há língua na fala e, portanto, há sujeito na demência. O passo seguinte foi acolher o que fala o demenciado e qual seria a posição de escuta de um clínico – para uma fala que produz efeito de distante do outro e da cena enunciativa.

Emendabili (2010, 2016) concorda com Landi ao sublinhar que aquilo que o sujeito diz, mesmo que desorientado da referência externa, “**é carregado de vivências subjetivas**” (EMENDABILI, 2010, p. 10). A autora visualiza a possibilidade de uma clínica com o objetivo de “sustentar o falante na fala”. Nesse caso, o clínico deve suportar “ficar tanto fora de um sentido desejado ou antecipado” (idem, ibidem, p. 84).

Fonseca (2012) relatou fragmentos dos atendimentos de uma senhora com diagnóstico de demência do tipo Alzheimer. Sobre os episódios dialógicos, Fonseca notou que a senhora “não era indiferente” à fala do terapeuta. Ela tomava a fala do outro como uma demanda enunciativa e em seu dizer persistia o jogo combinatório da língua, apesar do efeito de “fala vazia” devido às estereotipias verbais.

Marcolino-Galli (2013) enfatizou o “aprisionamento” em cenas vividas na fala de duas senhoras (Marlene e Hilda) com diagnóstico médico de demência do tipo Alzheimer em estágio inicial. Entretanto, o foco foi a discussão sobre a relação entre memória e linguagem. A memória não foi concebida pela autora, filiada à Clínica de Linguagem, como arquivo ou estocagem que se perde na demência. A partir do pressuposto de que o sujeito é efeito (é-feito) de linguagem e de que memória, por consequência, é efeito (é-feita) de linguagem, a discussão acompanhou o movimento de Freud na elaboração do **aparelho psíquico**, como um **aparelho de linguagem e aparelho de memória**¹⁰. O que se retirou destas leituras foi um argumento que dissolve a hierarquia entre memória e linguagem, estabelecendo,

9 Essa trilha foi proposta por De Lemos (1992) no *Interacionismo* na área de Aquisição de Linguagem. Ela encontra uma aproximação a Saussure e Jakobson, a partir da leitura de Lacan. Lier-DeVitto participou da construção do Interacionismo em Aquisição de Linguagem e iniciou a discussão sobre falas sintomáticas no âmbito do Projeto Integrado CNPq “*Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem*” entre o período de 1997 e 2002. Atualmente, essa discussão desenvolve-se, sob sua coordenação, no Grupo de Pesquisa (CNPq-LAEL). O Interacionismo é posto como “outro” neste diálogo teórico e, portanto, os operadores de leitura “erro”, “mudança” e “interpretação” são ressignificados na Clínica de linguagem (LIER-DeVITTO, 2002).

10 No capítulo 1 desta tese de doutorado é apresentado uma leitura dos seguintes textos freudianos: A afasia (1891); O projeto para uma psicologia científica (1895); A interpretação dos sonhos (1900) e Psicopatologia da vida cotidiana (1901), entre outros.

assim, entre essas instâncias que se retroalimentam, *relação de concomitância*¹¹. A partir desses pressupostos, vislumbra-se **uma prática com linguagem, através do banho simbólico, que produz efeitos na memória e nos laços com o outro.**

Nesse ponto, damos visibilidade à fala e inclusão do sujeito com demência. A proposta dialógica que este trabalho se insere se alinha à escuta que suporta ficar “fora do sentido”, mas que autoriza “vez e voz” de um sujeito, mesmo que comunique pouco. Através dos gestos, olhares, da expressão artística, o demenciado pode se enlaçar e ultrapassar a demência, sustentando algo - talvez sustente que um sujeito prevaleça na doença e esteja um pouco seu avanço – esse é o investimento e aposta ao acolher esse idoso.

Nota-se que essa proposta não é essencialmente clínica¹² e, pode ser ajustada aos diversos serviços de saúde e assistência social voltada aos idosos que estão em processo de adoecimento, envolvendo as queixas de dificuldades de memória, seja na baixa ou média complexidade. Trata-se de ação não-clínica, individual ou em grupo, que circule a palavra, as histórias, a expressão artística através desse corpo – um corpo que demanda a interpretação do outro.

Nesse sentido, Gomes (2018) relata sua experiência no Centro de atendimento a afásicos - CAAf da Derdic/PUC/SP¹³. A autora participa do programa Ponto de Encontro, que envolve oficinas diversas¹⁴ desde 2011. Além dos afásicos, o serviço também acolhe sujeitos com demências. Gomes (2018, p. 53) enfatiza que nas oficinas “a arte é entendida como um dos meios de que se lança mão para potencializar laços e afetos”. Discute-se a falta de oportunidade dos sujeitos relacionada a condição de exclusão social que são postos, seja pela condição afásica, da demência e/ou da velhice. Fica evidente nos grupos, que é possível observar se instaurar um movimento de efeito de pertencimento, de encontrar um lugar de relações em que o fortalecimento dos laços é primordial.

Ela sustenta ainda que há uma dupla vulnerabilidade diante da velhice e afasia e/ou velhice e demência que pode ser enfrentada nas oficinas:

Se na dupla vulnerabilidade está implicada normatividade social reduzida, ações tais como as que se realizam no CAAf se apresentam como sua face contrária: favorecedoras de inclusão social podem fazer o pêndulo girar para o lado de uma vida mais socialmente normativa. Talvez seja esse o efeito “terapêutico” das Oficinas de Arte. Penso que ele responde pelo fato de que: (1) os sujeitos afásicos – e também, como vimos, demenciados, suportados por seus cuidadores – encontrem forças para sustentar o longo e árduo processo de tratamento clínico e, (2) mesmo após a alta, permaneçam vinculados ao “fazer arte”, se apresentando para o Encontro que ganha movimento no CAAf (GOMES, 2018, p. 105).

11 Ver Fonseca (2002) sobre a relação de concomitância entre cérebro e linguagem quando se debruça sobre os trabalhos iniciais da obra freudiana.

12 Essa proposta é complementar ao atendimento fonoaudiológico individual, no qual uma escuta especializada mobiliza questões clínicas, singulares e, ainda, acompanha a família do paciente.

13 O CAAf está vinculado a Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação da Derdic/PUC/SP. É coordenado pelas profas. Dras. Suzana Cariello da Fonseca e Maria Francisca Lier-DeVitto, desde 2005. Oferece quatro programas de acolhimento para sujeitos afásicos e com demências e seus familiares: 1) atendimento clínico, 2) ponto de encontro, 3) serviço de atenção à família e 4) formação teórico/clínica de fonoaudiólogos.

14 Culinária, pintura, escrita de histórias, dança, entre outras.

A posição assumida pela autora para conduzir seu trabalho nas oficinas foi sustentada também por sua formação em Clínica de Linguagem, garantindo um olhar singular diante dos sujeitos que ali buscavam escuta e acolhimento. Os efeitos das oficinas relatadas ilustram respostas heterogêneas dos sujeitos, mas que iam ao encontro de abrir “espaço para que se efetive, por meio da arte, o alívio do sofrimento, a mobilização de novos empreendimentos vitais e, conseqüentemente, a possibilidade de inclusão nas malhas que se tecem nas dinâmicas sociais” (*idem, ibidem*, p. 106).

Através do “banho pela linguagem” subvertemos a demência como uma patologia que exclui o sujeito e avança sem precedentes. Além disso, esse espaço para falar e ser escutado é necessário a qualquer idoso para ressignificar o estigma “velhice” (FONSECA, MARCOLINO-GALLI, LIER-DeVITTO, 2014).

Considerações finais

Neste capítulo problematizamos que as velhices vulneráveis (demência e envelhecimento) não encontram respaldo nas políticas públicas e, ainda poucos estudos discutem essas possibilidades. Sem um norte, as equipes de saúde e da assistência social enfrentam no seu cotidiano um quadro de desgaste dos laços familiares. Nesse sentido, ressaltamos que esse quadro exige práticas intersetoriais e, a partir de dados epidemiológicos, um problema que deve ser enfrentado com ações de inclusão a médio e longo prazo. Apresentamos apenas uma ação, um pequeno recorte na linha de cuidado ao idoso com demência que, pela nossa experiência e pelos relatos na literatura apresentado, tem grande impacto no resgate do laço social do sujeito na doença. Entretanto, essa ação, através da linguagem, só é efetiva quando esse idoso chega ao serviço. Para tanto, há necessidade de um acompanhamento longitudinal de todos os idosos do município, com busca domiciliar e atenção às famílias. Um ideal, mas possível com investimento em recursos humanos – que os profissionais cheguem nas casas dos idosos – e, ainda modalidade de instituições especializadas no cuidado aos idosos, que podem ser Centros de Convivência, Centros de Cuidados Diurno, Hospitais-Dia, Casas-Lar, Instituições Asilares, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e outras formas inovadoras de moradias.

Num movimento concreto dessa realidade, pode-se problematizar que as ações setoriais numa perspectiva institucional precisam ser ressignificadas em seus olhares, negando a constituição de serviços focalizados e (re)pensando em práticas sócio-sanitárias que construam leituras territorializadas e de acesso aos direitos sociais. Considera-se que o primeiro passo desse movimento seja através da educação permanente que permita aos trabalhadores (re)pensar seus processos de trabalho, construindo relações de horizontalidade institucionais e sinalizem no sentido da busca pelo envelhecimento com um direito social, isto é, quando se adota como direito social saímos do campo da benesse, da ajuda e da filantropia.

Percebemos também que, as normativas institucionais servem como uma “névoa” no percurso de encobrir as velhices trágicas vividas pelos (as) velhos (as) no Brasil, mantendo a manutenção das desigualdades sociais e jogando para o colo da família a responsabilização e cuidado pelo idoso. Nesse horizonte, cita-se que o cuidado deve ser compartilhado entre as instituições, sem sobrecarrega para a família, enquanto política pública.

Referências

ABREU, C.B.; VAL, E.M. Políticas públicas de saúde para idosos com Alzheimer. Revista Novos Estudos Jurídicos, v. 20, n. 2, mai-ago, 2015.

ARAUJO, Á. C.; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr., 2014.

ARAÚJO, L. A. D.; FONSECA, S. C. A pessoa idosa com deficiência: a dupla vulnerabilidade e a importância da fala. In MENDES, G. F.; LEITE, G. S.; LEITE, G.S.; MUDROVITSCH, R. B. (coord.) Manual dos Direitos da Pessoa Idosa. 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos da Política Social. ABEPSS, 2000.

BERZINS, M.A.V.S.; GIACOMIN, K.C.; CAMARANO, A.A. A Assistência Social na política nacional do idoso. In: ALCÂNTARA, A.O.; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K.C. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro, IPEA, 2016.

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. Portaria MS/GM n. 703, 12 de abril de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Portaria SAS/MS n. 249, 16 de Abril de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria n. 2.528, 19 de outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de atenção integral. In: XXX congresso Nacional de secretarias municipais de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, Maio, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Portaria conjunta n. 13, de 28 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/Suas). Brasília: MDS, 2005.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Bolsa Família. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/como-funciona/como-funciona>>.

- BRASIL. Ministério da Cidadania-Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Benefício de Prestação Continuada. 2019. Disponível em: <http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/mds-para-voce/carta-de-servicos/usuario/assistencia-social/bpc>.
- BURLA, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, Oct. 2013.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, jun. 2010.
- CARRIJO, E. R. Envelhecimento Ativo: enfoques internacionais, políticas públicas brasileiras e velhice socialmente invisível. Tese [Doutorado em Serviço Social]. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, Brasil, 2019.
- DE LEMOS, C.T.G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, n.1, v.1, p. 121-136. Barcelona: Meldar Eds, 1992.
- EMENDABILI, M. Um estudo de perspectivas teórico-clínicas nas demências: sobre a relação linguagem, memória e sujeito. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2010.
- _____. Reflexões sobre a estrutura e o tempo na DTA. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2016.
- FONSECA, S.C. O Afásico na Clínica de Linguagem. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2002.
- _____. A relação sujeito-linguagem na demência: questões sobre uma experiência de acompanhamento. Comunicação oral no I Encontro de Aquisição da Linguagem: teoria e método. UNICAMP, Campinas, 2012.
- FONSECA, S. C; MARCOLINO-GALLI, J.; LIER-DE VITTO, M. F. Sobre queixas de perda de memória na velhice: relato de experiência com oficinas. In: MAGNABOSCO-MARTINS, C. R. (org.). *Atuações com idosos: perspectivas em pesquisas, serviços e ações*. Curitiba: CRV, p. 159- 171, 2014.
- GOLDFARB, D. C. Demências. 1a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- GOMES, A. C. S. Oficinas de Arte. Em meio a falas sintomáticas, encontros singulares com a velhice. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Gerontologia/PUCSP. São Paulo. 2018.
- LANDI, R. Falas Vazias” – língua, referência e sujeito na demência. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo: PUC-SP/LAEL, 2007.
- LIER-DeVITTO, M.F. Questions on the normal-pathological polarity. *Revista da ANPOLL*, USP-São Paulo, v. 12, n.1, p. 169-186, 2002.
- López-Álvarez, J. et al. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Psicogeriatría* 2015; 5 (1): 3-14. Disponível em: www.viguera.com/sepg. Acesso em 20 de junho de 2020.
- MARCOLINO-GALLI, J. A relação memória-linguagem nas demências: abrindo a caixa de Pandora. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2013.
- _____; FONSECA, S. Sobre queixas de dificuldades de memória na velhice. *Est. Interdiscipl. Envelhec.* Porto Alegre. v. 21, n. 2, 2016.
- _____. et al. Velhices fragilizadas pela afasia e/ou demência: sobre o que se testemunha numa clínica de linguagem. *Cadernos sobre envelhecimento*. 1ed.: Uniedusul, 2019.

MESSY, J. A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice. Trad. José de Souza e Mello Werneck. São Paulo: Editora Aleph, 1993.

MUCIDA, A. O sujeito não envelhece. Psicanálise e velhice. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

_____. Escrita de uma memória que não se apaga – Envelhecimento e velhice. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

OLIVEIRA, A.D.; RAMOS, O.A.; PANHOCA, I.; ALVES, V.L.S. A intersectorialidade nas políticas públicas para o envelhecimento no Brasil. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(2), pp.91-103, 2014.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em junho de 2020.

PARENTE, M. A. M. P.; SABOSKINSKI, A. P.; FERREIRA, E.; NESPOULOU, J-L. Memória e compreensão da linguagem. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, v. 1, p. 57-76, 1999.

PAIVA, S.O.C. Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital: um breve ensaio em defesa da seguridade social. In: TEIXEIRA, S.M. Envelhecimento na sociabilidade do capital. Campinas: Papel Social, 2017.

SANCHO, L.G. Atenção à saúde na síndrome demencial: qual será o impacto econômico dessa atenção no Brasil? *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, 2015.

TEIXEIRA, S.M. Envelhecimento do trabalhador na sociedade capitalista. In: TEIXEIRA, S.M. Envelhecimento na sociabilidade do capital. Campinas: Papel Social, 2017.

VERHAEGHEN, P. Work Memory still working. Age-related differences in working- memory functioning. In: BENJAMIN-NAVEH, M. N.; OHTA, N. New York: Taylor & Francis Group, 2012.

VIEIRA, R.S.; VIEIRA, R. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. *R. Dir. sanit.*, São Paulo v.17 n.1, mar./jun. 2016.

Rede de Suporte Social e Envelhecimento: desafio para as Políticas Públicas



Marisa Accioly

Andrezza Santos

Sua estrutura, suas funções e sua desejabilidade sofrem alterações, dependendo da idade e do status evolutivo de seus membros, que determinam suas necessidades e seu grau de dependência em relação aos semelhantes e às instituições sociais” (Neri, 2014, p. 289).

Rede de Suporte Social e Envelhecimento

A pessoa idosa, segundo o Estatuto do Idoso (2003), goza do direito de ter assegurado pela família, comunidade, da sociedade e do Poder Público, com alto nível de prioridade, seus direitos fundamentais, como direito à vida, direito à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, inclusive à convivência familiar e comunitária. Nesse parâmetro legal podemos perceber que os direitos do idoso circundam o indivíduo, mas principalmente sua rede de suporte social, no caso, objetivado pela lei como a família, comunidade e governo.

Para entender melhor essa relação social, é importante ressaltar o significado de rede de suporte social. Segundo Neri:

Redes de suporte social são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si interações de dar e receber.

É importante ressaltar, inclusive, que ao envelhecer o ser humano, principalmente na velhice, costuma valorizar muito mais sua rede social próxima, com a qual tem laços afetivos mais significativos, e consequentemente impacta positivamente em seu bem-estar.

Segundo Cartensen, (1991, 1993, 1995, *apud* Neri, 2017), a Teoria da seletividade socioemocional explica não só essa mudança de comportamento emocional em idosos, como também o declínio comum nas suas interações sociais. (Neri, 2017). Segundo a teoria, a redução da abrangência na rede de relações sociais e na participação social é reflexo da redistribuição dos recursos socioemocionais pelos idosos, os quais ficam mais seletivos e passam a se importar mais com as experiências emocionais significativas trazidas pelas relações sociais.

Cabe então à reflexão de que a rede de suporte social se torna cada vez mais importante para os idosos, pois pode atuar fornecendo vários tipos de apoio e suporte.

Se, por exemplo, a condição de saúde da pessoa idosa é ruim, privando-a dificultando as atividades do dia a dia e o suporte social de que dispõe é escasso, possivelmente essa pessoa poderá ter agravos nas questões físicas, emocionais, materiais e interpessoais, uma vez que o suporte social tem a capacidade modular e amortecer desvantagens que os indivíduos tenham em suas vidas. (FRANK e RODRIGUES, 2017).

A rede de suporte social pode ser classificada como formal ou informal e, além disso, sua diferenciação é importante pois tem impactos diferentes no cuidado à pessoa idosa.

A rede formal é composta pelos profissionais das diversas instituições, quer sejam públicas ou privadas.

Já a rede de suporte informal é composta por familiares, vizinhos, amigos, ou seja, pelas pessoas que vão por parentesco ou afinidade integrando o rol de relacionamentos significativos para cada um de nós.

Segundo Lemos e Medeiros, 2017:

“A família, principal elemento da rede de apoio informal, é a fonte primária de cuidados aos idosos. Esses cuidados são definidos a partir dos padrões, condições gerais e regras de relações constituídas entre os seus membros, o que em última instância vai “desenhar” a competência assistencial dessa família. Essa competência pode variar diante de eventos críticos que venham a acometer essa família e de peculiaridades dos cuidados a serem desenvolvidos, levando-se em conta ainda o grau de dependência dos pacientes, (Lemos e Medeiros, 2017, p. 1404)”.

O suporte social informal, se diferencia do formal, por não ser remunerado, institucionalizado e profissionalizado, porém tem na ligação afetiva entre seus membros a peça-chave de sua coesão.

Esse dado é corroborado por pesquisas que apontam que maioria dos idosos classifica as relações formais, ou seja, com os profissionais, como afetivamente mais distantes e as relações com familiares e amigos como mais próximas ou intermediárias, (Kahn & Antonucci, 1980 apud Neri, 2014).

O que reforça a diferença de estrutura das redes, mas também de importância e impacto para a pessoa idosa.

Pode-se entender também essa relação mais fria quanto ao cuidado formal pelo trabalho distante e descontínuo do poder público para com a população idosa e todo o atendimento de saúde e social ao longo de toda a vida do indivíduo.

Ao entrar no mundo legal que assegura o suporte social formal à pessoa idosa, há o próprio Estatuto do Idoso (2003), do qual já foi exposto um trecho acima. Outro ponto inte-

ressante trazidos por essa lei é o trabalho articulado para promover uma atenção integral à pessoa idosa. O artigo 15º do capítulo IV do “Direito à Saúde” traz:

“É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o 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 às doenças que afetam preferencialmente os idosos.” (Estatuto do Idoso, 2003)

É extremamente importante, até mesmo, entender o termo “integral” para reforçar sua relevância no cuidado ao idoso. A integralidade, em questão, é um conceito polissêmico que apresenta dois distintos e igualmente significativos: a integralidade vertical que busca um olhar holístico e ampliado do indivíduo e de suas necessidades em saúde, promoção, prevenção e recuperação da saúde; a integralidade horizontal, que busca ampliar os olhares fracionados dos serviços de saúde para um trabalho integrado e contínuo das redes de atenção, além de ressaltar o valor do trabalho intersetorial, o qual seria capaz de articular diversos setores de atenção ao idoso junto com a saúde, como por exemplo a assistência social, direitos humanos, etc. (Louvison e Rosa, 2017)

Sabe-se que as redes de serviços, no geral, precisam cada vez mais se adaptar e ampliar seu atendimento para dar conta das novas demandas demográficas e, então, transformar suas atuações a fim de garantir os direitos do idoso à um cuidado integral, integrado e continuado.

E, com isso, percebe-se a importância das redes de suporte sociais na vida do idoso, pois as redes formais e informais interligadas podem contribuir positivamente para promover os cuidados à pessoa idosa e garantir este trabalho ininterrupto, potencializando o trabalho articulado das instituições sociais e de saúde e o trabalho familiar e comunitário.

A própria Política Nacional do Idoso (1994) dispõe sobre a importância da atuação dos gestores da assistência social junto com as demais ações das políticas setoriais das diversas instâncias (nacional, federal e municipal) no campo da saúde, habitação, educação, etc.

Partindo do mesmo princípio, a LOAS (1993), enquanto política pública que dispõe sobre a organização do Sistema Único da Assistência Social - SUAS, também assegura que a assistência social deve se inserir na articulação intersetorial com outras políticas sociais, particularmente as públicas de educação, cultura, emprego, habitação, para que as ações não sejam fragmentadas e seja possível manter um acesso de qualidade aos serviços para toda população.

Com essa breve apresentação das leis pode-se perceber que a abordagem cada vez mais centrada na pessoa idosa e no atendimento personalizado e integral vem sendo, aos poucos, desenhada nas políticas públicas e nas diretrizes de trabalho junto as redes de suporte social formal e informal.

A importância legal para o cuidado amplo com a pessoa idosa vem sendo construída nos últimos anos, a nível internacional.

A Convenção Interamericana sobre Proteção de Direitos Humanos do Idoso (2015) é um exemplo muito marcante de trato internacional norteador das questões relacionadas à pessoa idosa. Dentre as diversas propostas, há algumas que merecem destaque. Um primeiro ponto interessante é o significado para “idoso que recebe serviços de longo prazo”.

Segundo a Convenção, 2014:

“Idoso que recebe serviços de cuidado de longo prazo”: Pessoa que reside temporária ou permanentemente em um estabelecimento regulado, seja público, privado ou misto, no qual recebe serviços socio sanitários integrais de qualidade, incluindo as residências de longa estadia, que proporcionam esses serviços de atenção por tempo prolongado ao idoso com dependência moderada ou severa que não possa receber cuidados em seu domicílio. (OEA, 2015).

No capítulo específico sobre os direitos do idoso que recebe estes cuidados reforça o direito da pessoa idosa a um sistema integral de cuidados que ofereça proteção e promoção à saúde, um plano de cobertura aos serviços sociais, segurança alimentar, itens básicos para higiene e para manutenção da saúde, habitação a fim de permitir que o indivíduo seja capaz de decidir permanecer em sua residência e manter sua autonomia e independência.

Nesse sentido, a Convenção também discute a importância de desenvolver capacitações e sensibilizações para os funcionários públicos, os profissionais dos serviços sociais e de saúde e todos os possíveis encarregados da atenção e cuidado do idoso nos serviços de cuidado de longo prazo e até nos próprios domicílios.

Dentre os serviços voltados para o cuidado de longa duração aqui no Brasil se destaca a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), cujas práticas levantam discussões sobre sua relevância quanto ao atendimento ao idoso em estados maiores de dependência e principalmente quanto ao perfil de cuidado integral oferecido por essas instituições.

Segundo a FN-ILPI (2020), as ILPIs há décadas prestam serviços relevantes de saúde a pessoa idosa por meio de equipes multiprofissionais, compostas em geral por assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, entre outros. Além disso, as ILPIs são instituições híbridas de natureza socio sanitária de caráter social e de saúde, portanto de gestões compartilhadas de dois setores públicos. O público alvo costuma ser justamente a pessoa idosa em estágios maiores de dependência, os quais necessitam totalmente da estrutura física técnica e operacional dessas organizações (FN-ILPI, 2020).

No entanto, o cuidado à pessoa idosa não pode se valer apenas no cuidado de longa duração. Assim como apresenta o guia de Diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS com base em um Modelo de Atenção Integral (2014), é necessário um trabalho em rede, definindo como estratégia a articulação com os diversos pontos da rede de atenção do SUS.

Este trabalho, portanto, deve objetivar a implementação de um modelo de cuidado integral focado no planejamento personalizado e centrado na pessoa idosa com estratégias terapêuticas a fim de solucionar as demandas desse público (Coelho, Motta e Caldas, 2019) A estratégia enfim se vale do trabalho em conjunto dos vários pontos de atenção da saúde, com objetivo de oferecer à pessoa idosa a continuidade do cuidado e a maior assistência possível.

Considerações finais

Na velhice, as relações sociais são fundamentais para a manutenção dos sentimentos de bem-estar subjetivo e das habilidades sociais. Dessas relações formam-se as redes de suporte construídas e desfeitas ao longo da existência humana.

Em trabalho interdisciplinar, cabe ao assistente social a avaliação de dados que alimentem e complementem informações, articulando-se com os demais integrantes da equipe. O método de trabalho de que esse profissional dispõe é o mapa de relações, adaptado e validado para uso em nosso meio em idosos, com o objetivo de identificar e caracterizar a rede de suporte social de idosos, sendo submetido a um processo de adequação às demandas dessa população. Com esse recurso, é possível obter dados dos componentes da rede relacional do idoso e avaliar dados socioeconômicos de renda, habitação e escolaridade.

Define-se rede de suporte social como o conjunto de pessoas que mantêm entre si laços típicos de dar e receber. Essas redes podem ser caracterizadas quanto às suas propriedades estruturais, natureza dos relacionamentos, tipos de interação e grau de desejabilidade. São, ainda, hierarquizadas, acompanhando, com seu aspecto mutante, o indivíduo ao longo de todo o ciclo vital.

É possível classificar as redes de suporte social em dois grupos: formal e informal. As redes formais são formadas por profissionais da área social ou da saúde, conforme o nível de complexidade da assistência: cuidado domiciliar, centros de convivência, centros dia, repúblicas p e instituições de longa permanência.

Já nas redes de apoio informal estão inclusos os familiares, amigos, vizinhos e outros contatos de base comunitária.

As redes sociais asseguram ao idoso os sentimentos de ser e pertencer, reduzindo o isolamento social. Elas são importantes para a manutenção da saúde física, mental e emocional e, em serviços de saúde, atuam como um importante indicador de vulnerabilidade social.

Urge ao Poder Público a implementação de Políticas Públicas, intersetorial, interdisciplinar, integrativa, que valorize a atenção integral à pessoa idosa.

Referências

BRASIL. Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 5 jan. 1994.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 8 dez. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014

Brasil. Portaria no 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006.

Brasil. Presidência da República. Estatuto do idoso – Lei no 10.741/2003.

COELHO, Livia Pereira; MOTTA, Luciana Branco da; CALDAS, Célia Pereira. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. Physis: Revista

de Saúde Coletiva, v. 28, p. e280404, 2019.

FN-ILPI. FRENTE NACIONAL DE FORTALECIMENTO ÀS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS. Brasília, 2020.

OEA. CONVENÇÃO INTERAMERICANA SOBRE A PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DOS IDOSOS. Washington, EUA, 2015.

FRANK, H.F. e RODRIGUES, N.L. Depressão, Ansiedade, Outros Transtornos Afetivos e Suicídio. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p 391 - 403.

LEMONS, N.F.D. & MEDEIROS, S.L. Suporte social ao idoso dependente. In: E.V. Freitas & L.Py. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. P 1404- 1409.

LOUVISON, M.C.P. e ROSA, T.E.C. Redes de Atenção e Gestão de Cuidado ao Idoso. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p 1563 - 1569.

NERI, A. L. Redes de suporte social. In: _____. **Palavras - chave em Gerontologia**. 4ª edição. Campinas, SP: Editora Alínea, 2014. p. 288 - 295.

NERI, A.L. Teorias Psicológicas do Envelhecimento: Percurso Histórico e Teorias Atuais. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p 28- 40.

Vitamina D e exercícios físicos para idosos – questão de saúde pública.



Neide Alessandra Périgo Nascimento

O retrato do processo de envelhecer

Embora a expectativa de vida varie drasticamente por país, as pessoas estão vivendo mais. O progresso no prolongamento da vida útil necessita de esforços médicos e da saúde pública, aumento dos padrões de vida, melhor educação, nutrição e estilos de vida salubres (KUNLIN, 2017).

Desse modo, 2050 será um “divisor de águas demográfico” pois haverá mais de dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo; 21% da população mundial estará acima de 60 anos comparado com 8% em 1950 e 12% em 2013. Em especial os grupos populacionais mais velhos, acima de 80 anos, que já estão crescendo rapidamente quando comparados a outras faixas etárias. Em 2013, as pessoas com 80 anos ou mais representavam 14% da população idosa mundial, e em 2050 irão constituir 19% dessa população (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

No Brasil, o elevado ritmo de envelhecimento afetará todos os aspectos da sociedade, desde a seguridade social e a assistência de saúde até o planejamento urbano, as oportunidades educacionais e o mercado de trabalho – com tempo limitado para ajustes. As políticas e reformas que foram pensadas e implementadas por sociedades industrializadas, cujas populações envelheceram no século passado, são de relevância limitada para o Brasil, assim como para outros países de baixa e média renda em que a velocidade de transição demográfica é significativamente mais rápida (BANCO INTERNACIONAL PARA A RECONSTRUÇÃO E O DESENVOLVIMENTO, 2011).

Entre os motivos que possibilitaram a transição epidemiológica, os avanços da medicina permitiram a diminuição da incidência das doenças imunopreveníveis, mesmo com as dificuldades relacionadas à saúde e ao meio social que ainda persistem, como a miséria, a malária e a hanseníase, as doenças associadas à vulnerabilidade social, além de epidemias da dengue (DORING, MORETTO, DIEHL et al., 2018).

Neste sentido, o aumento das atuais taxas populacionais de pessoas com 60 anos ou mais na sociedade brasileira e

a perspectiva de um crescimento cada vez maior mostram a crescente necessidade de reformulação, reestruturação e mudanças sociais nas múltiplas questões em que este fenômeno possa se desenvolver.

Segundo o Ministério da Saúde (2017), 69,9% dos idosos no Brasil são independentes para o autocuidado, enquanto 30,1% apresentam alguma dificuldade para realizar as atividades da vida diária (AVDs). Por outro lado, os dados mais recentes da pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe), em São Paulo, apontam que de 2000 a 2016 os idosos com dificuldades de realizar as atividades de vida diária básicas como tomar banho, alimentar-se e se vestir sozinho aumentou de 10% para 16% (BUENO et al., 2016).

Por outro lado, embora vivam mais do que os homens, as mulheres passam por um período maior de debilitação física antes da morte do que eles e esses anos a mais de vida podem ser vistos como uma experiência de incapacidade, do ponto de vista da saúde, devido às doenças crônicas, ou como um período positivo, de independência e realização. As mulheres idosas apresentam mais dificuldades que os homens idosos nas atividades básicas e instrumentais (fazer compras, utilizar transportes, cuidar do próprio dinheiro são exemplos de atividades instrumentais), 19% e 42% respectivamente, contra 12% e 25% de homens (CAMARANO, KANSO, LEITÃO e MELLO et al., 2004; DORING, MORETTO, DIEHL et al., 2018).

Com relação a menopausa, uma das principais consequências fisiológicas é a deficiência de estrogênios endógenos, hormônios que regulam a homeostase óssea e afetam a força e a massa muscular. Assim, já foi observado que uma perda relevante de força muscular acontece após a menopausa, tornando mais difícil para as mulheres, nessa situação, executar as atividades da vida diária que dependam dessa capacidade física (MOREIRA et al., 2013).

A deficiência de vitamina D também ocorre com frequência e está associada a sarcopenia, perda óssea e deficiência na menopausa. A vitamina D está interligada com a absorção intestinal de cálcio e fosfato, que mantém concentrações circulantes apropriadas desses minerais e permitem a mineralização fisiológica do tecido ósseo, contribuindo para a saúde muscular. Portanto, a ingestão adequada de vitamina D, associada a um estilo de vida saudável, é indicada na velhice (AGOSTINI, ZEPPA, LUCERTINI et al., 2018).

Tipos de exercícios físicos praticados por idosos

Segundo Ehn et al. (2018), o exercício físico pode retardar o declínio funcional e reduzir o risco de mortalidade prematura da população idosa. A caminhada, segundo os autores, é o exercício que mais contribui para a independência física dos idosos, além de ser o tipo de exercício mais comum entre esse público por ser uma prática segura e acessível (REITLO, SANDBAKK, VIKEN et al., 2018).

É importante explorar diferentes maneiras de os velhos serem fisicamente ativos em seu tempo de lazer, uma vez que a população está envelhecendo e estratégias atrativas são necessárias. O esporte pode ser um dos tipos de exercício físico para melhorar a saúde de modo geral, porém, é essencial que as organizações esportivas garantam oportunidades de participação desse público, mesmo com limitações físicas e de saúde (JENKIN, EIME, WESTERBEEK et al., 2017).

Sobre estratégias multimodais que incluem a questão cognitiva e física para a população idosa, SILVA (2017), em seu estudo de meta-análise sobre projetos de atividade física existentes na União Europeia, pôde ressaltar que tecnologias de entretenimento, em especial exergames, destacam-se como uma abordagem frequente e popular para os idosos atingirem os objetivos.

Dentre os tipos de programas de exercícios físicos efetivos, a hidroginástica é relevante, dado o elevado número de praticantes idosos que aderem anualmente (COSTA et al., 2008). A prática de exercício físico no ambiente aquático pode ser uma alternativa interessante para os idosos, pois a combinação das propriedades físicas de resistência, pressão hidrostática, flutuabilidade e termorregulação da água pode favorecer os efeitos metabólicos, fisiológicos e musculoesqueléticos (MOREIRA et al., 2013).

Por outro lado, de acordo com Nascimento e col. (2016), o programa de hidroginástica possui alguns fatores limitantes, como profundidade da piscina, comando e estímulo, bem como o trabalho neuromotor, frequência e intensidade dos exercícios. Esses aspectos influenciam na contração da fibra muscular de contração rápida, tipo 2, que são as fibras acionadas quando ocorre um desequilíbrio e é necessário o tempo de reação e a contração muscular para evitar uma queda, por exemplo.

Mazo et al. (2009) discute que frequentemente os idosos permanecem no programa de hidroginástica apenas pelo fator de socialização, porém é necessário levar em consideração os aspectos biológicos e seus ganhos, mesmo considerando a importância da integração e convivência.

Por outro lado, no programa de exercícios aquáticos de alta intensidade – “HydrOS” – os autores mostraram uma maior eficiência na melhora da formação óssea e na atenuação do aumento da reabsorção óssea das participantes (MOREIRA, FRONZA, dos SANTOS et al., 2013b). O estudo ocorreu em 24 semanas, com mulheres pós-menopausadas.

Com relação às estratégias de programas exercícios físicos considerados bem-sucedidos para idosos, destacam-se o treinamento de resistência muscular e o multicomponente. O primeiro visa melhorias na massa muscular e força para combater a sarcopenia e a incapacidade, bem como a potência e a resistência para subir escadas, por exemplo (NEW ZEALAND, 2013). Já o segundo, que pode englobar o treinamento de resistência muscular, vai incluir a prescrição de exercícios adicionais para resistência aeróbica, equilíbrio corporal, coordenação e flexibilidade (LEITE, FORTE, de VITO et al., 2015; CARVALHO e col., 2009).

Nesse sentido, o treinamento multicomponente é similar à ginástica multifuncional e, atualmente, é um dos programas de exercícios físicos praticado por este público, pois é uma boa estratégia para potencializar capacidades físicas, como força muscular, equilíbrio, agilidade e resistência aeróbia em mulheres idosas (NASCIMENTO e col., 2019).

De acordo com Marques, Mota, Machado et al. (2011), intervenções multicomponentes que envolvam treinamento de equilíbrio, coordenação e resistência parecem ter um impacto maior na capacidade de equilíbrio e na melhora da capacidade aeróbia, permitindo um desempenho mais integrado para as tarefas funcionais.

Com relação ao treinamento de força, ele está estabelecido como uma das estratégias eficazes para reduzir perdas de massa muscular esquelética durante o envelhecimento. A dinapenia, ou falta de força na velhice, não está apenas relacionada à perda de tecido contrátil, mas também à qualidade desse tecido. O exercício de resistência induz a liberação de importantes hormônios e fatores hipertróficos que aumentam a síntese proteica e contribuem para melhorar não apenas a massa muscular, mas também a função muscular (NASCIMENTO, INGLES, SALVADOR-PASCUAL et al., 2018).

Assim, a prescrição de exercícios deve considerar a condição individual de saúde da pessoa idosa (incluindo as medicações), características comportamentais, objetivos pessoais, preferências de exercícios e fatores de risco.

A possibilidade de programas de exercícios físicos que trabalham com o estímulo de várias capacidades físicas parece atuar de maneira efetiva tanto para a condição física quanto para a função cognitiva do indivíduo idoso.

As causas da hipovitaminose D no envelhecimento

A hipovitaminose D (deficiência de vitamina D) é uma condição comum, com impacto negativo na saúde, e é bastante frequente em nosso país.

De acordo com Moreira e col. (2020), devido aos hábitos de vida como a polifarmácia, múltiplas comorbidades e redução da eficácia da produção cutânea de vitamina D, os idosos constituem um dos grupos mais importantes de risco de deficiência de vitamina D e, consequente, hiperparatireoidismo secundário.

Baixas concentrações de 25(OH)D estão associadas a maior risco de fraturas e quedas, especialmente em idosos frágeis e institucionalizados, segundo a declaração dos especialistas da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo e da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial (SBEM – SBPC / ML). Nesse posicionamento, os especialistas destacam as dosagens adequadas da 25-hidroxivitamina D [25 (OH) D] para identificação da vitamina D, e identificam os indivíduos com risco aumentado de deficiência nos quais a dosagem de 25(OH)D é recomendada (MOREIRA e col., 2020).

Conceitualmente, a vitamina D trata-se de um pré-hormônio e, junto com o paratormônio (PTH), atua como importante regulador da homeostase do cálcio e do metabolismo ósseo. A vitamina D é obtida através de adequada exposição aos raios ultravioleta B (UVB), sendo produzida tanto pela derme quanto pela epiderme. Tudo começa com 7-DHC (7-deidrocolesterol) que, quando exposto à luz UVB na pele humana, se transforma em vitamina D3 através do isômero intermédio pré-vitamina D3. Assim, a taxa de formação da vitamina D3 no tecido cutâneo possui relação direta com o tempo e a intensidade da luz UVB e com a pigmentação cutânea e biodisponibilidade do 7-DHC na pele, que varia com as estações e com a latitude (DIRKS, ACKERMANS, LIPS et al., 2018; FEBRASGO, 2017; CHRISTAKOS et. al., 2010).

As formas mais importantes da vitamina D são a vitamina D2 e a D3, ambas biologicamente inativas. A vitamina D pode ser adquirida por meio de dieta ou suplementos nutritivos e pela absorção na pele (MOISE, 2018).

Uma pequena porção da vitamina D3 pode ser ingerida diretamente pelo consumo de produtos de origem animal. Outra forma isomérica, a vitamina D2, não é sintetizada pelo corpo, mas pode ser extraída de algumas plantas e fungos. Assim, a síntese da vitamina D2 ou o ergocalciferol, ocorre a partir do ergosterol, uma substância que ocorre em levedura e plantas. Ambas as formas se comportam da mesma maneira e passam pelo mesmo processo metabólico. Tanto a suplementação via oral quanto a frequente exposição ao sol podem ser recomendadas para idosos que apresentem deficiência e/ou insuficiência da vitamina D (DIRKS, ACKERMANS, LIPS et al., 2018; KHUNDMIRI, MURRAY, LEDERER et al., 2016; SARAIVA, 2005).

As fontes alimentares ricas em vitamina D, que contêm uma concentração natural importante de vitamina D3, são peixes como arenque, atum, salmão, cavala e os óleos de fígado de peixe, além de ela ser encontrada em nozes, amêndoas e azeite. Ainda, mínimas quantidades podem ser encontradas na manteiga, leite, gema de ovo, fígado, alguns vegetais, levedura e cogumelos, porém, tais alimentos são escassos e pouco presentes em dietas diárias. Estudos revelam que apenas 10% a 20% da vitamina D necessária para a função adequada no organismo provém da dieta (FEBRASGO, 2017; PEDROSA e LAZARETTI-CASTRO, 2005).

Valores adequados da vitamina correspondem a 20 minutos de exposição diária, com 25% da superfície corpórea sem protetor solar, ou seja, braços e pernas desde que estejam totalmente descobertos (Saraiva et al. 2007). Moise (2018), complementa que a exposição solar moderada em braços e pernas, com média de 5 a 30 minutos duas vezes por semana é suficiente. Segundo a autora, acredita-se que cinco minutos por dia de exposição solar incidental é eficiente para a produção de vitamina D em pessoas que queimam facilmente, e até 20 minutos são suficientes para uma pessoa com pele mais escura.

Ambientes insuficientes de raios UVB, com alta latitude durante o inverno, podem resultar em insuficiência ou deficiência dos níveis de 25(OH)D. A quantidade de exercício

físico que os idosos executam também varia com as estações do ano. Homens e mulheres com mais de 60 anos gastam mais energia no verão em comparação com a temporada de inverno. As estações do ano também estão associadas com uma variedade maior de atividades realizadas, sendo predominantes no verão. A força muscular reduzida pela falta de exercício físico adequado nos meses de inverno pode predispor os idosos a um aumento do risco de quedas relacionadas, por exemplo, a tropeções, o que pode justificar a necessidade de um programa de prevenção de quedas multifacetado (BIRD et al., 2013).

No Brasil, a deficiência de vitamina D é prevalente apesar do clima tropical, com pouca variação sazonal e luz solar suficiente. Segundo estudos recentes, a população idosa residente na cidade de São Paulo apresentou concentrações inadequadas em 42% dos indivíduos avaliados. Há um declínio da sua concentração relacionado à idade. Indivíduos com idade superior a 75 anos assinalam uma redução de 65% na sua concentração quando comparados àqueles com idade inferior a 30 anos. Estudos mostram a deficiência da vitamina D (25(OH)D) em mulheres idosas e independentes fisicamente no Brasil, ou seja, que conseguem cumprir suas AVDs sem precisar de auxílio (CARVALHO et al., 2018; FEBRASGO, 2017).

Lucas et al. (2005) encontraram um número significativo de insuficiência da vitamina D em mulheres pós-menopausadas, independentes e saudáveis, no verão do Norte da Nova Zelândia (região subtropical). Esse número aumentou substancialmente nos meses de inverno. Os autores explicam que esta alteração pode interferir no metabolismo do cálcio e do osso e, portanto, eles apoiam a sugestão de que a suplementação de vitamina D durante o inverno deve-se tornar uma prática comum mesmo em regiões subtropicais.

Dessa forma, está bem estabelecido que a deficiência de vitamina D provoca hiperparatireoidismo secundário e perda óssea. O resultado do estudo Lasa (Longitudinal Aging Study Amsterdam) confirmou que baixos níveis séricos de 25(OH)D estão associados a um aumento de PTH sérico, ao aumento da reabsorção óssea, à menor DMO (Densidade Mineral Óssea) e ao menor desempenho físico (KUCHUK e col., 2009).

No estudo de Sakamoto (2019) sobre as implicações da falta de exposição ao sol e a deficiência de vitamina D em idosos, a autora explica que a insuficiência dos níveis da 25(OH)D pode ser expressa em <30 ng/mL (<75 nmol/L), e a deficiência em <20 ng/mL.

Com relação ao nível de 25(OH)D no sangue, ainda há controvérsia sobre quais concentrações constituem um valor adequado. As diretrizes do *Institute of Medicine* afirmam que, para o indivíduo saudável, concentrações de 25(OH)D acima de 20 ng/mL são suficientes para manter a saúde óssea e a saúde em geral. Os níveis entre 20 ng/mL e 12 ng/mL são geralmente inadequados para a saúde óssea e geral; níveis inferiores a 12 ng/mL estão associados à deficiência de vitamina D e podem causar desordem na mineralização óssea. Já a *Endocrine Society* tem recomendações ligeiramente diferentes, focadas em risco de doença crônica. Estas diretrizes definem a deficiência de vitamina D como concentrações inferiores a 20 ng/mL e consideram esse nível inadequado para su-

portar as funções esqueléticas e extra-esqueléticas da vitamina D. Níveis entre 20 ng/mL e 30 ng/mL são considerados insuficientes; níveis superiores a 30 ng/mL são considerados suficientes para suportar o funcionamento adequado da vitamina D em todo o corpo (SMITH e TANGPRICHA, 2019).

E para utilizar uma referência nacional, o posicionamento da SBPC/ML e SBEM, em relação aos valores ideais da 25(OH)D para a população mostram que deve ser estratificado de acordo com a idade e as características clínicas e individuais.

Assim, para a população em geral, níveis de 25(OH)D entre 20 e 60 ng/mL são considerados normais, enquanto indivíduos com níveis abaixo de 20 ng/mL são considerados deficientes em vitamina D. Esta declaração identifica os benefícios potenciais de manter os níveis de 25(OH)D > 30 ng/mL em condições específicas, incluindo pacientes com idade > 65 anos ou grávidas, aqueles com quedas recorrentes, fraturas por fragilidade, doença renal crônica ou câncer, osteoporose, hiperparatireoidismo secundário e indivíduos que usam medicamentos com potencial para afetar o metabolismo da vitamina D (como glicocorticóides, anticonvulsivantes e antifúngicos). Essa declaração também chama a atenção para o risco de intoxicação por vitamina D, uma condição que ocorre em níveis acima de 100 ng/mL (MOREIRA e col., 2020).

A ingestão de 1.000 a 2.000 UI/dia (Unidades Internacionais) de vitamina D (colecalciferol) é indicada para manter a quantidade sérica de 30 ng/mL. De acordo com as diretrizes de práticas endócrinas, para estabelecer que os pacientes estão em risco em relação a quantidade de vitamina D é importante considerar que: de 19 a 70 anos, a ingestão recomendada é de 1.500-2.000 IU/dia, não devendo ultrapassar o limite de 10.000 UI/dia e para 70 anos ou mais, 1.500-2.000 UI/dia, não devendo ultrapassar 10.000 UI/dia (MAEDA e col., 2014; ENDOCRINE SOCIETY, 2011).

Assim, se por um lado os estudos indicam que a deficiência da vitamina D pode causar um decréscimo na função neuromuscular, além de uma fraqueza muscular, a suplementação desta vitamina pode reverter o quadro para esse fim.

Consequências da insuficiência e deficiência da vitamina D no sistema musculoesquelético dos idosos

As ações mais conhecidas e estudadas da vitamina D estão relacionadas ao metabolismo ósseo onde seu papel é crucial, pois ela participa da função das células ósseas e função muscular. Em situações onde o nível da vitamina D é extremamente baixo [25(OH)D < 10 ng/mL], pode ocorrer um defeito de mineralização do tecido ósseo, caracterizando a osteomalácia nos adultos e o raquitismo nas crianças. Consequências graves como deformidades ósseas e fraturas, fraqueza muscular e até dor óssea são características clínicas

de deficiência de vitamina D. A existência de efeitos extra-esqueléticos da vitamina D continua sob investigação (FERREIRA et al., 2017).

A diminuição da massa muscular instalada pelos idosos é causada por redução tanto no tamanho como no número de fibras musculares. As fibras do tipo II (contração rápida) são mais afetadas que as fibras do tipo I (contração lenta). Associada a essa perda ocorre também diminuição da força muscular e ambas repercutem negativamente no desempenho funcional, aumentando o risco de quedas e fraturas nesta população (PEDROSA e LAZARETTI-CASTRO, 2005).

Sendo assim, estudos identificam que o exercício físico quando combinado com suplementação de vitamina D e cálcio exerce efeitos eficazes na melhoria da densidade mineral óssea, bem como na força muscular promovendo um aumento significativo na qualidade de vida da população que já passou dos 60 anos.

Para Snijder et al. (2006), um valor acima de 32 ng/mL (80 nmol/L) geralmente é aceito como suficiente para a saúde óssea. A toxicidade da vitamina D é um problema conhecido, mas é uma ocorrência rara. Por outro lado, a insuficiência de vitamina D é um problema crescente, de saúde pública, que deve ser considerado.

A interação - exercício físico + vitamina D - no desempenho funcional dos idosos

De acordo com Robinson, Reginster, Rizzoli et al. (2018), os mecanismos pelos quais a vitamina D afeta a força, a função e o músculo não são totalmente compreendidos, mas podem ser mediados pelo receptor da vitamina D (VDR). Os autores explicam que o número de VDR presente no tecido muscular humano tem diminuído com a idade, no entanto, a sua expressão pode ser alterada pela suplementação de vitamina D.

Para Koundourakis et al. (2016), as fibras musculares do tipo II atuam na velocidade de contração muscular rápida em atividades anaeróbicas de curta duração, como saltar, correr, acelerar, desacelerar, e atividades com mudança de direção, que são de importância crucial para a maioria dos atletas, e estão altamente relacionadas com as células musculares do tipo II. A manutenção de células musculares do tipo II é importante para os idosos, bem como para os atletas. No caso dos idosos, a reversão de atrofia de fibras do tipo II, com a suplementação de vitamina D, representa um risco aproximadamente 20% menor de queda.

Em uma revisão de Daly (2010), o termo “interação” explicou os efeitos combinados de duas ou mais variáveis como sendo mais do que a quantidade de seus efeitos individuais. Assim, um efeito de “interação” de 25(OH)D com programas de exercícios multifuncionais implica em resultados multiplicativos em mulheres idosas. Nessa revisão, o treino de resistência progressiva regular com exercícios de força e equilíbrio, como aqueles em programas de exercícios multifuncionais, mais a suplementação de 25(OH)D (700-1.000

IU/dia) foram importantes para manter e otimizar a força e função muscular em mulheres idosas.

De acordo com Maeda e col. (2014) e Sakamoto (2019), algumas capacidades físicas e habilidades motoras (equilíbrio dinâmico, agilidade e força muscular) precisam de concentração sérica de 25(OH)D acima de 30 ng/mL para responder a estímulos que exigem ação de fibras de contração rápida. Além disso, a recomendação de orientar os idosos a tomarem a vitamina D/ colecalciferol, 1 vez por semana para facilitar a aderência pode ser mais adequada.

No estudo de intervenção de Nascimento e col. (2019), o objetivo foi investigar o efeito da suplementação da 25(OH)D, em interação com exercícios físicos em mulheres idosas durante 12 meses. 146 mulheres idosas praticavam hidroginástica, 99 idosas praticavam ginástica multifuncional e 100 mulheres idosas vieram da comunidade e não faziam exercícios **físicos há um ano (grupo controle)**. **Em cada grupo, aquelas** que tinham níveis de 25(OH)D insuficientes e/ou deficientes foram instruídas a consumir 21.000 UI / semana (4 gotas /semana) de colecalciferol por 12 meses. Todas fizeram testes físicos e funcionais, exames laboratoriais e densitometria óssea no início e final da pesquisa. Os autores concluíram que houve um aumento significativo da 25(OH)D em todas as idosas que suplementaram a vitamina, e a interação com os testes físicos, principalmente de força de membros inferiores e equilíbrio, foi significativa.

Nesse sentido, a interação dos **níveis de 25(OH)D**, acima de 30 ng/mL, com a prática de exercícios **físicos** pelos idosos é uma ferramenta necessária para a manutenção da independência nas atividades funcionais e de vida diária.

Considerações finais

Preservar os níveis de 25(OH)D, iguais ou acima de 30 ng/mL, **é** importante para um melhor desempenho funcional e para a manutenção da independência das atividades de vida diária dos idosos.

Os profissionais da área da saúde, incluindo os da Educação Física, devem sempre trabalhar em equipes multidisciplinares, principalmente com a presença de Geriатras e Gerontólogos. Esses profissionais possuem conhecimento suficiente para recomendar que sejam monitoradas as reservas de vitamina D dos idosos, uma vez que, em conjunto com os exercícios físicos, tal prática pode contribuir para o desempenho físico e funcional dessa população. É necessário que a educação e o diálogo para essas questões sejam permanentes, e a disseminação desse tipo de conhecimento entre este público é premente.

Tanto a suplementação via oral, quanto a frequente exposição ao sol devem ser recomendadas para idosos que apresentam deficiência e/ou insuficiência da vitamina D,

sobretudo para os institucionalizados e para os que estão em situação de vulnerabilidade onde, muitas vezes, a informação a respeito do assunto não está facilmente acessível.

A combinação “vitamina D em níveis suficientes + programa de exercícios físicos multifuncionais”, assim como as campanhas de prevenção de quedas, hipertensão e tantas outras devem ser tratadas como uma questão de saúde pública para os idosos, uma vez que manter a independência, prevenir quedas e contribuir para um envelhecimento mais ativo, além de melhorar a qualidade de vida, é uma questão de cidadania e responsabilidade do Estado, da sociedade civil, da família e de todos nós, para envelhecermos com dignidade e bem, do ponto de vista físico e funcional.

Referências

- KUNLIN, J. M. D (ed.). New perspectives on healthy aging. *Progress in Neurobiology*. v. 157, Oct. 2017.
- CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. 1. ed., [s. n.]: Rio de Janeiro, 2015.
- BANCO INTERNACIONAL PARA A RECONSTRUÇÃO E O DESENVOLVIMENTO/BANCO MUNDIAL. *Envelhecendo em um país mais velho*. Washington, USA, 2011.
- DORING, M.; MORETTO, C. F.; DIEHL, A. A. e col. *Envelhecimento humano: aspectos populacionais e de saúde na contemporaneidade*. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2018. 314p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança estratégia para promoção do envelhecimento saudável. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2017/novembro/06/06-11-2017-Saude-do-Idoso.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- BUENO, D. R. e col. Nível de atividade física, por acelerometria, em idosos do município de São Paulo: estudo Sabe. *Rev. Bras. Med. Esporte*, v. 22, n. 2, mar.-abr., 2016.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; LEITÃO e MELLO, J. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano, A. A. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. 604 p.
- MOREIRA, L. D. F; FRONZA, F. C.; DOS SANTOS, R. N. e col. High-intensity aquatic exercises (HydrOS) improve physical function and reduce falls among postmenopausal women. *Menopause*. 20(10):1.012-9, Oct. 2013.
- AGOSTINI, D.; ZEPPA S. D.; LUCERTINI, F. e col. Muscle and bone health in postmenopausal women: role of protein and vitamin D supplementation combined with exercise training. *Nutrients*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6116194/>. Acesso em: 23 abr. 2019.
- EHN M. e col. Activity Monitors as Support for Older Persons' Physical Activity in Daily Life: Qualitative Study of the Users' Experiences. *JMIR Mhealth Uhealth*. 6(2): e34, 2018.
- REITLO, L. S.; SANDBAKK, S. B.; VIKEN, H. e col. Exercise patterns in older adults instructed to follow moderate- or high-intensity exercise protocol: the generation 100 study. *BMC Geriatrics*. 18:208, 2018.
- JENKIN, C. R.; EIME, R. M.; WESTERBEEK, H. e col. Sport and ageing: a systematic review of the determinants and trends of participation in sport for older adults. *BMC Public Health*. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29273036>. Acesso em 22 abr. 2019.
- SILVA, P. A. Physical activity among older adults: a meta-review of eu-funded research projects. *Ageing Research Reviews*. V. 38, p. 6-17, Sep. 2017.

- COSTA, e col. Estudo comparativo das adaptações fisiológicas agudas durante a execução de três variantes de um exercício básico de hidroginástica. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.* 10(4):323-329, 2008.
- NASCIMENTO, N. A. P. e col. Relation among 25(OH)D, aquatic exercises, and multifunctional fitness on functional performance of elderly women from the community. *J. Nutr. Health Aging.* 20(4):376-82, 2016, Apr.
- MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica.* 3 ed. Porto Alegre: Sulina, 2009. 318p.
- MOREIRA, L. D. F.; FRONZA, F. C.; DOS SANTOS, R. N. e col. The benefits of a high-intensity aquatic exercise program (HydrOS) for bone metabolism and bone mass of postmenopausal women. *J. Bone Miner. Metab.* Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302014000500514. Acesso em: 23 abr. 2019.
- NEW ZEALAND. Ministry of health. *Guidelines on physical activity for older people (aged 65 years and over).* Wellington, 2013.
- LEITE, J. C.; FORTE, R.; de VITO, G. e col. Comparison of the effect of multicomponent and resistance training programs on metabolic health parameters in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25770063>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- CARVALHO, M. J. e col. Training and detraining effects on functional fitness after a multicomponent training in older women. *Gerontology.* 55:41-48, 2009.
- NASCIMENTO, N. A. P. Effect of vitamin D level and physical exercise on the physical performance and functional test results in elderly women. *J. Geriatr. Med. Gerontol.* 5:061, 2019.
- MARQUES, E. A.; MOTA, J.; MACHADO, L. e col. Multicomponent training program with weight-bearing exercises elicits favorable bone density, muscle strength, and balance adaptations in older women. *Calcif Tissue Int.* 88:117-129, 2011.
- NASCIMENTO, C. M.; INGLES, M.; SALVADOR-PASCUAL, A. e col. Sarcopenia, frailty and their prevention by exercise. *Free Radical Biology and Medicine.* 20;132:42-49. 2018.
- MOREIRA, C. A. e col. *Reference values of 25-hydroxyvitamin D revisited: a position statement from the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society of Clinical Pathology/ Laboratory Medicine (SBPC).* Arch Endocrinol Metab. 64/4, 2020.
- DIRKS, N. F.; ACKERMANS, M. T.; LIPS, P. e col. The when, what & how of measuring vitamin D metabolism in clinical medicine. *Nutrients.* v. 10 (4): 482, 2018, Apr.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *A importância da vitamina D na saúde da mulher.* Disponível em: <https://www.febbrasgo.org.br/pt/noticias/item/129-e-feito-da-suplementacao-isolada-de-vitamina-d-sobre-a-remodelacao-ossea-em-mulheres-na-pos-menopausa>, 2017. Acesso em: 22 abr. 2019.
- CHRISTAKOS, S. e col. Vitamin D: metabolism. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, v. 39, i. 2, p. 243-253, 2010.
- MOISE, A. Vitamin D in critically ill patients: from molecular damage interactions to clinical outcomes benefits. When, why, how? *Central Eur. J. Clin. Res.*, 1(1):59-66, 2018.
- KHUNDMIRI, S. J.; MURRAY, R. D.; LEDERER, E. e col. PTH and vitamin D. Regulation and actions of PTH and vitamin D. *Comprehensive Physiology*, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cphy.c140071>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- SARAIVA, G. L. e col. Influence of ultraviolet radiation on the production of 25 hydroxyvitamin D in the elderly population in the city of São Paulo (23° 34`S) Brazil. *Osteoporos. Int.* n. 16, p.1.649-1.654, 2005.
- PEDROSA M. A. C; LAZARETTI-CASTRO, M. Papel da vitamina D na função neuromuscular. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 49, n. 4, ago. 2005.

SARAIVA, G. L. e col. Prevalence of vitamin D deficiency, insufficiency and secondary hyperparathyroidism in the elderly inpatients and living in the community of the city of São Paulo, Brazil. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 51, n. 3, 2007.

BIRD, M. e col. Serum [25(OH)D] status, ankle strength and activity show seasonal variation in older adults: relevance for winter falls in higher latitudes, 2013. *Age and Ageing*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22585931>. Acesso em: 22 abr. 2019.

CARVALHO, V. A. e col. The influence of 25-hydroxyvitamin D and High-Density Lipoprotein Cholesterol on BIA Resistance results and aging on BIA Reactance results in elderly people. *Clin. Nutr. ESPEN*. 27:92-95, 2018, Oct.

LUCAS, J. A. e col. Determinants of vitamin D status in older women living in a subtropical climate. *Osteoporos Int*. 16:1.641-1.648, 2005.

KUCHUK, N. O. e col. Relationships of Serum 25-Hydroxyvitamin D to bone mineral density and serum parathyroid hormone and markers of bone turnover in older persons. *J. Clin. Endocrinol Metab*. 94(4):1.244-1.250, Apr. 2009.

SAKAMOTO, R. R. Sunlight in vitamin D deficiency: clinical implications. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1555415518307499>. Acesso em: 23 abr. 2019.

SMITH, E. M.; TANGPRICHA, V. Vitamin D. *Nutritional anemia*: scientific principles, clinical practice, and public health. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.

MAEDA, S. S. e col. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D, 2014. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab*. Disponível em: http://www.pncq.org.br/uploads/2014/qualineWS/02_ABEM585_miolo.pdf. Acesso em: 23 abr. 2019.

ENDOCRINE SOCIETY ANNOUNCES NEW CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR VITAMIN D. *The Endocrine Society released new clinical practice guidelines calling for vitamin D concentrations of 30-60 ng/ml (75-150 nmol/L), closely approaching the recommendation of 40-60 ng/ml of the GrassrootsHealth' consortium of vitamin D experts*. Boston, MA, Jun. 06, 2011.

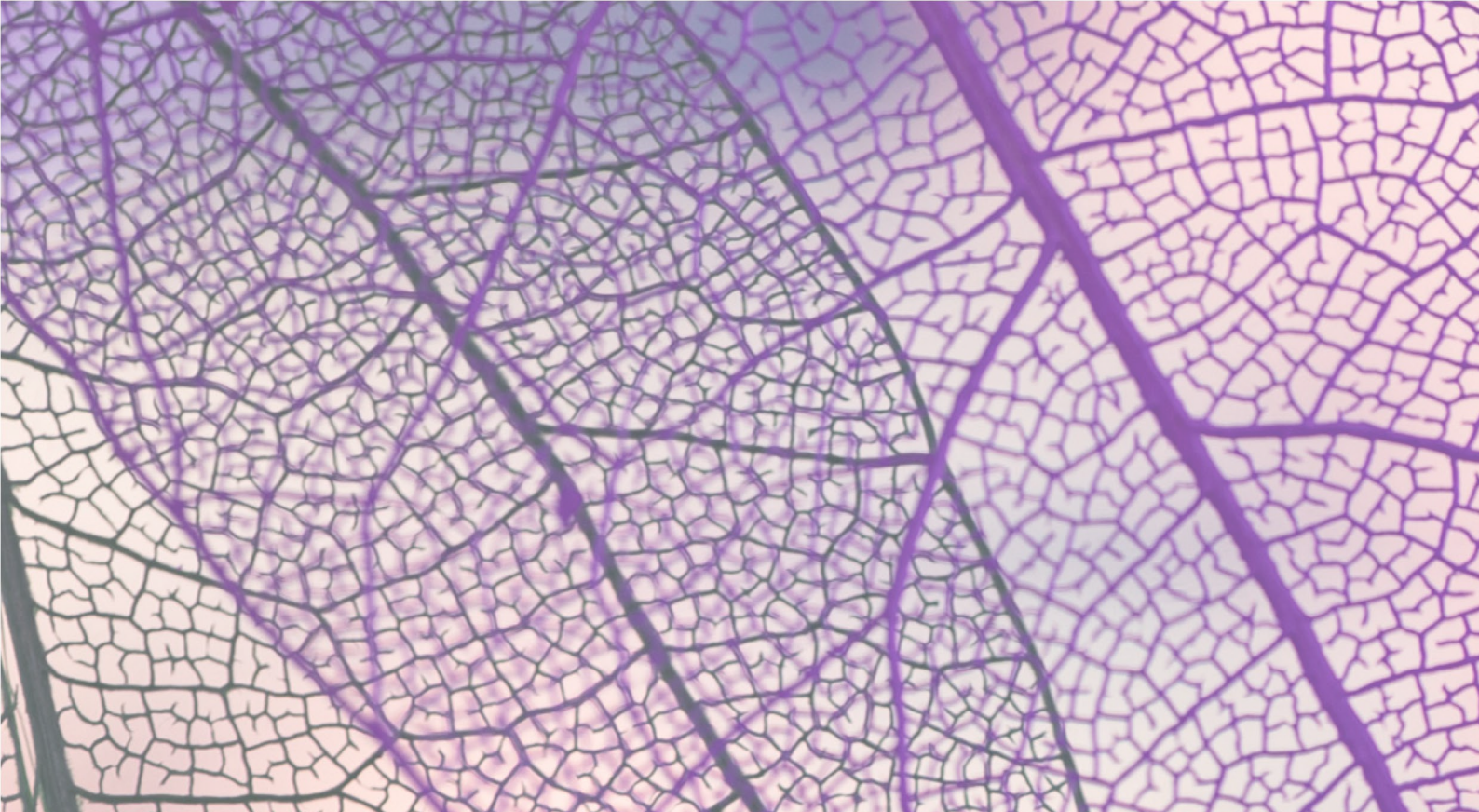
FERREIRA, C. E. S. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial (SBPC/ML) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) sobre intervalos de referência da vitamina D [25(OH)D]. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* [online]. 2017, vol.53, n.6, pp.377-381. ISSN 1678-4774.

SNIJDER, M. B. e col. Vitamin D status in relation to one-year risk of recurrent falling in older men and women, 2006. *J. Clinical Endocrinol Metab*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16684818>. Acesso em: 23 abr. 2019.

ROBINSON, S. M.; REGINSTER, J. Y.; RIZZOLI, R. e col. Does nutrition play a role in the prevention and management of sarcopenia? *Clinical Nutrition*, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561417302996>. Acesso em: 22 abr. 2019.

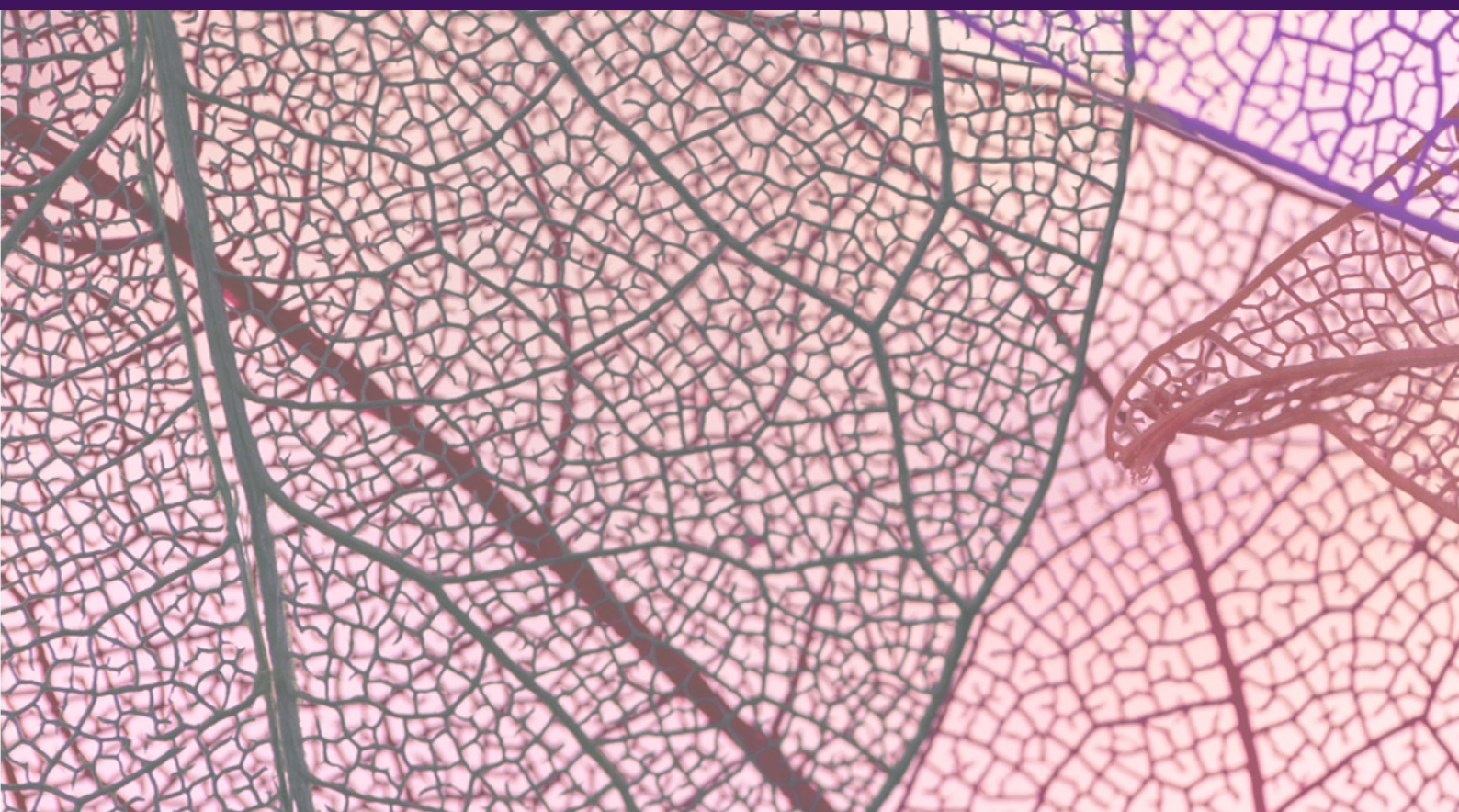
KOUNDOURAKIS, N. E. e col. Muscular effects of vitamin D in young athletes and non-athletes and in the elderly. *Hormones*. 15(4):471-488, 2016.

DALY, R. M. Independent and Combined Effects of Exercise and Vitamin D on Muscle Morphology, Function and Falls in the Elderly. *Nutrients* 2010, 2, 1005-1017; doi:10.3390/nu2091005.



Seção 2

Cuidados de Longa Duração e Instituições de Longa Permanência



A Importância da Coordenação de Serviços Sociais e de Saúde nos Cuidados de Longa Duração: A Experiência dos Estados Unidos



Lycia Tramujas Vasconcellos Neumann

saúde voltadas à população em situação de vulnerabilidade social.

Introdução

Em agosto de 2015, me mudei com marido e filhos para os Estados Unidos para cursar o doutorado em Saúde Pública na *University of Pittsburgh*. Depois de realizar algumas pesquisas e trabalhos na universidade e em organizações locais, decidi fazer minha tese na área de cuidados de longa duração, cuidados pessoais e de saúde prestados a pessoas com limitações funcionais, aqui chamados *long-term services and supports* - LTSS (serviços e apoios de longa duração) (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2016). O desafio era enorme, pois, ter vindo do Brasil, um país com um sistema unificado de saúde pública que oferece cobertura universal e gratuita a todos os cidadãos, mas que ainda enfrenta enormes dificuldades para reduzir as desigualdades sociais e de saúde históricas e não possui uma política de cuidados de longo prazo para a população idosa, me dava poucas referências para compreender o sistema de saúde americano e as atuais políticas de

Sendo assim, com o apoio de meus professores, mergulhei numa revisão bibliográfica ampla, sobre a história dos sistemas de saúde pública no país, e os desafios e oportunidades que levaram à criação de novos modelos de cuidados em saúde. A pesquisa tinha por objetivo principal me ajudar a compreender os caminhos e o contexto que levaram à criação de uma política de cuidados de longa duração para idosos e pessoas com deficiência. Política esta que tem sido adotada por um número crescente de estados no atendimento à população de baixa renda sob o nome *Managed Long-Term Services and Supports* – MLTSS (serviços e apoios coordenados de longa duração).

Mais de 13 milhões de pessoas nos Estados Unidos, entre adultos e idosos, precisam de cuidados de longa duração (LTSS) (Nguyen, 2017), que incluem serviços médicos e não-médicos para realizar atividades da vida diária (AVDs). Com a população idosa mais do que dobrando nos próximos 40 anos (Reaves & Musumeci, 2015), estima-se que o número de pessoas que precisam de LTSS aumentará em quase 70% nas próximas décadas, especialmente entre

aqueles com mais de 85 anos de idade (O’Keeffe et al., 2010; Reinhard et al., 2017; U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, 2017).

A necessidade de *LTSS* é normalmente medida pela capacidade funcional do indivíduo, isso é sua capacidade de fazer e gerenciar atividades da vida diária como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, ir ao banheiro, e se transferir de um lugar para outro (U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, 2008). Como os adultos de baixa renda com necessidades de *LTSS* estão entre as populações mais complexas e de alto custo para os governos, existe uma pressão crescente sobre os formuladores de políticas públicas para encontrar maneiras mais custo-efetivas de fornecer cuidados de longa duração tanto no ambiente institucional quanto no comunitário (Anthony et al., 2017; Nguyen, 2017; Reaves & Musumeci, 2015).

Essas soluções passam por compreender a importância dos determinantes sociais de saúde e atuar de forma coordenada na identificação e atendimento às necessidades sociais e de saúde de cada indivíduo e sua família. Neste contexto, a figura do coordenador de cuidados é fundamental. Este profissional, normalmente de serviço social ou enfermagem, torna-se uma referência para o idoso e sua família, e é responsável por construir planos individualizados de cuidado e garantir a sua implementação, conectando o idoso aos serviços de que necessita e acompanhando os resultados.

Neste capítulo, levo vocês a conhecerem um pouco sobre os sistemas públicos de saúde nos Estados Unidos, e a evolução que vem acontecendo no financiamento governamental de cuidados de longa duração para idosos vulneráveis de baixa renda. Ao longo da minha trajetória de aprendizagem sobre este tema, em muitos momentos me perguntei: o que o Brasil poderia aprender com a história e os modelos atuais de política em saúde americanos? Coloco essa questão para você, leitor(a). Ao ler este capítulo provavelmente identificará similaridades e diferenças importantes na evolução, contexto, cultura e premissas das políticas e estratégias adotadas no Brasil e nos Estados Unidos no cuidado com suas populações idosas.

Acho importante destacar que não defendo a transferência direta de ideias e práticas de um país para o outro, ou ainda de uma comunidade para a outra. Ainda que possamos sempre aprender com experiências que deram certo ou errado em outros lugares, temos que considerar as especificidades do contexto onde esperamos fazer a diferença. A história local, os fatores que contribuem para as questões que queremos resolver ou minimizar, e as expectativas e aspirações de todos envolvidos são aspectos que, a meu ver, devem guiar a adoção de políticas, programas, e estratégias baseados em experiências “importadas”. Minha expectativa com este capítulo é a de compartilhar conhecimentos que inspirem reflexões sobre como melhor cuidar da população idosa, principalmente dos grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade por questões socioeconômicas e de saúde.

A criação de um sistema nacional de saúde começou a ser discutida nos Estados Unidos no início do século 20, quando Theodore Roosevelt incluiu esta ideia na sua plataforma política ao concorrer à presidência do país. Mas foi o presidente Harry S. Truman quem, em 1945, fez a primeira grande pressão política neste sentido, ao propor ao Congresso a criação de um fundo nacional de saúde para financiar a cobertura em saúde para todos os americanos (Anderson, 2016). Apesar de ter sua proposta rejeitada, Truman não desistiu da ideia e foi um dos maiores apoiadores da criação dos sistemas públicos de saúde que até hoje existem no país: Medicare e Medicaid.

Lançados em 1965 pelo presidente Lyndon B. Johnson, Medicare e Medicaid são programas distintos, com características, público-alvo, modelo de atuação e financiamento diferentes (U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, 2015). Uma breve apresentação dos dois programas e sua evolução histórica ajudam a compreender o momento que vive os Estados Unidos na busca por maior coordenação, eficiência e efetividade nos cuidados às populações mais vulneráveis.

Medicare, o programa de saúde pública para idosos e pessoas com deficiência

Medicare é um programa nacional de saúde criado para ajudar os idosos com custos médicos e hospitalares, e está disponível para a maioria das pessoas com 65 anos ou mais (U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, 2016a). Quando o programa foi criado, em 1965, os idosos representavam o grupo populacional com maior probabilidade de viver na pobreza e apenas metade da população idosa possuía cobertura de seguro de saúde. Logo após a sua implementação, mais de 19 milhões de pessoas se inscreveram no programa (U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, 2015).

Gerenciado pelo governo federal e financiado com recursos do *Medicare Trust Fund*, receitas tributárias e contribuições dos beneficiários, o Medicare cobre serviços de tratamento e pós-tratamento de condições agudas de saúde para todos os cidadãos que tenham pelo menos 10 anos de trabalho qualificado pelo Medicare (onde a contribuição mensal ao programa é descontada em folha), independentemente da renda ou de suas condições de saúde. Além disso, os critérios de elegibilidade para o Medicare incluem: (1) ter 65 anos ou mais; ou (2) ter menos de 65 anos e estar recebendo um Seguro de Incapacidade da Seguridade Social por mais de 2 anos; ou (3) apresentar doença renal terminal (DRT) ou esclerose lateral amiotrófica (ELA) (Cubanski et al., 2015; Grabowski, 2007; Reaves & Musumeci, 2015).

Quando implementado inicialmente, Medicare cobria apenas os serviços hospitalares e médicos (Parte A e Parte B, também chamados de “Medicare Original”). Ao longo dos anos, o Congresso fez alterações no programa, expandindo sua cobertura a outros grupos

populacionais (como pessoas com doença renal terminal que necessitam de diálise ou transplante de rim) e a outros serviços (como a cobertura de medicamentos com prescrição médica) (U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, n.d.-b). Atualmente o programa é composto por quatro partes complementares, sendo a parte C gerenciada por planos de saúde privados, de forma suplementar (vide figura 1).

As quatro partes do Medicare:

- Parte A: cobre atendimento hospitalar em hospitais e instalações de enfermagem, cuidados paliativos e alguns serviços de saúde em casa (*home health care*).
- Parte B: cobre serviços médicos, atendimento ambulatorial, cuidados preventivos, serviços de saúde em casa e equipamentos médicos duráveis prescritos pelos médicos para uso doméstico.
- Parte C: também chamada *Medicare Advantage*, é gerenciada por planos de saúde privados. Inclui todos os serviços das Partes A e B e, pode incluir, em alguns casos, cobertura de medicamentos controlados e outros benefícios adicionais.
- Parte D: também chamada *Medicare Prescription Drug Plan*, cobre medicamentos prescritos pelo médico de forma suplementar às partes acima.

Figura 1: As quatro partes do Medicare (Cubanski et al., 2015)

Em 2015, na celebração de 50 anos de seu lançamento, o Medicare atendia mais de 55 milhões de pessoas no país (Cubanski et al., 2015). Segundo relatório do governo federal, em 2017 eram 58 milhões de beneficiários, sendo que 3,8 milhões haviam entrado no programa no último ano. Dentre os quase 60 milhões de beneficiários: 15% tinham menos que 65 anos, 48% tinham entre 65 e 74, 26%, entre 75 e 84, e 11% tinham 85 anos ou mais. A grande maioria (82%) vivia em área urbana, 73% recebiam também a cobertura de medicação (Parte D), e 18% eram também beneficiários do Medicaid. A maioria tinha pelo menos uma condição de saúde crônica, e as cinco principais condições crônicas dos beneficiários eram: hipertensão arterial (57%), colesterol alto (41%), artrite (33%), diabetes (27%), e doenças cardíacas (27%). Na pesquisa de satisfação com o programa, 95% dos respondentes indicou estar satisfeito com os serviços de saúde recebidos e com a facilidade de acesso a médicos (U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, 2019).

Medicaid, o programa de saúde pública para pessoas de baixa renda

Considerado um empreendimento de cooperação entre os governos federal e estaduais, o Medicaid é o maior programa de saúde pública nos Estados Unidos e o maior prestador de serviços de saúde em todos os estados (Adams, Gebru, & Kimmel, 2017; Shugarman, Bern, & Foster, 2015). Em fevereiro de 2020, mais de 63 milhões de indivíduos estavam inscritos no Medicaid em todo o país, aproximadamente 20% da população (U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020).

Sob diretrizes federais amplas quanto à elegibilidade, provisão de serviços, administração de programas e remuneração de provedores, os governos estaduais têm grande flexibilidade para definir como o programa funciona em seu estado. Os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS), parte do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS), são responsáveis por aprovar os Planos Estaduais do Medicaid que assim passam a receber repasses do governo federal. Essas contribuições federais, chamadas de *Federal Medical Assistance Percentage* (porcentagem federal de assistência médica), variam de 50 a 82% das despesas totais do estado com Medicaid e o percentual é maior para estados com menor renda per capita (Adams et al., 2017; O’Keeffe et al., 2010).

Para se qualificar para a cobertura do Medicaid, os indivíduos devem atender aos critérios de elegibilidade financeira (devem ter baixa renda ou ter despesas médicas incompatíveis com a sua renda) e não financeira (devem ser cidadãos americanos ou ter status de imigrante e residir em um estado que ofereça cobertura de Medicaid) (U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, n.d.-a). Como outros programas do governo federal, o Medicaid é um “*means-tested entitlement program*”, o que significa que para se qualificar para a cobertura do programa, os indivíduos devem comprovar renda e patrimônio abaixo de um determinado limite. No entanto, os estados têm autonomia para oferecer cobertura do Medicaid além do limite definido pelo governo federal, o que resulta em grandes variações nos critérios de elegibilidade financeira em todo o país (Adams et al., 2017; O’Keeffe et al., 2010).

Estima-se que a cobertura do Medicaid chegue a: 1 em cada 7 adultos entre 19 e 64 anos, 2 em cada 5 crianças, 5 em cada 8 residentes de instituições de longa permanência de idosos, 1 em cada 3 pessoas com deficiência, e 1 em cada 5 beneficiários do Medicare. Idosos e pessoas com deficiência representam 23% dos beneficiários, mas os gastos com este grupo representa 61% das despesas anuais do programa. Com a recente expansão do programa Medicaid em 36 estados e no Distrito de Columbia, a proporção de indivíduos sem seguro de saúde no país caiu de 17% em 2013 para 10% em 2017 (Henry J. Kaiser Family Foundation, 2019).

Os Cuidados de Longa-Duração

As características dos cuidados de longa duração nos Estados Unidos e como eles se relacionam com o Medicare e o Medicaid são pontos importantes para a compreensão do contexto e das tendências que levaram aos modelos atuais de cuidados em saúde para idosos de baixa renda. *Long-Term Care – LTC* (cuidados de longa-duração) é definido como “um continuum de serviços médicos e sociais desenhado para atender às necessidades dos indivíduos que vivem com problemas crônicos de saúde que afetam sua capacidade de realizar atividades cotidianas” (McCall, 2001, p. 3). Esses cuidados abrangem uma ampla

gama de serviços de saúde e relacionados à saúde, cuidados pessoais, serviços sociais e de apoio (como transporte e moradia) necessários a indivíduos de todas as idades que têm limitações funcionais causadas por condições crônicas, deficiências e fragilidades. Podem ser prestados por várias semanas, meses ou anos, em ambientes comunitários (como as próprias moradias, centros-dia, ou *assisted living facilities*) ou em ambientes institucionais (instituições de longa permanência para idosos, instituições de atendimento a pessoas com deficiências, e instituições de saúde mental), e por prestadores pagos ou não remunerados (cuidadores informais) (Anthony et al., 2017; O’Keeffe et al., 2010; Reaves & Musumeci, 2015; C. Woodcock, Stockwell, Tripp, & Miligan, 2011).

Diferentes termos têm sido usado ao longo dos anos para se referir a sistemas e serviços de cuidados de longa-duração (O’Keeffe et al., 2010). Mais recentemente, o termo *Long-Term Services and Supports – LTSS* (serviços e apoios de longa duração) tem sido cada vez mais utilizado na literatura e nos sites governamentais e, portanto, será o termo predominantemente usado neste capítulo.

Pessoas idosas são os principais usuários de *LTSS* pelas limitações funcionais que são agravadas com a idade avançada. Estima-se que, em média, 52% das pessoas que estão chegando aos 65 anos irão precisar de *LTSS* em algum momento da vida. A necessidade por este tipo de serviço é maior nas mulheres (58%) do que nos homens (47%), e essas tendem a precisar por períodos mais longos (2,5 anos e 1,5 anos para mulheres e homens, respectivamente) (Nguyen, 2017).

Projected Lifetime LTSS Need for Persons Turning 65 in 2015, by Duration of Need

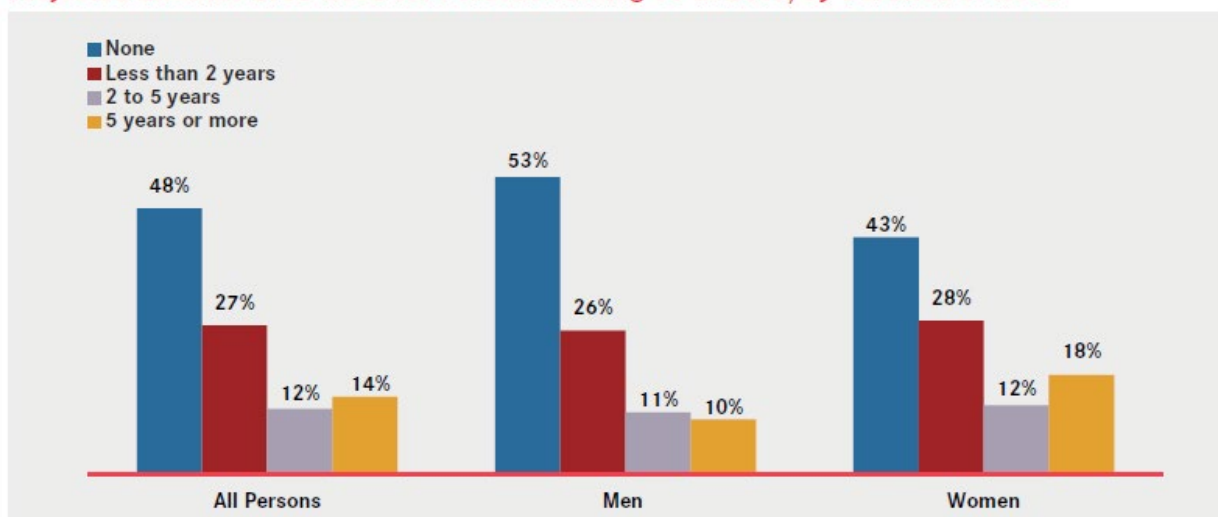


Figura 2: Projeção da Necessidade de LTSS ao Longo da Vida, por Tempo de Necessidade (ASPE as cited in Nguyen, 2017)

Cuidadores informais e formais

São os cuidadores informais, como familiares, parceiros, amigos e vizinhos, os principais prestadores de *LTSS* nos Estados Unidos. Esse cuidado não remunerado engloba desde ajudar com as atividades instrumentais de vida diária (como acompanhar em consul-

tas médicas, ajudar com as tarefas domésticas ou pagar contas), a cuidados mais intensivos com apoio nas atividades de vida diária (como alimentar-se, vestir-se e tomar banho), e no gerenciamento de medicamentos (Anthony et al., 2017; Reaves & Musumeci, 2015). Estima-se que em 2017 cerca de 41 milhões de cuidadores informais dedicaram 34 bilhões de horas ao cuidado de um adulto com limitações nas atividades de vida diária (AVDs), e que essas horas têm um valor econômico de aproximadamente 470 bilhões de dólares (Reinhard, Feinberg, Houser, Choula, & Evans, 2019).

Não obstante esse apoio inestimável oferecido voluntariamente pela família e amigos, à medida que as necessidades diárias de cuidados com o idoso tornam-se mais complexas e intensas, muitos precisam contratar serviços profissionais de LTSS. Esses custos, no entanto, muitas vezes excedem a disponibilidade financeira do idoso, especialmente no caso das famílias de baixa renda. Ilustrando esta questão, a figura 3 mostra os custos médios anuais de atendimento em *nursing home* (instituição de longa permanência de idosos - ILPI), *home health aide* (cuidador formal atendendo em domicílio), e *adult day health care* (centro-dia) (Reaves & Musumeci, 2015).

Long-Term Services and Supports Are Expensive, Often Exceeding What Beneficiaries and Their Families Can Afford

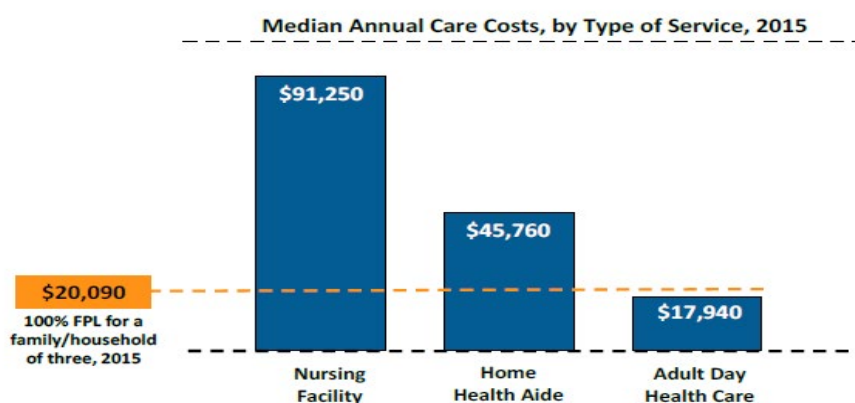


Figura 3: Custos Médios de Cuidados de Longa Duração por Tipo, em Comparação com a Renda Anual de Famílias de Baixa Renda. Reproduzido de *Medicaid and Long-Term Services and Supports: A primer* (Reaves & Musumeci, 2015, p. 3)

Financiamento público do LTSS

O Medicare oferece cobertura limitada para LTSS e não paga por serviços não-médicos (como cuidados pessoais com ADLs) prestados nos domicílios, em instituições de longa permanência, ou outro tipo de moradia dos idosos. O programa cobre a estadia dos beneficiários em instituições de longa-permanência apenas quando o objetivo é a reabilitação pós-hospitalar (Cubanski et al., 2015). Como consequência, o Medicaid é o principal mecanismo de financiamento público de LTSS nos Estados Unidos.

Concebido originalmente para cobrir apenas cuidados de saúde primária e de condições agudas, o Medicaid teve sua cobertura extendida gradualmente, e em meados da

década de 1970 tornou-se o principal financiador público dos serviços prestados em instituições de longa permanência de idosos. Vinte anos depois, o programa tornou-se também a principal fonte de financiamento público para *home and community-based care* – HCBS (serviços domiciliares e comunitários) prestados a adultos e idosos de baixa renda com limitações funcionais (Adams et al., 2017; O’Keeffe et al., 2010).

Em 2013, dentre os 338.8 bilhões de dólares gastos com LTSS no país, 144,5 bilhões (43%) foram financiados pelo Medicaid e 73,9 bilhões (22%) pelo Medicare. Juntos, os dois programas investiram 218,4 bilhões em LTSS, o que representou cerca de 65% de todos os gastos em LTSS naquele ano (Anthony et al., 2017). Como consequência da cobertura limitada do Medicare e poucas opções acessíveis no mercado de seguros privados, o Medicaid tende a continuar sendo o principal pagador de LTSS no país.

Crescente Provisão de Cuidados de Longa Duração em Ambientes Não-Institucionais

Como destacado anteriormente, os serviços e apoios de longa duração (LTSS) no Estados Unidos incluem tanto os cuidados em ambiente institucional, quanto em ambientes comunitários. Os chamados *home and community-based services* – HCBS (serviços domiciliares e comunitários) incluem serviços de cuidados pessoais, centros-dia, adaptações na moradia, apoio aos cuidadores informais, e o uso de tecnologias assistivas (Watts, Musumeci, & Ubri, 2017).

Historicamente a maior parte do financiamento público para o LTSS foi usado para cobrir cuidados institucionais. Gradativamente, no entanto, o Medicaid vem investindo mais em HCBS e, desde de 2012, o investimento é proporcionalmente maior em serviços domiciliares e comunitários do que em serviços institucionais, como mostra a figura 4.

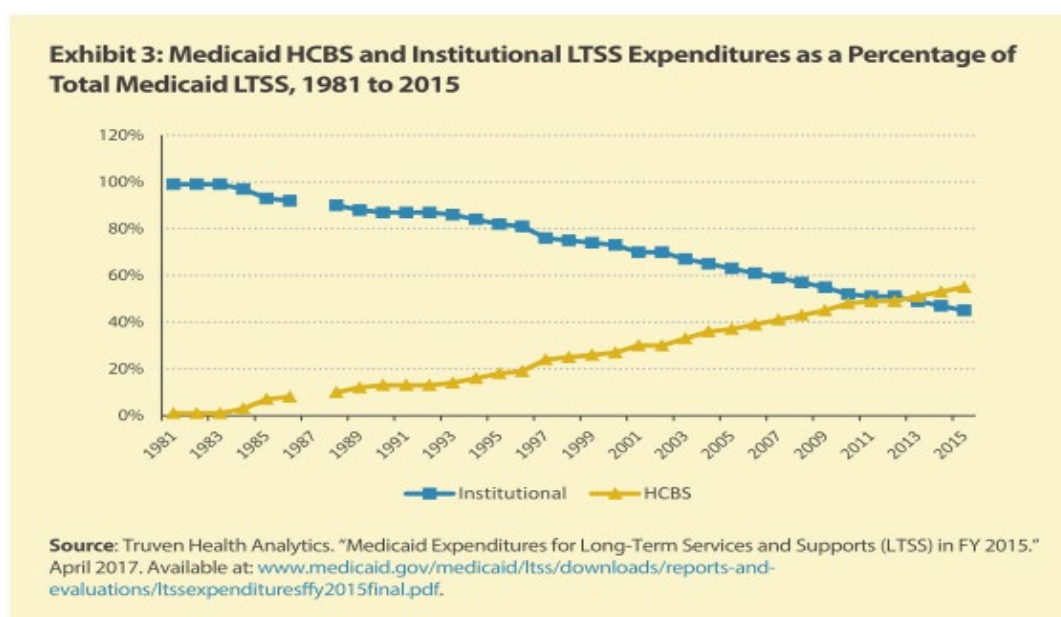


Figura 4: Proporção de Financiamento de Cuidados de Longo Prazo pelo Medicaid em Atendimento Institucional em Não-Institucional (HCBS) (Anthony et al., 2017)

Essa mudança é resultado da combinação de preferências individuais e familiares com a promulgação de dispositivos legais estabelecendo que os estados devem prestar assistência social e de saúde no ambiente menos restritivo possível (C. H. Woodcock, 2015). É também o resultado das preocupações dos governos com os altos custos do LTSS institucional, uma vez que, conforme apresentado na figura 3, os custos anuais dos cuidados prestados em instituições de longa permanência são quase o dobro do custo do atendimento domiciliar. Para receber financiamento federal do Medicaid para HCBS, os estados precisam comprovar que os serviços atendem a critérios de qualidade e não custarão mais do que se prestados em instituições. (Anthony et al., 2017; Reaves & Musumeci, 2015; C. Woodcock et al., 2011).

Tabela 1. Resumo dos Dois Principais Programas de Saúde Pública Americanos

	Medicare	Medicaid
Definição	Programa financiado e administrado pelo governo federal que oferece cobertura de serviços de saúde para idosos e pessoas com deficiência, independentemente da renda.	Programa cofinanciado pelos governos federal e estaduais, administrado no nível estadual, e que oferece cobertura de serviços de saúde principalmente à população de baixa renda.
Cobertura	Serviços de cuidados agudos e pós-agudos, consultas médicas e medicamentos prescritos.	Serviços de cuidados agudos, saúde física e mental, e cuidados de longa duração.
Cobertura de cuidados de longa duração (LTSS)	Assistência especializada em instituições por número limitado de dias. Não cobre serviços não médicos.	Serviços e apoios de longa duração prestados em instituições ou em contexto domiciliar ou comunitário, através de HCBS.
Elegibilidade para cobertura de LTSS	Beneficiários que estiveram internados hospital por pelo menos três dias e precisam de serviços intensivos de reabilitação.	Todos os beneficiários que atendam aos critérios para LTSS estabelecidos no seu estado.

Nota: Dados de Delaware Health and Social Services (2016), Cassidy (2012) e Grabowski (2007)

A Busca por Melhor Coordenação dos Cuidados de Longo Prazo

Desde o início, os programas Medicare e Medicaid foram financiados e gerenciados de forma distinta, adotando diferentes critérios de elegibilidade e processos de inscrição (vide resumo na tabela 1). Há, no entanto, um grupo de pessoas que são beneficiárias

de ambos os programas, são os chamados *dually eligible* (com dupla qualificação). Esses idosos e/ou pessoas com deficiência de baixa renda têm necessidades complexas e, na maioria dos casos, precisam de cuidados intensivos e de serviços e apoios de longa duração (LTSS).

O Perfil e Desafios dos Beneficiários Duplos

Segundo os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS), em 2018 havia 12,2 milhões de pessoas inscritas simultaneamente nos dois programas de saúde pública do país. Esta dupla elegibilidade faz com que esses indivíduos precisem navegar dois diferentes sistemas de saúde para receber os cuidados de que precisam: do Medicare recebem cobertura para a maioria dos serviços de saúde preventiva e primária, tratamento de condições agudas e medicamentos prescritos; do Medicaid recebem cobertura de serviços e apoios de longa duração (LTSS), alguns serviços de saúde mental, e assistência financeira para pagar coberturas extras de serviços (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2020).

Os beneficiários duplos compreendem uma população diversa e excepcionalmente vulnerável. Ela inclui indivíduos com múltiplas condições crônicas, deficiências físicas, deficiências cognitivas, e transtornos mentais (Medicare Payment Advisory Commission & Medicaid and CHIP Payment and Access Commission, 2018). Quando comparados a todos os beneficiários do Medicare, eles têm maior probabilidade de serem jovens e mulheres, terem menor nível educacional e de renda, de pertencerem a grupos minoritários quanto à raça e etnia, e de morarem sozinhos ou em instituições (Cubanski et al., 2015).

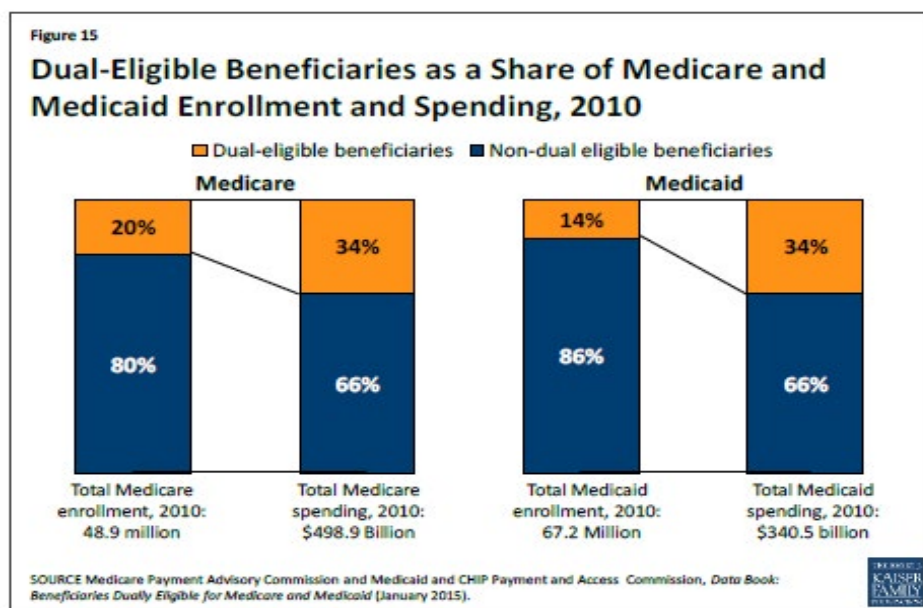


Figura 5: Proporção de Beneficiários Duplos no Total de Beneficiários do Medicare e do Medicaid e a Proporção de Gastos Anuais em 2010 (Cubanski et al., 2015)

Por conta de sua condição de saúde, os beneficiários duplos são mais propensos a usar serviços de cuidados agudos e os serviços de emergência, estando desproporcionalmente entre os que custam mais caro tanto ao Medicare quanto ao Medicaid (figura 5) (Anthony et al., 2017; Clark & Hulbert, 1998; U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, 2016b).

Com o Medicare cobrindo principalmente os serviços médicos e medicamentos, e o Medicaid cobrindo a maioria dos *LTSS* e alguns serviços de saúde mental, os beneficiários duplos são atendidos por um sistema de serviços fragmentado e confuso (Clark & Hulbert, 1998). Por exemplo, se um idoso de uma instituição de longa permanência, cujo atendimento é coberto pelo Medicaid, precisa ser hospitalizado, o atendimento hospitalar será pago pelo Medicare. Além disso, um médico do sistema de saúde do Medicare têm dificuldade de coordenar os cuidados com os serviços domiciliares fornecidos pelo Medicaid, aumentando o risco de interações medicamentosas e a duplicação de serviços (Cassidy, 2012).

No início de 2000, esse sistema de saúde público binário foi fortemente criticado. Estudos mostraram que os beneficiários duplos eram muito menos propensos a receber certos tipos de cuidados preventivos, acompanhamento e exames, e havia ainda falhas graves no atendimento domiciliar aos idosos que precisavam de apoio para realizar as AVDs (Clark & Hulbert, 1998; Grabowski, 2007).

Iniciativas para Maior Integração e Coordenação de Cuidados com Idosos Vulneráveis

Como resposta às questões apresentadas acima, inovações políticas vêm sendo implementadas pelos governos federal e estaduais para integrar e melhor coordenar o atendimento aos beneficiários duplos. No atendimento à população idosa, o modelo mais proeminente é o chamado *Managed Long-Term Services and Supports – MLTSS* (serviços e apoios coordenados de longa duração). Esta política, gerenciada pelos Medicaid estaduais, é operacionalizada em parceria com organizações com ou sem fins lucrativos chamadas de *Managed Care Organizations – MCOs* (organizações de coordenação de cuidados), na sua maioria planos de saúde.

Nos programas de *MLTSS*, serviços e apoios de longa duração são ofertados a beneficiários do Medicaid (incluindo os beneficiários duplos) que têm limitações funcionais e/ou doenças crônicas, com o objetivo principal de permitir que vivam da forma mais independente possível no ambiente de sua escolha (institucional ou domiciliar/comunitário). Cabe a agência estadual responsável pelo Medicaid realizar a avaliação do nível de cuidados de que cada beneficiário precisa e, ao identificar a necessidade de *LTSS*, cadastrá-lo num programa de *MLTSS*. As *MCOs* passam então a ser responsáveis por prover uma ampla gama de serviços de saúde e sociais, como cuidados pessoais, refeições entregues no domicílio, e transporte para consultas e exames de saúde, tanto para os beneficiários que vivem em instituições de longa permanência, como para os que vivem nas suas próprias moradias ou

em *assisted living facilities* (espaços que combinam moradia com atendimento de saúde e cuidados pessoais) (Dobson, Gibbs, Mosey, & Smith, 2017).

Mediante contrato com os governos estaduais, as *MCOs* recebem um valor fixo mensal por cada beneficiário, e com este recurso devem prover todos os serviços segundo padrões de qualidade estabelecidos contratualmente (U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, 2013). Ao operar um programa *MLTSS*, espera-se que as organizações realizem uma avaliação abrangente das necessidades de cada beneficiário e coordenem os cuidados para alcançar resultados individualizados, previamente acordados com o beneficiário e/ou cuidador familiar. A expectativa é de que no longo prazo, os programas *MLTSS* levem a uma redução nos custos dos cuidados e a uma maior previsibilidade orçamentária (Center for Health Care Strategies, 2017).

Nos últimos anos, os programas *MLTSS* aumentaram significativamente nos Estados Unidos, de 19 em 2012 para 41 em 2017, e o número de estados que adotam essa política cresceu 200% nos últimos 13 anos (de 8 estados em 2004 para 24 em 2017) (Adams et al., 2017; Lewis, Eiken, Amos, & Saucier, 2018). O número de pessoas cadastradas em programas *MLTSS* dobrou entre 2012 a 2017, quando chegou a 1,8 milhão de beneficiários no país. Como cabe aos governos estaduais definir os critérios de elegibilidade para os programas sob a sua administração, há grande variedade no perfil dos beneficiários de um estado para o outro. A maioria dos estados (19 de 24 em 2017) usam o *MLTSS* para atender idosos e pessoas com deficiências físicas, e um número crescente de estados têm incluído também adultos com deficiência intelectual e com transtornos mentais, buscando assim integrar melhor os cuidados com saúde física e mental (Dobson et al., 2017; Lewis et al., 2018).

Um levantamento nacional identificou que os principais objetivos dos governos estaduais ao implantar o modelo *MLTSS* são: melhorar os indicadores de saúde dos participantes e a qualidade do atendimento, ampliar o acesso a serviços domiciliares e comunitários (*HCBS*), melhorar a coordenação dos cuidados de longa duração, melhorar a eficiência no uso de recursos públicos, e ampliar as opções de escolha de serviços para o beneficiário e sua família (Lewis et al., 2018). Para muitos estados, o *MLTSS* é também visto como uma oportunidade de conectar silos, facilitando a navegação dos indivíduos no sistema de saúde e melhorando sua saúde e satisfação (Dobson et al., 2017).

Reequilibrando o Sistema de Cuidados de Longa Duração

Além dos objetivos citados acima, muitos estados adotaram o modelo *MLTSS* para reequilibrar o sistema público de cuidados de longa duração, num movimento que foi definido como “afastar-se da dependência de cuidados institucionais para um sistema abrangente de serviços e apoios de longo prazo baseados na comunidade” (C. H. Woodcock, 2011, p. 2). Para esse fim, os estados estruturaram o financiamento dos programas de *MLTSS* de maneira a incentivar as organizações coordenadoras de cuidado (*MCOs*) a usarem serviços

domiciliares e comunitários (*HCBS*), e a promover a transição de beneficiários institucionalizados para suas moradias ou residências coletivas na comunidade (Dobson et al., 2017).

O Arizona, o primeiro estado a adotar o modelo *MLTSS*, agora tem 86% de seus beneficiários de *MLTSS* vivendo na comunidade e 68% vivendo em suas próprias casas. Tennessee, Novo México e Flórida também viram uma diminuição na taxa de indivíduos vivendo em instituições (Dobson et al., 2017).

A Coordenação dos Cuidados de Longa Duração de Idosos

Care coordination (coordenação de cuidados) é considerado uma estratégia-chave para oferecer um atendimento oportuno, eficiente e de qualidade aos indivíduos, e é particularmente importante para aqueles que precisam de serviços e apoios de longa duração (Adams et al., 2017; Saucier & Burwell, 2015). Nos programas de *MLTSS*, a coordenação de cuidados é vista como um componente essencial, pois conecta os beneficiários a serviços médicos e não médicos, melhora a experiência do paciente e reduz os custos. Os indivíduos que precisam de cuidados de longa duração geralmente têm condições de saúde complexas e crônicas que requerem visitas frequentes ao sistema de saúde, um apoio contínuo, e acompanhamento. Por conta disso, os coordenadores de cuidados são fundamentais (Saucier & Burwell, 2015).

Embora a maioria dos programas *MLTSS* exija que todos os beneficiários tenham coordenação de cuidados, as *MCOs* normalmente definem diferentes níveis de coordenação de cuidados para indivíduos de baixo, médio e alto risco em saúde. Além disso, à medida que os programas *MLTSS* se espalham pelos Estados Unidos, diferentes modelos de coordenação de cuidados tem sido implementados.

Os Coordenadores de Cuidados

Um estudo de 2015 realizado pela *Truven Health Analytics* e publicado pelo *AARP Public Policy Institute* examinou as características dos modelos de coordenação de cuidados utilizados nos programas *MLTSS* no país. Os coordenadores de cuidados são na sua maioria assistentes sociais ou enfermeiros (havendo ainda psicólogos e sociólogos), e gerenciam uma grupo misto de beneficiários que residem na comunidade e em instituições. Assistentes sociais normalmente assumem a liderança nos cuidados de indivíduos com grande necessidades sociais, e enfermeiros(as), nos cuidados daqueles com maiores necessidades de atenção à saúde. Os coordenadores de cuidados normalmente trabalham na organização de coordenação de cuidados (*MCO*), mas às vezes trabalham para uma terceira parte: uma organização comunitária ou um sistema de saúde contratado pela *MCO* (Saucier & Burwell, 2015).

Quando cadastrados num programa de *MLTSS*, os idosos são automaticamente direcionados a um coordenador de cuidados que deve estabelecer o primeiro contato com o idoso e sua família em até 90 dias. Normalmente o primeiro contato é telefônico para agendar uma visita pessoal, e o tempo para o primeiro contato é menor quanto maior o risco do idoso vir a precisar de cuidados intensivos de saúde. Nessa primeira visita, o coordenador de cuidados faz uma avaliação inicial das condições e necessidades de saúde, econômicas, ambientais, sociais e espirituais do idoso, e dos recursos de que a família ou instituição onde o idoso reside dispõem para atender essas necessidades.

Com base neste levantamento, é elaborado um plano individualizado de cuidado, discutido e aprovado pelo idoso e sua família. Esses planos consideram as necessidades prioritárias, os fatores de risco para complicações nas condições de saúde, os objetivos e metas a serem alcançados, e o sistema de apoio existente para cada idoso. Nos planos são também definidos todos os serviços a serem prestados, descrevendo o tipo, escopo, quantidade, frequência, datas de início e término de cada um. Quando o idoso declara preferência por determinados prestadores de serviço e formas de tratamento, isso também fica registrado no seu plano de cuidado para que seja dada prioridade às preferências do beneficiário, sempre que possível. Esses planos são monitorados continuamente, revisados e atualizados periodicamente pelos coordenadores de cuidados com os idosos e suas famílias (Highmark BCBS Inc., 2014).

Cabe aos coordenadores de cuidados avaliar também a possibilidade de “desinstitucionalizar” o idoso, caso essa seja a sua vontade. Nos processos de transição para a comunidade (seja para a moradia do idoso ou de um familiar, ou para uma instituição de vida assistida), espera-se que os coordenadores de cuidados façam parte do planejamento da transição e forneçam apoio aos idosos durante todo o processo, garantindo que a nova moradia esteja às necessidades do idoso e que os serviços sociais e de saúde a que ele terá acesso atendem todos os itens identificados no seu plano individualizado de cuidado (Saucier & Burwell, 2015).

As Melhorias nos Cuidados aos Beneficiários Duplos

Outra área de interesse dos estados com seus programas *MLTSS* é a integração de serviços para aqueles que são duplamente elegíveis para o Medicare e o Medicaid (Cheek et al., 2012). Como ressaltado anteriormente, esses indivíduos têm altas necessidades médicas, sociais e funcionais e, frequentemente, têm seus cuidados fragmentados entre diferentes prestadores de serviços (Center for Health Care Strategies, 2017; Kruse, Gibbs, & Smith, 2017). Como os beneficiários duplos representam uma grande proporção dos beneficiários de *MLTSS* (em 2011, eram cerca de dois terços), os estados têm trabalhado para melhorar a integração do Medicare-Medicaid, a partir também da atuação dos coordenadores de cuidados (Watts et al., 2017).

Além de melhorar a experiência do beneficiário, a integração do Medicare e do Medicaid tem o potencial de reduzir custos e contribuir para o objetivo de reequilibrar o sistema de LTSS, alinhando incentivos para um maior uso de serviços domiciliares e comunitários (HCBS). Uma maior integração entre os dois programas permite ainda que os estados monitorem melhor a qualidade dos cuidados prestados às populações vulneráveis e com maior risco de complicações de saúde (Center for Health Care Strategies, 2017; Gibbs & Kruse, 2016).

Considerações Finais

Os Estados Unidos, assim como o Brasil, vivenciam o envelhecimento rápido da população, com crescente demanda por cuidados de longo prazo e uma grande pressão nos governos para garantir o financiamento de serviços aos idosos em vulnerabilidade social. Complicando ainda mais este cenário, a ausência de um sistema único de saúde para atender essa população traz grandes desafios na coordenação do cuidado, o que resulta em ineficiência, desperdício de recursos públicos, e indicadores de resultado preocupantes.

Diferentes modelos de atendimento vêm sendo testados no país, no qual se destaca o *MTLSS*, uma parceria entre governos estaduais e organizações privadas para oferecer cuidados de longa duração coordenados, de forma a promover um atendimento integral e de qualidade que considera as condições e necessidades sociais e de saúde dos idosos e suas famílias. Objetivo importante desta política é reduzir a institucionalização de idosos, incentivando o uso de serviços domiciliares e comunitários que vão desde cuidados pessoais, serviços de adequação de moradias, uso de tecnologias assistivas, e apoio aos cuidadores informais.

Nesse modelo de cuidados com idosos vulneráveis de baixa renda, ressalta-se o papel fundamental do coordenador de cuidados, profissional responsável por avaliar o perfil do idoso e de sua família, suas necessidades e preferências, e assim construir e implementar um plano individualizado de cuidados que integre serviços sociais e de saúde física e mental. A experiência dos Estados Unidos ressalta a importância de se considerar os determinantes sociais de saúde e o contexto familiar e comunitário do idoso, além de sua condição de saúde física e mental, e assim conectá-lo a serviços e apoios que o ajudem a viver, com qualidade e independência, no ambiente de sua preferência.

Referências

Adams, C., Gebru, F., & Kimmel, L. (2017). MEDICAID 101: AN OVERVIEW.

Anderson, S. (2016). A Brief History of Medicare in America. Retrieved from [Medicareresources.org](https://www.medicareresources.org/basic-medicare-information/brief-history-of-medicare/) website: <https://www.medicareresources.org/basic-medicare-information/brief-history-of-medicare/>

- Anthony, S., Traub, A., Lewis, S., Mann, C., Kruse, A., & Herman Soper, M. (2017). *Strengthening Medicaid Long-Term Services and Supports in an Evolving Policy Environment: A Toolkit for States*. Retrieved from https://www.chcs.org/media/Strengthening-LTSS-Toolkit_120717.pdf
- Cassidy, A. (2012). *Care for Dual Eligibles. Efforts are afoot to improve care and lower costs for roughly 9 million people enrolled in both Medicare and Medicaid*. Retrieved from https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hpb20120613.634976/full/healthpolicybrief_70.pdf
- Center for Health Care Strategies. (2017). *Medicaid Managed Long-Term Services and Supports Programs: State Update*. Retrieved from <https://www.chcs.org/resource/medicaid-managed-long-term-services-supports-programs-state-update/>
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2016, 2016.04.15). LTSS Overview. Retrieved from <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/American-Indian-Alaska-Native/AIAN/LTSS-TA-Center/info/ltss-overview>
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2020). *People Dually Eligible for Medicare and Medicaid*. Retrieved from https://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Medicare-and-Medicaid-Coordination/Medicare-Medicaid-Coordination-Office/Downloads/MMCO_Factsheet.pdf
- Cheek, M., Roherty, M., Finnan, L., Cho, E. G., Walls, J., Gifford, K., . . . Ujvari, K. (2012). *On the verge: The transformation of long-term services and supports*. Retrieved from Washington, DC: National Association of States United for Aging and Disabilities and AARP Public Policy Institute: <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/livable-communities/learn/health/on-the-verge-the-transformation-of-long-term-services-and-supports-aarp.pdf>
- Clark, W. D., & Hulbert, M. M. (1998). Research issues: Dually eligible Medicare and Medicaid beneficiaries, challenges and opportunities. *Health Care Financing Review*, 20(2), 1.
- Cubanski, J., Swoope, C., Boccuti, C., Jacobson, G., Casillas, G., Griffin, S., & Neuman, T. (2015). *A Primer on Medicare: Key Facts about the Medicare program and the people it covers*. Retrieved from Kaiser Family Foundation website: <https://www.kff.org/medicare/report/a-primer-on-medicare-key-facts-about-the-medicare-program-and-the-people-it-covers/>
- Delaware Health and Social Services. (2016). *3 Steps to Medicaid Long -Term Care Services*. Department of Health and Social Services - DHSS.
- Dobson, C., Gibbs, S., Mosey, A., & Smith, L. (2017). *Demonstrating the Value of Medicaid MLTSS Programs*. Retrieved from <http://www.nasuad.org/sites/nasuad/files/FINAL%20Demonstrating%20the%20Value%20of%20MLTSS%205-12-17.pdf>
- Gibbs, S., & Kruse, A. (2016). *State Medicaid Managed Long-Term Services and Supports Programs: Considerations for Contracting with Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plans*. Retrieved from <https://www.chcs.org/resource/state-medicaid-managed-long-term-services-supports-programs-considerations-contracting-medicare-advantage-dual-eligible-special-needs-plans/>
- Grabowski, D. C. (2007). Medicare and Medicaid: conflicting incentives for long-term care. *Milbank Q*, 85(4), 579-610. doi:10.1111/j.1468-0009.2007.00502.x
- Henry J. Kaiser Family Foundation. (2019). *Medicaid in the United States*. Retrieved from <http://files.kff.org/attachment/fact-sheet-medicaid-state-US>
- Highmark BCBS Inc. (2014). *Case Management for DHSP Plus LTSS*. Program proposal. Highmark BCBS Inc.
- Kruse, A., Gibbs, S., & Smith, L. (2017). *Advancing Medicare and Medicaid Integration: Key Program Features and Factors Driving State Investment*. Retrieved from https://www.chcs.org/media/INSIDE-Attributes-Brief_112917.pdf

- Lewis, E., Eiken, S., Amos, A., & Saucier, P. (2018). *The Growth of Managed Long-Term Services and Supports Programs: 2017 Update*. Retrieved from <https://www.medicaid.gov/medicaid/managed-care/downloads/ltss/mltssp-inventory-update-2017.pdf>
- McCall, N. (2001). Long term care: Definition, demand, cost, and financing. In N. McCall (Ed.), *Who Will Pay for Long Term Care?: Insights from the Partnership Programs* (pp. 3-31). Chicago: Health Administration Press.
- Medicare Payment Advisory Commission, & Medicaid and CHIP Payment and Access Commission. (2018). *Data Book: Beneficiaries Dually Eligible for Medicare and Medicaid*. Retrieved from <https://www.macpac.gov/publication/data-book-beneficiaries-dually-eligible-for-medicare-and-medicaid-3/>
- Nguyen, V. (2017). *Long-Term Services and Supports*. Retrieved from <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2017-01/Fact%20Sheet%20Long-Term%20Support%20and%20Services.pdf>
- O'Keeffe, J., Saucier, P., Jackson, B., Cooper, R., McKenney, E., Crisp, S., & Moseley, C. (2010). *Understanding Medicaid home and community services: a primer*. US Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.
- Reaves, E. L., & Musumeci, M. (2015). *Medicaid and Long-Term Services and Supports: A primer*. Retrieved from <https://www.kff.org/medicaid/report/medicaid-and-long-term-services-and-supports-a-primer/>
- Reinhard, S., Accius, J., Houser, A., Ujvari, K., Alexis, J., & Fox-Grage, W. (2017). *Picking Up the Pace of Change: A State Scorecard on Long-Term Services and Supports for Older Adults, People with Physical Disabilities, and Family Caregivers*. Retrieved from <http://www.longtermscorecard.org/~media/Microsite/Files/2017/Web%20Version%20LongTerm%20Services%20and%20Supports%20State%20Scorecard%202017.pdf>
- Reinhard, S., Feinberg, L. F., Houser, A., Choula, R., & Evans, M. (2019). *Valuing the Invaluable 2019 Update: Charting a Path Forward*. Retrieved from <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2019/11/valuing-the-invaluable-2019-update-charting-a-path-forward.doi.10.26419-2Fppi.00082.001.pdf>
- Saucier, P., & Burwell, B. (2015). *Care Coordination in Managed Long-Term Services and Supports*. Retrieved from <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2015/care-coordination-in-managed-long-term-services-and-supports-report.pdf>
- Shugarman, L. R., Bern, J., & Foster, J. (2015). *White Paper: The Value of Medicaid Managed Care*. Retrieved from <https://www.healthmanagement.com/wp-content/uploads/HMA-Value-of-MMC-White-Paper-FINAL-111215.pdf>
- U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2019, 2020.09.26). Medicare Beneficiaries at a Glance. Retrieved from https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Beneficiary-Snapshot/Bene_Snapshot
- U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2020, 2020.05.28). February 2020 Medicaid & CHIP Enrollment Data Highlights. Retrieved from <https://www.medicaid.gov/medicaid/program-information/medicaid-and-chip-enrollment-data/report-highlights/index.html>
- U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (2008). *Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS): Glossary*. CMS.gov: U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services Retrieved from https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/research/mcbs/downloads/2008_appendix_b.pdf
- U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (2013). *Summary - Essential Elements of Managed Long Term Services and Supports Programs*. U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services Retrieved from <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/delivery-systems/downloads/mltss-summary-elements.pdf>

- U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (2015). *Medicare & Medicaid_Milestones 1937 - 2015*. CMS Website Retrieved from <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/Downloads/Medicare-and-Medicaid-Milestones-1937-2015.pdf>.
- U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (2016a). Beneficiary Services. Retrieved from <https://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Beneficiary-Services/Overview.html>
- U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (2016b). *Data Analysis Brief: Medicare-Medicaid Dual Enrollment from 2006 through 2015*. CMS Website: Centers for Medicare and Medicaid Services Retrieved from https://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Medicare-and-Medicaid-Coordination/Medicare-Medicaid-Coordination-Office/Downloads/DualEnrollment_2006-2015.pdf.
- U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (2017). *Moving from FFS to Managed Long Term Services and Supports*. U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services Retrieved from <https://www.medicare.gov/medicaid/hcbs/downloads/training/ffs-to-mltss.pdf>.
- U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (n.d.-a). Eligibility. Retrieved from <https://www.medicare.gov/medicaid/eligibility/index.html>
- U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (n.d.-b). History: CMS's program history. Retrieved from <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-information/History/>
- Watts, M. O. M., Musumeci, M., & Ubri, P. (2017). *Medicaid Section 1115 Managed Long-Term Services and Supports Waivers*. Retrieved from <https://www.kff.org/medicaid/report/medicaid-section-1115-managed-long-term-services-and-supports-waivers-a-survey-of-enrollment-spending-and-program-policies/>
- Wilson, K. B. (2007). Historical Evolution of Assisted Living in the United States, 1979 to the Present. *The gerontologist*, 47(Special Issue III), 8-22.
- Woodcock, C., Stockwell, I., Tripp, A., & Miligan, C. (2011). *Rebalancing long-term services and supports: Progress to date and a research agenda for the future*. Retrieved from Baltimore, MD: <http://www.hilltopinstitute.org/publications/RebalancingLTSS-ProgressToDateAndResearchAgendaFor-Future-June2011.pdf>
- Woodcock, C. H. (Producer). (2011, 2018.04.20). The State Perspective: Rebalancing Long-Term Services and Supports. [PowerPoint slides] Retrieved from <http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/blog/2011/oct/woodcock-ltss-briefing.pdf>
- Woodcock, C. H. (2015). *Long-term services and supports: challenges and opportunities for states in difficult budget times*. Retrieved from <https://www.hilltopinstitute.org/wp-content/uploads/publications/LTSSChallengesandOpportunitiesforStatesindifficultBudgetTimes-December2011.pdf>

Fatores que interferem nos fazeres de idosos institucionalizados



Maria Amelia Ximenes

Beltrina Côrte

Introdução

Ao mesmo tempo que se comemora a vitória da vida contra morte, questões como a moradia e o cuidado vem à tona e, dentro desse contexto, a institucionalização do idoso é a mais polêmica e complexa, por envolver considerações políticas, sociais, econômicas, de saúde e psicoemocionais, além de cunho preconceituoso e moral sem esquecer quais as responsabilidades dos governos, da sociedade e da família com relação a elas (XIMENES; CÔRTE, 2007).

Os estudos de Camarano e Barbosa (2016) sinalizam para um crescimento desta demanda de cuidado já que é evidente o crescimento progressivo do número de idosos no Brasil nos últimos 20 anos. Afinal, o envelhecimento humano é um processo natural, progressivo, gradual e a velhice caracteriza uma etapa da vida. É uma experiência humana diversificada, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem ge-

nética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. Trata-se de uma tendência Mundial, e cada vez mais é maior o número de pessoas vivendo acima dos 100 anos de idade, embora pouquíssimas ultrapassem os 115 anos (IBGE, 2018).

Paralelamente ao aumento do número de idosos e de idosos mais longevos, há a redução da oferta de cuidadores familiares, dadas as mudanças na família, a redução do seu tamanho e a participação maior das mulheres no mercado de trabalho. Ante essa questão, Tomiko Born, em seu lugar de fala, registrava já em 2011 (p. 4) que: *Nessa década o mundo passou por grandes mudanças. Meu círculo de amizades e minha família também. Há algumas janelas vazias no trem da minha vida. Mas entraram também novos passageiros: amigos e amigas, sobrinhos-netos e até bisnetos, assim como filhos e netos de minha família ampliada.*

Na sociedade brasileira a família nuclear tornou-se a principal responsável pelo cuidado do idoso, comprovado pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), reforçado na Política Nacional do Idoso de 1994 e no Estatuto do Idoso de 2003. No entanto, fica evidente que essa legislação foi construída a partir dos valores e dos preconceitos domi-

nantes quanto ao cuidado institucional, e os reforça (CAMARANO, 2008; IPEA, 2011). Born relata que ante essa responsabilidade que é atribuída à família, lhe vem à mente *a família tradicional, multigeracional e estável, que habitava casas relativamente amplas com um pé de jabuticabeira no quintal... Assim como as jabuticabeiras não resistiram às pressões das incorporadoras, as famílias assumiram outras configurações* (p. 7).

Ademais, quando as famílias se tornam indisponíveis para o cuidado de seus membros idosos dependentes, o Estado e a iniciativa privada se preparam para atendê-las (CAMARANO, 2007), mas enquanto esse cuidado é mínimo, cabe aos próprios idosos buscarem soluções possíveis. Foi o que aconteceu com Born, que em 2003 mudou-se com seu marido de São Paulo para uma pequena cidade no sudeste mineiro, incrustada na Serra da Mantiqueira, cujas famílias ainda eram numerosas e tinham melhores condições de cuidar das pessoas mais velhas, embora algumas já começavam a sentir que esse cuidado representava encargo pesado e se interrogavam sobre as possíveis opções. *Quem sabe um centro dia*, pergunta Born, que adiciona: *Até há poucos anos, não era comum alguém se indagar quem cuidaria dele ou dela quando ficasse velho ou velha* (p. 5).

Essa pergunta, no entanto, tem sido cada vez mais crescente. Born narra que já no início de 2011, as amigas de uma das pioneiras da Gerontologia no Brasil testemunharam as dificuldades que seus filhos enfrentavam para continuar a cuidar dela em seu domicílio, o que motivou a procura de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) que garantisse atendimento de qualidade e fosse acessível financeiramente. O próprio Estatuto do Idoso, no capítulo II, do artigo 48 ao 51, reconhece a utilidade desse tipo de instituição, criada para prestar relevantes serviços, especialmente o acolhimento institucional fora das famílias.

No entanto, *é percebida expressiva omissão por parte dos entes da federação, o que se evidencia pelo reduzido número de ILPIs públicas ou conveniadas, como também pela ausência de equipamentos de cuidados de longa duração intermediários, que garantam a permanência do idoso em seu ambiente familiar*, relata Cristiane Branquinho Lucas, Promotora de Justiça no Estado do Rio de Janeiro e Coordenadora do Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência, para o Portal do Envelhecimento em 2018.

Este capítulo expõe brevemente o que se entende por Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e como sua origem, seus mitos e preconceitos, influenciam o modo de olhar da sociedade, para esse tipo de cuidado, corroborando para o estigma de “lugar para morrer”. Este pano de fundo abre espaço para a reflexão sobre os fazeres do idoso residente e seus desafios, diante de uma rotina institucional necessária e, principalmente como esses idosos poderão usufruir de uma velhice ativa e com qualidade, a partir de serviços individualizados que respeitem a personalidade, privacidade, modos de vida diversificados dando-lhes a oportunidade de encontrar desejos e necessidades ocupacionais ímpares.

Partimos de um recorte sobre a problemática da ocupação dos residentes de ILPIs, a partir da Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social realizada na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo por Ximenes e orientada por Côrte, intitulada “O Fazer Institucionalizado: O Cotidiano do Asilamento” (2005), que vem se atualizando ao longo do tempo, pela experiência empírica tanto no ensino como nas intervenções práticas da Terapia Ocupacional Gerontológica.

Ao estudar a realidade da vida cotidiana asilar, interrogando o que se passa no cotidiano, dando conta de que é nos aspectos frívolos e no “nada de novo” do dia-a-dia, que se encontrou condições e possibilidades de resistência que alimentam a sua própria ruptura (PAIS, 2003). Foi possível ter como referencial de estudo, a ação e a compreensão científica dos fatos ao mesmo tempo, possibilitando a reflexão de situações, que na realidade pesquisada - numa instituição filantrópica, com capacidade para abrigar idosos dependentes, semi dependentes e independentes - era tida como óbvia, não se prestando ao estudo, além de poder vivenciar momentos peculiares da cotidianidade asilar, que não estavam à mostra. O que nos guiou foi a busca de compreensões acerca da realidade da vida cotidiana asilar e, de que maneira esta pode interferir no fazer dos residentes sendo possível visualizar os fatores que podem interferir nos fazeres dos residentes.

Instituições de Longa Permanência para Idosos: quantas são?

Born fala que em inglês, as instituições de longa permanência são comumente conhecidas como *nursing home*. Ela traz Kane (1987) quem diz que cabe a essa instituição uma responsabilidade dual: ser um lar, um lugar de vida, de aconchego, de identidade e, ao mesmo tempo, um lugar de cuidados especializados. Mas Born lembra que *na sociedade brasileira, as instituições de longa permanência necessitam, ainda, passar por grande processo de reestruturação a fim de cumprir satisfatoriamente essas responsabilidades* (11).

No Brasil, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania, ou seja, são domicílios coletivos que oferecem moradia, cuidados e algum tipo de serviço de saúde, caracterizando-se como instituições híbridas. Sendo assim, deveriam compor não só as redes de assistência e de saúde, mas, também, a de habitação. Em outras palavras, estas instituições deveriam fazer parte da infraestrutura de qualquer cidade de porte médio ou grande (ANVISA, 2005).

Passados 15 anos de aprovação pela Anvisa, concordamos com Born, pois se percebe que é preciso *muito mais empenho dos órgãos responsáveis no sentido de fiscalizar sua aplicação, programas de capacitação de dirigentes e cuidadores, além de verbas para promover reformas na maioria das ILPIs* (11). Não só, Camarano e Barbosa apontavam

que em 2016 a maioria dos municípios brasileiros não tinham instituições para idosos e, a maioria destas estavam concentradas na região Sudeste. Na mesma época, o Brasil tinha apenas 218 asilos públicos, sendo que as instituições públicas e privadas abrigavam 83 mil idosos, a maioria mulheres. O governo federal apenas uma instituição, o Abrigo Cristo Redentor, no Rio de Janeiro, que atendia 298 pessoas. Apenas 6,6% das instituições brasileiras eram públicas ou mistas. Camarano e Barbosa (2016) assinalavam que a grande maioria das instituições brasileiras é filantrópica, 65,2%, incluindo as religiosas e leigas e 28,2% privadas.

Camarano et al (2010) explicam que essas instituições filantrópicas fazem parte da rede de serviços da assistência social. Em geral, surgem, pela ausência de políticas públicas, atendendo às necessidades da comunidade e, por isso algumas vezes apresentam problemas na qualidade dos serviços oferecidos, afetando diretamente as condições de vida dos residente (BORN; BOECHAT, 2013).

Na Base Censo SUAS de 2018 consta que existe no país 1.913 ILPIs, acolhendo 78.439 idosos. Desse total, 1.701 filantrópicas (89%) com 73.312 idosos (93%) e 212 públicas (11%), abrigando 5.127 idosos, equivalente a 7%. Do total de ILPIs, 83% estão localizados em sete Estados: São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, estados que concentram 84% do total de idosos institucionalizados no país. Observa-se que apesar do número de idosos ter aumentando, inclusive muitos com algumas dependências, o que ocorreu é uma diminuição no número de ILPIS e de idosos institucionalizados, além da redução das instituições públicas. Temos algumas hipóteses que merecem investigações a serem feitas, pode ser que várias instituições deixaram de receber verba federal, fecharam ou não constam em nenhuma base de registro.

Ante a inexistência no país de uma base única de ILPIS, em 2020, com a deflagrada crise humanitária mundial provocada pelo coronavírus Covid-19, em que as pessoas idosas institucionalizadas correm triplo risco, seja pela idade, comorbidades e habitação coletiva, os Conselhos Municipais de Direitos da Pessoa Idosa, Conselhos Municipais de Assistência Social e Vigilância Sanitária Municipal, existentes em todo território Nacional, foram convocados a realizarem uma busca ativa junto às ILPIs quanto às suas necessidades, começando por elencar o número de ILPIS existentes de fato no Brasil, posto que na Europa 50% dos seus óbitos ocorreram em idosos institucionalizados e 30% nos EUA.

Conhecer efetivamente onde estão, qual é a população assistida, quais serviços são ofertados e com quais recursos humanos cada ILPI pode contar consiste na tarefa da Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos, criada em abril de 2020. Ou seja, não se sabe quantas instituições de longa permanência ou moradias de idosos públicas, filantrópicas e privadas tem em todo o território nacional, muito menos quais são seus fazeres.

Como em sua criação eram dirigidas à população carente muitas das instituições brasileiras se autodenominam abrigos. É o caso de 225 instituições identificadas no estudo

de Camarano e Barbosa (2016), significando 6,3% do total de instituições brasileiras. Os estudos mostram que a busca de uma instituição se dá pela carência financeira e a falta de moradia. Isso explica porque no Censo Suas 2018 a maioria são filantrópicas (89%). Soma-se ao fato que nas instituições públicas e filantrópicas, o percentual de residentes independentes é maior que nas privadas com fins lucrativos. Para Camarano e Barbosa a provável ida dessas pessoas à essas moradas se devam à carência de renda ou à de residência.

No entanto, o enfoque dessas instituições, de acordo com Camarano e Barbosa, está voltado para os serviços de saúde sendo os principais: médicos, fisioterapia (66,1% e 56% delas), terapia ocupacional (31,3%) e os psicológicos (23,5%). Segundo Groisman (1999), embora não estejam voltadas para a clínica ou a terapêutica, recebem, além de moradia, alimentação e vestuário, serviços médicos e medicamentos.

Alguns estudos explicam que há uma desvalorização das necessidades do idoso residente, por se acreditar que estas se limitam a certas prioridades fisiológicas (alimentação, vestuário, moradia, cuidados de saúde e higiene), remetendo ao esquecimento as de nível social, afetivo, emocional e sexual (PIMENTEL, 2001; XIMENES; CÔRTE, 2006; FREITAS, 2017).

Embora não se negue a sua importância, historicamente e culturalmente, a instituição para idosos tem sido vista com resistência e preconceito, tradicionalmente como “depósito de idosos”, lugar de exclusão, dominação e isolamento ou, simplesmente, “um lugar para morrer”. Freitas (2017) acrescenta que elas trazem a marca do confinamento social e afetivo que prepara para a morte; além de receberem o estigma da prática do abandono e do acolhimento de um problema que incomoda. Não estão isentas das marcas históricas e fazem jus às imagens negativas que carregam.

Born assinala que vem se desenvolvendo em alguns países europeus e no Japão uma nova modalidade de assistência para idosos, chamadas de Group Home no Japão e Wohngemeinschaft na Alemanha. Em português seria, respectivamente, residência grupal e residência comunitária. Ela traz à reflexão o artigo de Waltrop von Jörg Burbaum (2001), “O retorno do cotidiano”, o qual informa que na Alemanha há um grande aumento de pessoas idosas demenciadas morando juntas numa mesma casa. É um modelo de cuidado que se fundamenta na valorização das ações do cotidiano.

Segundo ela, *este modelo estrutura-se como uma vida em família, com seis a dez moradores. Com móveis trazidos da casa dos idosos, o novo lar procura reproduzir o ambiente conhecido. Há liberdade, privacidade, respeito à individualidade, reconhecimento das capacidades remanescentes do idoso e oportunidade de participação* (p. 13). Nesses lugares, diz Born, *a participação pode ser ativa, na ajuda a tarefas domésticas, no planejamento das refeições, ou passiva, ouvindo os ruídos da casa, sentindo o cheiro da comida, enfim, acompanhando o movimento de uma moradia que está na memória dos residentes* (p. 13). Burbaum, citado por Born, conclui dizendo que *os resultados têm sido animadores,*

quebrando o círculo vicioso de maior demanda de ajuda por parte dos residentes e do aumento da ação protetora da parte dos cuidadores (p. 13).

O idoso residente e o sentimento de pertença

Alguns estudos comprovam que os residentes constroem uma imagem interna que condiciona à sua maneira de ser e que influencia as suas práticas cotidianas. Em certos casos, sentem-se tão desvalorizados, que se conformam e agem de acordo com essa imagem interna, uma vez que não lhes é dada a possibilidade de demonstrar que esta é infundada ou distorcida, assumindo um caráter de verdade. Além disso, ao ser estigmatizado, interioriza e aceita a marca que os outros lhe atribuem. Esses aspectos não estão evidentes no dia a dia institucional, passando despercebido aos olhos rotineiros dos funcionários e técnicos, mas caracterizam o comportamento de alguns idosos (DRULHE, 1981; PIMENTEL, 2001; XIMENES; CÔRTE, 2007).

Endo (2002) argumenta que “o nosso eu é um feixe de representações”; durante a nossa vida, nós retemos informações (vindas de diferentes ambientes, lugares, pessoas) sobre nós mesmos, que assumimos como nossas e acreditamos nelas. O que acontece é um atravessamento dessas informações, de tal modo que colidem, avizinham-se e alteram-se e que, em dado momento, algumas delas são retidas, assumindo um caráter de verdade, porém transitório, modicando-se, com frequência, em conformidade com a experiência vivida e dependente de muitos fatores.

O estudo de Camejo (2013) explica que o internamento está associado a um sentimento de alienação, por não reconhecer, na instituição, o sentimento de propriedade. Uma ruptura com o cotidiano, representando a última etapa da sua trajetória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno. Há uma restrição dos contatos sociais dos residentes com o exterior e ruptura dos seus laços sociais habituais, identificada como uma perda do papel ativo e econômico e a passagem para um papel passivo, tanto econômico como social (XIMENES; CÔRTE, 2006; MORAGAS, 2010). Esta situação provoca às pessoas idosas grande sofrimento associado à ideia de abandono, exclusão e morte (DRULHE, 1981).

O idoso tem dificuldade em assumir aspectos da sua vivência, enquanto pessoa plena, isolando-se afetiva e socialmente, negando ou desvalorizando as suas capacidades (PIMENTEL, 2001). Na verdade, eles não se sentem partes integrantes do espaço onde vivem, não se sentem “pertencer”, negando as possibilidades de elaboração de projetos, por viverem num mundo sem significado pessoal.

Fica claro que há um *conformismo*, semelhante a uma relação de dependência do idoso residente para com a instituição e isso nos faz compreender a resistência de alguns idosos em participar da vida institucional. Mesmo se dando espaço para que se desenvol-

vam seus interesses, existem casos em que utilizam estratégias de fuga. Dificilmente, têm uma iniciativa voluntária, pois não se sentem responsáveis pelo bom funcionamento da instituição (PIMENTEL, 2001; XIMENES; CÔRTE, 2006; 2007), causando “mal-estar” institucional e do público visitante.

Fatores que interferem nos fazeres dos residentes

Sabe-se que a ocupação ou fazer humano é essencial ao equilíbrio físico, psicoemocional e social do idoso, na medida em que favorece o continuar vivendo, mesmo que fatos negativos possam interpor-se ao processo de envelhecimento. Estimula-o a continuar a fazer planos, estabelece os contatos sociais, tornando ativo, participante de sua comunidade, autônomo, aos olhos da sociedade, um velho sem o estigma de velho (XIMENES; CÔRTE, 2007). Daí a importância de um trabalho profissional ocupacional que considere quais ocupações estão sendo dadas aos idosos residentes nas instituições de longa permanência, quais os critérios de escolha e se estas satisfazem as necessidades físicas, emocionais e sociais de cada um.

Este fazer, a ocupação dos residentes, portanto, poderá dar suporte para a criação de recursos internos, para que o idoso enfrente o processo de envelhecimento, adaptando-se às mudanças com algum equilíbrio emocional, fortalecendo sua autoestima, com uma visão de mundo mais positiva, vontade de viver e, por conseguinte, trazendo a esperança de uma vida longa, com saúde, independência e autonomia.

Ao considerar a Política do Envelhecimento Ativo da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), que é definida como a participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho e com qualidade de vida (a percepção do indivíduo de sua própria vida dentro do contexto de sua cultura do sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, perspectivas, padrões e preocupações – OMS, 1994). Estimula a cobrança institucional por uma ocupação diária dos seus residentes para que estes venham a ter a referida velhice ativa e com qualidade.

Canineu et al (2015) explicam que pesquisas sobre a dificuldade ou a dependência na realização de atividades, incluindo autocuidado, essenciais para uma vida independente têm sido achados frequentes. É também frequente as instituições reclamarem da “ociosidade” de seus residentes. O “não fazer” do idoso residente causa mal-estar na instituição e em seus dirigentes. Essa “angústia institucional” aliada principalmente a alguns pontos de sua rotina, visualizados durante o estudo, induziram a compreensão dos fatores que podem interferir nos fazeres dos residentes, impedindo-os de participar das atividades propostas pela instituição.

Observou-se que as ILPIs de hoje, ainda conservam características provindas de sua origem histórica como o assistencialismo, que é realimentado pelos profissionais e por parte da sociedade, que rotula o residente asilar como “coitado”, incapaz e improdutivo, somados ao ambiente que traz aos sentidos a sensação de abandono e tristeza, dando a impressão de marasmo, uma vez que o real fazer institucional é o não investimento na vida.

O cotidiano promove fazeres que passam despercebidos dentro do cotidiano institucional. A instituição não agrega como ocupação as atividades de vida diária e de interação entre eles, os visitantes, estagiários, voluntários, dentre outros. Inclusive as atividades religiosas, de lazer, como assistir TV, ouvir rádio, jogar baralho, dominó ou sinuca e outras, desenvolvidas de forma espontânea pelo residente, passam despercebidas, em um cotidiano regido pelo horário das refeições, dentro de um consenso falso de “ociosidade” e em um ambiente de “provisoriedade” pela espera da morte. Como estes fazeres não são percebidos, não existem, conferindo a fama de “ociosos” aos residentes e, consequentemente valorizando o ser velho apenas enquanto ser produtivo, para as atividades que lhe são propostas pela instituição e, não como produtor social, protagonista de sua própria vida com suas escolhas pessoais.

O trabalho de voluntários dentro da instituição, no geral, é solitário e seus executores não recebem qualquer treinamento, nem estão integrados à equipe e nem têm uma formação sobre o que é o envelhecer. A equipe de profissionais de áreas diversificadas apresentam dificuldades de desenvolverem um trabalho integrado. Os residentes nunca ou raramente são consultados previamente sobre interesses nas atividades propostas.

Essas foram algumas questões da realidade cotidiana institucional que levaram a descoberta por Ximenes e Côrte (2006) de oito fatores que interferem no fazer dos residentes:

- A “espera da morte”; não há investimento em vida pela ausência de projetos que a ressignifique;
- Falta de formação sobre o processo de envelhecimento na perspectiva do ser que envelhece e que é único, neste envelhecer e o entendimento que os fazeres tem que ter significado para quem os faz.
- Regulamentos institucionais, por regerem todos os fazeres, impedem a flexibilidade e liberdade “temperos” saudáveis à vida do residente.
- A rotatividade profissional e inexperiências profissionais promovem rupturas no trabalho favorecendo a não formação de vínculos e consequentemente a não integração entre equipe, funcionários, voluntários, dirigentes, residentes entre outros.
- Não valorização da autonomia da pessoa residente leva ao seu isolamento, a sua desvalorização, a uma improdutividade social e a um fazer que não dá sentido à vida.

- Um ambiente calmo, previsível, acolhedor, com cores estimulantes e odores agradáveis são qualidades indispensáveis a um fazer significativo. Uma adequação ambiental e material. Ambiente e os materiais caminham juntos por se relacionarem aos quesitos: independência, segurança, risco, limite de desempenho e conforto.
- A rigidez da rotina de horários dos fazeres diários condiciona os residentes a viverem em função destes. A rotina paulatinamente os arrasta à despersonalização, perda da dignidade e do respeito.
- O sentimento de não pertencimento. Verificou-se que o sentido de pertencer favorece os fazeres porque dá a ideia de fazer parte, trazendo a sensação de segurança, de conhecer com minúcia o espaço, favorecendo a vontade de conservá-lo.

Considerações finais

Este estudo elucidou para a prática clínica questões importantes a serem incorporadas tanto institucionalmente quanto socialmente: a opção pela institucionalização deve ser vista como “apoio” e não “sentimento de abandono”, “espera da morte”; o acolhimento do idoso deve ser desde a chegada, estimulando dessa forma o sentimento de pertença, a ideia de fazer parte. Esta traz a sensação de segurança, de leveza, de conhecer com minúcia o espaço, favorecendo a vontade de conservá-lo, estimulando os fazeres.

Conhecer o residente, seu familiar e ouvi-los (sempre que possível) quanto a organização de seus fazeres, sua antiga rotina e o que é possível manter destes fazeres e de seus pertences (ambiente acolhedor). Esta ação estimula o sentimento de confiança e o idoso passa a ser sujeito do seu fazer promovendo independência e autonomia.

Fazer uma programação institucional preestabelecida de atividades (mensal, semanal, diária), com objetivos pré-estabelecidos, de forma grupal (interação social) e individual, com extensão para a participação da comunidade e familiares. Esta deverá ser elaborada por terapeuta ocupacional com apoio, anuência e colaboração de toda a equipe de profissionais. Os familiares devem estar cientes dessa programação, tendo devolutivas frequentes sobre o grau de participação do residente (sempre que possível).

Avaliações geriátricas da equipe de profissionais (programação estratégica) e reavaliações periódicas com residente e familiar, revisitando necessidades e demandas, fazendo adequações necessárias e verificando evolução. Todas estas informações devem ser compartilhadas entre a equipe técnica e diretiva (todos em sintonia).

As ILPIs devem ficar atentas: a qualificação profissional é imprescindível (não basta gostar de cuidar ou querer cuidar) torna-se necessário ações específicas e capacitações

na área Gerontologia Social; não visar somente a doença do residente, mas considerar sua história de vida e hábitos; a importância dos recursos materiais e ambientais adaptado às condições de seus residentes; cada profissional desempenha papel fundamental e insubstituível na equipe.

Conhecer os fatores que interferem nos fazeres de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência poderá contribuir para uma visão mais detalhada do cotidiano institucional, aguçando olhares profissionais para a rotina, a fim de que possam desenvolver um trabalho, cada um em sua especialidade, de forma estruturada, para que os residentes possam usufruir de uma velhice ativa e com qualidade, a partir de serviços individualizados, que respeitem a personalidade, privacidade, modos de vida diversificados, dando-lhes a oportunidade de encontrar desejos e necessidades ocupacionais ímpares, diante de uma rotina institucional necessária.

Os fazeres nos acompanham e fazem parte da vida, não há vida sem fazeres, mas estes clamam por significados.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Diário Oficial da União. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília, 2005. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df Acesso em: 04 jun. 2020.

BORN, Tomiko. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? Dez anos depois: considerações sobre família, assistência médica, lugar para morar, (im)previdência social e outras coisas mais. REVISTA PORTAL de Divulgação, n.17, Dez. 2011. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/211/211>. Acesso em 02 jun 2020.

BORN, Tomiko; BOECHAT, Norberto Seródio. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap. 117, p. 1820-1835. ISBN 978-85-277-2054-0.

BRASIL. CENSO SUAS 2018. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília: MDS/SB}NAS, 2018.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 5 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.842%2C%20DE%204%20DE%20JANEIRO%20DE%201994.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20pol%C3%ADtica%20nacional,Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A7%C3%A3es.&text=Art.&text=2%C2%BA%20Considera%20d%C3%A9%20idoso%2C%20para%20de%20sessenta%20anos%20de%20idade. Acesso em: 05 jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A7%C3%A3es.&text=Art.&text=a%2060%20\(sessenta\)%20anos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A7%C3%A3es.&text=Art.&text=a%2060%20(sessenta)%20anos). Acesso em: 05 jun. 2020.

BURBAUM, Waltrop von Jörg. Die Wiederkehr des Alltags. Altenheim: Zeitschrift für das Altenhilfe-Management, v. 5, 2001, 2001.

CAMARANO, Ana Amélia. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. *In*: NÉRI, Anita Liberalesso (Org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007. p. 169-190.

CAMARANO, Ana Amélia. Cuidados de Longa Duração para a população idosa: Família ou Instituição de Longa Permanência?. *Sinais Sociais*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 7, ed. 29, p. 10-39, maio/agosto 2008. Disponível em: <<http://www.sesc.com.br/wps/wcm/connect/4d2e81b4-674e-4f75-b4ab-a9d-1ffd2ffb2/07.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=4d2e81b4-674e-4f75-b4ab-a9d1ffd2ffb2>>. Acesso em 05 jun. 2020.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; LEITÃO, Juliana e; CARVALHO, Daniele Fernandes. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. *In*: CAMARANO, Ana Amélia. Cuidados de longa duração para a população idosa :: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010. cap. 7, p. 187-212. ISBN 978-85-7811-080-2. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2020.

CAMARANO, Ana Amélia; BARBOSA, Pamela. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que está se falando? *In*: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. cap. 20, p. 479- 514. ISBN 978-85-7811-290-5. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.PDF>. Acesso em: 3 jun. 2020.

CAMEJO, Maria Adelaide Moita Fernandes. Institucionalização: O fim da linha? Orientador: Prof. Dr. José Magalhães. 2013. 111 f. Dissertação de Mestrado (Mestre em Psicologia Social e Organizacional) - Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria, Leiria, 2013. Disponível em: <<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5095/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 2 jun. 2020.

CANINEU, Paulo Renato; BIZAR, Paola Renata Brandão Canineu; CANINEU, Rafael Fernando Brandão; SILVA, Rafael Souza da. Qualidade dos cuidados do idoso institucionalizado. *In*: PAPALÉO NETTO, Matheus; KITADAI, Fábio Takashi. A quarta idade: o desafio da longevidade. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 14, p. 137-141. ISBN 978-85-388-0664-6.

DRULHE, Marcel. Vivre ou Survivre? Les Centres d'Hébergement pour Personnes **Âgées**. Paris: Éditions du Centre National de la Recherche Scientifi que, 1981.

ENDO, Paulo. Sujeito Histórico, Sujeito Psíquico. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, ed. Caderno Temático 2, p. 39-56, 2002.

GROISMAN Daniel. Asilos de velhos: passado e presente. *Revista do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 2, p. 67-87, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Projeção da População, Brasil, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agenciade-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-dehabitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 03 jun. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISAS APLICADAS. IPEA. Condições de Funcionamento e Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. Comunicados do IPEA, Brasília, n. 93, 24 maio 2011. Série Eixos do Desenvolvimento Brasileiro, 14p. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110524_comunicadoipea93.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

FREITAS, Karina Marques de. ILPIs: “gaiolas disfarçadas de proteção”. *Revista Longevidade*, São Paulo, ano 7, n. 53, Jul/ Ago/ Set 2017. Disponível em: <<https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/view/674/743>>. Acesso em: 2 jun. 2020.

KANE, Rosalie e KANE, Robert. Long-Term Care-Principles, Programs, and Policies. New York, Springer, 1987.

LUCAS, Cristiane Branquinho. O Ministério Público e a Fiscalização das ILPIS – um pouco da experiência do Estado do RJ. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/o-ministerio-publico-e-a-fiscalizacao-das-ilpis-um-pouco-da-experiencia-do-estado-do-rj/>. Acesso em 10 jun 2020.

MORAGAS, Ricardo Moragas. Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade De Vida. São Paulo: Paulinas, 2010. 343 p. ISBN 9788535626599.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL. Geneve:WHO, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. 1ª. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/401/1/WORLD_envelhecimento_2005.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

PIMENTEL, Luísa Maria Gaspar. O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. 1ª. ed. Coimbra: Quarteto, 2001. 244 p.

XIMENES, Maria Amelia. O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento. Orientador: Beltrina Côrte. 2005. 135 f. Dissertação de Mestrado (Mestre em Gerontologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

XIMENES, Maria Amelia; CÔRTE, Beltrina. O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 2, ed. 9, p. 135-145, dez 2006.

XIMENES, Maria Amelia; CÔRTE, Beltrina. A instituição asilar e seus fazeres cotidianos: um estudo de caso. Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento, Porto Alegre, v. 11, p. 29-52, 2007. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4811>>. Acesso em: 4 jun. 2020.

Rede de apoio como elemento de políticas sociais de cuidado de longa duração ao idoso



Rosamaria Rodrigues Garcia

Helena Akemi Wada Watanabe

Hirata e Sugita, 2011; Rodrigues, Huber e Lamura, 2012).

Introdução

O acelerado crescimento da população envelhecida suscita preocupações sobre a sustentabilidade social e econômica do cuidado prestado ao idoso. Países que possuem políticas de seguridade social consolidadas garantem o direito a serviços de cuidados a longo prazo. No entanto, a crise econômica de 2008 gerou déficits fiscais, retração e controle acirrado de custos, aumentando a pressão sobre os governos e afetando futuras reformas nas políticas de cuidados de longa duração. O cuidado informal prestado pela família continua predominando em relação à responsabilidade do Estado na maioria dos países. Nas comunidades são crescentes as ações voluntárias para apoiar pessoas idosas, ampliando a rede de apoio para o cuidado (Guimarães,

O termo “cuidados de longa duração” (CLD) se refere aos serviços de apoio e prestação de cuidados para idosos, jovens ou adultos com doenças incapacitantes, ou cuidados após a alta hospitalar por doenças agudas ou agravos. Termos como “serviços e suporte de longa duração” foram introduzidos, buscando incluir necessidades de saúde, sociais, emocionais, ampliando a definição do conceito (Pasinato e Kornis, 2009; American Medical Directors Association, 2010; Harris-Kojetin, 2013).

Fernández et. al. (2009) propõem a classificação das políticas de CLD¹ de acordo com a atuação do Estado, tipos de financiamento e assistência oferecida, distribuindo-as em sistema universal; sistema de universalismo progressivo; e sistema voltado a um grupo populacional específico, descritos a seguir.

O sistema de cobertura universal implica em maior compromisso financeiro e gastos progressivos pelo Estado em prol da igualdade e coesão social, permitindo aces-

¹ A classificação das políticas de CLD, proposta por Fernández et. al. (2009) em uma publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS), pode conter subtipos e variações principalmente quanto ao financiamento.

so independente de renda ou contribuição. Em geral, é financiado por impostos e contribuições diretas, provocando restrições de despesas e concessão de benefícios mediante recursos disponíveis, mas co-pagamentos podem ser cobrados do usuário. Estes sistemas existem no Japão, Alemanha, Luxemburgo, Suécia, Dinamarca e Escócia.

No sistema de universalismo progressivo, o direito universal é amparado pelo Estado, porém o acesso está vinculado à avaliação de renda e patrimônio, garantindo que pessoas com maior necessidade financeira recebam mais apoio do Estado, e que os mais privilegiados financeiramente contribuam mais por meio de tributos e co-pagamentos, minimizando as despesas do Estado, como ocorre na Áustria, Bélgica e França.

O terceiro sistema apresenta políticas públicas direcionadas a um grupo populacional desfavorecido financeiramente, implicando em intervenção mínima do Estado e controle eficaz de custos, embora restrinja acesso aos benefícios e aos critérios de elegibilidade, gerando demandas não atendidas. O financiamento é feito por meio de impostos e co-pagamentos conforme a renda do usuário. Este sistema é utilizado na Inglaterra, Estados Unidos, Austrália, Irlanda, Nova Zelândia e Brasil, que possui políticas de assistência social e não propriamente um seguro de CLD (Rocha, 2015).

As políticas de CLD ao idoso brasileiro estão previstas no eixo da Proteção Social Específica da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), e enfatizam a responsabilidade da família no cuidado, contemplando modalidades de residência em casa-lar ou república; atendimento em centro-dia; além do cuidado institucional, em geral fornecido por instituições de longa permanência para idosos (ILPI), conforme Camarano e Mello (2010).

Quanto ao atendimento de saúde ofertado pela esfera da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde aos idosos dependentes, não há diretrizes específicas com relação ao tipo de cuidado prestado (domiciliar ou institucional), dificultando a garantia da prestação de assistência. No campo da seguridade social, há políticas de assistência social direcionadas a grupos populacionais específicos, como o Benefício da Prestação Continuada, voltado aos idosos e portadores de deficiência em situação de vulnerabilidade econômica, independentemente de contribuição previdenciária e conforme limite de renda, o que torna restrita a concessão do benefício (Camarano e Mello, 2010; Batista et al., 2009; Barbieri, 2013; Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011).

As redes de apoio social ao idoso podem ser classificadas em formais, constituídas por políticas públicas de atenção à saúde e à assistência social, equipamentos jurídicos de garantia de direitos, previdência social, entre outras instituições governamentais; e em redes informais, compostas por pessoas que auxiliam o idoso, em suas várias necessidades. A família, os amigos, vizinhos e a comunidade são elementos da rede primária do idoso. Já os equipamentos e serviços compõem a rede secundária, que pode ser acessada por contatos pautados em relações interpessoais. As condições de vida da pessoa idosa são influenciadas por tais relações, e podem favorecer a proteção social e o apoio na efetivação dos direitos previstos por lei (Lemos, 2017).

O apoio social pode ser definido como qualquer informação e/ou auxílio material oferecido por pessoas e/ou grupo(s) que se conhecem e que conferem, como resultado dessa interação, efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. O apoio social em saúde pode ser classificado como material (ou instrumental), emocional e de informação (Valente, 2010; Mesquita et al.; 2012).

Fachado et al. (2007) classificam o apoio social em dois componentes: o primeiro focado no apoio social estrutural (rede social), que oferece informação sobre a quantidade de relações sociais ou o número de pessoas aos quais o indivíduo pode recorrer; e o segundo que avalia o apoio social funcional - um conceito subjetivo que diz respeito à percepção do indivíduo sobre a sua própria disponibilidade de suporte.

Guzmán, Huenchuan e Oca (2003) consideram quatro categorias de transferências ou apoio nas redes sociais de idosos, sendo: 1) apoio material, que implica em fluxo de recursos financeiros (dinheiro em espécie) e não financeiros, nas diversas formas de apoio material (alimentação, vestuário, pagamento de serviços etc); 2) apoio instrumental, como o transporte, auxílio com as tarefas domésticas e cuidados em geral; 3) apoio emocional, por meios de manifestações de afeto, confiança, empatia, sentimentos associados à família e preocupação com os outros. Eles podem assumir diferentes formas, tais como visitas regulares, transmissão física de afeto, escuta etc.; e 4) apoio cognitivo, referente à troca de experiências, transmissão de informações, conselhos, atividades educativas etc.

O estudo das redes de apoio de idosos é importante por constituir a base da ajuda requerida por estas pessoas, caracterizando-se por instâncias em que os papéis fazem sentido e são ancorados por estímulos sociais que promovem um sentimento de pertença e de integração social, evitando o isolamento e retardando os efeitos das doenças incapacitantes e da depressão neste grupo populacional (Rodrigues e Silva, 2013).

Para explicar a participação das redes de apoio nos CLD aos idosos que vivem em países com sistemas universais de proteção social e subsidiar reflexões acerca das políticas de CLD para o Brasil, apresentamos aqui uma revisão narrativa, optando-se por busca de material bibliográfico sobre países em que a proteção social é reconhecida como direito de qualquer cidadão, sendo escolhidos a França, Alemanha e Japão, por possuírem sistemas de seguridade social com componentes universais, assemelhando-se, mesmo que parcialmente, ao sistema universal de assistência social brasileiro, visto que ainda não existe seguro de CLD no Brasil, apenas algumas políticas de assistência social.

Deste modo, o presente capítulo foi construído a partir de publicações científicas, relatórios técnicos e publicações governamentais, priorizando-se fontes publicadas após 2008, ano em que a crise econômica se instalou em diversos países, disparando reformas socioeconômicas e alterações nas leis, nos benefícios, coberturas e prêmios, visando à contenção do orçamento público. Após breve descrição da política de CLD de cada país, são apresentadas as principais estratégias e componentes das redes de apoio ao idoso, oriundas do governo, das comunidades locais e de outros setores da sociedade.

Japão

No Japão, a preocupação com idosos frágeis posiciona-se na vanguarda da evolução das políticas de bem estar. Em 1963, já havia financiamento público de instituições asilares e casas de apoio e em 1970 foi instituído o atendimento médico gratuito, abolindo co-pagamentos para idosos. Em 1989 foi promulgado o Plano de Ouro², expandindo a responsabilidade do governo no cuidado de idosos frágeis (Tamiya et al., 2011; National Institute of Population and Social Security Research, 2014; Shimizutani, 2013).

Em 1997 foi instituído o seguro público obrigatório de CLD no Japão, denominado *kaigo hoken* ou *Long-Term Care Insurance* (LTCI), destinado aos idosos com 65 anos ou mais e aos cidadãos entre 40 e 64 anos com dependência por incapacidades físicas ou mentais. Os estrangeiros residentes permanentemente no Japão, bem como aqueles que vivem há 3 meses ou mais no país também são contemplados pelo LTCI (Rocha, 2015; Tokyo Metropolitan Government, 2015; Batista et al., 2009).

São objetivos do LTCI: a) socialização do cuidado, principalmente para indivíduos dependentes, que necessitam de reabilitação e de auxílio nas tarefas cotidianas, oferecendo-o como direito de todos e integrando programas de saúde e CLD; b) redução de custos com admissões sociais; c) ratear o custo do cuidado por meio de contribuições e co-pagamentos; d) favorecer a autonomia do idoso quanto à escolha do prestador de serviço; e) fomentar a concorrência entre ILPI (National Institute of Population and Social Security Research, 2014; Batista et al., 2009; Colombo et al., 2011).

O LTCI é financiado por impostos e pelas contribuições à Seguridade Social, sendo oferecidos apenas prêmios em serviços e nunca em dinheiro. A partir de 40 anos, o seguro já pode ser usufruído, mediante elegibilidade por meio de avaliação funcional e socioeconômica. O usuário precisa custear 10% do valor dos serviços e seleciona um gerente de cuidados, que elaborará um plano de cuidados e a programação semanal dos serviços, sendo iniciado mediante a aprovação do usuário e reavaliado periodicamente (Shimizutani, 2013; Creutzberg et al., 2007b; Tokyo Metropolitan Government, 2015).

Em 2005, com a revisão da lei de LTCI, foram instituídos serviços de cuidado integrado na comunidade (*community-based care services*) visando à prestação de serviços ao idoso em sua própria comunidade. Este sistema foi estabelecido a partir de 5 aspectos: (a) colaboração dos serviços médicos locais; (b) melhora e reforço da capacidade e flexibilidade dos serviços de CLD; (c) a promoção da prevenção; (d) garantia de serviços de apoio jurídico e de sobrevivência, como o fornecimento de refeições ou assistência para tarefas

2 O Plano de Ouro ou Estratégia Decenal de Saúde e Bem Estar do Idoso, proposto em 1989, estabelecia a meta de dobrar leitos institucionais e triplicar casas e serviços de base comunitária para pessoas idosas em 10 anos (Tamiya et al., 2011).

domésticas; (e) construção e melhoria de habitações amigáveis ao idoso (National Institute of Population and Social Security Research, 2014; Tokyo Metropolitan Government, 2015).

Os serviços podem ser prestados pelo governo local, organizações sem fins lucrativos (OSFL), empresas mistas ou privadas (estas não prestam cuidado institucional), mas a regulação é centralizada na gestão pública, favorecendo a vida em comunidade pelo maior tempo possível, em detrimento ao cuidado institucional. O governo local credencia e fiscaliza os prestadores e o governo nacional define e revisa as taxas de serviço (Rocha, 2015; Tamiya et al., 2011; National Institute of Population and Social Security Research, 2014; Shimizutani, 2013).

França

Na França, o sistema de proteção social foi criado em 1945, sendo obrigatório e universal, composto por vários regimes de cobertura e distribuído em pilares: saúde, acidentes de trabalho, idade avançada e família. No entanto, não contemplava o atendimento às necessidades exigidas pelo CLD, principalmente quanto ao auxílio para atividades de vida diária (AVD), conforme Rocha (2015) e Le Bihan e Martin (2010).

A escassez de financiamento do seguro social associada à crise financeira de 1970 e à crescente demanda por instalações hospitalares levou à criação de “setores de cuidados de longo prazo” em casas de repouso em detrimento à expansão de leitos hospitalares. Além de fornecer capacidade adicional, esta opção diminuiu gastos do sistema de proteção social e transferiu parte do custo para usuários, que já não pagavam quase taxas pela permanência nos hospitais (Chevreul et al., 2010).

Em 1975 o governo aprovou a *Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)*, política de assistência social financiada por impostos, que consistia de benefício em dinheiro para portadores de dependência severa. Apesar de não haver limite etário, esta política era praticamente voltada ao idoso, excedendo o orçamento e abarcando muitos beneficiários.¹⁰ Em 1997 foi criado o *Prestation Spécifique Dépendance (PSD)*³, destinado exclusivamente às pessoas com 60 anos ou mais e com dependência severa, pautado em rigorosos critérios de elegibilidade (Rocha, 2015; Chevreul et al., 2010; Elliott et al., 2014).

Em 2002, foi criada a *Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)*, política social de impacto positivo, que extinguiu o benefício anterior (PSD) e trouxe modificações positivas aos beneficiários: ampliou a cobertura de CLD para qualquer pessoa dependente com 60 anos ou mais; eliminou a avaliação de renda; expandiu a classificação de capacidade funcional por meio do instrumento *AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Resources)*; regulamentou e padronizou a contribuição e o co-pagamento nacional de APA. O benefício varia de acordo com o grau de dependência, renda e tipo de cuidado prestado.

3 A instituição do *Prestation Spécifique Dépendance*, que oferecia benefício de valor monetário inferior à ACTP, tornou esta política de assistência social restrita apenas aos indivíduos com menos de 60 anos (Chevreul et al., 2010).

Esta política aumentou o co-pagamento pelo beneficiário⁴, transmitindo a responsabilidade financeira do cuidado para a família (Rocha, 2015; Le Bihan e Martin, 2010). O benefício *Prestation de Compensation du Handicap* (PCH) é destinado às pessoas de até 75 anos com deficiência (adquirida antes dos 60 anos) e perda de autonomia (Batista et al., 2009).

A lei sobre a APA atribui principalmente ao governo central a gestão política, estratégias de financiamento e definição de direitos, enquanto a gestão administrativa é delegada aos “Conselhos Regionais” (*Conseils Regionaux*), estruturas de nível local. O setor do voluntariado e OSFL atuam ativamente na prestação de assistência, realizando a mediação entre beneficiários e prestadores do serviço (Chevreul et al., 2010; Schmidt et al., 2011; Guimarães, Hirata e Sugita, 2011).

Em 2008, o governo lançou o Terceiro Plano de Alzheimer para oferecer auxílio e suporte aos doentes, com ênfase no cuidado, destinando anualmente mais de 1 bilhão de euros (Rocha, 2015). Em 2010, a França gastou 34 bilhões de euros com CLD, equivalendo a 1,73% do PIB, sendo 70% deste montante financiado pelos cofres públicos (Chevreul e Brigham, 2013).

Alemanha

Na Alemanha, cerca de 90% da população é beneficiada pelo seguro estatutário e compulsório⁵ de saúde, denominado *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV). Atualmente, empregados e empregadores contribuem de forma equitativa, havendo um teto máximo a ser descontado, determinado mensalmente (Batista et al., 2009; Stegmüller, 2009; Federal Ministry of Health, 2015b).

O sistema alemão de proteção social é de natureza pública, contributiva, compulsória e a dependência é considerada um risco social, cuja proteção é reconhecida como direito de qualquer cidadão, independentemente da idade, sendo estruturada em torno de sistemas nacionais de seguro social e regulamentada por legislação específica, ainda que não haja lei exclusiva para idosos. Em 1995, o Long Term Care Insurance Act (*Pflegeversicherung Akt*) instituiu o seguro obrigatório e universal de CLD como o quinto pilar da seguridade social alemã. O *Pflegeversicherung* é financiado por impostos sobre salários, oferecendo benefícios em dinheiro ou provisão direta de serviços sociais de cuidados para o beneficiário, opção esta mais incentivada pelo governo em detrimento aos recursos monetários. Este seguro prioriza os cuidados domiciliares em detrimento aos cuidados institucionais, ampliando a oferta de serviços de assistência domiciliária e abrindo os serviços de

4 O co-pagamento exigido pela *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA) pode chegar até 90% para idosos que necessitam de cuidados domiciliares (*APA à domicile*) e que possuem renda superior a 2.800 euros (em 2012) ou que recebem mais de 3.317 euros (2012) e precisam de cuidados institucionais (*APA en établissement*). A APA alcançou mais de 1,5 milhão de beneficiários em 2008 (Rocha, 2015, Le Bihan e Martin, 2010, Colombo et al., 2011).

5 Funcionários públicos e trabalhadores autônomos não estão obrigados a aderir ao seguro (GKV), podendo utilizar-se de seguros e serviços privados, que atuam de modo suplementar ao seguro estatutário (Federal Ministry of Health, 2015b).

prestação de cuidados ao mercado, visando à remoção da carga financeira gerada pelos CLD aos Estados (Batista et al., 2009; International Labour Organization, 2004; Carneiro et al., 2012).

Os critérios de elegibilidade de acesso ao seguro social de dependência são determinados pela avaliação da classificação da capacidade funcional, baseada na frequência e no tempo de auxílio diário. No entanto, é necessário que nos 10 anos anteriores à solicitação do benefício, o requerente tenha contribuído por pelo menos 5 anos (Batista et al., 2009; Federal Ministry of Labour and Social Affairs, 2015; OECD, 2015b).

O Ministério Federal da Saúde é responsável pelo processo legislativo e executivo de CLD, além de monitorar o financiamento do Fundo de CLD, que oferece serviços por meio de contratos de prestação de cuidados institucionais, domiciliares ou ambulatoriais e de remuneração dos profissionais autônomos. Os Estados devem financiar investimentos nas instalações de CLD; no entanto, as despesas de funcionamento e de cuidados de enfermagem são custeadas pelos usuários. A fiscalização da implantação da Lei pelos fundos de CLD é de responsabilidade da esfera estadual e do Serviço Federal de Seguro (Federal Ministry of Labour and Social Affairs, 2015; Federal Ministry of Health, 2015a; 2015b).

Rede de apoio e prestação de serviços

Japão

No Japão, a lei prevê serviços de assistência para tarefas domésticas e cuidados pessoais, banho, curativo, subsídios para aluguel de equipamentos como cadeiras de rodas, andadores, camas hospitalares; recursos para adaptações ambientais; cuidados domiciliares de enfermagem e de reabilitação; na comunidade são oferecidos centros dia, unidades de cuidados de curta duração, visitas domiciliares noturnas; e serviços institucionais como residências coletivas, hospitais, ILPI, unidades de cuidados crônicos, incluindo cobertura para instituições específicas de cuidados com demência (Rocha, 2015, Tamiya et al., 2011; National Institute of Population and Social Security Research, 2014; Shimizutani, 2013; Batista et al., 2009; Tokyo Metropolitan Government, 2015).

Os idosos japoneses, principalmente aqueles que moram sozinhos ou possuem limitações funcionais, são contemplados por redes de voluntários que prestam auxílio para manutenção da vida em comunidade, proporcionam atividades de entretenimento, orientação e educação, apoio jurídico, social, emocional e espiritual (Rodrigues, Huber e Lamura, 2012; Hikichi et al., 2015).

Kobe e Tóquio possuem iniciativas organizadas e executadas por voluntários (por exemplo, *Tsudoi-ba Sakura-chan* e *Suzu-no-ya*), em que são utilizadas habitações residenciais desocupadas, doadas pelos proprietários ou financiadas pelo governo ou locadas

por valor reduzido de mercado, custeado por doações. Os imóveis são transformados em cafés comunitários, “clubes de almoço ou chá”, centros de atividades e grupos de apoio. São espaços para acolhimento de idosos e seus cuidadores/familiares, que vem realizar refeições, conversar, descansar enquanto outros cuidadores assumem o cuidado, encontrando nestas residências uma possibilidade de convívio e interação social, escuta aberta, apoio emocional, capacitação, aconselhamento pré e pós-luto e em alguns casos há serviço de apoio 24 horas, prestado por voluntários e organizações não governamentais (ONGs). O governo tem auxiliado com a liberação burocrática, tributária e algum apoio financeiro (Hayashi, 2015b).

Em todo o Japão, há 5,4 milhões de voluntários treinados (denominados “*dementia friends*”) para apoiar idosos com demência, envolvidos em programas coordenados por uma ONG mundial. São ofertadas diversas iniciativas de sensibilização, educação, orientação e aconselhamento de saúde, social, emocional e jurídico. Para auxiliar idosos dementados que perambulam perdidos pela vizinhança foram criadas redes de cooperação lideradas pelos voluntários (nomeadas *SOS Wanderers Networks*), que atuam em parceria com a polícia, empresas e ONGs locais, sendo acionados alarmes ou avisos para que estes idosos sejam conduzidos às suas residências. Constituem soluções organizadas que tem fomentado pesquisas e reflexões para revisão das políticas para demência (denominada *New Orange Plan*), e criação de sistemas de cuidados comunitários integrados, aprimorando habilidades das redes e serviços já existentes (Nakanishi e Nakashima, 2014; Hayashi, 2015a).

França

Na França, foram lançados projetos baseados nas tecnologias da informação e comunicação (TIC) para domicílios, como casas Inteligentes e soluções de teleassistência e videofone para monitorar idosos. Além disso, há aplicativos gratuitos ou pagos, para telefonia fixa e móvel, denominados “alarmes sociais”⁶, que compartilham redes de pessoas pré-estabelecidas pelo idoso ou por cuidadores que disparam avisos para membros da rede em caso de situação de risco ou necessidade de ajuda. Em 2011 houve um debate nacional sobre o tema, para posterior tomada de decisão, considerando que são necessários ajustes nas políticas públicas de CLD para inclusão das TIC como recursos da rede de apoio ao idoso (Schmidt et al., 2011; Carretero et al., 2012).

Outra prática comum na França são os cafés temáticos para idosos ativos, dependentes, ou com Doença de Alzheimer ou AVE (Acidente Vascular Encefálico), bem como para familiares e cuidadores, (por exemplo *Cafés Mémoire France Alzheimer*®, *Les Bistrot Mémoire*®, *Cafés des Ages*), totalizando mais de 1200 iniciativas. Constituem espaços intergeracionais de apoio, escuta, atividades educativas, culturais e de relaxamento

6 Os aplicativos de alarmes sociais, tais como SOS Emergency®, SOS Alarm®, pMonitor®, Safety NET®, estão disponíveis em vários países e para sistemas Android® e iOS® (Schmidt et. al., 2011).

para cuidadores/familiares a partir de ambientes e contextos facilitadores, coordenados por psicólogos, animadores e profissionais voluntários de OSFL e associações. Também há iniciativas para idosos saudáveis que vivem na comunidade e que encontram nestas oportunidades uma fonte de convívio social e entretenimento. Nos *sites* das instituições e dos parceiros são disponibilizadas programações interativas oferecidas em vários locais da cidade, em outros estados/departamentos e até em outros países, caracterizando um movimento internacional de apoio social ao idoso, que ajuda a evitar seu isolamento social, e reduzir o estresse e a sobrecarga da família (Schmidt et al., 2011; Générations Seniors, 2013; OECD, 2015a).

A capacitação de cuidadores formais e informais na França ainda não está completamente amparada por legislação, que apenas prevê o direito a algumas horas de treinamento, sem definição de normas para custeio (OECD, 2015b). Atualmente, são oferecidas capacitações por universidades, ONGs e empresas privadas, financiadas parcial ou totalmente pelo governo e/ou pelo interessado. Há portais na internet que disponibilizam cursos online, bem como oferecem apoio social e emocional aos cuidadores e familiares, e os conscientizam sobre seus direitos e deveres (Schmidt et al., 2011; Générations Seniors, 2013).

Há associações locais (como *Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique – CLIC*) ou sites que centralizam e organizam informações sobre serviços disponíveis, prestadores e profissionais, promovendo facilidade de acesso à pesquisa e escolha dos serviços, por meio da descrição das atividades oferecidas, custo e requisitos, além de fornecer aconselhamento e. A federação nacional *Générations Mouvement*, reconhecida como utilidade pública pelo governo, lidera e acompanha ações e parcerias visando à promoção da autonomia do idoso e à manutenção da vida em comunidade, por meio do apoio à mobilização nacional de luta contra o isolamento das pessoas idosas (denominada *Monalisa*); aconselhamento sobre saúde, nutrição, bem estar, atividades físicas e sociais; engajamento de voluntários, parceiros e idosos em redes de solidariedade e proximidade, integrando-os socialmente e empoderando-os como cidadãos na tomada de decisão para construção e implantação de políticas públicas para o envelhecimento ativo (Générations Mouvement, 2013).

Em várias regiões da França, parcerias entre conselhos de idosos, OSFL e bibliotecas o serviço de biblioteca em domicílio, destinado aos idosos dependentes ou com dificuldade de locomoção. São disponibilizados livros e outras mídias, entregues e retirados por voluntários ou funcionários na residência, após identificação das preferências culturais do idoso. Há locais que disponibilizam voluntários para acompanhar o idoso à biblioteca e outros realizam no domicílio a leitura em voz alta, caso o idoso necessite ou deseje. Em geral, o serviço é gratuito ou há cobrança de taxa simbólica de associação à biblioteca (Générations Seniors, 2013; Alix, 2012; Association des Bibliothécaires de France, 2015).

Os serviços oferecidos pelo seguro de CLD alemão são benefícios em espécie para cuidados comunitários; prestações pecuniárias para cuidados informais; cuidados domiciliares durante o período de férias/descanso dos cuidadores ou doença dos cuidadores informais; equipamentos médicos e assessores técnicos; casa dia e de cuidados noturnos; cuidado institucional de curta duração; cuidados institucionais em tempo integral; cuidados institucionais de longa duração; benefícios para a seguridade social dos cuidadores informais; benefícios para prestadores de cuidados que necessitam de licença; seguro de acidentes pessoais e cursos de formação⁷ de cuidadores familiares e voluntários (Federal Ministry of Labour and Social Affairs, 2015; Federal Ministry of Health, 2015b; Carneiro et al., 2012; Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011).

Visando ao desenvolvimento da prestação de serviços, o Ministério Federal da Saúde tem projetos de pesquisa que subsidiam a construção de instalações de cuidados geriátricos, atualmente direcionados à estrutura, disposição e qualidade do cuidado. No âmbito da reunificação alemã, um grande programa foi criado, implementado e mantido até hoje para garantir assistência financeira para investimento em instalações de CLD nos novos estados federativos. O governo alemão reconhece diversas iniciativas de projetos de OSFL e o incentivo à construção de redes de apoio como serviços de utilidade pública, inserindo-os em seus relatórios anuais de seguridade social (Federal Ministry of Labour and Social Affairs, 2015).

Kofahl, Dahl e Döhner (2002) publicaram um relatório sobre 58 práticas inovadoras e projetos⁸ que objetivam auxiliar idosos, familiares, cuidadores e profissionais, por meio de redes de apoio que fornecem orientação, aconselhamento quanto às doenças, cuidados, ajuda na escolha e controle da qualidade das atividades ofertadas; oportunidades de capacitação para voluntários, familiares e cuidadores formais; gerenciamento de casos e cuidadores substitutos. As iniciativas foram propostas por associações comunitárias, OSFL, universidades, instituições governamentais, religiosas e privadas para apoiar o idoso na prestação do cuidado.

As redes de cooperação são propostas em sua maioria por OSFL (por exemplo *Netzwerk im Alter*, em Berlim, *GeReNet.Wi*, em Wiesbaden), ora apoiadas financeiramente pelo governo, ora por fundos municipais e algumas são amparadas cientificamente por universidades. As redes originam-se de entidades locais, religiosas, de grupos de trabalhadores ou moradores e são direcionadas para idosos, para instituições ou para grupos específicos. São estratégias utilizadas pelas redes: 1) cadastro, oferta ininterrupta e coope-

7 Entre 2000 e 2003, a Alemanha capacitou 37 mil cuidadores de idosos com o objetivo de reduzir a escassez de recursos humanos na área de serviços sociais para pessoas dependentes e de prevenir o desemprego (Carneiro et. al., 2012).

8 Considerando que a proposta desta revisão é analisar referências posteriores ao ano de 2008 e que não foram encontradas outras referências sobre o projeto Netz, foi realizada pelas autoras a consulta aos sites de cada um dos 58 projetos visando à confirmação da existência e continuidade dos mesmos, sendo constatado que 49 continuam em plena atividade e 9 não possuíam mais dados disponíveis na internet (nota das autoras).

ração entre prestadores de serviços e cuidados domiciliares e institucionais; 2) sistema de gestão de caso coordenada e qualificada em rede; 3) programa de transição do cuidado; 4) escritório para gestão de reclamações e de problemas; 5) apoio psicossocial com ênfase na assistência ao cuidador informal; 6) redes centradas no voluntariado; 6) capacitação de voluntários e cuidadores e 7) interdisciplinaridade. O impacto do trabalho e a eficácia das redes são mensurados cientificamente, obtendo-se maior transparência e qualidade da prestação dos serviços para usuários, de forma consistente e sustentável (Anheier e Salamon, 1999; Carneiro et al., 2012).

Carretero et al. (2012) destacaram programas alemães de apoio ao CLD baseados nas TIC, administrados por organizações da sociedade civil e apoiados em sua maioria pelo governo ou por entidades público-privadas, dentre eles: *SEKIS*, *PflegeWiki* e *Alzheimer Blog*. Trata-se de *sites* e *blogs* que oferecem informações úteis para cuidadores informais e beneficiários por meio de bancos de dados gratuitos de serviços e prestadores; registros sobre doenças, medicamentos, tratamentos; apoiam grupos de ajuda mútua no escopo social e da saúde, incluindo depoimentos, relatos de experiência, fóruns e redes sociais; bem como intermediam relações entre leigos e profissionais, sendo reconhecidos como serviços de utilidade pública pelo governo alemão, por serem entendidos como dispositivos de apoio ao cuidador e de redução de sua sobrecarga, meta esta contida na política de CLD do país.

Já os sistemas *Vitaphone*, *SOPHIA*, *PAUL* são dispositivos de segurança, alarmes sociais e serviços de teleassistência, oferecidos gratuitamente e mantidos por redes de voluntários ou cobertos pelo seguro social alemão (sendo estas as características diferenciais em relação aos serviços similares existentes no Brasil), voltados à proteção do usuário e ao suporte às emergências, disponíveis ininterruptamente e equipados com banco de dados sobre condições de saúde do usuário, comunicação por vídeo, orientações médicas personalizadas à distância, interligação com familiares ou cuidadores, com serviços de pronto-atendimento, farmácias e outros dispositivos de assistência. O alarme é disparado pelo próprio usuário/familiar ou por sensores e câmeras que registram a movimentação do indivíduo, temperatura corporal, ausência da pulseira de segurança, disparando alertas diante de anormalidades como hipotermia, inatividade motora ou hipomobilidade; ou em situações de perigo elétrico, vazamento de gás etc. Os sistemas oferecem programas de treinamento e incentivo à utilização para usuários mais idosos e alheios às tecnologias, e auxiliam na manutenção do idoso em sua residência, mesmo aqueles com mobilidade reduzida ou limitações funcionais, valorizando sua autonomia e contribuem para menor sobrecarga ao familiar/cuidador, em consonância aos objetivos da política de CLD (Schmidt et al., 2011).

As experiências internacionais de estratégias de apoio ao idoso sob cuidados de longa duração podem contribuir para a reflexão e orientação de decisores políticos, entidades não governamentais e sociedade civil quanto à importância do mapeamento e ampliação das redes de apoio ao idoso que necessita de cuidados, visto que a responsabilidade pelo cuidado ainda é distribuída de forma desproporcional entre família, Estado e sociedade.

Com a crise econômica mundial, a otimização dos recursos tornou-se imperativa para o governo, sendo necessária a inclusão de alternativas propostas pela sociedade civil e pelas famílias, apoiadas jurídica e financeiramente pelo Estado, como componentes das políticas públicas de atenção ao idoso.

No Brasil, fatores como a extensão geográfica, legislação sobre o financiamento desvinculado entre saúde e assistência social, a atual crise econômica, a ausência da consolidação e implantação das políticas de CLD já existentes, bem como da dificuldade de regulação e fiscalização dos prestadores de serviço constituem barreiras a serem superadas pelo governo e pela sociedade. As redes de apoio ao idoso dependente podem constituir elementos das políticas de CLD, desde que reconhecidas e amparadas legal e financeiramente pelo governo e pela sociedade.

As ILPI vem sendo uma das poucas alternativas de CLD no Brasil, embora a maioria tenha caráter filantrópico e portanto, vem sendo custeadas pela sociedade civil ou por instituições religiosas, de cunho social. As instituições filantrópicas caracterizam-se principalmente por uma administração amadora, orientada pelo princípio ético/moral da benevolência, da caridade e do amor ao próximo, retrato da origem desta forma de cuidado no Brasil (Garcia, 2016).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC n°. 283) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define ILPI como instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada ao 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 (Brasil, 2005a).

Christophe (2009) aponta uma contradição sobre as ILPI com relação à sua complexidade. Para o Ministério da Saúde, as ILPI são caracterizadas como unidades de baixa complexidade (considerando sua necessidade de procedimentos e equipamentos). Já para o MDS, as ILPI estão enquadradas como equipamentos de alta complexidade no Sistema de Proteção Social Especial do SUAS, categoria está voltada ao atendimento de pessoas em situações de exposição à violência, com elevado grau de dependência e que exigem serviços específicos altamente qualificados, o que condicionam o volume de recursos repassados.

O Estatuto do Idoso define que no caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultativa a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade, que não poderá exceder 70% de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso (BRASIL, 2003). Contudo, são raros os casos em que esta contribuição é suficiente para custear todas as despesas do idoso. Além disso, há internos que não possuem qualquer benefício em decorrência da irregularidade trabalhista ao longo da vida ou de pendências documentais que os impossibilitam de receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC), direito adquirido aos idosos sem renda e/ou sem estrutura familiar que possa garantir assistência às suas necessidades (Brasil, 2005b).

As ILPI devem submeter-se às legislações estaduais ou municipais da Coordenação de Vigilância Sanitária, havendo em alguns casos restrições legais e exigências para a prestação de assistência à saúde e de acolhimento de idosos com grau de dependência avançado, que exigem cuidados de saúde intensivos e contínuos. Desta forma, embora a distribuição e a utilização das verbas/benefícios oferecidos pela Assistência Social às ILPI não possam ser aplicadas na assistência à saúde, estas instituições estão sujeitas às normatizações dos órgãos fiscalizadores vinculados ao Ministério da Saúde e seus congêneres nos Estados e municípios (Ferreira, 2011).

Resta às entidades filantrópicas recorrer às diversas fontes de auxílio, seja no entorno da localidade geográfica, seja por meio de parcerias junto a estabelecimentos de ensino, de saúde, comerciais, industriais, voluntários, familiares, campanhas de doação, eventos beneficentes, enfim, cada ILPI se articula em rede (às vezes sem conhecimento deste movimento) visando adquirir recursos financeiros, humanos, entre outros tipos de apoio (Creutzberg et al., 2007a).

A seguir, serão apresentados dados da tese de doutorado de uma das autoras (Garcia, 2016), com o objetivo de mapear e analisar as características da rede de apoio de uma ILPI. Trata-se de estudo transversal, de abordagem quanti-qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, realizado em ILPI privada sem fins lucrativos no município de São Caetano do Sul, no Estado de São Paulo, entre novembro de 2014 e dezembro de 2015, para mapear a rede social da ILPI, a forma como os atores se relacionam e os tipos de apoio fornecidos.

Primeiramente, foi respondido um questionário pelo presidente da ILPI com informações gerais sobre natureza jurídica, classificação e regime da instituição, existência de certificação de entidade filantrópica ou de utilidade pública, capacidade de atendimento e número de idosos residentes à época da entrevista, composição do corpo diretivo e funcionários, instalações, despesas e receitas, e descontos obtidos de acordo com a lei.

O segundo instrumento destinou-se aos dirigentes e/ou responsáveis técnicos para indicarem nominalmente os parceiros da ILPI, considerando os últimos doze meses à data de realização da entrevista, bem como sua natureza jurídica, ramo de atividade, frequência e tipo de apoio prestado. Foram fornecidos os contatos dos parceiros nomeados para agendamento das entrevistas.

Foi utilizado para mapear os atores da rede da ILPI o Método Snowball (Biernacki e Waldorf, 1981). A pesquisadora entrevistou o primeiro grupo de atores (constituído por dois membros do corpo diretivo) e estes nomearam atores (parceiros) da rede da ILPI e indicaram outras pessoas. Estas por sua vez, também nomearam os atores, sendo incluídos na rede apenas os novos atores. Este procedimento foi repetido até que não houvesse novos parceiros a serem incluídos ou que o número de novos parceiros não fosse significativo (sendo adotada a quantidade referente a 10% do valor total dos atores envolvidos).

Os questionários permitem a obtenção de dados para o mapeamento das relações de colaboração, seja por meio de comunicação, informação, resolução de problemas, apoio material. Também podem ser identificados relacionamentos com potencial de compartilhamento de informação, por meio de consciência das competências, de acesso, engajamento e segurança (Cross R, Parker A, Borgatti , 2000).

Em contato telefônico ou por e-mail, os parceiros elencados receberam explicações sobre o estudo e a indicação feita pela ILPI, e foram convidados a fornecer entrevista presencial com a pesquisadora. Para cada parceiro foram feitas até três tentativas de contatos telefônicos e até três tentativas de envio de e-mail. Em caso de impossibilidade de contato após estes procedimentos, os atores em questão não foram entrevistados.

Os sujeitos foram entrevistados por meio do terceiro instrumento, composto por questões norteadoras abertas, fundamentadas em outros estudos (Sluzki, 1997; Silva, 2003; Christophe, 2009), para que discorressem de forma aprofundada as características da parceria estabelecida com a ILPI, tipo e frequência do apoio fornecido.

Quando necessária procedeu-se a análise documental, por meio de consultas aos sites das instituições, e-mails, reportagens, fotos, regimentos, estatutos, balanços financeiros, comprovantes de doações, jornais de bairro, fornecendo informações complementares, ou para consolidar a entrevista fornecida pelos parceiros ou ainda comprovar a existência de relações quando da impossibilidade de contato com determinado parceiro, constituindo a forma indireta de obtenção de informações.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 34986714.80000.5421) da instituição ao qual estão vinculadas as autoras. Todos os procedimentos metodológicos foram estabelecidos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, cumprindo os princípios éticos da Declaração de Helsinki e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após a explanação dos objetivos do estudo e esclarecimento de dúvidas pela pesquisadora.

Trata-se de uma instituição assistencial sem fins lucrativos, fundada em 1999, caracterizada como ILPI, que abriga 35 moradoras mulheres (sendo 17 acamadas, dependentes para a maior parte das atividades básicas de vida diária), certificada como entidade de utilidade pública municipal, com sede alugada e corpo diretivo totalmente voluntário. A ILPI possui seis funcionários para manutenção da casa (cozinha, lavanderia, limpeza e serviços administrativos), duas enfermeiras e oito auxiliares de enfermagem. Outros profissionais da área da saúde, como médico e nutricionista exercem trabalho voluntário na ILPI.

As despesas mensais estão assim distribuídas: 63,1% para pagamento de recursos humanos; 19,2% são gastos fixos com o imóvel, como aluguel, imposto predial, água, luz, gás e telefone; 11,4% decorrem de insumos para alimentação, medicamentos, produtos de higiene pessoal e limpeza, materiais de enfermagem e de escritório; 6% para pagamento de prestação de serviços (permanentes ou eventuais), geralmente para manutenção do

imóvel ou dos equipamentos. Para o lazer das residentes são destinados mensalmente 0,3% da receita.

Foram nomeados 86 parceiros, sendo 17 empresas privadas com fins lucrativos, classificadas como pessoa jurídica, 11 organizações não governamentais (ONG), oito órgãos públicos e 50 indivíduos, elencados como pessoa física. Destes, 78 foram entrevistados, cinco não retornaram os contatos, dois não foram localizados pelos dados fornecidos pela ILPI. Houve uma recusa de entrevista.

O grupo de pessoas físicas constitui a maioria dos parceiros (58,1%), sendo 26 do gênero feminino e 24 do gênero masculino. Foram entrevistados 46 indivíduos desta categoria, com média de idade de $45,2 \pm 8,17$ anos para mulheres e $49,8 \pm 6,3$ anos para os homens. Quanto à escolaridade, 30 possuíam ensino superior, 13 completaram o ensino médio e três tinham cursado apenas o ensino fundamental. À época das entrevistas, ocupavam-se como profissionais liberais, empresários, empregados assalariados, havendo também aposentados e donas de casa.

No grupo de 17 parceiros classificados como pessoa jurídica foram entrevistados representantes de 15 empresas, sendo oito prestadoras de serviços, cinco relacionadas ao comércio e uma indústria. Quanto às ONG, duas estavam relacionadas à Maçonaria, havendo também duas entidades culturais; duas voltadas às pessoas doentes; três entidades destinadas à confecção, preparação e distribuição de donativos e alimentos; uma associação de aposentados; uma ONG que desenvolvia projetos sociais para adolescentes e jovens.

Quanto aos órgãos públicos ou governamentais, foram citados pelos dirigentes seis equipamentos de saúde (hospitais, unidade básica de saúde, serviço de emergência, serviço de transporte de usuários), uma escola municipal e um grupo da Secretaria da Cultura do município. A Secretaria Municipal de Saúde remunera quatro auxiliares de enfermagem para exercerem suas atividades laborais na ILPI. Já a Secretaria Municipal de Assistência e Inclusão Social remunera três “Agentes Sênior” para atuarem na ILPI, auxiliando nos serviços administrativos, de cozinha e limpeza; além da parceria com uma universidade privada que realiza estágio curricular supervisionado na área de enfermagem.

Em média, os entrevistados conhecem a ILPI há 10 anos (DP 5,27), sendo que 20 entrevistados a conhecem desde sua fundação em 1999. Estes parceiros ajudam a ILPI, em média, há 7,8 anos (DP 5,17), variando entre 1 e 16 anos. A tabela 1 mostra a distribuição dos tipos de apoio prestados, lembrando que vários entrevistados ofereciam mais de um tipo de ajuda. Em média, cada parceiro fornecia 3,45 tipos de apoio, variando entre 1 a 12 (DP 2,94). No entanto, houve diferença quanto ao número de apoios prestados por pessoa física ($4,3 \pm 3,3$) e pessoa jurídica ($2,3 \pm 1,7$ tipos).

Os órgãos públicos (governamentais) foram incluídos na rede de apoio da ILPI como componente formal²¹, por sua característica compulsória de prestação de serviços, principalmente os equipamentos de saúde. No caso Secretaria da Cultura, o apoio é fornecido

por meio de apresentações musicais e culturais mensais na ILPI por profissionais remunerados pela prefeitura. Por outro lado, a escola municipal de ensino fundamental não presta serviços compulsórios para a ILPI, mas foi apontada como parceira por contribuir através de campanhas de arrecadação de alimentos e roupas como parte dos projetos sociopedagógicos desenvolvidos pelo quadro docente e diretivo.

Tabela 1 – Distribuição dos parceiros da ILPI segundo o apoio fornecido. São Caetano do Sul, 2015.

Tipos de apoio	Pessoa Física	Pessoa Jurídica	ONG	Órgão Público	Total de parceiros
Doação de alimentos	23	10	6	1	40
Organização e trabalho voluntário nos eventos	29	4	4	-	37
Divulgação da ILPI	31	2	3	-	36
Doação de roupas	18	5	5	1	29
Trabalho voluntário na ILPI	23	-	-	-	23
Doação de prendas	14	2	3	-	19
Doação de produtos de higiene e limpeza	12	3	2	1	18
Contribuição como associado (boleto)	13	2	-	-	15
Coleta e/ou digitação de notas fiscais	12	1	-	-	13
Representação da ILPI em eventos ou conselhos, reuniões	12	-	-	-	12
Apoio emocional/espiritual para as moradoras	10	-	-	-	10
Prestação de serviços para a ILPI ou para as moradoras	-	3	-	6	9
Doação em dinheiro	4	1	2	-	7
Entretenimento para as moradoras	1	3	-	2	6
Doação de equipamentos para a estrutura física da ILPI	3	1	1	-	5
Trabalho remunerado	4	-	-	1	5
Orientação Técnica para dirigentes e/ou colaboradores	1	-	2	-	3
Doação de material reciclável	1	1	-	-	2
Pagamento de despesas da ILPI diretamente ao fornecedor	-	1	-	-	1

Fonte: as autoras

Um achado muito interessante foi o desenvolvimento de atividades de entretenimento para as moradoras por alunos da escola, pais e docentes, em horários extracurriculares e por vontade própria, promovendo benefícios do convívio intergeracional para o bem estar das idosas institucionalizadas, corroborando Creutzberg et al. (2007). Do mesmo modo, os profissionais da Secretaria da Cultura passaram a convidar amigos para proporcionarem atividades de lazer voluntariamente na ILPI, bem como contribuir com a divulgação da instituição em suas próprias redes sociais, conforme depoimentos abaixo:

“....a iniciativa é delas [as crianças], a gente [professores] vai ajudando no que pode ...mas a gente não deixa essas oportunidades passarem, né, a gente vai estimulando no que pode. Elas vão até lá, passam a tarde, arrumam o cabelo das idosas. Então, começam com um negocinho e depois a gente vê que tem um grupinho, sempre tem um grupinho que continua.....tem pais que participam pra caramba e em outros casos, você vê que começa das crianças, elas tem a ação, aí elas levam pra casa o que tá acontecendo e alguns pais acabam se envolvendo”. (P34)

“....eu já levei um amigo meu pra ir, e ele dançou com elas [residentes]. Então a gente [grupo da Secretaria da Cultura] chama também qualquer voluntário que queira ir pra prestar qualquer tipo... de entretenimento pra elas, entendeu?!”. (P41)

Observou-se predominância de doações de insumos, como alimentos, roupas, produtos de higiene e limpeza (40, 29 e 18 parceiros, respectivamente), seguida da contribuição com a organização, doação de produtos e trabalho voluntário em eventos beneficentes esporádicos promovidos pela ILPI (37 parceiros), divulgação da ILPI para outras pessoas (36 entrevistados), execução de trabalho voluntário na ILPI (23 indivíduos), doação de prendas para os eventos beneficentes mensais (19 parceiros), 15 associados que contribuem com doação em dinheiro via boleto bancário (o valor e a periodicidade são estipulados pelo contribuinte), arrecadação, coleta e/ou digitação de notas fiscais para a ILPI (13 entrevistados), representar a ILPI em eventos, reuniões, conselhos (12 parceiros), apoio emocional/espiritual para as moradoras (10), dentre outros.

Os dados encontrados corroboram relatos de entrevistados, que referiram maior frequência de doação de alimentos, sendo necessário em alguns meses do ano partilhar as doações com outras instituições filantrópicas para evitar desperdício e perda dos produtos pelo vencimento do prazo de validade:

“...No Natal a dispensa fica forrada, cai arroz prá tudo que é lado, mas fevereiro, março e abril, não vem nada, por que? Porque, lógico, você vem doar uma vez por ano, é melhor do que não fazer nada, mas o certo seria assim, você dar um pouquinho todo mês, porque todo mês todo mundo come....”.(P8)

Por outro lado, predominantemente são doados produtos não perecíveis, fazendo com que a ILPI precise comprar laticínios, frutas, carne, frango e peixe, e outros produtos essenciais à nutrição adequada das moradoras. Situação semelhante ocorre com alimentos a serem consumidos nos eventos, provocando redução da arrecadação pela ILPI, em virtude da necessidade de compra dos produtos perecíveis para os eventos, que apresentam custo elevado.

A reduzida parcela de doações em dinheiro dificulta o pagamento de despesas com recursos humanos, prestadores e fornecedores, preocupando diariamente os dirigentes, que diante da inconstância das doações, discutem estratégias para arrecadação, além dos eventos já programados. A percepção dos entrevistados sobre esta problemática foi relatada principalmente por voluntários que colaboram intensamente com a ILPI:

“....a gente não tem a mínima ideia do que vai faltar....”. (P7)

“... por exemplo, faltou remédio, você tem que comprar, você não vai chegar lá com um saco de arroz e falar: olha, tá aqui o pagamento. As pessoas acham que [as residentes] só comem, e tem todo um universo, às vezes a comida é o que menos falta na verdade, né!? ...”.(P8)

Dentre os funcionários remunerados pela ILPI, uma foi incluída na rede de parceiros pelo corpo diretivo, por executar várias atividades voluntárias, além de sua ocupação regular. Outros três entrevistados exercem suas atividades laborais na ILPI, sendo, no entanto, remuneradas pela prefeitura municipal, por meio de convênios estabelecidos com a ILPI.

Dentre os tipos de apoio mais fornecidos pelo grupo de pessoas jurídicas estão as doações de alimentos (10), roupas (5), contribuições para eventos (4), produtos de limpeza e higiene (3) e entretenimento para as moradoras (3). Nota-se entre estes parceiros a inexistência de trabalho voluntário, de prestação de apoio emocional/espiritual para as moradoras e a escassa divulgação da ILPI, prevalecendo o apoio material.

Quanto à frequência de ajuda, observou-se que 27 parceiros colaboram mensalmente, 18 ajudam semanalmente, nove auxiliam diariamente e 19 contribuem esporadicamente. Entre as pessoas jurídicas e as ONG, notou-se maior auxílio mensal (seis e cinco, respectivamente) ou esporádico (quatro em cada uma), enquanto as pessoas físicas colaboram com maior frequência semanal (15) ou mensal (13).

A ajuda diária é prestada em quase sua totalidade por pessoas físicas (oito de nove parceiros) e em média estes oito parceiros prestam 8,6 tipos de ajuda: todos realizam trabalho voluntário na ILPI, sete contribuem na organização e execução de festas beneficentes, sete oferecem apoio emocional e espiritual às moradoras, cinco arrecadam e digitam notas fiscais, dentre outras ações. Nota-se elevada contribuição destes parceiros para a rede (constituindo 10% do total), tanto para as residentes quanto para a manutenção e sobrevivência da ILPI.

Primeiramente observou-se que os dirigentes não realizavam o mapeamento da rede da ILPI, identificando a totalidade de seus parceiros após várias consultas informais e busca em agendas telefônicas, e-mails e outras fontes, inexistindo registros e sistematização do apoio recebido. Notou-se que alguns órgãos públicos não foram reconhecidos pelos dirigentes como membros da rede, embora contribuam de forma indireta. Este posicionamento pode ser atribuído ao fato de que os dirigentes talvez não percebam a ILPI como parte integrante da rede socioassistencial do idoso (apesar de o Estado entendê-la como “conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade”, conforme Lini et al. (2015), reforçando a desarticulação entre os equipamentos de proteção social e outros setores.

A legitimação, a validação de competências e o reconhecimento legal da rede como instância de planejamento favorecem a articulação do conjunto de serviços para o idoso em rede (Carneiro et al., 2012). No entanto, ao ignorar a importância do papel determinante da rede nas intervenções para o idoso, Estado e sociedade podem provocar o isolamento e a

marginalização da ILPI filantrópica, que sequer identifica os membros de sua própria rede de apoio, principalmente aqueles advindos da esfera pública.

Observou-se maior prevalência de elevado grau de escolaridade dos parceiros, corroborando Wessels (1997) e Anheier e Salamon (1999). Estes autores referem que a capacidade de organização da sociedade civil e de formação de associações voluntárias está relacionada ao melhor nível socioeconômico, ao maior grau de instrução e à estabilidade democrática da nação.

Assim como em outras ILPI, o maior gasto origina-se do pagamento de recursos humanos (mesmo com isenção de taxas patronais, obtida por algumas ILPI), sendo este um dos motivos pelos quais os dirigentes justificam a diminuta presença de equipes multiprofissionais ou o número reduzido de profissionais de categorias imprescindíveis para a provisão dos cuidados, corroborando achados nacionais e internacionais (Camarano, Kanso, 2010; Freire, Mendonça e Costa, 2012; Christophe, 2009; Creutzberg, Gonçalves e Sobottka, 2007; Carneiro et al., 2012; e Camargos, Fortes e Souza, 2014). Estes autores ainda elencam gastos com materiais de higiene pessoal e limpeza, medicamentos, alimentação, manutenção da instituição e oportunidades de lazer, muitas vezes deixadas em segundo plano, conforme observado no presente estudo.

A análise de acoplamentos estruturais de ILPI com o sistema econômico mostrou que as doações da comunidade provêm tanto de pessoa física como jurídica, em geral sem constância e/ou continuidade, pautadas na solidariedade, corroborando o presente trabalho⁵. Os doadores na forma de pessoa física são importantes na manutenção das instituições e são frequentemente motivados e chamados a colaborar. Outros autores destacam parcerias com empresas estatais e não estatais de setores da indústria, comércio e serviços, bem como organizações do terceiro setor, corroborando os resultados do estudo corrente (Freire, Mendonça e Costa, 2012; Creutzberg, Gonçalves e Sobottka, 2007).

O perfil das ILPI das regiões Nordeste e Sul do Brasil (Christophe, 2009), diferenciadas sob o ponto de vista socioeconômico, apontou maior frequência de parceria com os governos municipais. No Nordeste há maior participação do governo estadual em relação ao Sul. As instituições filantrópicas no Nordeste estabelecem um leque de parcerias mais amplo do que as públicas e privadas, incluindo farmácias (para medicamentos e fraldas geriátricas, por exemplo), SESI, SENAI, SENAC e comerciantes locais para pequenos serviços para os residentes, como cabeleireiro, manicure, barbeiro etc. No Nordeste e no Sul (predominantemente) existem parcerias com associações leigas filantrópicas, como Rotary, Lions Club e Maçonaria, conforme também observado no presente trabalho.

Em um estudo realizado com 105 ILPI da Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG), verificou-se que 83,6% das entidades filantrópicas e 34,1% das instituições privadas referiram pelo menos um tipo de parceria. Dentre as 105 ILPI, 40% tinham parceria com o governo municipal, com o Serviço Voluntário de Assistência Social do município (24,8%) e

universidades (21,9%). Já a presença de voluntários foi registrada em 48,6% das ILPI (Camargos, Fortes e Souza, 2014).

A escolha da empresa para contribuir com determinada ILPI depende de estímulos da instituição e as respectivas ressonâncias no ambiente, com base nos interesses de mercado e de marketing da empresa, sendo que as ILPI públicas e sem fins lucrativos conseguem mais facilmente estes acoplamentos em relação às privadas com fins lucrativos. Os dirigentes mencionaram programas de doações de notas fiscais; pagamento mensal de salário de funcionários das ILPI efetuados por empresas; voluntariado de funcionários de empresas que realizam ações específicas e periódicas; prestação de serviços; bem como criação e manutenção de programas internos para geração de renda (confeção de produtos, bazares, festas, shows etc), corroborando o estudo corrente (Creutzberg et al., 2007).

A manutenção, ampliação e fortalecimento dos laços (relações) entre os parceiros são vitais para a longevidade da rede. Observou-se que mais de um terço dos parceiros ocupa-se com a divulgação da ILPI para outras pessoas, assumindo papel de intermediadores (ou “pontes”) no fomento à ampliação da rede. Apesar de intangível, esta contribuição é responsável pelo incremento das arrecadações, pulverizando conexões, informações e intervenções (Marteleto, 2001; Guzmán, Huenchuan e Oca, 2003; Mance, 2012; Horsfall, 2010).

Quanto aos órgãos públicos que prestam serviços compulsórios à população, foram reconhecidos pelos dirigentes da ILPI como parceiros predominantemente os equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde, tais como serviços de emergência, hospitais e unidade básica de saúde (UBS), que possui Programa Saúde da Família (PSF). Este último equipamento é utilizado raramente devido ao fato de que as residentes não são cadastradas e acompanhadas pelo PSF, o que implica em deslocamento da moradora até a unidade, situação desfavorável para as 17 idosas acamadas. No entendimento dos gestores municipais dos equipamentos, a existência de médico e de equipe de enfermagem nas ILPI, que acompanham clinicamente as moradoras, isentaria a UBS de cadastrar e acompanhar as residentes desta e de outras ILPI do município, corroborando Creutzberg, Gonçalves e Sobottka (2007), que encontraram situações similares em ILPI do Rio Grande do Sul.

Em Belo Horizonte (MG), uma pesquisa apontou que a assistência à saúde dos residentes é prestada pela rede SUS em 61,9% das 105 ILPI investigadas e 47% são contempladas pelo atendimento do Programa Saúde da Família. No entanto, quando se trata de agendamento de consultas para especialidades médicas, exames e demais procedimentos para idosos institucionalizados foram relatadas dificuldades pelos dirigentes da ILPI do presente estudo, também referidas em outros trabalhos (Camargos, Fortes e Souza, 2014; Creutzberg, Gonçalves e Sobottka, 2007). Notam-se diferenças regionais quanto à prestação da assistência pelo SUS e quanto ao enquadramento dos residentes no PSF. Talvez estas diferenças possam ser justificadas pela heterogeneidade da adesão dos municípios ao PSF, fenômeno este que precisa ser analisado em dimensões políticas e socioeconômicas.

Por outro lado, o serviço de transporte oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde aos munícipes com dificuldade de locomoção funciona adequadamente, segundo os entrevistados. Trata-se de veículo adaptado que transporta as moradoras para serviços de saúde, dentro e fora da cidade, seja para agendamentos esporádicos ou para tratamentos semanais.

A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2005a) regulamenta a estrutura e funcionamento das ILPI e prevê a entrega pela ILPI, a cada dois anos, do “Plano de Atenção Integral à Saúde dos Residentes, em articulação com o gestor local de saúde”, indicando “recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção”, públicos ou privados. A ILPI deve entregar anualmente a avaliação da “implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização”. Tal exigência poderia constituir-se uma oportunidade para levantamento de dificuldades na prestação da assistência às residentes e discussão articulada entre as partes para readequação das ações com os equipamentos de saúde e gestor local.

Um aspecto relevante dos achados é a utilização do componente formal da rede (órgãos governamentais) como meio de ampliação da rede da ILPI. Observou-se que as parcerias estabelecidas com a escola municipal e com a Secretaria da Cultura fomentaram a procura espontânea das crianças por atividades de entretenimento para as residentes, envolvendo os pais e docentes, bem como a divulgação da ILPI nas redes sociais pessoais.

Observou-se escassez de familiares de residentes como parceiros da rede da ILPI, sendo citados apenas três membros: dois familiares de idosas já falecidas e o filho de uma moradora. Dificuldades semelhantes são relatadas por Qualls (2016) e Creutzberg et al. (2007b), atribuídas ao fato de que as famílias delegam o cuidado integral à instituição, e esta por sua vez acaba restringindo o convívio a partir de estabelecimento de horários de visita, normas internas e ausência de atividades que favoreçam a integração entre residentes, familiares e colaboradores. Na ILPI em questão, além dos motivos supracitados e diante da frequente vulnerabilidade social das moradoras, muitas vezes abandonadas no hospital municipal após a alta e/ou diminuta rede de suporte familiar que consiga compartilhar o cuidado, constata-se a reduzida presença (ou inexistência) da prestação de apoio por familiares.

Convém reportar o pequeno número de parceiros que oferece diariamente uma quantidade muito superior de tipos de apoio em relação à média. Esta condição pode gerar sobrecarga e acúmulo de tarefas, da mesma forma que pode ocorrer com um cuidador informal do idoso da comunidade (Camarano, 2010; Mesquita et al., 2012), provocando, talvez, insuficiências no atendimento às necessidades das moradoras (como apoio emocional e espiritual e cuidados básicos, conforme Guzmán, Huenchuan e Oca (2003) ou da ILPI (como representação em conselhos, realização de eventos beneficentes, digitação de notas fiscais etc). Destaca-se a importância da elaboração de estratégias para captação de

parceiros que dediquem mais tempo à ILPI e para distribuição de tarefas cotidianas entre os membros da rede.

Nota-se no presente estudo que parte dos tipos de apoio que deveriam ser supridos pela rede de suporte do idoso (Guzmán, Huenchuan e Oca, 2003; Gonçalves et al., 2011; Luz e Miguel, 2015) é fornecida pelos parceiros da rede de apoio da ILPI analisada, tais como provisão de alimentos, vestuário, higiene, apoio emocional e espiritual, entretenimento e auxílio para realização de atividades de vida diária, além das outras contribuições como doações em espécie e organização de eventos beneficentes, que indiretamente favorecem ao atendimento das necessidades.

Considerando a relação positiva entre apoio social e bem estar físico e psicossocial do idoso (Gonçalves et al., 2011; Sluzki, 1997; Horsfall et al., 2010; Mesquita et al., 2012), ressalta-se a importância da provisão dos diferentes aspectos deste apoio individual às moradoras por meio da rede da ILPI do presente estudo, principalmente para as residentes acamadas (que são a maioria em questão), semidependentes (com dificuldades de desenvolver atividades extramuros) ou ainda para aquelas com diminuta rede de suporte social, que pode ser causa ou efeito da institucionalização (Guzmán, Huenchuan e Oca, 2003; Luz e Miguel, 2015; Rodrigues e Silva, 2013).

Este pode ser considerado um dos principais benefícios da rede de apoio para a ILPI estudada: além de garantir a sobrevivência econômica, os parceiros proveem, direta ou indiretamente, os tipos de apoio essenciais às residentes, inclusive parte das necessidades emocionais e espirituais, tornando assim a rede de apoio da ILPI um componente (e por vezes o único) da rede de suporte social individual das moradoras desta ILPI. Situação similar foi encontrada por Rodrigues e Silva (2013), em que funcionários da ILPI e os próprios residentes foram citados como membros da rede social de idosos institucionalizados.

A rede de apoio da ILPI estudada mostrou-se provedora da maior parte das necessidades da instituição, fornecendo insumos, serviços, trabalho voluntário e divulgação da ILPI, favorecendo a ampliação da rede. Ficou evidente o papel fundamental da rede da ILPI como membro da rede de suporte social das moradoras, diante da dificuldade de provisão das necessidades pela família ou ainda da manutenção da rede existente em casos de dependência física e/ou cognitiva.

A rede mapeada pode ser potencializada com a captação de novos parceiros e/ou aumento da quantidade de auxílios fornecidos por um número ampliado de membros. Os órgãos governamentais podem contribuir com a expansão da rede da ILPI por meio de seus usuários, estabelecendo espaços de diálogo e ações compartilhadas.

Novos estudos podem ser conduzidos para mapear as redes de apoio de outras ILPI, incluindo aquelas com fins lucrativos, para identificação de padrões ou diferenças na prestação de auxílio, variações regionais, além de estudos longitudinais para testar propostas de ampliação ou manutenção das redes existentes.

Referências

- Association des Bibliothécaires de France. Le Service Civique. Un engagement dans la bibliothèque, et pour les publics. 2015. Disponível em: <http://www.culturecommunication.gouv.fr/Aides-de-marches/Service-civique/Missions-types-et-exemples-de-missions/Missions-par-grands-domaines-culturels>
- Barbieri CV. Cuidados de Longa Duração no Brasil: as possibilidades do seguro-dependência. Informe da Previdência Social. 2013;25(4). 43p.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Brasil. Edições 70. 2011. 280p.
- Batista AS, Jaccoud L, Aquino L, El-Moor PD. Proteção das pessoas idosas dependentes: análise comparativa da experiência internacional. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). n°. 1403., 2009. 41p. Disponível em <http://hdl.handle.net/10419/91167>
- Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. Sociological Methods & Research. 1981; 10(2):141-163.
- Borba RDCF. Um estudo sobre a estruturação da rede de proteção social voltada à população idosa no município de Vitória [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada n. 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União, Brasília, 2005a.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social. Resolução do CNAS n°. 130, 2005b.
- Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. R Bras Est Pop 2010 jan-jun;27(1):232-235.
- Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA (org). Cuidados de longa duração no Brasil: um novo risco social a ser assumido? Ipea. 2010, 350p.
- Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.
- Camargos MCS, Fortes FBCTP, Souza LM. A realidade das instituições de longa permanência para idosos. Anais do XVI Seminário sobre a economia mineira. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2014.
- Carneiro R, Chau F, Soares C, Fialho J, Sacadura M. O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, 2012. 363p. Disponível em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Carretero S, Stewart J, Centeno C, Barbabella F, Schmidt A, Lamontagne-Godwin F, Lamura G. Can technology-based services support long-term care challenges in home care? JRC Scientific and Policy Reports. 2012. 112p. Disponível em: http://www.euro.centre.org/data/1362165623_41923.pdf
- Castells M. A sociedade em rede. 7ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- Chevreur K, Brigham KB. Financing long-term care for frail elderly in France: the ghost reform. *Health Policy*. 2013;111:213–220. DOI:10.1016/j.healthpol.2013.05.013
- Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. France: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010; 12(6): 1–291.

- Christophe M. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.
- Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007a nov-dec; 15(6):1144-9.
- Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Santos BRL. A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007b; 10(2): 147-60.
- Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA. A sobrevivência econômica de instituições de longa permanência para idosos empobrecidos. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007 set-out; 15(número especial): 748-754.
- Cross R, Parker A, Borgatti SP. A bird's-eye view: using social network analysis to improve knowledge creation and sharing. *Knowledge Directions.* 2000; 2(1): 48-61. Disponível em: <http://www.analytictech.com/borgatti/publications.htm>.
- Elliott S, Golds S, Sissons I, Wilson H. Long-Term Care – A Review of Global Funding Models. Institute and Faculty of Actuaries in Edinburgh. 2014. Disponível em: <http://www.actuaries.org.uk/documents/long-term-care-review-global-funding-models>.
- Fachado AA, Martinez AM, Villalva CM, Pereira MG. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa – Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOSS-SSS). *Acta Med Port.* 2007; 20:525-533.
- Federal Ministry of Health. Responsibilities for LTCI. 2015a. 3p. Disponível em: <http://www.bmg.bund.de/en/long-term-care/responsibilities-for-ltc-i.html>
- Federal Ministry of Health. The German Bundestag adopted the First Act to Strengthen Long-term Care. 2015b. 6p. Disponível em: <http://www.bmg.bund.de/en/long-term-care/the-german-bundestag-adopted-the-first-act-to-strengthen-long-term-care.html>
- Federal Ministry of Labour and Social Affairs. Social Security at a Glance 2015. 2015. 133p. Disponível em: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a998-social-security-at-a-glance-total-summary.pdf?__blob=publicationFile
- Fernandes KR. A Constituição de Redes Organizacionais como nova forma de Gestão das Organizações do Terceiro Setor. *Revista Integração.* 2004; 7(39):1-11.
- Fernández JL, Forder J, Trukeschitz B, Rokosová M, McDaid D. How can European states designed efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? World Health Organization. Health Systems and Policy Analysis. Policy Brief 11. 2009.
- Ferreira SS. NOB-RH Anotada e Comentada. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. 2011; Brasília, DF. 144p.
- Freire FS; Mendonça, LH; Costa, AJB. Sustentabilidade econômica das instituições de longa permanência para idosos. *Saúde em Debate* 2012 out./dez; 36(95): 533-543.
- Garcia R. R.. Tecendo a teia de uma instituição de longa permanência para idosos: estudo de rede social. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2016.
- Générations Mouvement. Réforme des retraites. Communiqué de presse. 2013. Disponível em: http://www.finistere.generations-mouvement.org/medias_29/la_boite_aux_lettres/CP_REFORME_02_09_2013_VF.pdf

Générations Seniors. Guide Pratique des aînés. Lyon citoyen. Hors Série. Avril 2013. Disponível em: <http://www.gpvlyonduchere.org/wp-content/uploads/2015/05/doc-lyon-pa.pdf>

Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011 mar; 16(3):1755-1769.

Guimarães NA, Hirata HS, Sugita K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. *Soc Antrop*. 2011;1(1):151-180.

Guzmán JM, Huenchuan S, Oca VM. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población*. 2003 dec; 77:35-70.

Harris-Kojetin L, Sengupta M, Park-Lee E, Valverde R, Caffrey C, Rome V, et. al. Long-term care providers and services users in the United States: Data from the National Study of Long-Term Care Providers, 2013-2014. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat*. 2016 feb; 3(38).118p.

Hayashi M. Dementia: Japan's experience. Dementia Awareness Week Conference. Glasgow. 1 June 2015a. Disponível em: <http://daw.dementiascotland.org/wp-content/uploads/2015/06/Mayumi-Hayashi-Japans-Policy.pdf>

Hayashi M. Japan: where grassroots support initiatives are growing in empty houses. Housing Learning and Improvement Network. London. 2015b. 6p.

Hayashi M. O Bem Estar do Idoso no Japão: Primeiras aproximações do trabalho realizado pelo Assistente Social na atenção ao idoso. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009, 97p.

Hikichi H, Kondo N, Kondo K, Aida J, Takeda T, Kawachi I. Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(9):905-910. DOI: 10.1136/jech-2014-205345

Horsfall D, Leonard R, Evans S, Armitage L. Growing and Maintaining Social Networks for Older People. Care Networks Project. University of Western Sydney. 2010. 56 p.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. – Brasília: IPEA, 2009. 340p.

International Labour Organization (ILO). International Experience with Social Assistance Schemes. Five Country Case Studies. Moscow, 2004.113p. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-moscow/documents/publication/wcms_344665.pdf

Kofahl C, Dahl K, Döhner H. Projekt Synopse innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland – ProNETZ. Universität Hamburg. 2002

Le Bihan B, Martin C. Reforming long-term care policy in France: private-public complementarities. *Soc Policy Admin*. 2010;44(4):392-410. DOI:10.1111/j.1467-9515.2010.00720.x

Lemos N.; Medeiros S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas, E. V.; Cançado, F. A. X.; Gorzoni M. L. (Org.). Tratado de geriatria e gerontologia. 4ª. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Lini EV, Portella MR, Doring M, Santos MIPO. Long-term care facilities for elderly: from legislations to needs. *Northeast Networking Nursing Journal* 2015 mar-apr; 16(2):284-93.

Luz MHRA, Miguel I. Apoio social e solidão: reflexos na população idosa em contexto institucional e comunitário. *RPICS*. 2015; 1(2):3-14.

Mance EA. Teorias de Rede - Introdução Conceitual e Elementos Organizativos. Rede Escola de Governo do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 27 a 29 de junho de 2012. Disponível em: http://redeescoladegoverno.fdrh.rs.gov.br/upload/1367354901_ARTIGO%20REDE.pdf

Marteleteo RM. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. Ci. Inf., Brasília. 2001 jan-abr; 30(1): 71-81.

Mesquita RB, Morano MTAP, Landim FLP, Collares PMC, Pinto JMS. Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. Ciência & Saúde Coletiva 2012 mai; 17(5):1125-1133.

Nakanishi M, Nakashima T. Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies: How should a national dementia policy interact with the public health – and social – care systems? *Alzheimers Dement*. 2014;10(4):468-476. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2013.06.005>

National Institute of Population and Social Security Research. Social Security in Japan. 2014. 71p. Disponível em: <http://www.ipss.go.jp/s-info/e/ssj2014/PDF/ssj2014.pdf>

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). *Addressing Dementia: The OECD Response, OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing, Paris. 2015a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231726-en>

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. 2015b. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Pasinato MTM, Kornis GEM. Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social. Texto para Discussão n°. 1371. Rio de Janeiro: Ipea – Série Seguridade Social, 2009.

Qualls SH. Caregiving families within the long-term services and support system for older adults. *Am Psychol* 2016; 71(4): 283-293

Quatrin CI. Analisar a gestão de recursos destinados ao atendimento de idosos em Santa Maria/RS. Monografia de conclusão de curso de especialização em gestão pública municipal. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Santa Maria/RS; 2015. 44 p.

Rocha AS. Custos com benefícios para o financiamento de cuidados de longa duração para idosos com dependência: estimativas e projeções para o Brasil. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2015. 273p. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-9VTFQZ/tese_demografia_alane_rocha_2015.pdf?sequence=1

Rodrigues AG, Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013 jan-mar; 16(1):159-170.40-Tokyo Metropolitan Government. Social Welfare and Public Health in Tokyo. 2015; 26p. Disponível em: http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/joho/koho/tokyo_fukuho_e15.files/2015fukusi_eigo_1.pdf

Rodrigues R, Huber M, Lamura G. (eds.). Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna. 2012; 122p. Disponível em: http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf

Schmidt A, Chiatti C, Fry G, Hanson E, Magnusson L, Socci M, Stückler A, Széman Z, Barabellla F, Hoffmann F, Lamura G. The CARICT project - ICT-based solutions for caregivers: Assessing their impact on the sustainability of long-term care in an ageing Europe. European Centre for Social Welfare Policy and Research. 2011; 112p. Disponível em: http://www.euro.centre.org/data/1362165623_41923.pdf

Shimizutani S. The future of long-term care in Japan. Research Institute of Economy, Trade and Industry. Discussion Paper Series. 2013. Disponível em: <http://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/13e064.pdf>

Silva MCM. Redes sociais intraorganizacionais informais e gestão: um estudo nas áreas de manutenção e operação da planta hyco-8, Camaçari, BA. [Dissertação] Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2003.

Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica – Alternativas Terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997. 145p.

Stegmüller K. Economic behaviour as leitmotiv in health policy in Germany and its consequences for prevention and health promotion. *Cien Saude Colet*. 2009;14(3):889-897. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300024>

Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, Reich MR, Ikegami N, Hashimoto H, Shibuya K, Kawachi I, Campbell JC. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *Lancet*. 2011;378(9797):1183-1192. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61176-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61176-8)

Tokyo Metropolitan Government. Social Welfare and Public Health in Tokyo. 2015; 26p. Disponível em: http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/joho/koho/tokyo_fukuho_e15.files/2015fukusi_eigo_1.pdf

Valente TW. Social Networks and Health – Models, Methods, and Applications. Oxford: University Press, 2010.

Wessels B. Organizing capacity of societies and modernity. In: Deth JV. Private groups and public life: social participation, voluntary association and political involvement in representative democracies. Jan van Deth Ed., Londres, 1997, 244 p.

Apontamentos sobre os motivos da institucionalização de idosos: relato de caso



Laís Fernanda de Oliveira Golinski

Juliana Marcolino-Galli

Fernanda Rocha

Fabio R. Ledesma

“este processo não é democrático” devido à multiplicidade desses fatores.

Este trabalho aborda de maneira específica as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), refletindo sobre as vulnerabilidades e as políticas sociais. Geralmente, idosos que não podem morar sozinhos e, sem outras alternativas, são encaminhados para a ILPI. Neste contexto, a velhice é diluída no processo de institucionalização. Com a rotina igual para todos e sem escuta especializada para a produção das diferenças, a subjetividade fica aprisionada (BALDIN, MARCOLINO-GALLI, 2014; BALDIN, MAGNABOSCO-MARTINS, 2019).

O surgimento de instituições de cuidado para idosos não é recente. Há registros que desde a época do Cristianismo já existiam entidades, como a Igreja Católica, que cuidavam de idosos desamparados, como relatam Araujo, Faro e Souza (2010). O termo asilo é marcado, historicamente, como local para abrigar adultos jovens e idosos pobres e desamparados socialmente, garantindo-lhes assistência. Traz consigo o estigma, dada sua história, de ser um depósito de idosos vulneráveis em diversos aspectos, renegados por suas famílias e pela sociedade. Entretanto, até os dias de hoje,

Introdução

A velhice é singular e, não se reduz à categoria populacional. É feito como cada um enfrenta esse processo que todos, ou a grande maioria, pretende vivenciar. Dito de outro modo, o efeito da velhice depende de como cada sujeito pode lidar com suas perdas e aquisições, seus lutos e conquistas (MESSY, 1992; MARCOLINO-GALLI *et.al.*, 2019). O envelhecimento, como categoria de todos os humanos, é uma etapa muito complexa, considerando que ocorrem inúmeras mudanças sociais, biológicas e psicológicas e, ainda o registro da finitude fica mais acentuado. Entretanto, essas mudanças estão diretamente relacionadas com a história de cada sujeito, ou seja, como foi a trajetória de vida para chegar à velhice. Como ressaltam Baldin e Magnabosco-Martins (2019, p. 22),

a carência financeira e a falta de moradia estão entre os motivos mais importantes para a busca do serviço (CAMARANO, KANSO, 2010).

Com o avanço das políticas públicas que abarcam as questões do envelhecer, como a Política Nacional da Pessoa Idosa (Lei nº 8.842, de janeiro de 1994) e a Lei 10.741/2003 que institui o Estatuto do Idoso, há amadurecimento em relação aos critérios que estabelecem o funcionamento das instituições de acolhimento para idosos. Sob a responsabilidade da Política de Assistência Social no que compete os serviços de alta complexidade (BRASIL, 2009), as hoje denominadas ILPIs (instituição de longa permanência para idosos), são categorizadas, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2005) como “instituições governamentais ou não governamentais de caráter residencial, destinadas a serem domicílios coletivos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania”. As ILPIs precisam, portanto, atender normativas que regulamentam questões físicas e estruturais de seu espaço de funcionamento, bem como, cumprir a obrigatoriedade da atuação de uma equipe de referência, composta por coordenador, psicólogo e assistente social, além dos trabalhadores que compõe um quadro mínimo de funcionários, como cuidadores, profissionais de limpeza e alimentação, lavanderia e educador, estipulados pela Política de Assistência Social e por normativa da ANVISA (SILVA, 2011; BRASIL, 2005).

Essas instituições têm passado por um processo de adequação às legislações e normas vigentes, algumas, apesar das dificuldades, haja visto a grande quantidade de demandas que surgiram ao longo dos anos, buscam canais de comunicação com o Ministério Público, porém, ainda é natural encontrar espaços de moradia funcionando de forma clandestina e precária, que não respeitam a dignidade da vida de seus moradores.

Há um número reduzido dessas instituições regulamentadas e que aparecem nas estatísticas, segundo dados do IPEA (2010). No Brasil, existem 3.548 instituições, presentes em 28,8% dos municípios brasileiros, nas quais moram 83.870 idosos, um número muito pequeno para os idosos no contexto brasileiro e, considerando o aumento dessa população.

Camarano e Kanso (2010), através de levantamento censitário realizado em todo o território nacional, entre 2007 e 2009, observam que apenas 6,6% instituições levantadas são públicas, com predominância das municipais, o que corresponde a 218 instituições, número bem menor do que o de instituições religiosas vicentinas, aproximadamente 700. Esse fato demonstra que a sociedade ainda tem abraçado uma demanda que deveria ser de responsabilidade do poder público, reforçando o caráter beneficente desse serviço e, acentuando a precariedade, por ausência de verbas e dos serviços técnicos necessários.

Nesse contexto, os espaços de moradia coletiva para idosos se traduzem em uma dicotomia: de um lado, espaços bem estruturados, com equipe completa e atividades socio-culturais, em que predomina a escolha da pessoa por um envelhecimento mais alinhado às demandas próprias da idade, como as *casas de repouso*, inacessíveis à grande maioria dos

idosos brasileiros; de outro lado, idosos em um mesmo ambiente e sob uma única autoridade, com rotina igual para todos e, suas histórias ignoradas (OLIVEIRA, ROSENDO, 2014).

Para a reflexão neste trabalho, partimos do estudo de Marin *et. al* (2012 ao apresentar narrativas de idosos institucionalizados. Os autores afirmam que as histórias de vida podem ter levado à situação de abandono na velhice. Nesse sentido, apontam que esses sujeitos viveram uma vida difícil em todas as fases da vida, como trabalho infantil, infância marcada por perdas e trabalho na vida adulta sem perspectivas. Não seria diferente na velhice que eles continuassem marginalizados.

Os autores concluíram que os laços afetivos e familiares, além das condições econômicas, devem se desenvolver na infância para que possa haver um processo de envelhecimento com melhores condições. Para aqueles que não encontram respaldo familiar, quando necessitam de auxílio para a realização de atividades da vida diária, resta a possibilidade de inserção nessas instituições (TIER *et al.*, 2004). Tal movimento ocorre também quando a família não possui estrutura financeira, emocional, espaço físico, cuidadores, nem conta com o suporte do Estado e de organizações comunitárias para cuidar do familiar idoso no domicílio (BORN, 2002, 2008). Portanto, o que precisa ser discutido é o percurso de vida excludente de muitos e, que os colocam nessa condição, sendo bem anterior ao momento da institucionalização. Justifica-se, portanto, que é preciso saber e entender onde e como estas pessoas estão envelhecendo e, ainda compreender como essas instituições estão se organizando (SOUZA, INÁCIO, 2017).

Sendo assim, diante dos possíveis motivos que levam à institucionalização de idosos, como a própria história de vida, a estrutura familiar e a falta de recursos das políticas públicas, esse trabalho caracteriza o perfil de encaminhamento do idoso em uma cidade no interior do Paraná. Pretendeu-se analisar o perfil dos sujeitos residentes na instituição de longa permanência, descrevendo idade, gênero, profissão, histórico médico e núcleo familiar. E ainda, apresentamos os motivos da institucionalização dos idosos através das informações nas fichas e registros fornecidos pela instituição para fomentar a discussão sobre a velhice e as políticas de assistência social.

Método

A pesquisa foi realizada em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) de uma cidade no interior do Paraná, sendo autorizada pela coordenadora e pelo responsável legal da instituição. A primeira coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2013 a fevereiro de 2014, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da UNICENTRO, respeitando a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 que trata da pesquisa com seres humanos, sob o parecer número 358.806 de 13 de agosto de 2013. Para fomentar a nossa discussão, algumas informações foram atualizadas esse ano em uma segunda coleta

e, dessa forma, os dados são apresentados conforme o período 2013/2014 e 2020. Essa atualização dos dados foi importante para compararmos as mudanças no perfil institucional para se adequar às legislações e, proporcionar melhores condições aos idosos.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um protocolo, contendo questões como nome, sexo, idade, tempo de institucionalização, quem encaminhou o idoso para a ILPI, seu estado de saúde na chegada, quem o acompanhou até a ILP, motivos pela institucionalização, motivos pela escolha da ILP e informações sobre a vida do morador.

As informações para o preenchimento do protocolo foram baseadas nos dados contidos nas fichas de registros, armazenadas na ILP, juntamente com as informações cedidas por uma funcionária da instituição, o que permitiu fazer uma análise descritiva, interpretativa e quantitativa dos dados obtidos. Ressalta-se que um dos autores é, atualmente, psicólogo desta ILP desde junho de 2018, cumprindo 30 horas semanais com vínculo CLT, o que nos aproxima da realidade institucional. Além disso, duas autoras fonoaudiólogas representam a parceria entre a ILPI e universidade, sendo que na época da primeira coleta desenvolvia projetos de extensão e, portanto, estavam afetadas pela complexidade e demandas da ILPI estudada; e, ainda uma autora que constrói e luta pelos direitos dessa população no seu papel junto à secretaria de assistência social do município. Desse modo, esse relato de caso convoca o nosso compromisso ético com esses residentes, como universidade, assistência social e profissional.

Resultados e discussão

Como pode ser observado na Tabela 1, a instituição era composta por 78 moradores, de idades variadas, sendo 37 homens e 41 mulheres, caracterizando-a como mista. Hoje são 74 moradores, 36 homens e 38 mulheres. Com relação a idade, observamos uma mudança no perfil entre o primeiro e segundo momento da coleta. A tabela 1 dividiu a análise em intervalos de dez anos:

Tabela 1: Número de idosos residentes nos dois períodos avaliados

CLASSE DE IDADE	ANO (2013/2014)	ANO 2020
Menos de 40 anos	2	0
De 40 a 49 anos	9	1
De 50 a 59 anos	15	16
De 60 a 69 anos	22	25
De 70 a 79 anos	18	21
80 ou mais anos	11	11
Sem documentação	1	0
TOTAL	78	74

Mesmo que em pequena diferença, as mulheres são maioria na ILPI, seguindo o padrão das outras instituições descritas na literatura (HERÉDIA *et al.*, 2004; CAMARANO, KANSO, 2010)

Nota-se que a instituição ainda possui acolhidos com idade inferior a 60 anos, todos com algum tipo de deficiência mental ou transtorno mental⁹. Isso porque, o município não desenvolveu políticas efetivas, como as residências inclusivas e terapêuticas para essa população. Esses casos foram analisados individualmente em um processo que se estendeu durante meses e, que envolveu diversos órgãos e serviços. Em um primeiro momento, a equipe técnica da instituição realizou a avaliação de cada caso, em parceria com o conselho de direitos para pensar em quais serviços esses moradores seriam encaminhados, inclusive com visitas às famílias na tentativa de esclarecer os motivos que levaram à institucionalização, na tentativa de reintegrá-los. Em conjunto com a equipe técnica da SEJUF-Regional (Secretaria da Justiça, Família e Trabalho), responsável pela Política de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do território e Promotoria, houve uma reunião pensando nos procedimentos a serem tomados. Os casos foram encaminhados também à SEJUF de Curitiba, sendo que a Secretaria de Saúde (Secretaria de Saúde do Paraná) emitiu o parecer para a permanência dessas pessoas na instituição.

Uma das moradoras foi transferida para uma residência inclusiva e outra espera, até o momento da redação desse trabalho, pelo processo de transferência para o mesmo serviço (já em andamento). Cabe salientar que em casos em que pessoa ainda não tiver 60 anos, mas se identificar em meio aos idosos, poderá permanecer em instituições de longa permanência para idosos. A Política Estadual dos Direitos do Idoso (PARANÁ, 1997) nos esclarece que: “a idade estabelecida no “caput” deste artigo, poderá, em casos excepcionais, ser reduzida, quando a idade biológica estiver comprovadamente dissociada da idade cronológica, considerando fatores ambientais que acelerem o processo de envelhecimento”. Assim, dentro desse critério, muitos casos foram enquadrados, garantindo o melhor interesse desses moradores. No entanto, desde 2017, não são realizados acolhimentos de pessoas com idade inferior a 60 anos nesta ILPI.

Alguns desses moradores mais novos, ainda residentes na instituição, permanecem por terem vínculos profundos anteriores ao processo de institucionalização e, qualquer mudança na rotina lhes causaria prejuízo, como é o caso da moradora de menos idade da ILPI. Ela tem 40 anos e, um quadro descrito em seu registro por “retardo mental profundo com comprometimento significativo do comportamento, necessitando de vigilância ou tratamento” (CID F-73.1 evento 10). Ela e a mãe, idosa, viviam em situação de rua e, através de encaminhamento, a mãe foi acolhida na ILPI. Nessa situação, foi entendido pelas equipes que a instituição seria o melhor lugar para não romper o vínculo com a mãe.

9 Alguns desses jovens adultos tinham diagnóstico, avaliado pelo psiquiatra do município, pelo código internacional de doenças (CID), sob códigos da deficiência mental (CID F-73.1 ou F-73.1 evento 10) e, outros por Esquizofrenia (F20) ou Psicose não orgânica não especificada (F29).

O histórico de acolhimento às pessoas com idade inferior a sessenta anos é bem conhecido das ILPIs mais antigas e, prática muito comum na sociedade que não via outro caminho para seus familiares com transtornos ou deficiências mentais. Além disso, esses “asilos” eram um lugar destinado aos adultos com deficiência física, suprimindo a ausência de unidades de acolhimento conforme suas especificidades e, anterior a isso, suporte à essas famílias na tentativa de evitar o acolhimento.

Outra questão que atravessa esse tema, observado na ILPI investigada, é que muitos não possuíam um diagnóstico adequado, incluindo idosos, apenas recebendo medicamentos de controle psiquiátrico e de outras condições de saúde, em situação de completa estagnação de sua situação. Hoje, a maioria dos residentes com transtorno ou deficiência mental possui diagnóstico, recebem acompanhamento da equipe da instituição e, assistência médica psiquiátrica e clínica. No entanto, no entendimento dos funcionários e dos trabalhadores que atuam nas políticas que regulamentam esse serviço, a ILPI não é a melhor modalidade de acolhimento para essas pessoas, porém, muitas vezes, acaba sendo o único local possível na região.

Mesmo com o entendimento, hoje, de como uma ILPI deva atuar, com a multidisciplinaridade no atendimento à pessoa idosa, não é sua função a assistência clínico/terapêutica. É comum associar ILPIs às instituições de saúde, mas elas não são estabelecimentos voltados à clínica ou à terapêutica, apesar de os residentes receberem - além de moradia, alimentação e vestuário - serviços médicos e medicamentos (CAMARANO, KANSO, 2010), ficando aqui uma lacuna sobre a necessidade de avançarmos nesse aspecto. Portanto, é necessário ampliar a discussão em relação a um serviço que deveria, sobremaneira, receber o amparo de outras políticas, incluindo a saúde mental. Segundo Pollo e Assis (2008, p.38), “a situação de idosos com transtornos mentais, demência ou dependência química tem sido outro complicador, visto que as instituições ainda não estão preparadas para essa demanda e a rede de serviços para dar suporte a suas necessidades ainda é muito precária”. Aproximadamente dois terços (66,1%) das instituições brasileiras recebem visitas médicas regulares, mas menos de 50% das instituições recebem visitas do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF) (CAMARANO *et al.*, 2010), o que denota que a intersetorialidade não é efetiva nas políticas públicas para esse contexto.

Segundo Paula (2013), essas instituições, por falta de recursos, não desenvolvem programação de reabilitação ou de inclusão social, não havendo nem mesmo um processo adequado de triagem e diagnóstico dos casos, principalmente, devido ao caráter assistencialista que caracterizam esses locais. No nosso estudo de caso, essa realidade trazia bastante dificuldade tanto para os idosos conviverem e compreenderem as dificuldades cognitivas um dos outros, como também para os funcionários da ILP sem formação específica para trabalhar com a situação apresentada. O agravante dessa situação era que os indivíduos com prejuízo cognitivo significativo correspondiam a quase metade dos internos desta ILP e, 23 moradores possuíam transtorno ou doença mental, na época da pesquisa.

Com relação ao tempo de institucionalização encontramos grande variabilidade, tendo internos que residem há menos de 5 anos e outros que residem há mais de 25 anos. Verificou-se que vinte e três (23) pessoas foram encaminhadas pela família, vinte (20) por Assistentes Sociais, três (3) pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), duas (2) pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município um, três (3) pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município dois, duas (2) pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município três, oito (8) por demanda espontânea, três (3) por ordem judicial e duas (2) pessoas não continham informações. A situação de encaminhamento, atualmente, também se modificou.

Hoje, pensando em fortalecer a função protetora da família (um dos pilares da Política de Assistência Social) que deveria, por sua vez, receber amparo estatal às suas dificuldades, todos os encaminhamentos para acolhimento nas ILPIs partem do CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e, do Poder Judiciário (através de Medida Protetiva), depois de esgotadas as alternativas de permanência do idoso com sua família próxima, extensa ou comunidade. Na ILPI estudada e, em outras da região que seguem os mesmos protocolos, o idoso precisa estar em conformidade com sua nova condição, inclusive visitando previamente à instituição e firmando contrato. A Instituição de Longa Permanência para idosos deve celebrar contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou Curador, em caso de interdição judicial, especificando o tipo de serviço prestado bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário em conformidade com inciso I artigo 50 da Lei nº 10.741 de 2003 (BRASIL, 2005).

Essa realidade é recente na instituição pesquisada e, principalmente por ser a única da cidade a prestar esse tipo de serviço. Na época da primeira coleta, não existiam critérios para incluir um interno, visto que muitos foram encaminhados pelos centros de assistência, ordem judicial, pela própria família e outros ainda foram sozinhos solicitar sua vaga. Essa mudança no perfil é um avanço conquistado para os dias de hoje. Entretanto, não esgota o problema da região, qual seja: oferecer serviços especializados para adultos e idosos com comprometimentos cognitivos significativos ou outros transtornos psiquiátricos. Recentemente, conforme apresentado, os critérios são seguidos por todas as ILPIs da região para admissão de um novo morador, sendo que, além da ficha com as informações pessoais e de familiares, a equipe técnica também realiza o PAM (Plano de Atendimento do Morador), dispositivo igual ao PIA (Plano Individual de Atendimento) que contempla questões individualizadas para o atendimento do idoso de acordo, inclusive com o grau de dependência que ele apresenta.

Quanto ao grau de dependência dos moradores e conforme estabelece os critérios designados por normativa da ANVISA (BRASIL, 2005), os idosos foram classificados, como apresenta a Tabela 2:

Tabela 2: Número de idosos residentes, conforme grau de dependência nos dois períodos avaliados

GRAU DE DEPENDÊNCIA*	ANO (2013/2014)	ANO 2020
Grau 1	12	39
Grau 2	6	23
Grau 3	12	12
Autônomos	48	

*Graus de Dependência, conforme a ANVISA (2005): Grau 1 – Não necessita de ajuda na execução de tarefas, mas tem que lembrar que devem ser realizadas atividades diárias (comer, tomar banho, etc); Grau 2 – Necessitam de ajuda na execução de algumas tarefas; Grau 3 – Necessitam de ajuda para todas as atividades; autônomos – Sujeitos que tem um maior grau de autonomia na realização de atividades diárias;

Como pode ser observado, no presente, nenhum idoso residente na ILPI pode ser considerado autônomo, conforme os critérios estabelecidos, o que demanda uma equipe maior de funcionários, conforme a mesma normativa. Entretanto, a maioria dos 48 autônomos nos anos de 2013 e 2014 não eram idosos, dada à característica apresentada na tabela 1.

Hoje, a ILPI conta com 23 funcionários, entre coordenação, administrativo, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, cuidadoras, técnica de enfermagem, serviço de limpeza, alimentação e lavanderia. Perfil de recursos humanos muito diferente do observado no período de 2013/2014, onde a instituição contava com um número pequeno de funcionários, os quais tinham grande dificuldade de realizar as tarefas básicas com um número grande de residentes, além da manutenção do espaço físico. Essa situação, os impossibilitava de realizarem qualquer outra atividade senão as de assistência básica.

Os moradores contavam com as atividades culturais e visitas da comunidade externa, haja visto o número reduzido de funcionários na época. As ILPIs (antes asilos) constituem-se na modalidade mais antiga e universal de atenção ao idoso fora de sua família, mas têm como inconveniente conduzi-lo ao isolamento e à inatividade física e mental. Para Bessa e Silva (2008), a institucionalização força a aprender a conviver com aqueles totalmente desconhecidos, após uma trajetória de vida convivendo com aqueles que mantinham laços de amizade e consanguinidade, deixando para trás seu estilo de vida pessoal e de viver seu cotidiano. É ter que desligar-se de si mesmo, o que pode produzir “morte subjetiva”, um enlutado pelas perdas (BALDIN, MARCOLINO-GALLI, 2014).

Com o objetivo de fortalecimento dos vínculos e o despertar para uma vida ressignificada na nova moradia, são desenvolvidos projetos, como oficinas socioeducativas e culturais, através de recursos do Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa e Ministério da Mulher e Desenvolvimento Humano. Portanto, a melhoria dos serviços foi possível pelo aumento dos recursos destinados, seja através de projetos de captação de recursos, mas também pelo próprio Estatuto do Idoso que regulamentou o desconto, via aposentadoria/benefício de até 70% dos rendimentos do morador, sendo os 30% para uso individual.

Nos casos dos idosos que não possuem fonte de renda, a instituição estudada firmou acordo com os municípios de um repasse mensal para cobrir as despesas mínimas do idoso institucionalizado. Cabe salientar, que não há nenhum dispositivo legal que obrigue o município a arcar com essas despesas, o que depende da sensibilização dos envolvidos, no entendimento da importância desse acordo para a ampliação dos serviços oferecidos.

Conforme levantado na pesquisa, diversos foram os fatores apontados como o motivo da institucionalização. Para a realização da análise dividimos os motivos em sete itens:

Tabela 3: Número de idosos conforme motivos da institucionalização em 2013/2014

RAZÕES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO	N. IDOSOS
A – Prejuízo cognitivo significativo e ausência de cuidador formal ou informal	35
B – Negligência de cuidados (violência ao idoso)	01
C – Ausência de cuidador, com alcoolismo como agravante:	12
D – Ausência de cuidador, mas sem prejuízo físico ou mental	06
E – Estado de saúde geral debilitado e impossibilidade de cuidados	16
F – Sem residência fixa	04
G – Ausência de cuidador, com agravante de alcoolismo e prejuízo cognitivo significativo	04

É difícil fazer um comparativo entre as motivações que levaram o idoso à instituição no período de 2013/2014 e hoje porque os critérios são diferentes. Assim, apresentaremos uma nova tabela (Tabela 4), correspondente ao ano de 2020:

Tabela 4: Número de idosos conforme razão da institucionalização em 2020

Razão da institucionalização	N. Idosos	Descrição da razão
Busca espontânea	09	Quando o idoso decide buscar a institucionalização, de livre e espontânea vontade, gozando de plenas faculdades mentais, com conhecimento do processo de institucionalização e visita prévia a instituição.
Busca familiar	25	A família busca a institucionalização do idoso, via CREAS, este solicita a vaga a ILPI que, em caso afirmativo e em concordância com a vontade do idoso, realiza o processo de acolhimento. Essa forma de entrada se dá pelas mais diversas razões, conforme a próxima tabela 5.
Abandono	19	Para essa classificação, foi considerado abandono as situações em que o idoso não possuía familiares ou os familiares residiam longe do mesmo, com vínculos fragilizados ou rompidos e onde os demais membros da comunidade não poderiam se comprometer com o cuidado do idoso incapaz de se autogerir.

Violência	07	Idosos em situação de violência física, psicológica, verbal ou sexual, em geral encaminhados pelo CREAS ao Ministério Público, que chegam a instituição via Medida Protetiva e não é considerado seguro que volte ao local onde residia.
Negligência	09	Quando o idoso reside com familiares ou próximo destes, porém estes não dispensam os cuidados necessários, muitas vezes por incapacidade de realizar estes cuidados.
Situação de Rua	05	Idosos com vínculos familiares rompidos, sem moradia e com poucas condições financeiras

Entre as razões da busca familiar (Tabela 5), podemos classificar em:

Tabela 5: Número de idosos conforme a busca familiar pela institucionalização no ano de 2020

Razão da Institucionalização	Nº Idosos	Descrição da razão
Prejuízos Cognitivos	02	Famílias que por alguma razão se encontram impossibilitadas de cuidar de idosos que apresentam algum transtorno mental, déficit cognitivo ou Doença de Alzheimer e buscam o acolhimento desse familiar via CREAS, que vai avaliar e decidir a viabilidade do acolhimento.
Alcoolismo	04	Famílias com vínculos fragilizados com um membro alcoolista que apresentam dificuldade na gestão desse problema e buscam acolhimento via CREAS ao membro alcoolista, visto que não existe mais condições de residirem juntos.
Falta de Recursos da família	04	Quando a família não dispõe de condições financeiras, físicas ou psicológicas de cuidar do idoso. Pode ser pelos outros membros da família também serem idosos, ou o membro que cuidava adoece e fica impossibilitado de dispensar os devidos cuidados, entre outras situações. Essa forma de acolhimento também é via CREAS.
Situação de saúde do idoso	15	Quando a família não consegue dispensar os cuidados de saúde que o idoso exige, muitas vezes não é possível adaptar a casa quando o idoso tem dificuldade de locomoção ou necessita de cadeira de rodas, os outros membros da família não apresentam condições físicas de dispensar cuidados como o banho a um membro cadeirante ou não apresentam condições psicológicas para cuidados de maior complexidade. O acolhimento se dá através de solicitação via CREAS.
TOTAL	25	

Os motivos que levaram essas pessoas a serem institucionalizadas foram os mais diversos. Um fator que está presente na maioria dos motivos da institucionalização é a ausência de cuidadores formais ou informais. Com o avanço do processo de envelhecimento, as situações de dependência também tendem a aumentar. Sendo necessário não apenas cuidados físicos, mas também emocionais e mentais, o que pode ocasionar ausência de familiares e/ou cuidadores disponíveis. Para Silva *et. al.* (2019), este pode ser um importante fator para a entrada destas pessoas nas instituições.

Chama a atenção, nos dados atuais, que a busca familiar é o principal modo de entrada na ILPI, deixando ver que esses idosos tem algum vínculo familiar, mas que, as questões de saúde (demência, alcoolismo, dificuldades de locomoção) são decisivas na institucionalização. Esse quadro reforça a importância da intersectorialidade (assistência social e saúde) para políticas mais efetivas. Entretanto, salienta-se que as dificuldades de relações vivenciadas pela família durante muitos anos, por diversos motivos que não abarcaremos aqui, deixa ver que os filhos sentem pouca ou nenhuma identificação com seus progenitores para realizar os cuidados necessários (BAIRROS *et. al.*, 2011).

Vê-se no item F, na tabela 3, que a solidão ou a falta de moradia fixa podem ser fatores motivadores para a institucionalização. Em muitos casos, instituições como essa podem representar um lugar de segurança física e/ou emocional, como também observou Silva *et al.* (2019).

O alcoolismo também aparece como um dos motivos da família buscar a institucionalização, mas aparece em concomitante com a fragilidade dos vínculos familiares, já descrito acima. Para Heckmann e Silveira (2009), a passibilidade para o consumo de álcool na sociedade, gera dificuldades nos determinantes para definir quando esse uso é abusivo ou não e, também até que ponto socialmente isso é aceito. Para Minto *et. al.* (2007), o uso abusivo de álcool é um problema de saúde pública, com prejuízos físicos, cognitivos e psíquicos. Esse hábito pode contribuir a agravos na saúde, implicando em estados debilitantes. Para familiares e cuidadores responsabilizar-se por uma pessoa que faz uso abusivo de álcool não é algo fácil. Os efeitos psicológicos em familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool podem ser bastante significativos, chegando a gerar situações conflitantes e agressivas, o que justificaria a escolha da família pela ILPI.

Outro motivo apresentado foi a negligência de cuidados, ou seja, maus tratos, chamando a atenção pois somente um registro apontava de maneira explícita em 2013/2014. Em 2020, 07 sujeitos nesta condição. Segundo Queiroz, Lemos e Ramos (2010), uma das formas de violência contra idosos menos conhecidas e denunciadas é a negligência doméstica. Para Born (2008), é possível constatar que muitos familiares assumiram este encargo sem ter recebido formação anterior, com vínculos fragilizados e, são obrigados a continuar com esta responsabilidade, durante longo tempo, acumulando cansaço, sem receber apoio e nem orientação para enfrentar as mudanças que vão ocorrendo na saúde da pessoa idosa. Estudos e pesquisas sobre violências contra a pessoa idosa, tanto no Brasil, como no exterior, revelam que frequentemente elas são praticadas por pessoas muito próximas ao idoso, como cuidadores familiares ou profissionais seja no seu domicílio, ILPI ou em outros serviços (BORN, 2008).

Atualmente, as configurações familiares são as mais diversas, mas sublinha-se o número bastante reduzido de integrantes do que em décadas anteriores. Outra questão que pode agravar essa situação colocada, reside no fato de que, as mulheres, antes delegadas somente aos cuidados da família, participam ativamente do mercado de trabalho nos dias de hoje, inclusive sendo as únicas responsáveis economicamente por suas famílias, estan-

do esgotadas fisicamente e emocionalmente. Nesta mudança social, o amparo do estado é imprescindível. Entretanto, caminhamos com uma política de “Estado mínimo” e, cada vez mais omissos nas questões de direitos humanos.

As fichas analisadas apontavam que os residentes dessa instituição não tinham nenhuma pessoa que pudesse ou quisesse cuidá-los, independente se essa pessoa era idosa ou não. Alguns recebem visitas de seus familiares, outros apenas foram deixados na ILPI, juntamente com sua aposentadoria e seu plano funerário e, ainda a família optou por romper o vínculo definitivamente. Portanto, a fragilidade dos laços familiares, a vulnerabilidade social enfrentada por essas famílias, as questões de saúde mental abandonadas pela sociedade e Estado, a falta de execução de políticas públicas, colocam esses idosos numa situação de privação e abandono. Mesmo que a lei defina que é prioridade o idoso ser assistido por sua própria família, só é possível com a preservação de várias condições socioeconômicas, culturais e afetivas. É preciso estruturar serviços públicos no campo da saúde, da assistência social e dos direitos humanos para suprir a necessidade desse grupo de idosos, mas também atravessar todas as gerações com mudanças históricas na sociedade. É necessário que a velhice seja vista e escutada na sociedade.

A busca pela institucionalização do idoso tende a aumentar, seja por procura espontânea, seja pelas características familiares contemporâneas, mas também pela longevidade que alcançamos enquanto sociedade. Adicionamos anos a nossa vida, mas ainda não agregamos qualidade de vida ao grande contingente de idosos brasileiros que sobrevivem em condições precárias de moradia, saúde, educação entre outros, anteriores ao tempo de *ser velho*. A Política Nacional do Idoso (PNI) prevê a criação e implementação de múltiplas e variadas ações e serviços, inter e intrasetoriais de órgãos não-governamentais e de todos os segmentos da sociedade, porém, facilmente se percebe a dificuldade de operacionalizar e implantar tais propostas em nível local, no que se refere também e principalmente as ILPIs (CREUTZBERG *et. al*, 2007).

Para PAULA (2013), o governo se beneficia ao “ajudar” as ILPIs, assim não arcam diretamente com o tratamento, cuidados, assistência e reabilitação e a instituição complementa seus recursos através de doações. Esta é uma realidade bem comum das ILPIs, onde não se aplicam os princípios e diretrizes da PNI. Essas instituições acabam prestando apenas atendimento às necessidades básicas do indivíduo como alimentação, moradia e higiene, deixando de lado as possibilidades de ser inserido em seu âmbito familiar e social novamente.

Tendo em vista o crescimento da população idosa e que a institucionalização por vezes é a única saída encontrada, faz-se necessário pensar em estratégias para melhorar as condições das ILPIs, tanto na sua organização, na disposição de recursos, na capacitação e contratação de profissionais adequados, além da implementação de atividades pensadas no intuito de reafirmar a subjetividade dos indivíduos.

Considerações finais

O relato sobre o perfil de uma ILPI apresentado neste capítulo abordou os motivos da institucionalização e, produziu uma reflexão que ultrapassa dados quantitativos, como idade, gênero, tempo de residência, entre outros. A comparação entre dois períodos, com um intervalo de seis anos, deixa ver a importância das regulamentações da ANVISA e, principalmente a PNI para as mudanças na qualidade de vida dos residentes. Entretanto, tarefa de transformação de “asilo” em residências para idosos, como a ILPI, é um processo que depende de mudanças socioculturais e, principalmente uma articulação mais sólida entre família, sociedade e Estado.

As mudanças na sociedade contemporânea, incluindo redução no número de integrantes das famílias e a mulher como provedora, vai delineando novas formas de cuidados dos idosos, especialmente aqueles com doenças crônicas e menos autônomos. Nesse sentido, é preciso que se discuta e se enxergue essa situação dos idosos como responsabilidade de todos. Precisamos discutir e nos preparar para essa nova configuração, principalmente com os mais vulneráveis.

Neste trabalho, destacamos a fragilidade dos laços familiares, além das condições econômicas, como peça fundamental que levam à institucionalização da pessoa idosa. Os desgastes e fragilidades dos vínculos construídos durante a vida, muitas vezes, determinam as situações de abandono na velhice. Desse modo, os serviços de saúde, educação e assistência deveriam efetivar ações que resgatem a história dessas famílias e, como seus problemas afetam os laços sociais em diferentes fases da vida dos seus integrantes.

Ressalta-se, ainda, a importância de cuidados especializados para os idosos ou adultos com deficiências e transtornos mentais. Há uma lacuna entre a ausência de serviços voltados aos idosos com algum comprometimento cognitivo e a atuação da ILPI que não preparada para acolhê-los. Sem opções adequadas, como as residências terapêuticas, eles ficam marginalizados nas instituições ou negligenciados nas famílias, quando não são acolhidos. A mudança se inicia no entendimento, por todas as esferas públicas e privadas, de que instituições de longa permanência não são asilos e, portanto, não se trata apenas da assistência para sobrevivência. É preciso viver, além de sobreviver, e construir laços mais sólidos no processo de institucionalização.

Referências

- ARAUJO, C. L. O.; SOUZA, L. A.; FARO, A. C. M. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *HERE - História da Enfermagem Revista Eletrônica*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 250-262, 2010.
- BAIROS, J., BELZ, C.W., MOURA, M., OLIVEIRA, S. G., RODRIGUES, T.T., SILVA, S. C.; COSTA, F. T. Infância e adolescência: A importância da relação afetiva na formação e desenvolvimento emocional. *Anais do XVI Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão*. Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, RS, Brasil. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/seminario/anais/anais-2011/humanas/INF%C3%83%E2%80%99ANCIA%20E%20ADOLESC%C3%83%C5%A0NCIA%20A%20IMPORT%C3%83%E2%80%99ANCIA%20DA%20RELA%C3%83%E2%80%A1%C3%83-C6%92O%20AFETIVA%20NA%20FORMA%C3%83%E2%80%A1%C3%83%C6%92O%20E%20DESENVOLVIMENTO%20EMOCIONAL.pdf>. Acessado em 20 de junho de 2020.
- BALDIN, T.; MARCOLINO-GALLI, J. Considerações sobre sujeito, memória e linguagem. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 17, n. 2, p. 153-177, 2014.
- BALDIN, T.; MAGNABOSCO-MARTINS, C. Envelhecimento populacional e desafios da institucionalização da experiência da velhice. In: Musial, D. C; Reda, F. R.; Marcolino-Galli, J. (Orgs.). *Cadernos sobre envelhecimento*. Maringá: Uniedusul Editora, 2019, p.19-26.
- BESSA, M. E. P.; SILVA, M. J. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. *Texto contexto - enferm.* [online]. Florianópolis, vol.17, n.2, pp.258-265. ISSN 1980-265X, abr-jun 2008. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200006>> Acessado: 3 de jun. de 2020.
- BORN, T. O cuidador familiar da pessoa idosa. In T. Born (Ed.), *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa* (pp. 59-63). Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.
- BRASIL. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 3 out. 2003.
- Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Poder Executivo, 3 out. 2003
- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: ANVISA; 2005.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009. Tipificação dos Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF, 2009
- CAMARANO, A. A. et al. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, jun. 2010.
- CREUTZBERG, M.; GONCALVES, L. H. T.; SOBOTKA, E. A. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. *Texto contexto - enferm.* [online]. Florianópolis, vol.17, n.2, pp.273-279, abr-jun 2008. ISSN 1980-265X. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000200008>> Acessado: 3 de jun. de 2020.

HERÉDIA V.B.M., et al. A realidade do idoso institucionalizado. Textos sobre Envelhecimento. UnATI/UERJ 2004 jul./dez; 7 (2): 9-31.

HECKMANN, W.; SILVEIRA C. M.; Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri (SP): Minha Editora; 2009. p. 67-87.

MARCOLINO-GALLI, J.; FONSECA, S. C.; CATRINI, M; CORDEIRO, M. D. S. G; LIER-DE VITTO, M. F. Velhices fragilizadas pela afasia e/ou demência: sobre o que se testemunha numa clínica de linguagem. In: Musial, D. C; Reda, F. R.; Marcolino-Galli, J. (Orgs.). Cadernos sobre envelhecimento. Maringá: Uniedusul Editora, 2019, p. 73-89.

MARIN, M. J. S. et al. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. Rev. bras. geriatr. gerontol. Rio de Janeiro, vol.15, n.1, pp.147-154. ISSN 1809-9823, 2012.

MESSY, J. A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice. 2ª ed. São Paulo: Editora Aleph. 1992.

MINTO, E. C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, vol.16, n.3, pp.207-220. ISSN 1679-4974, jul./set. 2007.

PAULA, A. R. Asilamento de Pessoas com Deficiência: institucionalização da incapacidade social. (Tese de Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000.

PARANÁ, Política Estadual dos direitos do idoso. Lei no. 11863 de 23 de outubro de 1997.

POLLO, S. H. L., ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. Rev. bras. geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, vol.11, no.1, Jan./Abr. 2008.

QUEIROZ, Z. P. V.; LEMOS, N. F. D.; RAMOS, L. R.; Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, vol.15, n.6, pp.2815-2824. ISSN 1413-8123, set. 2010.

SILVA, E. F. NOB-RH Anotada e Comentada. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social, Brasília, DF, 2011. 144 p.

SILVA, R. S.; FEDOSSE, E.; PASCOTINI, F. S.; RIEHS, E. B. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. Cad. Bras. Ter. Ocup. [online]. São Carlos, vol.27, n.2, pp.345-356. ISSN 2526-8910, abr./jun. 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1590>> Acessado: 3 de jun. de 2020.

SILVEIRA, L. F.; Instituições de longa permanência para idosos do Recôncavo Sul da Bahia. (Trabalho de Conclusão de Curso), Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Cachoeira, BA, 2012.

SOUZA, R. C. F.; INÁCIO A. N.; Entre os muros do abrigo: compreensões do processo de institucionalização em idosos abrigados. Rev. Pesqui. prá. psicossociais, São João del-Rei, v. 12, n. 1, p. 209-223, 2017. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/1915>. Acessado: 1 de jun. de 2020.

TIER, C. G.; FONTANA, R. T.; SOARES, N. V.; Refletindo sobre idosos institucionalizado. Rev. bras. enferm. Brasília, vol.57, n.3, pp.332-335. ISSN 0034-7167, jun. 2014.

Envelhecimento com dependência Cuidados e cuidadores de idosos



Arlete Camargo de Melo Salimene

Thuam Silva Rodrigues

Bernadete de Oliveira

Resenha

Esse convite para fazer a resenha do livro “Envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos”, publicado em 2019, pela Editora Portal e organizado por Arlete Camargo de Melo Salimene, Bernadete de Oliveira e Maria Angélica Schlickmann Pereira Hayar, vem para enriquecer sua autoria, que buscou prestar homenagem póstuma à querida professora doutora Ursula Margarida Simon Karsch (21/11/1938 – 07/03/2017), assistente social na sua formação de base, que atuou como assistente do Secretário da Saúde do Estado de São Paulo no final da década de 1990, contribuiu grandemente para a implantação e desenvolvimento do Programa de Pós Graduação em Serviço Social PUC/SP, contribuiu para a execução de políticas públicas centradas na pessoa idosa e envelhecimento humano; protagonizou a internacionalização do Serviço Social Brasileiro por meio dos livros

“Serviço Social na Era dos Serviços” e “Epidemiologia do Cuidador” e artigos científicos nacionais e internacionais; professora nos Programas de Pós Graduação em Serviço Social e em Gerontologia Social, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo por 50 anos, presidiu e consolidou a pós-graduação da PUC/SP e coordenou projetos do Grupo de Pesquisa “Epidemiologia do Cuidador”, registrado no Diretório do CNPq em 1992.

Este é um momento importantíssimo de parceria e de alegria para todos nós, pois o livro é um dos registros da obra da professora Úrsula, compartilhado por alunos e pesquisadores, atentos e tocados por sua competência, sensibilidade, dinamismo e inquietude como pesquisadora, como professora e como cidadã; e, fazer sua resenha é explicitar a expertise dos membros integrantes do grupo de pesquisa Epidemiologia do Cuidador, da PUC/SP, e de sua líder (Úrsula Karsch), sobre envelhecimento humano e os cuidadores familiares de idosos dependentes por sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), com apoio do CNPq, CAPs e Ministério da Saúde.

O livro ora em resenha, reúne 12 autores, incluindo a Úrsula Karsch e a partici-

pação de autoridades no assunto, a saber: Maria Lúcia Martinelli (Prefácio), Flaminia Manzano Moreira Lodovici (Posfácio), Alexandre Kalache (Contra capa) e João Toniolo Neto (Orelhas); parceiros da professora na sua trajetória profissional e pessoal, com os quais militou ao longo dos últimos 20 anos na área do envelhecimento humano no Brasil e no Mundo. Todos abraçaram de algum modo a causa do envelhecimento humano e a temática do cuidador familiar, tornando o livro uma realidade. Os capítulos que o compõem resultam de monografias, dissertações de mestrado e teses doutorado sob sua competente e sensível orientação.

Portanto, a resenha desta obra que ora temos a honra de trazer a público, constitui-se no coroamento de uma existência compartilhada em prol de uma causa humana, social e política, pertinente ao final do século XX e inquietante nessas duas primeiras décadas do século XXI, e com questionamentos sobre o envelhecimento populacional e seu decorrente impacto na sociedade e para os governantes, seja no Brasil, seja no mundo. A grande questão que se coloca é: como lidar com a população que envelhece rapidamente, mas que poderá manter-se longa com sequelas incapacitantes e dependentes física, psicológica e socialmente? É uma grande questão, pois ainda não há cura para inúmeras patologias incapacitantes que ainda são prevalentes entre os mais longevos.

O livro diz respeito intimamente à população brasileira de 60 anos e mais, pessoas idosas e/ou em processo de envelhecimento que poderão cursar com necessidades e cuidados prolongados, especialmente, de familiares, do sistema público de saúde e da assistência social.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), em 2018, estimativas para a América Latina e Caribe, esse contingente populacional será triplicado até 2050, passando dos 8 milhões atuais para 27 a 30 milhões, ressaltando que com a longevidade vem a incapacidade e a dependência, portanto, ocorrerá uma demanda de cuidados prolongados para um contingente populacional cada vez mais representativo.

A Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) pede aos países signatários que fortaleçam seus sistemas de saúde e de assistência com base em direitos humanos e sociais, para responder a essa demanda de cuidados durante um longo prazo.

A expectativa de vida nas Américas continua aumentando com algumas diferenças regionais. Ao fim de 2017 uma criança nascida podia esperar viver em média 77 anos. Uma pessoa de 80 anos poderia esperar viver 94 anos. Porém, a longevidade não livraria tal população dos diferentes níveis de dependência com a presença especialmente de cuidadores familiares e de políticas públicas de proteção e promoção à pessoa idosa e aos seus cuidadores familiares.

Tal contexto está descrito no início do livro nas “Palavras Introdutórias”, texto inédito escrito em 2003, por Úrsula Margarida Simon Karsch (mestre em Saúde Pública – Epidemiologia, doutora em Serviço Social e Pós-doutorado pela London University, LSH&TM, Inglaterra) que em suas palavras, chama a atenção acerca da atual realidade, refletida como

objeto de suas pesquisas e estudos, quando registra que a transição demográfica exige novas estratégias para fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes e com baixo nível socioeconômico; consumidores de uma parcela desproporcional de recursos, de equipamentos híbridos ou *socio sanitários* integrados, destinada ao financiamento de cuidados de longa duração. Portanto, continua a professora, o envelhecimento com dependência e a iminente figura do cuidador familiar estão a exigir e irão demandar sempre novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde, de proteção social e outras, considerando questões de estrutura e de conjuntura da sociedade brasileira.

Patrícia Brant Mourão Teixeira Mendes (assistente social, mestre em Serviço Social, doutora em Sociologia Urbana, pós-doutorado em Saúde Ambiental) e Ivone Pereira da Silva (assistente social, mestre em Serviço Social) introduzem no primeiro capítulo a produção acadêmica desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa Epidemiologia do Cuidador, que reuniu um grupo multidisciplinar para pensar os passos metodológicos da pesquisa: uma epidemiologista, para coordenar o processo do levantamento dos casos; um grupo de neurologistas, para capacitar os pesquisadores sobre o AVC e suas consequências; um grupo de assistentes sociais com experiência de campo em entrevista domiciliar; uma psicóloga, para assessorar os pesquisadores na abordagem em histórias de vida. Reforçam que a pesquisa deu visibilidade para a dinâmica do processo de cuidar das pessoas que estão envelhecendo com dependência, dentro dos domicílios, que até então (1990) estavam obscurecidas para a esfera pública (Estado e Sociedade civil). Os procedimentos metodológicos do grupo permitiram tirar da obscuridade: a tarefa de cuidadoras (mais de 90% mulheres) que noite e dia assumem a responsabilidade de cuidar de um familiar dependente; o significado do cuidar do outro e a complexidade da relação que se estabelece a partir do momento que se instala a dependência.

No segundo capítulo “Cuidadores de idosos e a tarefa de cuidar de SI - Ônus e satisfação”, a fisioterapeuta e mestre em Gerontologia Social Alessandra Peregrine Primo enfoca que todo ônus a ser vivido pelo cuidador surge independentemente do tipo de cuidado a ser prestado (em maior ou menor grau), da importância, do significado ou das condições atribuídas às tarefas prestadas. O cuidar do outro transforma-se em uma tarefa árdua e estressante, que pode causar dores frequentes e outros sinais e sintomas que dificultam a tarefa do cuidador. O ônus está, frequentemente, associado ao nível de dependência física, emocional e social do idoso. Tal dependência produz a sobrecarga vivida pela cuidadora num ciclo vicioso onde ela, muitas vezes também idosa, passa do ônus físico para o ônus emocional tendo como agravante o ônus social. A autora alerta que este quadro, multifacetado, se evidencia na presença da incapacidade física e na ausência de autonomia do idoso, somadas a falta de conhecimento da sua cuidadora. Diante desta situação a cuidadora apegase à espiritualidade para conseguir contornar a turbulência, ter esperança e satisfação com a vida.

O terceiro capítulo “Homens acometidos por acidente vascular cerebral - Envelhecimento e sexualidade” resulta de estudos realizados por Arlete Camargo de Melo Salimene, assistente social, mestre e doutora em Serviço Social. Para a autora mitos e preconceitos sociais tornam a sexualidade “abolida” na fase da velhice. Suas pesquisas evidenciam que a função sexual raramente é abordada pelo idoso, cônjuge ou profissional da saúde. Em geral, quanto mais sexualmente ativa uma pessoa tenha sido, existirão maiores chances de manter essa atividade, mesmo em idade mais avançada. O homem, que em virtude do Acidente Vascular Cerebral (AVC) passa a ser portador de deficiência, poderá ver atingido o seu papel dominante no plano social e em especial no que se refere ao desempenho de sua sexualidade. Estes valores estão presentes nas narrativas dos sujeitos entrevistados por Arlete que também utilizou um instrumento validado a “Escala de Satisfação Sexual” (GRISS). Segundo a pesquisadora o casal que não apresenta transtornos sexuais, em que pese tal realidade cultural, expressa em sua narrativa a afetividade como um componente primordial para a superação das barreiras existentes. Trata-se de conceder à afetividade um papel fundamental na constituição da subjetividade da sexualidade e nos processos de socialização.

No quarto capítulo “Antes esposa, agora viúva - Percepção da qualidade de vida de cuidadoras familiares”, Bernadete de Oliveira (fisioterapeuta, mestre em Gerontologia Social e doutora em Ciências Sociais – Antropologia), Lívia Monteiro Lúcio (enfermeira, mestre em Gerontologia Social) e Thuam Silva Rodrigues (fisioterapeuta, mestre em Gerontologia Social e doutorando Saúde Pública – Epidemiologia) apresentam a temática da qualidade de vida de cuidadoras familiares, antes quando cuidavam do marido doente, idoso e dependente devido à sequela de Acidente Vascular Encefálico (AVE), e agora já viúvas. Para tanto utilizaram o questionário validado WHOQOL-bref e registraram as falas dos sujeitos no Diário de Campo. Os resultados do estudo mostraram que cuidados de longa duração trazem consequências físicas, psicológicas, sociais e comprometem o ambiente familiar da cuidadora familiar e que mesmo quando viúvas a qualidade de vida ainda permanece comprometida em todas essas dimensões. Medidas de Qualidade de Vida revestem-se de particular importância na avaliação para o acompanhamento de cuidadores familiar, tanto dentro de uma perspectiva individual quanto coletiva, e precisam ser incorporadas pelo profissional que atua junto a essas pessoas. Infelizmente, até o presente momento, pouco ou quase nada se tem feito em relação às cuidadoras no sentido de frear o avanço de danos e de perdas físicas, sociais e psicológicas no meio ambiente onde desempenham a tarefa de cuidar do outro.

Débora Braga Zagabria (assistente social, mestre e doutora em Serviço Social) no quarto capítulo intitulado “O cotidiano de cuidadores de idosos dependentes - O limite entre cuidar e maltratar”, evidencia que as pessoas que assumem os cuidados com idosos se cansam, se sentem estressadas e é neste momento de cansaço que pode ocorrer a agressão, principalmente se for considerado que essas pessoas que cuidam de idosos, na maioria das vezes, não recebem nenhum tipo de ajuda ou de informações para resolver os problemas cotidianos. Tais problemas podem estar relacionados a consciência de suas

perdas (desconhecendo o seu próprio corpo) e um sentimento de não-pertencimento, até pela inversão de papéis culturalmente definidos: esposas passam a cuidar de maridos, filhas passam a cuidar de pais. É preciso lembrar que tanto a relação conjugal quanto a relação filial, mesmo sem o agravante de uma doença crônica, são em si mesmas, relações muitas vezes tensas ou até agressivas. Isto tudo tem a ver com as histórias pessoais de cada um e com a história da própria relação. Para a autora a possibilidade de que idosos dependentes por AVC ou por qualquer outra doença, em função do desgaste físico e emocional os cuidadores familiares também poderiam ser identificados como vítimas de maus-tratos, pois tanto cuidadores quanto idosos dependentes e, principalmente, os dois juntos nessa relação, são seres solitários, desinformados e não assistidos no exercício de seu cotidiano.

“Luto de cuidadoras de idosos dependentes - O cuidado e as perdas” é o título do quinto capítulo escrito por Ingrid Vilardi Mazeto (fisioterapeuta, mestre em Gerontologia Social). Para a autora a morte é um produto social e o luto é entendido como uma importante transição psicossocial, com impacto em todas as áreas de influência humana. Seus estudos mostram que diante da perda da função de cuidar e do esvaziamento do papel social de esposa e de cuidadora, advindo da morte do familiar dependente, os sentimentos que as cuidadoras relataram foram: *“vazio, solidão, dor, saudade, remorso, alívio”*. É previsível que esses sentimentos continuem enquanto a privação continuar, e que terminem quando fontes alternativas forem encontradas, ou quando surgirem outras possibilidades de compartilhar conhecimentos e responsabilidades. O cuidar do idoso dependente afasta as mulheres do meio social e confere a elas um papel ocupacional na família. Seria de se esperar que após a morte do idoso dependente (cujo cuidado foi extenuante) a cuidadora buscasse alívio desse estresse; contudo, continuam exercendo algum tipo de cuidado: cuidando de netos diariamente, auxiliando a nora nos cuidados com o filho que teve AVE, substituindo a irmã nos cuidados com a mãe idosa (exemplificando).

A assistente social, mestre em Gerontologia Social e doutora em Serviço Social, Maria Angélica Schlickmann Pereira Hayar, estudou “A família e a singular experiência de esposas-cuidadoras”, que é a temática do sexto capítulo. Neste capítulo o impacto dos primeiros dias com as sequelas do AVE (ainda imprecisas) é visto como um “hiato” que traz uma noção de separação, ruptura e perda para a esposa e a família. No decorrer dos anos, cuidado com o esposo idoso acometido pelo AVE pode se dar por generosidade, por compromisso culturalmente instituído, por missão, por afeto, por obrigação, dentre outras razões. Subjacente a essas variáveis existe um viés ideológico de que a mulher (esposa) se propõe à dádiva, à doação, como um valor moral, um valor sagrado. Negar-se à assunção desse papel seria profanar a própria condição da feminilidade.

Nadjane Bezerra do Amaral Prilip (assistente social e mestre em Gerontologia Social) trouxe no sexto capítulo a temática do HIV/AIDS entre idosos. O capítulo “O pulso ainda pulsa - Expressões da sexualidade de idosos soropositivos” enfoca a sexualidade como uma das expressões da vulnerabilidade de um grupo de idosos soropositivos, dis-

cute aspectos importantes e específicos que levam pessoas mais velhas a se exporem ao vírus HIV, a partir dos relatos dos próprios idosos que vivem com a doença e todas os seus estigmas construídos historicamente. Estigmas esses relacionados tanto ao processo de envelhecimento como ao diagnóstico de AIDS. Interação e escuta foram as ferramentas utilizadas pela autora para entender no diálogo com os sujeitos da pesquisa, como as suas práticas sexuais os levaram a exposição ao vírus.

Por fim, nesta resenha nos perguntamos (incansavelmente): Quantas questões ainda não são suficientemente respondidas e outras novas questões estarão por vir? Cabe-nos dar continuidade ao pensar, ao agir e à sensibilidade científica e humanística da querida professora Úrsula, e à tentativa de refletir o sentimento coletivo dos autores do livro, assumindo assim o compromisso de difundir e de produzir novos caminhos por eles abertos e sedimentados ao longo de anos de compartilhamento profícuo e construtivo para uma sociedade melhor e mais justa.

Ainda, para finalizar, traremos as palavras de Menotti Del Pichia:

“Goze a euforia do voo, do pássaro do anjo perdido em ti
Não indagues se nossas estradas, tempo e vento,
Desabam no abismo
Que temes que seu mistério seja uma noite.
Enche-o de estrelas,
Conserva a ilusão de que teu voo te leva sempre para mais alto
no deslumbramento da ascensão
Se pressentires que amanhã estarás mudo
Esgota, como um pássaro as canções que tens na garganta
Canta, canta para conservar uma ilusão de festa e vitória
Talvez as canções adormeçam as feras que querem devorar o pássaro
Desde que nasceste não és mais de que um voo no tempo
Rumo do céu?
Que importa a rota, voa e canta enquanto resistem as asas.”

O fenômeno do envelhecimento humano prossegue em nossa realidade com inúmeras questões ainda por responder. A obra em questão, por meio de reflexões objetivas e sensíveis, aponta caminhos para novos estudos e pesquisas que trarão, com certeza, fortalecimento humanístico, social e político a essa causa tão importante para a humanidade.

O amor está no lar: relato sobre casamentos na instituição de longa permanência para idosos



Talbian Raony Prybycz

Juliana Marcolino-Galli

Denis Cezar Musial

Fernanda Rocha

*“Pra você guardei o amor
Que aprendi vendo os meus pais
O amor que tive e recebi
E hoje posso dar livre e feliz”
(Nando Reis)*

não ultrapassar os muros da instituição de longa permanência para idosos (ILPI) e, o sexo é um grande tabu a ser enfrentado.

Este capítulo relata a história de namoros e casamentos em uma ILPI, promovendo uma reflexão sobre a sexualidade e suas demandas no processo de institucionalização. Questiona-se: o que é preciso para que os laços e amores possam movimentar a vida de idosos institucionalizados? Como a ILPI contribui (ou não) para esses movimentos?

A chegada à ILPI inaugura para o idoso um novo tempo de lidar com as perdas mais acentuadas com a velhice. Dito de outro modo, é um tempo de luto pela ruptura de laços, pela proximidade com a finitude e maior dependência de cuidados, prejuízo de autonomia, entre outras perdas. A nova rotina, com outros horários, e a nova organização social podem produzir um esvaziamento da singularidade. Muitas vezes, esse “atravessamento pelo luto” pode culminar em processos patológicos, como depressão, apatia, demência, uma “morte subjetiva” (MUCIDA, 2006; CORDEIRO, 2019; MARCOLINO-GALLI, 2013). Apesar disso, partimos da hipótese que um sentimento ambivalente de “ganhos” para produzir no-

Introdução

O famoso ditado popular “amor não tem idade” reconhece que o humano demanda amor e laços com os outros, em todas as fases da vida. Mais do que isso, somos constituídos pelo outro, por essa demanda de amor, que nos movimenta para vida e faz circular nossos desejos. Entretanto, esse discurso social esbarra em questões morais e imperativos quando a sexualidade, inerente ao amor, diz respeito aos marginalizados, como mulheres divorciadas, mães solteiras, população LGBTQ+, o idoso institucionalizado. A romantização do casamento parece

vos investimentos libidinais e outros laços no convívio na ILPI. Os ganhos poderão ser representados pelos cuidados que garantem a sobrevivência dos idosos vulneráveis, de uma moradia mais digna, de uma saída da situação de violação de direitos, de novos companheiros de jornada. Para tanto, exige-se um investimento da energia psíquica de como esse sujeito enfrentou perdas e ganhos durante sua vida e, também arranjos institucionais voltados à adaptação de uma nova situação. Discutiremos como esses arranjos são possíveis e produzem efeitos em direção ao amor e suas demandas.

Apresentaremos no próximo item, brevemente, um ponto de vista para a discussão da sexualidade e do amor na velhice para, em seguida, relatar uma experiência de namoros e casamentos na ILPI.

Sexualidade e envelhecimento

Ainda na sociedade contemporânea, a sexualidade é cercada de preconceitos, mais exacerbados no envelhecimento. O discurso social produz imperativos que associam sexo à procriação, no caso do discurso religioso, e/ou à exigência de um corpo ideal para o sexo, no discurso capitalista, sendo jovem, em pleno vigor e, de preferência heterossexual. Nesta perspectiva, a sexualidade do velho é negada, haja visto a enorme exclusão social que esse grupo populacional experimenta em seu cotidiano, como o reflexo de uma visão negativa sobre o envelhecimento. Socialmente, tem-se considerado a pessoa idosa como assexuada, desprovida de desejos e de vida sexual, como se os anos lhe trouxessem uma incapacidade neste aspecto vital do desenvolvimento humano (GONZALEZ e BRENES, 2007). Esse modo de conceber a sexualidade do velho é potencializado no caso de idosos LGBTQ+ e com deficiências físicas ou transtornos mentais.

Segundo Debert e Brigeiro (2012), em relação às discriminações identificadas contra os mais velhos, considera-se que é próprio das sociedades como a nossa reprimir sua sexualidade. Tal repressão não é somente exercida pelos mais jovens, mas também efetuada por parte dos próprios velhos. Silva, Marques e Fonseca (2009) destacam que a sociedade ocidental está baseada no capital, na produção e no consumo, conseqüentemente, o lugar social destinado ao velho tem valor negativo, onde o corpo dos idosos é quase invariavelmente associado à doença, invalidez, decrepitude e proximidade da morte e, portanto, mais distante para ser objeto do desejo de outrem.

A partir disso, a sexualidade do velho interessa mais ao ideal de “envelhecimento ativo” como uma fonte de consumo de estimulantes sexuais, como o Viagra. Entretanto, esses medicamentos não “agem sobre o desejo e a libido. Nem tudo pode ser recoberto, [...] e grande parte da sexualidade continua fora da nova ordem social” (MUCIDA, 2009, p. 138). Amor e sexualidade não são o mesmo conceito na psicanálise, mas articulam-se na constituição psíquica.

Nosso ponto de vista se alinha à Psicanálise¹ e, por isso, partimos do pressuposto que somos humanos, seres de linguagem, portanto sexualizados. Freud produz um corte radical ao apresentar uma teoria da sexualidade, como constitutiva do sujeito. A partir disso, a sexualidade adulta é a sexualidade infantil. Freud usa o termo libido para designar a manifestação da pulsão sexual e por extensão, a sexualidade humana. Isso quer dizer que a pulsão sexual exerce uma pressão permanente, sendo a libido a energia que sustentaria essa pressão da pulsão. Da mesma forma, a libido seria a energia das pulsões sexuais.

A sexualidade humana não está, nesta ótica, associada diretamente à reprodução e, não se reduz aos órgãos genitais e ao próprio ato sexual. Ou seja, não é da ordem do instinto e, “sempre se coloca para o sujeito falante como algo avesso ao anatômico e, portanto, inclui um campo complexo no qual persistem os desencontros” (idem, *ibidem*, p. 138). Mesmo com o avesso ao anatômico, não quer dizer que o “corpo envelhecido” não produza seus efeitos na sexualidade. Esse desencontro entre o real do corpo e a sexualidade interessa para a nossa reflexão.

A retomada de Lacan da obra freudiana e, a inclusão da teorização da linguagem, remonta que o discurso analítico é sobre o amor e seus impasses. É o que aparece na clínica: “todo mundo demanda amor” (LACAN, 1957-58/1999, p. 367). Entretanto, o caráter do amor constituiu “novas adições de antigas características, isto é, repetições infantis” (MARTINEZ e RAVANELLO, 2013). Nesse sentido, o amor e a sexualidade na velhice dizem respeito ao “atemporal” do inconsciente, dos laços afetivos e dos destinos do amor-ódio que circulou na vida desses sujeitos; dos objetos de desejo e o que o sustentou como desejante. Como afirma Mucida (2006, p. 157), “não é a idade que determina a ausência de desejo e, muito menos, a ausência ou presença de relações sexuais”, mesmo que inscritas na velhice de modo distinto do que foram no tempo da adolescência. Ressalta, ainda, que “a sexualidade do idoso pode encontrar caminhos inéditos nos quais o desejo, que não morre, encontra outras maneiras de inscrição” (idem, *ibidem*).

A sexualidade, como lembra Fucs (1992), quando resumida somente a busca por orgasmos e ereções tem pouco sentido na vida do velho. Ela é feita por comunhão, com tocar e se deixar tocar, acariciar e ser acariciada, ter e dar prazer. A partir do corpo como pulsional, qualquer parte do corpo pode ser erotizada, pela linguagem.

No caso das ILPI's, pensando que muitas delas não contam com espaços privados, com quartos ainda utilizados coletivamente, a sexualidade fica marginalizada. Nesse sentido, este capítulo ressalta a importância de a sexualidade ser enfrentada pela equipe profissional. Venturini et. al (2018) reconhecem os embaraços relacionados à sexualidade nas instituições, principalmente as homoafetivas, sendo que a formação acadêmica e a educação continuada apresentam lacunas.

1 Não é nosso objetivo trazer a complexidade e articulação que o tema exige. Na psicanálise, o amor tem força conceitual e se articula com outros conceitos, como libido, pulsão e desejo e, este último, por sua vez, com o fantasma.

Outra questão observada por Silva et.al (2012) é que os casais, muitas vezes, são separados quando inseridos na ILPI. Além de não terem privacidade, também não possuem a vida de casal e são discriminados ao demonstrar afeto ou carinho pelo parceiro. Para Vieira (2006), atitudes negativas e restrições à expressão da sexualidade do idoso, institucionalizado ou não, vão promover isolamento social, constrangimento, vergonha e culpa, afetando inevitavelmente a qualidade de vida desses idosos.

Dessa forma, apresentar esse relato, a luz de um caminho possível de ser seguido, nos traz também um alento em relação ao respeito à subjetividade que abarca a sexualidade dos idosos institucionalizados, sendo que a maneira como vivemos nossa sexualidade é a expressão do que somos. Nesse sentido, entende-se que a equipe profissional pode construir juntos com os idosos como o amor e a sexualidade irão circular na ILPI. Quando a equipe não marginaliza a demanda de amor, o velho encontra mecanismos de atualização da subjetiva e do investimento libidinal. A sexualidade não deve ser velada na ILPI. Recomenda-se que seja falada e elaborada entre os moradores.

Namoros no Lar e o consentimento da ILPI

A Associação Lar dos Velhinhos de Rio Azul, fundada em 04 de abril de 1984, localiza-se na região centro sul do estado do Paraná, um município com aproximadamente quatorze mil e quinhentos habitantes. A Instituição de Longa Permanência para Idosos – Lar dos Velhinhos de Rio Azul - e, tem característica assistencial com diretoria própria e escopo normativo baseado na política de assistência social.

Desde 2006, o “Lar dos velhinhos” difere-se por seu sistema de moradias, com a construção de pequenas casas, com varanda, sala, banheiro e dois quartos para dois moradores cada. Em 2011, foram construídas as últimas, totalizando 10 casas, cada uma com 49m². Com capacidade para quatro idosos por casa, sendo dois por quarto, a capacidade de acolhimento passou para quarenta idosos. A estrutura física, além de ampla área externa, possui um prédio principal com ambientes de uso coletivo: sala com televisão, refeitório, salão de entrada, banheiros coletivos. Trata-se de uma ILPI mantida pelas seguintes fontes de recursos: 70% da aposentadoria e ou Benefício de Prestação Continuada de seus residentes; contrapartida dos municípios e repasse do Governo Federal. Além destas, outras formas de recursos são captadas, como eventos organizados pela própria instituição ou terceiros; repasse de recursos advindos do fundo estadual dos direitos da pessoa idosa e fundo municipal dos direitos da pessoa idosa, quando necessário; recursos advindos de editais, quando disponíveis e, doações de pessoas físicas e jurídicas.

Atualmente, convivem vinte e nove residentes. Quanto aos recursos humanos, a ILPI possui um enfermeiro coordenador; uma assistente social; um auxiliar administrativo; duas técnicas de enfermagem; quatro cuidadores; cinco auxiliares de serviços gerais e quatro

cozinheiras. Há previsibilidade de contratação de um profissional de psicologia; mais duas cuidadoras e um auxiliar de manutenção.

Os residentes chegam pelos serviços de assistência social, em especial o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), desde que estes idosos sejam provenientes de municípios conveniados com a instituição, ou ainda, via comarca correspondente à região onde está situada. Não são admitidos casos particulares. São usados como principais critérios para acolhimento: contato realizado a partir de profissional assistente social do município que o idoso reside atualmente (devendo este município ser conveniado a instituição); idade igual ou superior a sessenta anos; parecer social que indique ao menos uma das seguintes situações - idoso com vínculos familiares rompidos ou inexistentes sem condições para prover o autocuidado da saúde; idoso vítima de algum tipo de violência; idoso com vontade própria e manifesta de ser acolhido na instituição; ou ainda, situação que contemple algumas das acima citadas, mas seja encaminhada para instituição por via judicial.

Resgatar a subjetividade e, principalmente, restabelecer o laço social rompido, é imprescindível no processo de institucionalização do idoso. A singularidade de cada residente pode ser evidenciada de muitas formas, como ter um guarda-roupas de tal modelo, tamanho e cor, ou ainda, ter cortinas do seu gosto, poder receber visitas em casa, sentar e tomar um chimarrão no aconchego do lar, poder tomar seu banho a hora que desejar. Os novos vínculos afetivos vão se fortalecendo entre idosos que residem na mesma casa e, ou ainda, entre idosos que tenham as mesmas afinidades durante conversas e momentos de lazer. A grande maioria dos residentes encontram-se ainda solteiros ou viúvos e, os vínculos afetivos amorosos é algo no Lar. Além dos namoros, ou “namoricos” como os idosos gostam de nomear, os residentes vivenciaram a formação de cinco casais que foram além do namoro, ou seja, ao altar.

Em 2007, ocorreu o primeiro casamento entre um casal residente da Instituição e também alunos da APAE do município. O casamento aconteceu na capela da própria ILPI e, o casal viveu institucionalizado até 2012, quando foram viver junto à família (irmãos) da idosa, em outra cidade. Vale Ressaltar que ambos sempre foram solteiros e, quando casaram ele tinha 65, mas ela menos de sessenta 60. Fato este que fez com que o casal fosse embora para junto dos familiares dela, já que ela não poderia seguir na instituição devido à idade.

Ainda em 2012, formou-se outro casal. O interesse mútuo se deu quando ambos penduravam roupas no varal e, logo se estabeleceu um sentimento de afeto entre eles. Em 2013, mais uma vez a capela do Lar dos Velhinhos de Rio Azul foi cenário de um casamento entre residentes. Casados, passaram a residir na mesma casa, dividindo o mesmo quarto. Infelizmente, pouco mais de um mês após o casamento, o idoso faleceu. A idosa falava com orgulho e amor sobre a relação, mostrando fotos do casamento aos visitantes e, os convidando para irem até sua casa, também aproveitava para mostrar a colcha vermelha estendida na sua cama, um presente dado pelos padrinhos de casamento. Um modo de

enfrentar o luto, algo tão cotidiano nas ILPIs. Ela faleceu em 2019. Ambos foram solteiros a vida toda e se casaram quando ele estava com 78 e ela 82 anos. Em março de 2018, outro casal se formou e, novamente, o varal foi ponto crucial para despertar um interesse mútuo entre os residentes. Ele, solteiro a vida toda, recém-chegado aos 60 anos e à instituição e, ela 67 anos, viúva e já moradora há alguns anos.

Quando os primeiros casais se formaram, era perceptível o desconforto e as críticas dos outros residentes, com comentários, como por exemplo, “isso é uma pouca vergonha, darem beijo na frente aos outros”; “eles não têm vergonha na cara”, “devia parar com isso, já estão velhos”. Aos casais, restava o namoro entre as quatro paredes da sua “casa”, mas isso também gerava críticas, já que a relação sexual antes do casamento não era algo aceitável para os demais. Mesmo os casais, não cogitavam morar juntos antes dos casamentos. Entretanto, o terceiro casal formado enfrentou essa situação e disseram ao coordenador da instituição: “nós queremos passar a noite juntos, ou o senhor deixa ou vamos fugir”. Com apoio da coordenação e dos profissionais da ILPI, como o enfermeiro, a psicólogo e o assistente social, o casal passou a morar na mesma casa. Interessante que os idosos residentes no ano de 2018, quando isso ocorreu, já pensavam muito diferente dos idosos que residiam em até 2013. Ou seja, nenhum idoso pareceu incomodado com a situação. A nosso ver a possibilidade da verbalização dos desejos encontro reconhecimento e identificação do que é esperado na vida humano, dentro ou fora da institucionalização. Essa autorização interna, posta em palavras, promoveu que outro casal, que iniciava um namoro as escondidas, também manifestar seus desejos a todos: “estamos namorando e queremos morar juntos também, se eles podem também podemos! ”

Ainda era março de 2018, o Lar dos Velhinhos de Rio Azul tinha naquele momento um casal de namorados dividindo o mesmo quarto, e outros dois casais de namorados vivendo também a paixão na terceira idade. Com o passar do tempo, os casais quiseram se casar, principalmente por questões religiosas. A princípio, os casamentos seriam em datas diferentes e, dentro das dependências da ILPI. Mas com muitos casamentos marcados ao longo do segundo semestre do ano de 2019, a agenda paroquial estava lotada e, juntamente com os três casais, decidiu-se que os três casamentos seriam num mesmo dia, 21 de dezembro de 2019. Como a capela da instituição ficaria pequena para todos, o casamento triplo foi realizado na Igreja Sagrado Coração de Jesus, na cidade. Muitas pessoas da cidade foram voluntárias e/ou doaram algo para o grande evento.

Entendemos que a ILPI construiu, aos poucos, com os residentes um sentimento de pertencimento ao espaço, que dizem respeito à valorização do laço social, da manutenção de identidade, mesmo que imaginária. Um processo gradativo que foi gradativo, incluindo a extinção dos quartos coletivos. O sistema de moradia em casas, onde no máximo dividem com mais três idosos, trouxe possibilidades antes inexistentes. As roupas pessoais em cômodas ou guarda roupas ao alcance, ir e vir, passar o dia no aconchego do lar ou nos espaços coletivos, ter alguns quadros, calendários ou imagens de santos compondo seu ambiente, receber visitantes de forma mais reservada e, de maneira geral, voltar a ter sua privacidade preservada. Essas mudanças na estrutura física produziram novos relaciona-

mentos. Dividir uma casa com mais três pessoas, um quarto com apenas mais uma colega, promoveram vínculos afetivos maiores que quando estavam em quartos coletivos. Ceder, ajudar, preocupar-se, discutir, respeitar, entre outras situações passaram a ser detalhes comuns do dia a dia com os quais os idosos tiveram que lidar. Esse enfrentamento era falado e escutado pela equipe profissional, o que favorecia a elaboração das novas demandas.

A entrada da equipe profissional em cada nova demanda, em cada negociação é um processo contínuo, exigindo uma escuta e outros modos de condução por serem com diferentes protagonistas, por esses também terem entendimentos e exigências diferenciadas uns dos outros.

Os casamentos

Não era somente o dia das noivas e noivos, os amigos e também residentes da ILPI estavam ansiosos e precisavam estar caracterizados para o grande dia. Logo pela manhã, voluntárias estavam nas dependências do Lar para fazer unha, cabelo e maquiagem das idosas. Os idosos esperavam, assim como elas, pelas melhores roupas. A preparação das noivas começou com a ida aos salões de beleza. Os noivos já tinham ido à barbearia durante a semana. Durante as semanas que antecederam aos casamentos, ocorreram as provas de roupas e vestidos que foram cedidos por uma loja de roupas de aluguel da cidade. Como a tradição, os noivos não podiam ver as noivas antes da cerimônia e, por isso, a sala de fisioterapia foi transformada em sala das noivas e, os noivos ansiosos por vê-las não tiveram acesso. Vestidos iguais, eles de calça social preta, camisa branca manga longa, suspensório e boinas não paravam de olhar o relógio. Um carro modelo Brasília buscou eles nas dependências do ILPI, levando os três até a Igreja local. Minutos depois, três carros fuscas levaram as noivas. Um ônibus já havia levados todos os residentes à igreja e depois ao salão de festa.

O fato já havia sido noticiado num jornal regional e na rádio local. A cerimônia era aberta a todos que quisessem participar. Choveu a semana toda e no dia vinte e um de dezembro caiu apenas uma leve chuva durante a cerimônia. Numa cerimônia linda celebrada pelo Padre Alexandre, foi difícil conter a emoção, quase duas horas de celebração e, ao final três intermináveis salvas de palmas substituíram os foguetes. O som das latinhas amarradas aos parachoques anunciava a partida dos fuscas agora com os recém-casados e, o sino da igreja badalava por ser dezoito horas, como todos os dias, mas também parecia badalar celebrando o momento.

Antes da festa, foram feitas as fotos dos casais. O céu contemplava o dia especial e depois de vários “clicks” era o momento de festejar. Pra finalizar, depois da festa com direito a tudo que o momento pede, uma última surpresa, os quartos dos casais foram preparados especialmente para aquele momento, com corações com os nomes deles em cada porta

de quarto, camas com pétalas de rosa e uma cesta de guloseimas para cada casal. Um evento que envolveu diversos setores da cidade, muitos voluntários e produziu um importante discurso social, um novo discurso sobre o amor e a sexualidade presentes no Lar dos Velhinhos. Abre-se uma outra possibilidade de laços para os residentes, uma via de novo investimento libidinal. O amor faz parte deste Lar!

Considerações finais

Casados ou não, os residentes do Lar dos Velhinhos estão institucionalizados, mas resgatando o laço com o outro. Esse resgate envolve práticas e diálogos que ultrapassam o cuidado com higiene e alimentação. É uma escuta atenta aos dilemas cotidianos, construindo e dando espaço a palavras dos idosos em seu novo lar. É casa que precisa virar lar e as pulsões terem destidos, não contra si, não um destino que fere a imagem do corpo envelhecido no desamparo da institucionalização. É preciso jogos, artes e diálogo para o sujeito direcionar a força constante e se abrir ao laço afetivo. É preciso escutar as singularidades e abrir-se à sexualidade do velho. Vivendo com uma via aberta à singularidade à demanda de amor, aos laços afetivos.

Sem dúvida, o sistema de conjunto de casas forma uma pequena vila, além de companheiros que dividem a própria residência, existem os amigos das casas vizinhas. Existe o “se visitar”, existem as fofocas e intrigas, os segredos e, também a liberdade de passar o dia na casa ou de ir aos ambientes de uso comum. Receber visitas e mostrar seus pertences, ou simplesmente conversar de forma mais reservada. Assim, os residentes se apaixonam e também disputam, se desentendem porque há vida na instituição pulsando que não pode ser reprimida pela equipe profissional. Um viver juntos que não significa ir embora da instituição, mas dividirem a mesma casa, o mesmo quarto e a mesma cama. Afinal de contas, nos últimos treze anos foram cinco casamentos.

As demandas humanas não são necessidades, pois envolve “em si” no outro. Como diz a letra da música “Comida” da banda Titãs:

A gente não quer só comida.

A gente quer bebida

Diversão, balé

A gente não quer só comer

A gente quer comer

E quer fazer amor

A gente não quer só comer

A gente quer prazer

Pra aliviar a dor

Como amor nos preenche, deixamos o leitor com os votos dos idosos ditos no dia dos casamentos e que foram escritos com o auxílio do enfermeiro técnico responsável pelo Lar:

Olinda e Sebastião

Mallet é logo ali, mas quis o destino que os dois malletenses se encontrassem numa vizinhança de casinhas “dentro do Lar dos Velhinhos”, vindos na mesma época, percorreram não uma vida toda, duas, duas vidas toda? Também não!

Percorreram muito na vida, mas não a vida toda. Depois dos 60 ainda tem muita vida a percorrer (ele com 68, ela 66) e por que não percorrerem juntos?

No Lar se conheceram, amizade virou namoro e o que parecia fogo de palha virou chama da paixão. Que essa chama não se apague que esse amor não se acabe.

O maior amor do mundo para ambos pode viver dentro de pouco mais de um metro e meio de altura, um amor pra quem vê de longe miniatura, pra quem vive dentro, nas alturas.

Conceição e Antônio

Certamente entre Marumbis e Taquaris já se encontraram por aí, mas não se notaram.

Quando no caminho do Lar se cruzaram respiraram do mesmo ar, amor.

Assumiram este antes mesmo dele florescer.

Ela e seu zelo pela casa e jardim, ele e seu zelo pelo quintal e por ela, logo zelosos um com o outro e afins de não se largarem mais. Riscaram as propostas, “ou deixa ficarmos juntos ou fugimos”, com tamanha certeza e firmeza nas palavras e vontades qualquer um se apegou, mas o peito dos pombos se estufava e saíram respirando ainda mais amor, ainda mais querer estar ao lado e não largar mais.

Antônia e José

Da janela ele avistava ela. Ela toda musical com gaita e violão se colocava na varanda a tocar, o som não levou ele pra lá, talvez o chimarrão que depois virou pretexto pra se encontrarem. O encontro deles de cada dia, a timidez de José com Tonha toda desinibida, mas foi ele que no primeiro inverno quis ir morar junto pra esquentar os pés. Porém, o inverno logo acabaria já o amor que seja por toda seqüência da vida.

Com música, chimarrão, boa prosa e companhia o amor se estabeleceu...

José deixará de ser visita, o amor de Tonha já te acolheu.

Uma vida nova dos portões pra dentro e com o tempo, novos amores.

Nunca é tarde para amar e realmente por entre rugas existem vidas.

Prevaleceu o Amor

Prevaleceu o Amor

Prevaleceu o Amor

Ela da janela suspirava ao ver ele carpindo,

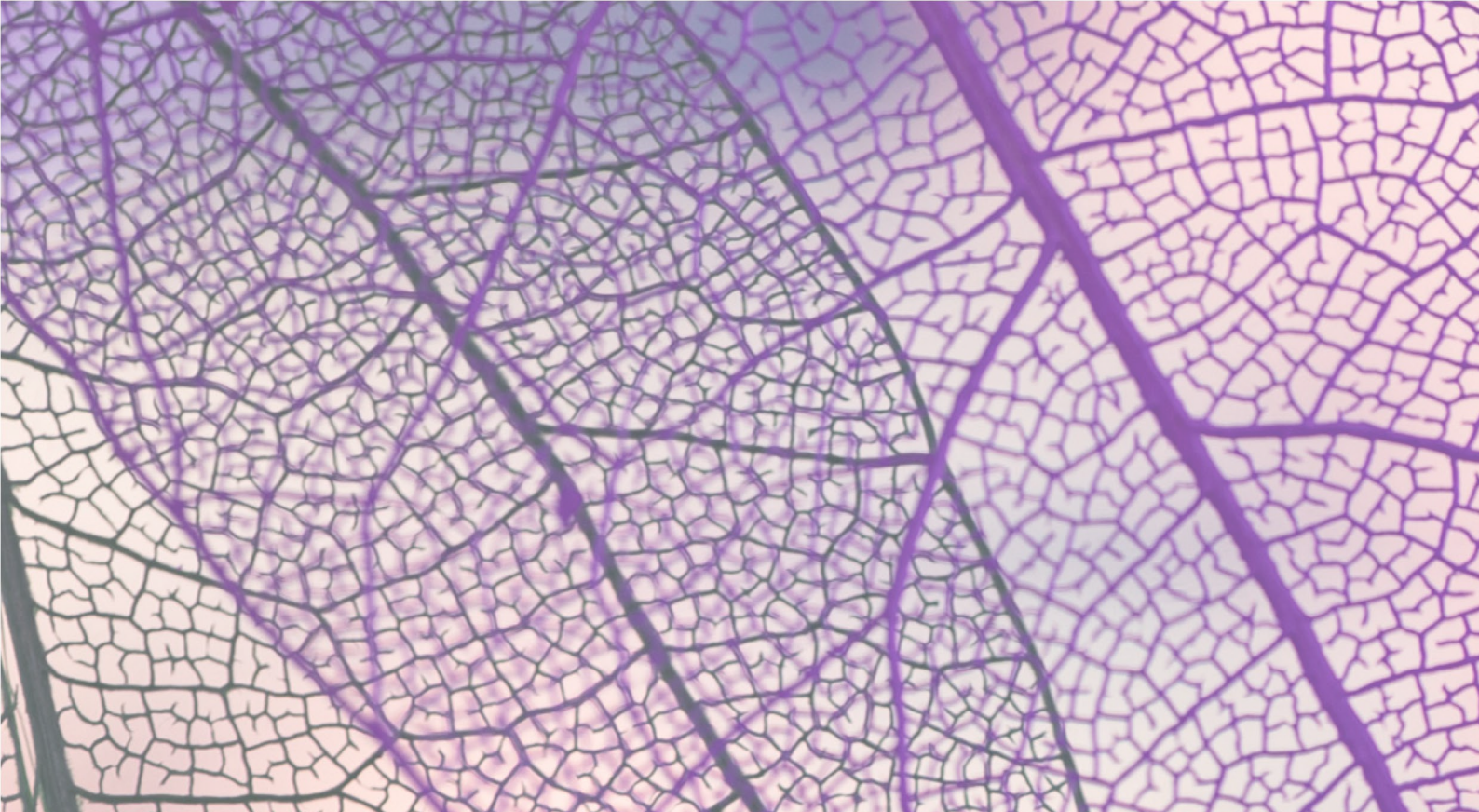
Ele quis sair comprar presente quando ela fez aniversário,

Ela morreu de ciúmes, mas passa bem!

*Hoje ele (José) se muda da casa 10 para casa 8,
Hoje ele (Sebastião) se muda da casa 9 para casa 4,
Hoje ele (Leal) e ela (Conceição) voltam casados para a casa 3.
Que sigam zelosos, companheiros, cúmplices, que sigam amores.
Vocês são a certeza que “O Amor está no Lar”.*

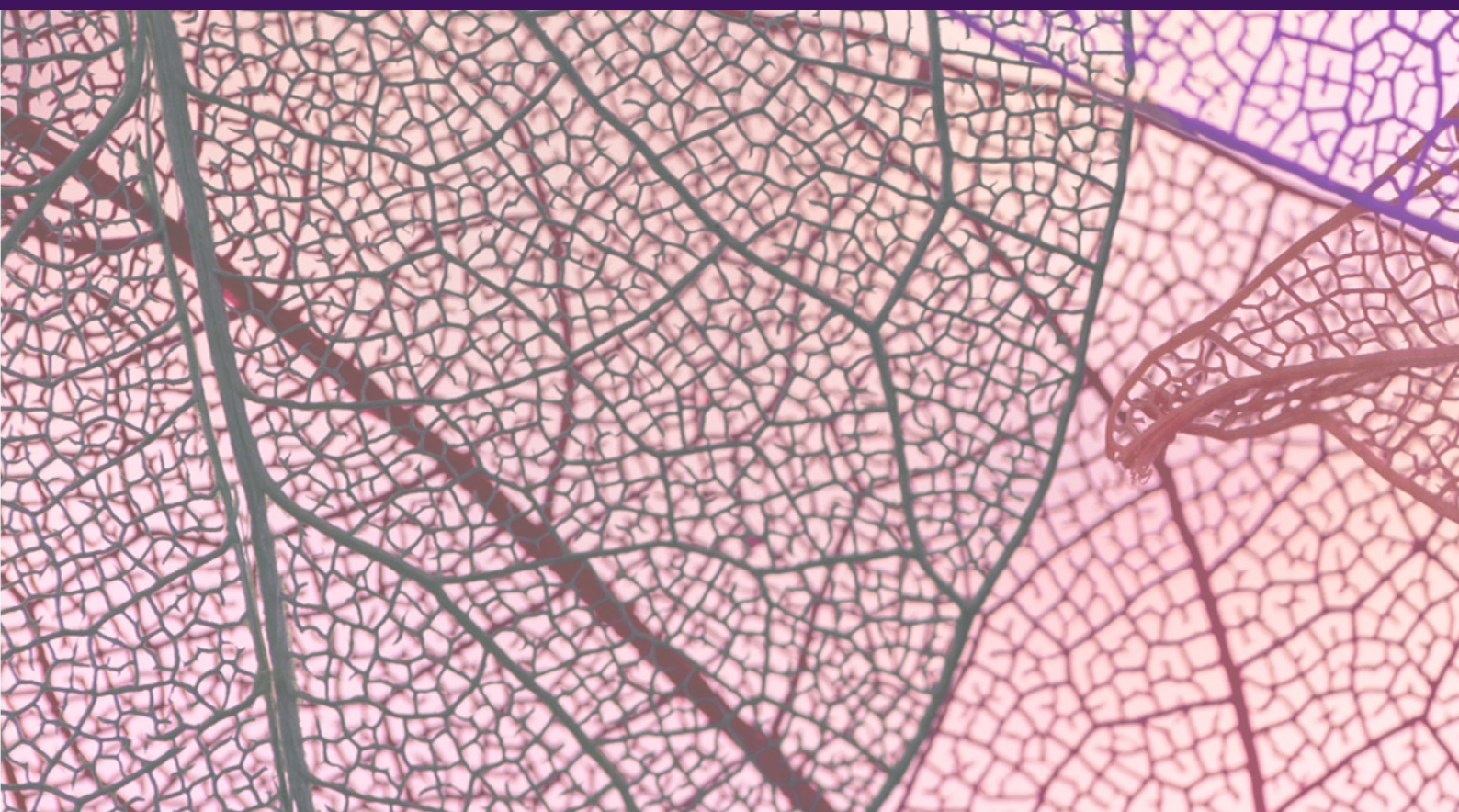
Referências

- CORDEIRO, M.D.S.G. O luto na Clínica de Linguagem com afásicos. 2019. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - LAEL, PUC, São Paulo.
- DEBERT, G; BRIGEIRO, M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. Revista Brasileira de Ciências Sociais - VOL. 27 N° 80, 2012.
- FUCS, G. Homens e mulheres: encontros e desencontros. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos. 1992
- GONZALEZ, A. C. M., & BRENES, M. R. Modificaciones en la sexualidad ocasionadas por el proceso de envejecimiento. In A. C. M. Gonzalez, & M. R. Brenes (Eds.), Envejece la sexualidade? (pp. 37-75). Buenos Aires: Espacio Editorial, 2007.
- MARCOLINO-GALLI, J. A relação memória-linguagem nas demências: abrindo a caixa de Pandora. 2013. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - LAEL, PUC, São Paulo.
- MUCIDA, A. Escrita de uma memória que não se apaga – Envelhecimento e velhice. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
- RAVANELLO, T.; MARTINEZ, M. C. Sobre o campo amoroso: um estudo do amor na teoria freudiana. **Cad. psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 29, p. 159-183, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952013000200010&lng=pt&nrm=i-so>. acessos em 13 ago. 2020
- SILVA, V. X.L., MARQUES, A.P.O., FONSECA, J.L.C.L. (2009). Considerações sobre a sexualidade dos idosos nos textos gerontológicos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 295-303.
- SILVA, V.X.L., MARQUES, A.P.O., LYRA, J.; MEDRADO, B., LEAL, M.C.C., RAPOSO, M.C.F (2012). Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. Saúde e Sociedade, 171-180.
- VENTURINI, et al. Atuação da equipe de enfermagem frente à sexualidade de idosas institucionalizadas. Revista Escola de Enfermagem. USP. vol.52. São Paulo: 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100428&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 11/06/2020
- VIEIRA E.B. Sexualidade. Manual de gerontologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2006. p.291-293.



Seção 3

Serviço Social, Velhices e Políticas Sociais



A política habitacional: Uma breve reflexão sobre a questão habitacional para a população idosa no Brasil



Claudia Barrozo Ferreira

Cristina Gomes Baltazar

Este artigo tem por objetivo, contextualizar, a trajetória da Política Nacional de Habitação no Brasil (PNH), quais são as políticas de habitação no Brasil para a pessoa idosa e atuação Serviço social nas políticas de habitação.

Introdução

É preciso que essa problemática habitacional para idosos, seja tratada de forma efetiva e eficaz pelo Estado, afinal o direito à moradia digna está assegurando em nossa Constituição Federal de 1988 e nas convenções internacionais,

Segundo BONDUKI (2002), habitação digna pressupõe, direito à moradia adequada, é uma habitação conectada à rede de água, saneamento básico, energia elétrica, ruas pavimentadas, postos de saúde, transporte público, escolas, comércios, dentre outros serviços e equipamentos públicos básicos, em suas proximidades residenciais, para uma possível qualidade de vidas.

Nota-se a necessidade de um de um planejamento contra hegemônico e ações que vão ao encontro das necessidades habitacionais da população de baixa renda e idosa em nosso país,

As marcas históricas da habitação no Brasil

O Brasil ao decorrer dos mais de cem anos de política habitacional, estabeleceu algumas ações para o enfretamento da questão habitacional, que para os autores LIMA e ZANIRATO (2014) as vilas operárias (1919) construídas para abrigar os trabalhadores estrategicamente próximos aos seus locais de trabalho, não deixa de ser um modelo de habitação popular para classe trabalhadora formal.

No governo de Getúlio Vargas (1930-1945) que se iniciam as primeiras iniciativas públicas de produção da moradia, iniciativas modestas em quantitativos de produção de moradias, porém com qualidade, por meio do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), órgãos vinculados as diversas categorias profissionais formais, sendo que cada

uma delas contava com seus distintos institutos, à exemplo, o IAP dos bancários (IAPB) ou o dos industriais (IAPAS). Em 1946 é criada a Fundação Casa Popular, que representam iniciativas estatais pioneiras na esfera da produção de moradia popular.

Seria equivocado considerar que o governo Vargas e os que se lhe seguiram chegaram a formular uma política habitacional articulada e coerente. Não houve, efetivamente, a estruturação de uma estratégia para enfrentar o problema nem a efetiva delegação de poder a um órgão encarregado de coordenar a implementação de uma política habitacional em todos seus aspectos (regulamentação do mercado de locação, financiamento habitacional, gestão dos empreendimentos e política fundiária (BONDUKI.1994, p.717).

Já o governo militar, criou do Banco Nacional de Habitação (BNH), em 1964, que avistava no setor imobiliário a oportunidade de alcançar objetivos estratégicos, de financiamento para estruturar em modelos capitalistas o setor da construção civil, estimulando a economia e gerando empregos, através de financiamento e cadernetas de poupança privadas, porém o do BNH priorizou a quantidade de unidades produzidas, ao menor custo possível, com pouca ou nenhuma preocupação com a qualidade arquitetônica e urbanística dos conjuntos construídos, centralizado em um Sistema Financeiro de Habitação (SFH) alimentado com recursos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) O Banco Nacional de Habitação (BNH) o qual é extinto em 1986, deixando uma gigantes dívida para o tesouro nacional, e após esse processo a Caixa Econômica Federal passa a gerir o FGTS.

Em 1990, é criado o Ministério da Ação Social, posteriormente renomeado Ministério do Bem-estar Social que passou a funcionar a Secretaria Nacional de Habitação. No Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), a Secretaria Nacional da Habitação foi subordinada ao Ministério do Planejamento e Orçamento. Durante o governo FHC foi instituída a Secretaria Especial de Desenvolvimento Urbano (SEDU), vinculada à presidência da República, que se responsabilizou pelas instituições ligadas à política habitacional até 2003, quando foi criado o Ministério das Cidades, no qual se alocou a Secretaria Nacional de Habitação.

A trajetória da política habitacional no País tem sido marcada por mudanças na concepção e no modelo de intervenção do poder público no setor que ainda não logrou êxito, especialmente no que se refere ao equacionamento do problema da moradia para a população de baixa renda[...]O modelo de política habitacional implementado a partir de 1964, pelo Banco Nacional de Habitação (BNH), baseava-se em um conjunto de características que deixaram marcas importantes na estrutura institucional e na concepção dominante de política habitacional nos anos que seguiram (PNH, 2004, p. 9) .

Os direitos sociais no Brasil, foram acionados por meio das manifestações e lutas dos trabalhadores, porém a luta persiste até hoje, e para que realmente esses direitos sejam de fatos conquistados, e necessário que haja uma pressão da sociedade civil.

Política Nacional de habitação entre as décadas 1990 a 2010

Em meados de 1980, um importante processo de reforma urbana se deu de forma gradual, e houve mudanças legais e institucionais desde a aprovação da política urbana na Constituição Federal de 1988, gerando uma série de experiências importantes ao longo da década de 1990. Um longo processo de mobilização social e uma concorrida disputa política aconteceram ao longo da década de 1990. O direito social de moradia foi finalmente aprovado por uma emenda constitucional em 2000.

No Governo Collor (1990-1992), o mais importante programa habitacional lançado foi o PAIH (Plano de Ação Imediata para a Habitação), que propunha o financiamento de 245 mil habitações em 180 dias, mas não cumpriu suas metas. O governo Itamar (1992 a 1994) criou os Programas Habitar Brasil e Morar Município, que tinham como objetivo financiar a construção de moradias para população de baixa renda, a serem construídas em regime de “ajuda mútua” (MOTTA, 2010, pg.7).

Falar sobre políticas habitacionais a questionamentos, por ser um tema sempre atual e complexo mediante as políticas neoliberais.¹ Dessa forma estudaremos a respeito da Habitação de Interesse Social (HIS) a partir da Constituição Federal (CF) 1988 com maior enfoque a partir de 2000 quando a moradia passa a ser um direito constitucional pela Ementa Constitucional 14/02/2000 ²

A HIS Lançado em 2000, o projeto tinha três dimensões – gestão e controle social, projeto financeiro e urbanofundiário – e o enfrentamento da questão não apenas no âmbito do governo federal, mas considerando o conjunto dos agentes que têm alguma responsabilidade no problema da habitação, público e privado. O projeto propôs a criação do Sistema Nacional de Habitação, formado pelos três entes da Federação, que atuariam de forma estruturada sob a coordenação de um novo ministério (Cidades). O controle social seria exercido pelo Conselho Nacional das Cidades e órgãos nos estados e municípios, aos quais caberia gerir fundos de habitação, que deviam concentrar recursos para subsidiar a baixa renda. Nesse aspecto, seria prioritária a aprovação do projeto de lei de iniciativa popular de instituição do Fundo Nacional de Habitação, bandeira do movimento de moradia que tramitava desde 1991 no Congresso Nacional (BONDUKI, 2009, p.9)

Segundo COSTA, (2014) o objetivo da Política Nacional de Habitação de Interesse Social (PNHIS) é planejar as ações do setor habitacional, de forma articulada com a política urbana e com os demais níveis de governo, através da análise e do planejamento acerca das necessidades habitacionais de cada localidade, será possível diminuir o déficit habitacional analisando a dificuldade relacionada, não somente à produção de novas habitações, mas também às condições de habitabilidade.

1 O Estado deve apenas fornecer a base legal, para que o mercado livre possa maximizar os “benefícios aos homens”. Trata-se, portanto, de um Estado mínimo (BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social no contexto da crise capitalista)

2 «Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. «

De fato, o desenvolvimento do capitalismo no Brasil, marcado pela elevada concentração da renda e da riqueza, resultou em condições habitacionais extremamente precárias. Enquanto o mercado de trabalho relegava parte da população ao desemprego, aos baixos salários, enfim à pobreza; o mercado imobiliário negava “aos pobres a possibilidade de habitar no mesmo espaço em que moram os que podem pagar. Surge uma demanda economicamente inviável, mas socialmente inegável. Desta contradição se origina a habitação social” (BONDUKI, 1998, p. 8).

Porém o período entre 2003 e 2005 foi apontado pela dúvida entre a transformação e a continuidade da política econômica do governo de Fernando Henrique Cardoso, dificultando assim a efetivação dos direitos sociais através das políticas públicas.

Todavia, apesar da conjuntura desfavorável, o governo federal, em 2003, instituiu um novo marco político-institucional para o setor habitacional de forma a articular a área de habitação de interesse social e o setor habitacional de mercado, ação importante para a formulação de políticas urbanas mais equânimes, bem como para a efetivação do direito à moradia e à cidade (COSTA, 2014, pg. 7,8).

O conhecimento das situações concretas exige o estudo dos interesses específicos desses agentes na produção e apropriação do espaço urbano, na organização sindical, da população e das as políticas gerenciadas pelo Estado.

Por outro lado, desde 2004 vem ocorrendo um substancial elevação dos recursos destinados à produção habitacional de baixa renda. O orçamento do FGTS cresce constantemente (atingiu sete bilhões de reais em 2007), assim como os recursos de origem orçamentária que, com a criação do Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social (2006), vem superando um bilhão de reais por ano (BONDUKI, 2008, p.100).

A proposta apresentada ao Ministério das Cidades ³já continha a maior parte dos princípios, isto é, direito à cidade, entendido como o direito à habitação, à terra urbanizada, ao saneamento ambiental, ao trânsito seguro, à mobilidade urbana, à infraestrutura e aos serviços e equipamentos urbanos de qualidade, além de meios de geração de renda e acesso à educação, saúde, cultura e lazer. Nunca visto em outro governo uma política de habitação voltada para a população de baixa renda com tantas efetivação e interesse, um olhar para os menos favorecidos pelo capitalismo vigente.

Política econômica e social dirigida aos trabalhadores passa a ser uma exigência tanto para firmar a solução de compromisso com as massas como para montar uma estratégia de desenvolvimento econômico baseado na indústria e que requeria a definição de um horizonte de cálculo para os encargos trabalhistas das empresas capitalistas, até então deixados ao livre jogo do mercado (BONDUKI, 1998, p. 729).

Criar uma política estável de incentivo capaz de construir em padrões capitalistas o âmbito da construção civil habitacional, BURGUIERE (2017) uma resposta possível aos

3 Combater as desigualdades sociais, transformando as cidades em espaços mais humanizados, ampliando o acesso da população à moradia, ao saneamento e ao transporte. Esta é a missão do Ministério das Cidades, criado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 1º de janeiro de 2003, contemplando uma antiga reivindicação dos movimentos sociais de luta pela reforma urbana. <http://www.ipea.gov.br/participacao/imagens/pdfs/conferencias/Cidades_IV/texto_base_4_conferencia_cidades.pdf> acesso 19 de setembro de 2108

problemas políticos e sociais que envolvem a arquitetura e o urbanismo da boa moradia às formas de produzi-la, privilegiando as formas autogestionárias, ou em outras palavras, as formas de produzir sob o controle dos que nela vão morar.

Marcada, desde sua origem colonial e escravista, pela desigualdade e sonegação de direitos, a sociedade brasileira teve tardiamente, na Constituição de 1988, a primeira grande consolidação legal da ideia democrática de que o Estado deve assegurar condições básicas de acesso aos direitos que possibilitem a realização das capacidades e do desenvolvimento humano de seus cidadãos. Até então, nossa cultura política não concebia como função do Estado garantir tais direitos e fornecer tais acessos.

Aponta o IBGE, (2015) Coordenação de População e Indicadores Sociais que entre 2012 e 2014, o mercado de trabalho brasileiro passou por mudanças significativas, reflexo da conjuntura econômica bastante variada. Após uma década de resultados relativamente positivos na atividade econômica, o crescimento do produto, da renda e do emprego sofreram um processo de esgotamento e crise a partir de meados de 2014. A crise política que se agravou em nosso país e foi proposta de alguma forma pelo governo de Dilma Rousseff, cai como uma luva na teoria de “Luta de Classes” que Marx já debatia séculos atrás.

Tal luta demonstra a divisão aparente, mais acentuada agora com o impedimento da presidenta. A crise economia é outro fator a ser analisado. A inflação e o alto desemprego são dois fatores que serviram como combustível dentro do cenário interno, e mesmo com bons programas sociais como o “Bolsa Família”, a falta de investimentos de infraestrutura, refletem na ampliação da crise que se instalou com certa gravidade, somados a outros assuntos que deixaram a sociedade brasileira indignada, como por exemplo, o Legado da Copa do Mundo, que deixaram centenas de obras ainda em 2016 no status de inacabadas. Alguns deles viraram esqueletos abandonados, um significativo descaso com o dinheiro público.

Acesso e direito a cidade

Todos temos direito a cidades, de se assumirem como cidadãos. Mas, na prática, isto de fato não ocorre, morando no extremo das periferias, onde a distância aos centros urbanos é enorme. Direito à cidade quer dizer direito à vida urbana, à habitação, à dignidade. É pensar a cidade como um espaço de usufruto do dia-a-dia, como um lugar de encontro e não de desencontro. O direito à cidade representa, acima de tudo, pensar uma cidade para todos, uma cidade que rompa com os laços do passado.

Para a autora FERREIRA (2012) o direito à cidade direito ao trabalho, à instrução, à educação, à saúde, à habitação, aos lazeres, à vida, mas também o direito à criação, e à apropriação da cidade.

O Ministério do Planejamento⁴(2017) descreve esse acesso a direitos, à renda, condições de moradia, proteção social, educação, acesso a bens e comunicação, construção de projetos de desenvolvimento que associassem o enfrentamento da questão social a crescimento econômico e geração de empregos. No Brasil, a Política Nacional de Habitação considera que esse direito vai além de uma casa para morar. O verdadeiro direito à moradia se concretiza quando o cidadão tem acesso a outros bens e serviços, tem direito à cidade como um todo.

Se o território de vivência possui peculiaridades, singularidades e dinâmicas próprias, acionadas e articuladas pelos diferentes atores sociais, sua configuração extrapola os limites da formalidade ou da institucionalidade estabelecida pelas políticas sociais, que, normalmente, regem sua atuação por meio de regras administrativas. Dentre estas regras, está a da divisão territorial, que delimita o pedaço do chão que pertence a cada morador, segundo o que a política de saúde ou de educação, por exemplo, determina como “área de abrangência” (KOGA,2013. p.37).

O território como lugar de morada, faz parte do cotidiano das pessoas e cada um tem características parecidas e distintas, formados pelos moradores daquele espaço, suas dificuldades, suas culturas, suas demandas. Para que ação das políticas sociais sejam efetivas faz -se necessário a leitura do território em suas particularidades.

Fica evidente, assim, que, nesse processo, há que se construir mediações entre as diferentes escalas produzidas e reproduzidas pelas políticas sociais. Se, por vezes, as grandes diretrizes das políticas públicas terminam por desconsiderar o movimento do real que se passa nas diferentes escalas do cotidiano vivido nas cidades brasileiras, também se faz necessário lembrar o quanto vêm sendo valorizadas, em outro extremo, as chamadas “experiências exitosas”, confinadas, muitas vezes, em um localismo desconectado dos determinantes socioeconômicos dos quais fazem parte, bem como, da própria cidade(KOGA,2013. p.35).

Ressalta BONDUKI,(1994)que a política econômica e social uma política dirigida aos trabalhadores passa a ser uma exigência tanto para firmar a solução de compromisso com as massas como para montar uma estratégia de desenvolvimento econômico baseado na indústria e que requeria a definição de um horizonte de cálculo para os encargos trabalhistas das empresas capitalistas, até então deixados ao livre jogo do mercado.

A autora MOTTA, (2010) aponta que o acesso à moradia construção de habitações populares e criação e linhas de crédito, viver na cidade de forma digna, o que significa, além de ter uma casa, ter condições materiais (de infraestrutura) e poder viver segundo sua história, seus projetos de futuro, de cidade.

Analisa que a questão da habitação pode ser considerada, na atualidade, um dos principais problemas sociais urbanos do Brasil. A atuação das políticas sociais brasileiras

4 O Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão é um órgão central da Administração pública federal que tem por missão: Planejar e coordenar as políticas de gestão da administração pública federal, para fortalecer as capacidades do Estado para promoção do desenvolvimento sustentável e do aprimoramento da entrega de resultados ao cidadão”. Nesse sentido, o Ministério das Cidades almeja exatamente cumprir o papel de servir como instrumento para a busca de soluções entre poder público, iniciativa privada e sociedade civil.

tem sido marcada por uma perspectiva da sociedade e selecionadas em públicos-alvo, seja pelas faixas etárias, pelas condições de renda ou pela vulnerabilidade e risco pessoal e social, porem muitas vezes consegue atingir as necessidades e as demandas apresentadas.

Considerando que direito a cidade ao espaço de todos, quais as possibilidades concretas das pessoas dos extremos das cidades, na periferia de se locomoverem aos centros urbanos levando em conta a distância que há, o tempo desse percurso e ainda os valores gastos.

A autora MOTTA, (2010), descreve a infraestrutura mínima deve considera (saneamento básico, água, luz, transportes e equipamentos sociais, que dê certa forma restritiva, ocorrem em assentamentos precários⁵, os moradores que residem em denominados assentamentos precários, reivindicam implantação e/ou melhorias do sistema infraestrutura urbana, à exemplo: de saneamento (redes de abastecimento de água eficientes, redes coletoras de esgoto, canalização e recuperação de córregos devido a enchentes constantes); de transportes(asfaltamento e abertura de vias, implantação ou melhoria de linhas de ônibus; da instalação de rede elétrica.

A Política de Habitação se inscreve dentro da concepção de desenvolvimento urbano integrado, no qual a habitação não se restringe a casa, incorpora o direito à infraestrutura, saneamento ambiental, mobilidade e transporte coletivo, equipamentos e serviços urbanos e sociais, buscando garantir direito à cidade (PNH, 2004.p12).

É nas periferias que estão localizadas muitas das construções sem padrão, isto é, construções inacabadas, sem calçadas adequadas, construídas muitas vezes em áreas de riscos, encosta, barrancos, onde não há transportes, segurança, e falta de equipamentos sociais.

Para a autora MARICATO,(1997) os interesses políticos envolvidos na produção da moradia e do espaço urbano, como se pode perceber são muitos poderosos, embora pareça natural, ou espontâneo o crescimento urbano, por trás de si uma lógica que é dada pelos interesses em jogo, pelo conflito entre eles e pela ação do Estado, intermediando o conflito em cada momento histórico. Os baixos salários, sem poder aquisitivo, para pagar aluguel ou comprar moradia.

A ação do mercado imobiliário privado no Brasil, entretanto, sempre se voltou preponderantemente para as camadas de mais alta renda. As políticas públicas de moradia, por sua vez, não eram desenhadas para atender efetivamente aos mais pobres, e assim as classes médias e médias baixas, sem oferta de moradias pelo mercado, drenaram para si os financiamentos públicos destinados à habitação (FERREIRA 2012, p.17).

5 Assentamento precário moradias que apresentam deficiências no acesso à infra-estrutura ou adensamento excessivo, popularmente conhecidas no Brasil como favelas. São espaços simultaneamente marcados por carências urbanas e pelo vigor de sua vida social. moradias que apresentam deficiências no acesso à infra-estrutura ou adensamento excessivo.

A Política Nacional de Habitação, de modo coerente com a Constituição Federal e com o Estatuto da Cidade, reconhece a função social da propriedade e a habitação como questão do Estado e direito básico do cidadão. Uma política habitacional que enfrentasse verdadeiramente o déficit, que desse conta dos inúmeros resultados das diferentes realidades regionais, sociais e econômicas brasileiras, onde conseguisse entender por moradia, algo muito além da unidade habitacional em si, para de haja uma vida digna, com acesso aos direitos básicos para o desenvolvimento.

Política de habitação para população idosa

O envelhecimento populacional já é um fato constatado por pesquisas feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2018). Logo, o que devemos fazer para garantir habitação com a população idosa ?

Para os autores Freire e Carneiro Junior

Segundo a Coordenação de População e Indicadores Sociais do IBGE²⁶, no documento Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 2011, a maioria dos municípios dispõe de programas voltados aos idosos em várias áreas, entretanto não existe nada referendado acerca da habitação para idosos, apesar de existir um déficit habitacional no Brasil que representa aproximadamente 5,5 milhões de habitações, e não existirem informações suficientes que permitam contabilizar quanto representa o déficit habitacional para pessoas com idade superior a 65 anos(Freire e Carneiro Junior ,2017 pág. 723).

O envelhecimento populacional faz parte da realidade mundial, embora em ritmos diferentes. Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver até os 60 anos e mais (OMS, 2015). No mundo, a cada segundo, duas pessoas celebram o seu sexagésimo aniversário. Uma, em cada nove pessoas, tem 60 anos de idade, ou mais, e estima-se um crescimento para uma em cada cinco, por volta de 2050 (UNFPA, 2012). Ainda segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1950, havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, no mundo. Em 2012, esse número alcançou 810 milhões, e projeta-se que chegue a um bilhão em menos de 10 anos; e, mais, que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2018), 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. Entre 2012 e 2017, o grupo das pessoas de 60 anos ou mais cresceu de 12,8% para 14,6%. O contingente de pessoas nessa faixa etária cresceu 18,8%, enquanto a parcela composta

de crianças de 0 a 9 anos, na população residente, caiu de 14,1% para 13,0% no período. Portanto, houve redução de 3,6% nessa faixa etária.⁶

O Estatuto do Idoso - Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003, pontua no conceito de integralidade na atenção à população idosa, quando afirma que “o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana sem prejuízo da proteção integral assegurando-lhes (...) oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e social...”.

Tendo em vista o envelhecimento ativo e a crescente urbanização, o Guia Global cidade amiga do idoso fornece diretrizes para classificar uma cidade ou região, no que pode ser melhorado dentro de oito tópicos principais: espaços abertos e prédios; transporte; moradia; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação e apoio comunitário e serviços de saúde. Morar perto de uma área em que haja serviços e prédios públicos é considerada como acesso para a qualidade de vida para o idoso.

Moradia é fundamental para a segurança e bem estar. Não é de surpreender que as pessoas consultadas pela OMS, em todas as regiões, tenham muito a dizer sobre os diferentes aspectos de moradia: estrutura, projeto, localização e escolha. Há uma relação direta entre uma moradia apropriada e acesso a serviços comunitários e sociais que influenciam a independência e a qualidade de vida dos idosos. Está claro que a moradia e os serviços de suporte, que permitem os idosos envelhecer com conforto e segurança na comunidade a que pertencem, são universalmente valorizados (OMS. Guia Global. Cidade amigas dos idosos. 2008, pág. 30)

Para os idosos, ausência de acessibilidade, de segurança, as restrições financeiras, acarretam na sua saúde psicológica, principalmente no que o lar oferece. É fato reconhecido que uma moradia digna, pode trazer benefícios para a saúde e o bem-estar. É além disso, que seja possível, que os idosos tenham a possibilidade de escolher devidamente o lugar onde queiram viver, nesse sentido que haja adequação nas políticas e programas para que tenham esse olhar.

O papel do Estado consiste em dar uma casa ou facilitar as condições de sua aquisição, oferecendo infraestrutura adequada, tais como saneamento básico, iluminação pública e calçamento, de modo a realizar a eficácia vertical: o direito fundamental de moradia. Porém, é importante que a concepção de dignidade da moradia seja ampliada, para além das condições mínimas de habitação (KUNZLER, 2016 pág. 63).

Pensar sobre o território, identificar: a presença de serviços; as condições das ruas, dos espaços; equipamentos de segurança; e a construção histórica, que é fundamentalmente relacionável entre a formação do cenário físico e social da urbanização de acordo com os discernimentos capitalistas.

⁶ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20978-pnad-continua-de-2016-para-2017-centro-oeste-puxa-reducao-no-abastecimento-diario-de-agua-do-pais>. Acesso em: 02/03/ 2020.

O território como lugar de morada, faz parte do cotidiano das pessoas e cada um tem características parecidas e distintas, formados pelos moradores daquele espaço, suas dificuldades, suas culturas, suas demandas.

O local de construção dessas moradias também é essencial para que haja de fato uma qualidade de vida para essa população. Porque, se os locais onde são construídas essas moradias forem próximos aos centros urbanos, haverá equipamentos sociais, de saúde, educação, transporte, cultura e lazer que, com certeza, trará um maior conforto e qualidade de vida para essas pessoas.

Talvez uma das alternativas seria a autogestão e a participação dos sujeitos envolvidos nas políticas de habitação, devido a questão de que, essas construções não são de fato projetadas para quem nelas irá morar. Ou talvez, seria mais efetiva se o serviço social fizesse parte da equipe de planejamentos e projetos dessas moradias, tendo como pressuposto que ela é uma categoria profissional que conhecem e reconhecem a realidade das pessoas que lá irão morar.

Nesse caso, seria necessária uma integração entre o serviço social (CRAS) e a saúde (UBS), onde os agentes de saúde tem um maior contato com as famílias dos territórios em que atendem, para que assim, haja uma coleta de dados mais eficientes.

Além disso, criar respostas para que se alcance uma política social concreta onde o cidadão e sua família alcancem proteção social.

Serviço Social e a política urbana

O primeiro passo para que haja um trabalho concreto na efetivação de garantia de direito, nesse foco a política nacional de habitação, é entender a sociedade como um todo. Partir do código de ética dos assistentes sociais. O profissional deve promover estratégias, para que haja a ampliação da liberdade, como princípio ético, participação política para promoção a emancipação dos indivíduos, compromisso com a democracia e com a qualidade dos serviços prestados.

O trabalho social na política urbana, exercido por assistentes sociais sob a direção do projeto ético-político, deve estar orientado na perspectiva do direito à cidade. Nesse sentido, o desafio está na apropriação do “seu significado social no processo de reprodução das relações sociais, ante às profundas transformações que se operam na organização e consumo do trabalho e nas relações entre o Estado e a sociedade civil com a radicalização neoliberal (CFESS Manifesta: gestão Atitude crítica para avançar na luta 2008-2011 pg.27).

Nesse sentido, o trabalho social exercido pelo/a assistente social na política habitacional deve ter implicação, conhecimento teórico-metodológico, compreensão da realidade, reconhecimentos das demandas e ação profissional, que possibilite a construção e assimi-

lação de intercessões, para fortalecer as lutas dos movimentos sociais, rumo a emancipação desses sujeitos.

O/A assistente social está inserido como trabalhador/a, a partir das ações do capital, do Estado e da classe trabalhadora na dinâmica contraditória de produção social do espaço. A política urbana não esgota o urbano, mas é uma das principais formas de regulação e produção do espaço. Assim, torna-se necessário compreender o papel, os interesses e as formas de ação e organização da cadeia produtiva imobiliária, do Estado e da classe trabalhadora frente à política urbana e à produção do espaço (CFESS Manifesta: gestão Atitude crítica para avançar na luta ,2008-2011 pg.27).

Nesse sentido, o Serviço Social brasileiro tem pautado questões que se somam à luta para romper com a desigualdade social e que compõem a agenda do Conjunto Conselho Federal De Serviço Social -Conselho Regional de Serviço Social (CFESS-CRESS), que incorpora também estratégias em defesa do direito à cidade, nas dimensões urbana e rural, acompanhamento a criação de estratégias para fiscalização do processo de implementação do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social e do Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social (SNHIS/FNHIS) ,na Assistência Técnica/Habitação de Interesse Social, com a inclusão do serviço de assistência técnica nas áreas social e jurídica; garantia da participação popular nas discussões no âmbito do planejamento das intervenções urbanas, conforme determina o Estatuto da Cidade, através de audiências públicas, assembleias locais, reuniões distritais; integração à luta junto com os movimentos sociais em defesa da mobilidade urbana com o transporte público gratuito como direito social.

Esse profissional tem como parte de suas competências profissionais planejar seu trabalho sob a perspectiva da articulação e fortalecimento dos movimentos sociais da classe trabalhadora é, mais do que nunca, efetivo para não diminuir a ação político-profissional que, diante de cobranças governamentais, pode assumir um caráter autoritário e controlador, é necessário promover a participação de grupos sociais usuários da política urbana

O reconhecimento da moradia digna como expressão da cidadania e dos direitos, a universalização do acesso ao saneamento ambiental com qualidade dos serviços prestados, com prioridade de atendimento às famílias de baixa renda moradoras nas áreas periféricas das cidades, o transporte com qualidade e custo acessível defendido como serviço público essencial, visando à inclusão e à melhoria da qualidade de vida são elementos fundamentais para a transformação das cidades em espaços vitais de uma outra sociabilidade que se evidencia na lógica dos direitos(CFESS Manifesta: gestão Atitude crítica para avançar na luta (2008-2011, pg.29).

Nesse contexto, há necessidade que os profissionais que atuam na questão de moradia, saiba exatamente seu papel como interlocutor e interventor das políticas vigentes, e que garantam os direitos sociais, dos sujeitos atendidos por eles /as e levar em consideração não só a aquisição de moradia, e sim os sujeitos que nelas irão morar.

Considerações finais

Ao iniciar esse estudo, tomando como base a conjuntura social no Brasil, e suas políticas sociais, aqui em foco a política habitacional e a aquisição de moradia digna. Entre elas, a localização, que se dá nos extremos das cidades, principalmente nas periferias.

Em relação a construção de habitação digna para Bonduki (2002), a que se refere ao respeito do direito à moradia adequada, a habitação deve ser conectada à rede de água, saneamento básico, energia elétrica, postos de saúde, entre outros serviços e equipamentos públicos básicos, em suas proximidades para qualidade de vidas dos moradores.

A habitação, enquanto política pública, deve ser analisada sob o cenário capitalista. Sem dúvida alguma, podemos afirmar que as conquistas só são alcançadas quando a população se organiza e se mobiliza por meio de movimentos sociais. A mobilização pressiona o Estado a efetivar as políticas vigentes.

Na realidade, os diversos programas relacionados à moradia apenas minimizam a situação, porque não abordam diretamente a causa, que é estrutural.

Portanto, é importante a articulação da política habitacional com as demais políticas de desenvolvimento social e econômico para que os programas sejam assim, eficazes. A atuação do Estado vem mediar os interesses tanto do capital quanto do trabalho, em que, a depender da conjuntura, adquire características de um Estado provedor de bens e serviços ou neoliberal, responsabilizando a sociedade a promover o bem-estar social.

As políticas possuem um papel essencial para o resgate da cidadania, a política urbana e habitacional não se difere, a meta principal desta política é promover condições de acesso à moradia digna, urbanizada e integrada a cidade, para todos os segmentos da população, mas em especial a de baixa renda, através de planos e programas, ela incorpora o direito a infraestrutura, saneamento ambiental, mobilidade e transporte coletivo equipamentos e serviços urbanos e sociais, buscando garantir direito a cidade e não se restringir apenas a casa para quem precisa.

Se faz necessário lembrar que, as diferentes configurações de expressão da questão da moradia, tais como, o déficit de construções, as habitações inadequadas, o alto valor dos aluguéis, estão relacionadas ao contexto social e refletem as determinações econômicas, sociais e políticas a cada época.

É preciso superar o atual processo de desenvolvimento socioeconômico para as áreas mais pobres, que enfrentam problemas de aglomeração excessiva e acrescentamento da pobreza, propor novas configurações de gestão, de modo a privilegiar o interesse social na apropriação da terra e na produção da infraestrutura urbana, já que o combate às desigualdades econômicas e sociais é entendido como inclusão social, geração de emprego e renda, promoção da cidadania e da democracia.

Mediante uma política habitacional de interesse social, com uma formulação adequada e coesa, é preciso planejamentos e ações que vão ao encontro para responder as demandas com eficácia. Muitas vezes, lembramos apenas nos momentos de grande dificuldade, sem condições de resolvê-los, e isto tem sido nossa prática de lidar com os problemas recorrentes das crises políticas e econômicas que enfrentamos em todos os tempos de nossas sociedades.

Para falarmos sobre políticas de habitação, é imprescindível entender nosso contexto histórico, desde da escravidão, até os dias atuais, estamos ainda vivendo um momento bastante difícil no país, ou seja, uma grave crise política e econômica, devemos deixar nossa crítica ao atual governo golpista e às medidas e reformas anunciadas e implantadas no último ano. Que vão de encontro aos direitos sociais.

E necessário por fim, que o assunto aqui apresentado não se acabe, esperamos contribuir para a reflexão da falta de efetivação concreta da política de habitação nas periferias, na conjuntura de governos neoliberais e conservadores.

Que seja realizado estudos principalmente nas demandas da terceira idade, tendo como projeção que seremos a maioria em menos de duas décadas, e que não há políticas habitacional de interesse social com foco para essa população.

Referências

BONDUKI, Nabil Georges. Habitar São Paulo: reflexões sobre a gestão urbana. 2000.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Do projeto moradia ao programa minha casa minha vida. Teoria e debate, v. 82, n. May/June, p. 8-14, 2009

FERREIRA, João Sette Whitaker. Produzir casas ou construir cidades? Desafios para um novo Brasil urbano. Parâmetros de qualidade para a implementação de projetos habitacionais e urbanos. São Paulo: Editora FUPAM, 2012.

FERREIRA, Regina Fátima Cordeiro Fonseca. Movimentos de moradia, autogestão e política habitacional no Brasil: do acesso à moradia ao direito à cidade. Observatório das Metrópoles, Rio de Janeiro, p. 2, 2012.

FREIRE, Roberta de Miranda Henriques; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Produção científica sobre habitação para idosos autônomos: revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, n. 5, p. 713-721, 2017.

<http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSNH/ArquivosPDF/4PoliticaNacionalHabitacao.pdf>> acesso 25 de abril 2018

https://gestaourbana.prefeitura.sp.gov.br/wpcontent/uploads/2014/08/20161221_PMH_PL_bxa.pdf>

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf

<https://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>

IBGE, I. B. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2016.

KOGA, Dirce. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. *Serviço Social em Revista*, v. 16, n. 1, p. 30-42, 2013.

KUNZLER, C. M. Uma moradia digna para os idosos—ampliando o sentido de dignidade a este direito fundamental. *Mais 60 Estudos sobre Envelhecimento*, v. 27, n. 64, p. 48-65, 2016.

MARICATO, Ermínia. *Habitação e cidade*. Atual, 1997.

MINAYO, Maria C. *Pesquisa social: teoria e método*. Petrópolis: vozes, 2002.

MINISTERIO do Planejamento, Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017 /IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2017 147p. - (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 37)

MOTTA, Luana Dias. *A questão da habitação no Brasil: políticas públicas, conflitos urbanos e o direito à cidade*. Belo Horizonte: UFMG, 2010

NETTO, José Paulo. *A construção do projeto ético-político do Serviço Social*. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*, v. 4, 2006.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde* (2015 <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf> Acesso em 10/01/2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guia global: cidade amiga do idoso*. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Guia Global: cidade amiga do idoso*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2008

PASTERNAK, Suzana. *Habitação e saúde*. *Estudos Avançados*, v. 30, n. 86, p. 51-66, 2016.

POPPER, K.R. *Conhecimento objetivo*. São Paulo.

UNFPA – FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (2012) Acesso em 08/01/2020

Instituição de Longa Permanência para idosos: relato de experiência e apontamentos sobre o processo de trabalho do Serviço Social



Ozilda Antunes Gomes

Denis Cezar Musial

Áurea Eleotério Soares Barroso

“Há pouco, andava quase que como o voar de
um beija-flor. Com o
tempo, vou manso, bem devagar. Bem há pou-
quinho, era o sol. E, de
repente, anoiteceu. Lembro-me que era ontem,
bem recente; frescor,
fragrância, textura de pêssegos recém colhidos.
Vieram passos, nesgas,
marcas bem marcadas. Me olhei, e vi que ali no
espelho, era eu.”
(Fernando Pessoa)

Introdução

A Instituição de Longa Permanência para Idosos “Asilo São Vicente de Paulo” está localizada no município de Imbituva, com população estimada de 32.179 habitantes (IBGE, 2018) situado no centro sul paranaense, acerca de 174 quilômetros da Capital paranaense- Curitiba.¹

No Brasil, não há um consenso a respeito do conceito de ILPI (CAMARANO; KANSO, 2010). A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, da Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define as normas de funcionamento para as ILPIs como *“instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania”* (BRASIL, 2005).

Para além das questões legais podemos refletir sobre as características das instituições. Para Faleiros e Justo (2007) são espaços contraditórios, com temporalidades e histórias entrecruzadas onde existem normas não escolhidas pelos residentes, como um espaço estruturado por funções coletivas, relações hierarquizadas de poder, numa separação do espaço institucional da vida sociocomunitária e da vida familiar, com restrições à autonomia.

Convergente com este entendimento, Vieira (2003) ressalta que as ILPIs precisam ser entendidas não como local que acolhe idosos rejeitados ou abandonados pela família ou pela sociedade, mas como uma possível escolha do idoso a um local onde viver e se constituir enquanto pessoa, gerando inclusive a sensação de pertencimento.

¹ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/imbituva/panorama>. Acesso em: 08 dez 2018

Isso significa que a sua constituição tem um caráter complexo e contraditório, buscando caminhar num sentido de (re)significar esses espaços como uma possibilidade de se envelhecer com dignidade, porém, esse panorama se distancia da cena brasileira pela constituição de um estado com projeto neoliberal que desloca suas responsabilidades para a sociedade civil e tem marcadores do acirramento das desigualdades sociais com a intensificação da precarização dos serviços públicos.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) utiliza a expressão *Instituição de Longa Permanência para Idosos*. E conceitua ILPIs como:

Estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. [...] devem proporcionar serviços nas áreas social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário (SBGG - SP, 2008, p.5).

Instituições para acolhimento de pessoas idosas no Brasil, já vem de longa data, conhecidas e denominadas historicamente por ASILO (do grego e do latim) define-se como casa da assistência social, para pessoas pobres e desamparadas. Entretanto, vale mencionar que são utilizadas diversas denominações para as ILPIs, iniciando com as denominações de Asilo, Casa de Mendicância, Casa dos Pobres e Desvalidos, Lar dos velhinhos entre tantas outras, onde eram acolhidas pessoas com problemas cognitivos, pobres e doentes independentemente da idade e, com a grande demanda de pessoas, os asilos se mantinham com a benevolência da sociedade. O que podemos observar, é a presença marcante da sociedade civil em ser responsável pela oferta desse acolhimento, como agente executor de políticas públicas. Essa oferta acontecia com uma rede de solidariedade e voluntariado que olhava a velhice de forma homogeneizada e tutelada, negando as particularidades de cada idoso.

No Brasil, mais da metade das ILPIs, 65,3%, são privadas filantrópicas, e apenas 6,6% são públicas (CAMARANO; KANSO, 2010). A única Instituição no município de Imbituva/PR destinada ao acolhimento para idosos em situação de vulnerabilidade social é o São Vicente de Paulo – Instituição filantrópica que presta serviços à comunidade imbituvense há mais de setenta anos, bem como para municípios da região, os quais não contam com unidade de acolhimento em questão, indo de encontro com o que as pesquisas revelam do recuo do Estado em garantir políticas públicas desta natureza as pessoas idosas.

A política de assistência social em seu escopo institucional incorporou as instituições de acolhimento de pessoas idosas como um serviço tipificado de alta complexidade, ou seja, essa legitimidade reconhece a responsabilidade do Estado enquanto agente de proteção social em proporcionar um envelhecimento com dignidade e acesso pleno aos seus direitos, algo que não corresponde com a realidade que vivemos.

No Brasil, o envelhecimento populacional acontece de modo acelerado, há algumas décadas. Entre 2012 e 2017, o grupo de pessoas idosas (60 anos ou mais) cresceu de

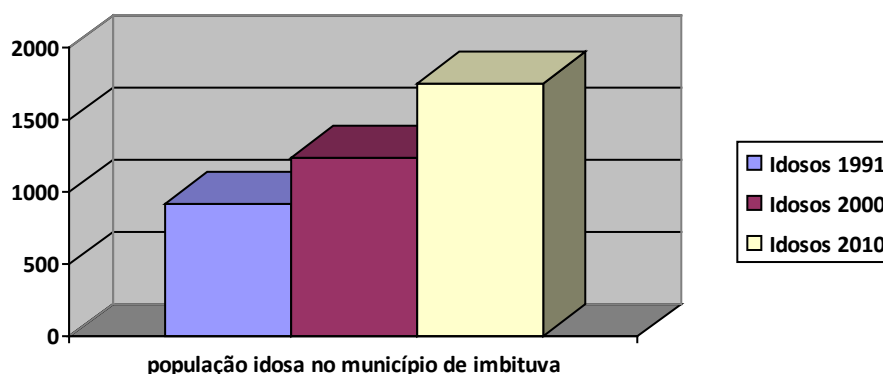
12,8% para 14,6. O contingente de pessoas nessa faixa etária cresceu 18,8%, enquanto a parcela composta de crianças de 0 a 9 anos, na população residente, caiu de 14,1% para 13,0% no período. Portanto houve uma redução de 3,6% nessa faixa etária.²

Segundo estudo realizado pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Instituição de pesquisa vinculada à Secretaria de Estado do Planejamento e Coordenação-Geral (SEPL), pela nova projeção populacional do IBGE, a população do Paraná, em 2018, é de 11,3 milhões de habitantes, e deverá totalizar 12,5 milhões, em 2040.

Uma das principais tendências da dinâmica populacional, no Estado, diz respeito à crescente participação de pessoas idosas na população total.

A participação das pessoas de 65 ou mais anos de idade na população total, que era de 7,5% em 2010, deverá ser de quase 20% em 2040. Por outro lado, a participação dos menores de 15 anos reduz de 23,4% para 16,6%, no mesmo período. Esta dinâmica fará com que, a partir do final dos anos 2030, o número de idosos passe a ser maior do que o de crianças. A relação entre estes dois segmentos etários, expressa pelo índice de envelhecimento, passará de 32 idosos para cada grupo de 100 crianças, em 2010, para 118 idosos para cada 100 crianças, em 2040. (IPARDES, 2018, p.5)

O município de Imbituva não está fora dessa realidade e vêm se tornando um município velho de acordo com os dados estatísticos.³



Com este crescimento da população idosa houve maior demanda para unidades de acolhimento para pessoas idosas. Segundos estudos do Ipea foram localizados 3.548 Instituições de longa permanência para idosos no Brasil, das quais 1.617 se declaram filantrópicas. (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

No Estado do Paraná, contamos com 394 Instituições de acolhimento para pessoas idosas, sendo um reflexo do grande contingente de pessoas idosas e que nos faz compre-

2 Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20978-pnad-continua-de-2016-para-2017-centro-oeste-puxa-reducao-no-abastecimento-dia-rio-de-agua-do-pais>. Acesso em: 2/11/2018

3 Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/imbituva_pr. acesso em 13 maio 2020

ender a falha do estado em estar presente como agente responsável de políticas públicas para pessoas idosas.⁴ Isso se deve ao projeto neoliberal presente nas estruturas do Estado que compreende a refilantropização das políticas sociais, trazendo para seu seio as redes de solidariedade da sociedade civil através do voluntariado como agentes responsáveis na execução das políticas sociais, trazendo como implicações, ações fragmentadas, pontuais e distantes da profissionalização.

As instituições filantrópicas em sua maioria sobrevivem com recursos dos próprios idosos, sendo os benefícios de renda de cada acolhido. A ILPI – de Imbituva tem como fonte de financiamento, convênios municipais pelo trabalho prestado a população idosa que advêm de 05 municípios da região, recursos de projetos do poder Público, bem como setor privado, estes recursos têm rubricas específicas, e não são frequentes. A ILPI mantém as despesas que excedem estes recursos com eventos, feijoadas, bingos, entre outras atividades.

Um dos marcos importantes em âmbito nacional foi a Política Nacional da Pessoa Idosa (Lei nº 8.842, de janeiro de 1994) e a Lei 10.741/2003- Estatuto do idoso que trouxe em suas normativas o atendimento especializado e a defesa dos direitos fundamentais voltados a pessoa idosa. Percebemos o avanço em legislações no atendimento a pessoa idosa, porém, muitas ações estão distantes de efetivá-las em seu cotidiano de acordo com as realidades regionais.

Os então denominados asilos foram gradativamente se adequando as legislações que preconizavam os direitos da pessoa idosa. As exigências de equipe de referência ao atendimento de Alta Complexidade, Lei 8842/94 Política Nacional da Pessoa Idosa, NOB RH SUAS/ 2006, RDC 283/2005 da Vigilância Sanitária e, Tipificação dos Serviços Socio-assistenciais/2009, entre outras. Com toda essa legislação pertinente, ainda é expressivo o número de unidades que não atendem os parâmetros básicos de funcionamento, não tendo estruturas físicas e humanas para atendimento. Observa-se que o estado entra com o papel repressivo e fiscalizatório nas instituições que são executadas por grupos da sociedade civil.

No entanto, apesar de todos os avanços normativos-jurídicos e institucionais em relação ao atendimento em instituições de longa permanência para idosos, temos muito a avançar enquanto uma política pública de direitos e do rompimento de estigmas por parte da sociedade de como olhar essas instituições, vistas ainda em seu percurso histórico como espaços de depósito e de negação das subjetividades das pessoas idosas.

Há proposta aqui, através de um relato de experiência, trazer o percurso histórico da constituição da instituição de longa permanência para idoso ILPI – Asilo São Vicente de Paulo de Imbituva-PR e a entrada do Serviço Social neste processo e as releituras que a profissão trouxe na materialidade de nosso projeto ético-político profissional.

4 Disponível em: <http://www.idoso.mppr.mp.br/pagina-533.html> Acesso em 13 maio 2020.

Instituição de Longa Permanência para Idosos- Asilo São Vicente de Paulo de Imbituva-PR: achados históricos e as primeiras aproximações com o Serviço Social

A Instituição de Longa Permanência- São Vicente de Paulo de Imbituva, organização de direito privado foi fundado em 02 de agosto de 1945, pela Associação das Damas de Caridade, numa reunião conduzida pela religiosa “irmã Maria” com a presença de 18 mulheres. Neste encontro:

“que teve por finalidade especial, atender a velhice desamparada e inválida, sem distinção de cor sexo e religião com idade mínima de 18 anos”. (Histórico do Asilo São Vicente, 1945.)

Na década de 1940, grupos organizados com a presença intensa da igreja pensava em ações para o atendimento a velhice, porém, o saber profissional estava distante, mas sim, a vontade de ajudar a quem precisar. Nota-se com isso, a presença das igrejas como responsáveis na execução de ações voltada a velhice e a insuficiência do Estado em assumir a questão da velhice como pauta estatal. Assim a unidade iniciou os primeiros acolhimentos, em uma casa com capacidade para dezenove idosos.



Arquivos ILPI –

Os atendimentos foram acontecendo, idosos em situações vulneráveis foram acolhidos e amparados pela equipe de religiosas e diretores então na época.



Primeiro grupo de idosos acolhidos
Acervo particular Srº Edison Pupo, 1955

A comunidade se empenhou para a edificação do asilo que, após nove anos, a obra ficou definitivamente pronta e aconteceu a inauguração da primeira SEDE do asilo em 18/07/1954, sob a diretoria da Srª Eleonora Scheidt Pupo, contando com a presença de autoridades.



Inauguração Asilo São Vicente de Paulo de Imbituva
Foto: acervo particular Edison Pupo, 1954.

Neste local, permaneceu por vinte e quatro anos, realizando os atendimentos para pessoas que viviam em regime de acolhimento definitivo com as atividades realizadas por um grupo de irmãs religiosas. As religiosas continuaram realizando seu trabalho de dedicação exclusiva, como se referem nos escritos da ILPI. Também na instituição, iniciou-se a criação de porcos e galinhas e o cultivo de hortaliças, sendo que a arrecadação monetária era revertida para a manutenção da instituição, acontecendo com o apoio da vizinhança.

Nota-se com isso, que a manutenção da instituição era feita através redes de solidariedade comunitárias, não tendo nenhuma contribuição financeira por parte do Estado. Em, 1970 a Instituição foi inscrita no CNPJ 78109501/0001-06, passando por alterações em 2004, como atividades de associações dos direitos sociais⁵.

Em 1988, a instituição é considerada utilidade pública municipal, sob a lei 316/1988 pela relevância do seu trabalho em todo o município para pessoas sem condições de viverem sozinhas, sendo elas pessoas idosas ou não. Segundo a lei federal nº 10.741/2003- Estatuto do Idoso- o idoso que não tem condição de prover seus auto cuidados e nem sua família fazê-lo, resta a ele um atendimento em instituição de acolhimento para seu perfil, sendo então mantido por organizações, publicas, privadas e/ou filantrópicas. Dando total reconhecimento as instituições filantrópicas, que foi o caso do São Vicente de Paulo, nessa narrativa, pode-se observar que as instituições de acolhimento a pessoas idosas eram um misto de situações, onde acolhiam tanto pessoas idosas adicionado a outros públicos (doenças mentais, pessoas com deficiência), negando as subjetivas e o atendimento personalizado a pessoa idosa.

A Instituição sob a administração das religiosas seguiu desde sua fundação até a década de 1990 , desenvolvendo o trabalho de acolhimento de pessoas em situação vulnerável. Em seguinte do desenvolvimento desse trabalho, foi considerada de Utilidade Pública Estadual, sob a Lei 9447/90 e Utilidade Pública Federal sob a Lei 432/20.

A rotina de trabalho da Instituição de Longa Permanência para atendimento a pessoas idosas se baseou nos cuidados básicos de saúde, moradia e alimentação. A proposta desenvolvida focava numa dimensão material e de sobrevivência, oferecendo de forma restrita alimentação, saúde, higiene, não tendo nenhum registro de algum trabalho que permeasse a dimensão subjetiva.

As irmãs continuaram com a prática diária e também residiam na ILPI, cuidando e administrando a rotina dos acolhidos. O primeiro registro encontrado no livro de admitidos do asilo foi uma religiosa como dirigente no início de 1978, seguindo com outras religiosas que ocuparam o cargo de atendente e enfermeira. Essa contratação se deu pelo aumento da demanda de mais acolhidos, fazendo parte do quadro de funcionários pessoas que realizavam todos os serviços, limpeza, cuidados com os idosos e preparo dos alimentos, ocupando um cargo especificado nos registros encontrados como “servente”. O trabalho continuou seguindo a rotina das religiosas. Nota-se aqui de acordo com os registros o acúmulo de trabalho e as condições precárias de trabalho que as pessoas tinham em desenvolver atividades laborais nas unidades de acolhimento, desenvolvendo diversas atividades por uma pessoa só.

No ano de 1987 aparece o primeiro registro de uma cozinheira e também de uma religiosa ocupando o cargo de assistente social. Em consulta ao livro de registro dos pro-

5 Essa atividade compreende numa perspectiva contábil, a relação da instituição em ações pautadas na defesa dos direitos humanos.

fissionais, foi encontrado que a escolaridade da religiosa era 1º grau incompleto, ou seja, se traduzia naquele contexto que “assistente social” era uma pessoa intitulada e que tinha alguma relação de trabalho baseada na caridade e ajuda ao próximo.

REGISTRO DE EMPREGADO

Características físicas: VISTO DA FISCALIZAÇÃO

Côr: [REDACTED]
 Cabelo: [REDACTED]
 Olhos: [REDACTED]
 Altura: [REDACTED]
 Peso: [REDACTED]
 Sinais: [REDACTED]

Portador da C.T.P.S. n.º [REDACTED] Série [REDACTED]
 C.P.F./C.I.C. n.º [REDACTED] Título de Eleitor n.º [REDACTED] da 19ª zona.
 Cédula de Identidade R.G. n.º [REDACTED] foi admitido em 01 de Junho de 1987
 para exercer a função de Assistente Social
 com o salário de Cr\$ 3.641,60 (três mil, seiscentos e quarenta e um cruzeiros e sessenta centavos) por mês no seguinte horário de trabalho: das 08:00
 às 17:00 horas, com 01:00 horas de intervalo para repouso e alimentação.

Situação perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

É Optante: Sim ☒ Não ☐ Data da Opção 01/06/1987 Data da Retratção Banco Depositário

Nacionalidade Brasileira	Quando estrangeiro	Programa de Integração Social - (PIS)
Filho de [REDACTED]	Carteira modelo 19 n.º	Cadastrado em 19
e de [REDACTED]	N.º Registro Geral	sob n.º
nascido em [REDACTED]	Casado(a) c/ brasileira(o)?	dep. no Banco
a. de [REDACTED] de 19	Nome do conjuge	endereço
Estado civil	Tem filhos brasileiros?	Códigos Banco
Nome do conjuge <u>grau 1.º compl.</u>	Quantos?	Agência
Grão de instrução <u>grau incompl.</u>	Data da chegada ao Brasil:	endereço da agência
Residência <u>substitua</u>	de de 19	Obs.
Cart. Nac. Habilitação n.º	Naturalizado	
Cert. Militar n.º	Decreto n.º	

Beneficiários: [REDACTED]

01 de Junho de 1987

[REDACTED]

Livro de registros dos funcionários da ILPI – Asilo São Vicente de Paulo-1987

Através desses achados documentais, podemos perceber de como impera no processo histórico da profissão do Serviço Social uma relação vinculada a ações caritativas e de benesse, que ao longo do período, através dos avanços normativos ganha um escopo de uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, teoricamente balizada pelas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em

Serviço Social - ABEPSS e regulamentada pela Lei nº 8.662/93, com alterações determinadas pelas Resoluções CFESS nº 290/94 e nº 293/94 e pelo Código de Ética, aprovado através da Resolução CFESS nº 273/93, de 13 de março de 1993.

Odária Battini (2012) em seu estudo sobre a história do Serviço Social na história do Paraná traz a aproximação da profissão na formação religiosa e com a responsabilidade no gerenciamento e execução de serviços que tinham uma vocação doutrinária pautada no enfrentamento de problemas sociais e na promoção social.

Na década de 1990, diante da demanda presente e poucos profissionais contratados pela instituição, as religiosas precisavam de ajuda para administrar o asilo, assim a participação de grupos da sociedade passou a assumir responsabilidades de manutenção do então ASILO, formando grupos que ficariam responsáveis em assumirem o comando e manutenção desta casa. Isso nos traz à tona o que as pesquisas revelam da grande participação da sociedade civil como responsáveis das unidades de acolhimento as pessoas

idosas da presença mínima do estado na execução de políticas públicas para as pessoas idosas. Isso nos traz algumas problematizações em saber qual o papel e compromisso do estado na defesa dos direitos da pessoa idosa? Quais pautas o estado assumia relacionado ao envelhecer?

Com o envolvimento da sociedade e da igreja na execução das ações da instituição, foi criado um estatuto com normas e critérios, para todos que desejassem assumir a diretoria como outras responsabilidades pudessem ter conhecimento, sendo uma das exigências estatutária mudar os administradores a cada dois anos, podendo ser reeleito para mais dois anos.

Com o passar do tempo, as religiosas, realizando votos de obediência, foram transferidas para outra cidade ficando a administração da ILPI exclusivamente por conta de pessoas voluntárias da comunidade local. Estes então diretores não podiam se dedicar exclusivamente ao asilo, assim delegaram responsabilidades, foi então que surgiu a necessidade de mais pessoas para trabalhar na Instituição. O voluntariado então assumiu toda a administração da ILPI.

A Instituição sobreviveu por sete décadas com a ajuda e benevolência da sociedade, usando também 100% do benefício de renda de cada pessoa acolhida, porém, há de destacar que nem todos tinham renda. O número de idosos foi aumentando, não sendo mais possível acolher tantas pessoas em um espaço tão pequeno como era a antiga casa recebida de doação em 1969, foi então repensado em maneiras para solucionar o problema, devido à crescente demanda de idosos, deficientes físicos e/ou pessoas com problemas cognitivos.

Diante desse achado narrativo, busca trazer como problematização a necessidade de pensar a intersectorialidade entre as políticas de saúde e assistência social diante de possuí na unidade de acolhimento para idosos pessoas que não são consideradas idosas numa perspectiva cronológica e da ausência de serviços de acolhimento para pessoas com deficiência ou com problemas intelectuais. Observa-se que, o que impera no senso comum é que essas categorias trazem uma noção de deterioração, invalidez, declínio e que necessita romper com essas barreiras, pensando em sujeitos de direitos com perspectivas de projetos de vida.

Com essa demanda crescente ao longo dos anos, foi juntamente com a comunidade local realizado ampliações e novas edificações para suprir o número de pessoas precisando de acolhimento. Cinquenta anos depois ainda permanece a mesma estrutura física. Salvo algumas adequações de acessibilidade, conforme normas da ABNT, tendo uma capacidade máxima de atendimento de aproximadamente oitenta idosos.



Arquivo ILPI – Asilo São Vicente de Paulo-1970

O Asilo São Vicente de Paulo, acolhia homens e mulheres, tendo duas alas separadas, mesmo para casais acolhidos ao entrarem eram automaticamente separados seguindo as normas da instituição. Assim viviam reclusos da sociedade, recebendo os cuidados com medicação e alimentação. O idoso era por alguns familiares, depositado no asilo, passando os cuidados exclusivamente para terceiros.

Isso nos remete a pensar o quanto as instituições de longa permanência devem ultrapassar as fronteiras institucionais e construir espaços vivos que possam se movimentar de acordo com as histórias dos idosos, reconhecendo suas subjetivações como uma das formas de envelhecer com dignidade.

Porém, sem a atuação de um profissional, com foco aqui para o Serviço Social, com percepções necessárias para uma intervenção junto à família numa dimensão investigativa e interventiva sobre esta compreensão de afeto, resgate e fortalecimento dos vínculos familiares, muitos idosos eram despejados em instituições sem mais receber a visita dos familiares e suas histórias entravam num processo de apagamento social.

Caracterizando esta questão de grande relevância na sociedade que é o cuidado com a pessoa idosa, ainda percebemos despreparo para o atendimento ao perfil em tela, quando se fala do idoso precisa ser pensando na pessoa idosa em sua totalidade, suas necessidades, cuidados específicos sem se esquecer que a pessoa idosa deve ter sua autonomia e respeitada seus desejos e sonhos. Onde a mesma já se perdeu quando foi institucionalizado sem ao menos perguntarem sua opinião.

Simone de Beauvoir (1970) em seu livro *A Velhice* sustenta a quebra desse silêncio em falar sobre essa fase, não apenas como um passo mais próximo da morte e, sim, como uma etapa da vida carregada de sonhos e projetos de vida que devem ter uma preocupação do estado e da sociedade em criar condições para sua materialidade.

A legislação mais pertinente na garantia de direitos da pessoa idosa descreve a responsabilidade da família, sociedade e Estado neste cuidado com o idoso. Sendo o Estado e a sociedade suplementares e não somente subsidiários na ausência ou carência da Família (MIOTO,2010).

A Instituição de Imbituva teve anualmente um crescente aumento de demanda, sendo nesta época acolhida pessoas de diversas idades. A sociedade percebia alguns problemas de saúde como situações de asilo (termo usado ao longo dos anos), assim a ILPI de Imbituva foi acolhendo mais e mais pessoas, chegando a um número máximo de setenta e nove pessoas, observados os critérios iniciais que eram as condições de oferecer alimentação e moradia.

IDOSOS DOS ULTIMOS 04 ANOS	
ANO	QUANTIDADE
2017	79
2018	74
2019	74
2020	62

A Instituição filantrópica do município de Imbituva seguiu por sete décadas acolhendo pessoas idosas ou não, por não ter profissionais técnicos com entendimento dos critérios de acolhimento de pessoas idosas. Os profissionais que compunham os recursos Humanos já nos anos 2000 eram basicamente cuidadores que também realizavam atividades de serviços gerais, cozinheiras, técnica de enfermagem, secretária, motorista e profissionais habilitados para manuseio de máquinas industriais lotados na lavanderia. Não havendo recursos disponíveis para mais contratação, ficou no período noturno os idosos somente sob a supervisão de um caseiro que não tinha habilidades especiais no cuidado com pessoas idosas.

Com a necessidade de mais recurso para manter a estrutura da ILPI, foi então que no segundo semestre de 2015 que buscou-se novos convênios para a manutenção dos direitos dos idosos, onde ainda se usava 100% do benefício de renda dos acolhidos. Entretanto, apesar de não estar de acordo com as normativas citadas, mesmo assim, tal recurso não era suficiente para garantir todos os direitos da pessoa idosa, sendo necessária organizar festas e outras ações solidárias de arrecadação de fundos para a manutenção da instituição.

Neste mesmo ano, com a realização da nova eleição para a mesa diretora, entrou um grupo de pessoas que vislumbraram a ILPI por um ângulo mais abrangente, nesta época a primeira ação da representante legal, percebendo a necessidade de adequação as exigências de todas as leis pertinentes, um dos primeiro passos foi a contratação de uma equipe técnica de Assistente Social e Psicólogo, em acordo a resolução nº 17/2011 do

Conselho Nacional de Assistência Social que dispõe sobre a obrigatoriedade de equipes de referência na alta complexidade, com foco aqui, a instituição de longa permanência para idosos .

Desde esse período, a ILPI inicia uma nova etapa em sua história, (re)pensando as práticas profissionais que foram imbuídas e ressignificando de acordo com o contexto que se apresentava em seu movimento dinâmico. A atuação do profissional de Serviço Social na instituição pode compreender as diversas expressões da velhice e suas vulnerabilidades, resgatando de início o conhecer o histórico de cada idoso acolhido, a constituição da instituição, o estudar as políticas públicas do idoso e o diálogo com a rede de serviços disponíveis no município para o estabelecimento de critérios de acolhimento, ressaltando sempre a evidência de esforços para a manutenção do idoso em seu território e adequando a ILPI conforme exigências de funcionamento.

Um dos pontos fortes também da atuação do Assistente Social na instituição foi o trabalho na gestão e participação dos espaços de controle social, traduzidos na busca de registro no conselho municipal de assistência social e do conselho municipal dos direitos da pessoa idosa em busca de captação de recursos para a qualificação das ações desenvolvidas na instituição.

Esse trabalho está balizado nas prerrogativas legais do trabalho do Serviço Social adicionado também nesse processos o ordenamento jurídico de defesa dos direitos da pessoa idosa, trazendo como bases a PNI e o Estatuto do Idoso. Essa leitura não pode ser vista de forma linear apenas em seu cumprimento, porém, sua expressão com o cotidiano é somada de estratégias tendo como expressão disso a materialidade de nosso projeto ético-político profissional.

A presença do Serviço Social nesta Instituição pode ser afirmada como um divisor de águas na história das ILPIs, buscando a partir da segurança de acolhimento um (re) pensar do caminho da instituição na execução do serviço, que trouxe mudanças de olhares em não ver o idoso apenas como uma necessidade de sobrevivência, mas sim de construir novos projetos de vida, bem como, uma gestão que em seu processo vêm trazendo condições de trabalho e participação em formações continuadas para o envelhecer com dignidade. A leitura do envelhecer com dignidade para o Serviço Social é complexa e contraditória, no entanto, acredita-se que a formação continuada e o acolhimento sejam mecanismos de resistência para uma nova leitura sobre as velhices.

A ILPI a partir disso, traz um (re)pensar em suas práticas, de perceber o idoso como sujeito de direito, com autonomia que compreende em fazer escolhas, com motivações para continuar sonhando após o acolhimento. Inicia um trabalho de inserção do idoso na comunidade, comunidade esta que ele fez parte mas não se sentia mais pertencente a mesma, participando das atividades de interesse dos mesmos, como os grupos de convivência, diversões como os bailes, as atividades promovidas por instituições e na vizinhan-

ça, passeios em cafés, pizzarias e supermercados. Estas ações de início, deixaram até os idosos perplexos e assustados, pelo processo de subjetividades que há anos era negado.

A visão de que os direitos dos idosos precisavam ser respeitados, teve grande impacto na comunidade. Os idosos começaram a ser vistos andando pelo comércio local, fazendo lanche nas confeitarias, fazendo suas compras no supermercado, comemorando aniversários em pizzarias, foi espantoso para a comunidade que nunca tinha visto um idoso institucionalizado frequentando estes lugares. Nota-se a partir dessa narrativa do olhar que a sociedade tem sobre as ILPIs como espaços de decadência e a espera pela morte e algo descolado do contexto social e como essas ações num processo gradativo trouxe mudanças significativas.

As roupas de cada um não eram mais compradas de maneira geral, o idoso passava a ir na loja, e escolher o modelo e a cor de sua roupa, assegurando os seus direitos de escolha e de individualidade, tendo cada um seu espaço próprio para cuidar de seus pertences. Idosas que não gostavam de seus cabelos brancos, puderam pintar os cabelos, puderam deixar os cabelos compridos que até então eram proibidos.

Os idosos estavam iniciando uma nova etapa dentro da ILPI, com participações em eventos, fazendo viagens para a praia onde a maioria desconhecia, se encantando com tanta água e ainda salgada, como relato de uma moradora: **“quem foi que salgou esta água”**.

Os casais que viviam na ILPI, em alas separadas voltaram a viver juntos em espaços para os casais que já estavam institucionalizados e os demais que pudessem vir. Pessoas que viveram juntos há cinquenta anos não poderiam ser separadas no momento que fossem acolhidos em uma Instituição de longa permanência para idosos, com a presença do Serviço Social, todos os idosos acolhidos que fossem casais passavam a ter um quarto exclusivo para eles, bem como casais que pudessem se formar na ILPI também poderiam passar viver juntos.

A intervenção do Serviço Social trouxe avanços significativos para o andamento e garantia destes direitos a todas as pessoas institucionalizadas. Casais se formaram, namoros aconteceram, até a realização de um casamento dentro da ILPI. Este casamento foi um marco para a instituição que realizou um sonho de uma idosa que era casar vestida de noiva com seu companheiro que vivia há 20 anos. Teve o envolvimento da comunidade imbituvense nesta ação e de voluntários com donativos diante da sensibilização. Após seus desejos, foi pensando em todo o ritual de celebração para o casal, com almoço festivo e baile, porque era o sonho do noivo que em seu casamento tivesse churrasco e baile. Na garantia da autonomia de escolha de cada idoso residente na ILPI este foi um marco tendo o Serviço Social na linha de frente na realização dessas atividades.

Não sendo foco desse relato, porém, uma questão importante que levantou aqui foi de discutir sexualidades em instituições de longa permanência, expressas de diversas

formas e traduzidas em discussões de como foi seu primeiro encontro, seu primeiro beijo, dentre outras situações.

A partir de 2015 foi dado início ao registros do Plano Individual de Atendimento – PIA a todos os idosos acolhidos, contrato de prestação de serviço com os idosos acolhidos, protocolos de acolhimento, registro de atuação do Serviço Social, regimento interno da ILPI, plano de trabalho anual da ILPI, relatos de experiências registrados pelos meios de comunicação, relatórios de atividades desenvolvidas e projetos para pleitear recursos visando a melhoria em diversos aspectos.

O Estatuto do Idoso (2003), deixa explícito em seu artigo 35 § 1º que todas as instituições não poderão exceder 70% de qualquer benefício previdenciário ou de assistência percebido pelo idoso. O que não era o caso da ILPI de Imituva que utilizava na integralidade esses benefícios para sua manutenção, ainda não sendo suficiente para a manutenção da casa.

Assim a equipe de profissionais que atuavam no Serviço Social juntamente com a diretoria atual procurou orientações junto aos conselhos municipais e ao Ministério Público da Comarca para encontrar soluções assertivas nesta captação de recursos visando manter e adequar a todas as recomendações. Essa reunião teve também o apoio técnico do estado com instituição de assessoria para a política da pessoa idosa.

Após diálogos foi acordado que cada município passaria a ter uma co- responsabilidade por idoso encaminhado pela equipe técnica de cada município. Assim traçamos um novo olhar sobre as ILPIs formalizando convênios por número de idosos de cada município, pactuando um repasse de 30% do salário mínimo vigente, para que a instituição pudesse reservar os 30% para o rendimento pessoal do idoso.

Em 2017 teve um outro marco importante, onde iniciam um cronograma de atividades bimestrais de capacitações para as ILPIs afetas a sua realidade. Encontros acontecem como trocas de experiências, discussão de assuntos comuns, como também falas de profissionais da Vigilância Sanitária, INSS, Ministério Público, Instituições financeiras, Assistentes sociais trazendo experiências exitosas de ILPIs de outras regiões. Os encontros fortaleceram as ILPIs como espaços de resistência e manifestações em comum acordo em defesa de seus trabalhos, tendo como linha de frente, a participação massiva de Assistentes Sociais.

Desde a entrada do Serviço Social na ILPI houve também um aumento na contratação de outras categorias profissionais que vem qualificando a equipe técnica e visando melhorias na qualidade de atendimento aos idosos, sendo contratados cuidadores conforme o grau de dependência (Res. 283 Anvisa), fisioterapeutas, psicólogas, técnicas de enfermagem e uma coordenadora (conforme NOB- RH - SUAS).

Considerações finais

Neste relato de experiência, podemos perceber através dos achados históricos e documentais da constituição da instituição de longa permanência a complexificação das situações e de como o processo é dinâmico e está perpassado por aspectos econômicos, políticas, sociais e culturais. Apesar dos avanços observados, há muito em avançar em políticas públicas para pessoas idosas, como foco, em alternativas de moradia e de acolhimento a pessoas idosas.

Outro ponto importante é o processo de constituição do Serviço Social na instituição, filiada de primeiro momento em ações baseadas na doutrinação cristã e que ao tempo vêm ganhando uma nova identidade e espaço na unidade, apesar dos vícios históricos estarem permeados na profissão. As mudanças da doutrinação para uma base consistente em um projeto ético-político propõem (re)leituras diárias de nossa prática profissional.

Referências

BATTINI, Odária. A história do Serviço Social na história do Paraná. Publicado em IV Congresso Paranaense de Assistentes Sociais. Acesso em maio/2020. Disponível em: <http://www.cresspr.org.br/site/a-historia-do-servico-social-na-historia-do-parana/>.

BEAUVOIR, Simone de. A Velhice. Tradução: Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL, agência nacional de vigilância sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: ANVISA; 2005.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. Lei No 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [acesso em 2020 Maio 26]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Poder Executivo, 4 jan. 1994. Regulamentado pelo Decreto nº 1.948, de 3 julho de 1996.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Poder Executivo, 3 out. 2003b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e combate a fome. Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009. Tipificação dos Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF, 2009

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev. bras. estud. popul., São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 10 fev 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>.

FALEIROS, N. P.; JUSTO, J. S. O idoso asilado: a subjetividade intramuros. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 327-337, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções da população: Brasil e unidades da federação. In: IBGE. Coordenação de população e indicadores sociais. 2.ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Revisão 2018.

_____. Estimativa populacional 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/imbituva/panorama>. Acesso em: 08 dez 2018

IMBITUVA, Histórico da ILPI-Asilo São Vicente de Paulo. 1945

IMBITUVA, Livro de Registro de Funcionários – ILPI Asilo São Vicente de Paulo- 1978.

IPARDES. Projeção da População dos Municípios do Paraná para o período 2018 a 2040. Acesso em: 26 de maio de 2020. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/pdf/nota_tecnica_populacao_projetada.pdf

SBGG - SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Seção São Paulo. Instituição de longa permanência para idosos: manual de funcionamento. São Paulo: SBGG; 2008.

VIEIRA, E. B. Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso? Rio de Janeiro: Revinter. 2003.

MIOTO, R. C. Família; trabalho com família e Serviço Social. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584/6835>>. Acesso em: 22 jul. 2016

Velhices e Serviço Social



Sara Nigri Goldman

Introdução: Conceitos e Aspectos Demográficos, Sociais e Culturais

A referência à chamada Terceira Idade costuma levantar uma dúvida: afinal, qual o marco inicial da velhice? A própria Organização Mundial de Saúde tem parâmetros diferenciados para o início do processo de envelhecimento. Entende, desde 1982, que nos países mais ricos o patamar começa aos 65 anos, enquanto nos países subdesenvolvidos (ou em desenvolvimento para os mais otimistas) se inicia aos 60 anos. A idade cronológica serve apenas como um índice objetivo, embora haja diferenciações entre gêneros, classes sociais, padrões de qualidade de vida no viver o processo de envelhecimento.

A complexidade do objeto investigado manifesta-se de imediato com a denominação do fenômeno estudado: velhice ou ter-

ceira idade? Em relação ao sujeito que envelhece, freqüentemente há dúvida quanto ao termo mais adequado: velho, idoso, geronte, gerontino, velhote ou ancião?

As várias designações tentam, sem muito sucesso, suavizar, no discurso, a estigmatização que os idosos vivem no cotidiano. Importa mais que a rotulação, a superação do estigma a que os idosos são submetidos e a significação que adquire na construção do espaço de cidadania enquanto sujeitos históricos.

A visibilidade do envelhecimento no Brasil pode ser detectada nos censos demográficos, comprovando que a sociedade brasileira vem apresentando mudanças em sua pirâmide etária, verificando-se nos últimos 30 anos uma participação crescente da população idosa. Projeções realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam tendência ascensionais de tal participação nas próximas décadas.

Anos	Pop. Total	Pop. c/ 60 anos e mais	% da pop. idosa sobre o total
*1970	93 137 796	4 716 206	5,06 %
*1980	119 002 706	7 216 017	6,06 %
*1990	150 367 841	10 613 000	7,06 %
*2000	169 700 000	14.536.029	8,6 %
**2025	322 666 670	34 000 000	15%

Fontes: *Censos Demográficos IBGE de 1970, 1980, 1990 e 2000 - **Estimativa IBGE

Os fatores demográficos denotam a incidência cada vez mais representativa do contingente idoso no Brasil, retratam o aumento da expectativa de vida, decorrente, dentre outros fatores, dos avanços registrados na área do saneamento e na saúde, por um lado e, por outro, na diminuição nos índices de natalidade e de fecundidade nos últimos 30 anos. Mas as melhorias na qualidade de vida, no Brasil, acompanham a espetacular desigualdade na distribuição de renda e de serviços. Constata-se, assim, que nos grandes centros urbanos das regiões sudeste e sul e nas camadas mais altas de renda, as oportunidades de enfrentar o envelhecimento com saúde, conforto e dignidade são infinitamente maiores do que nas populações pobres residentes nos rincões mais afastados e sem infra-estrutura de serviços de saúde, de saneamento e de infra-estrutura básica.

Para Goldman (2003), o processo de envelhecimento não se resume aos aspectos demográficos. Sua complexidade exige que seja estudado por diversas disciplinas, sob múltiplos ângulos. É um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, com o tempo e com o espaço. O tema só emerge enquanto fenômeno social de alta relevância a partir do século XX, testemunha de maior expectativa de vida e de avanços nas áreas da saúde, do saneamento básico, da tecnologia e da questão ambiental principalmente nos países do chamado Primeiro Mundo. As condições objetivas de vida da população interferem diretamente sobre o envelhecimento, tanto no aumento quantitativo da expectativa de vida quanto na qualidade oferecida aos que envelhecem através de políticas sociais, principalmente nas áreas da saúde, da previdência e da assistência. Nos países onde se instaurou o Estado de Bem-Estar Social, os idosos contaram, como os demais setores mais frágeis da sociedade, com programas e serviços que lhes garantem um final de vida amparado, pelo menos do ponto de vista material. Nos países subdesenvolvidos, como o Brasil, as políticas sociais destinadas aos idosos ainda estão longe de serem executadas plenamente, como veremos adiante.

O drama cotidiano da velhice é revelado com mais veemência por Simone de Beauvoir (1990) elabora uma investigação exaustiva sobre o destino dos idosos, desde as comunidades ditas primitivas até a sociedade contemporânea, percorrendo assim uma extensa trajetória histórica. Busca também apreender a velhice encarando-a em sua exterioridade

(a forma como se apresenta ao outro) e em sua interioridade (a forma como o sujeito a assume e ultrapassa). A autora exprime com muita clareza o objetivo almejado através dessa obra:

“Exigir que os homens permaneçam homens em sua idade mais avançada implicaria uma transformação radical. Impossível obter esse resultado através de algumas reformas limitadas que deixariam o sistema intacto: é a exploração dos trabalhadores, é a atomização da sociedade, é a miséria de uma cultura reservada a um mandarinato que conduzem essas velhices desumanizadas. Elas mostram que é preciso retomar tudo, desde o início. É por isso que a questão passa tão cuidadosamente em silêncio; é por isso que urge quebrar esse silêncio: peço aos meus leitores que me ajudem a fazê-lo”. (1990, p. 14).

Segundo nosso entendimento, a velhice não se constitui um fenômeno homogêneo e a-histórico. A posição de classe social torna diferenciada a situação dos idosos, reproduzindo-se, nesta faixa etária, as condições de vida que perpassam o cotidiano das classes sociais fundamentais. A conjuntura marca a correlação de forças e sua análise permite detectar formas diferenciadas de poder da população idosa em contextos históricos determinados. A força política desta população vem, pouco a pouco, conquistando espaço e se tornando visível como fenômeno social relevante no Brasil.

O aumento da expectativa de vida traz em seu bojo uma contradição que pode ser assim sintetizada:

- de um lado, a maior expectativa de vida revela um progresso e o alcance de uma meta há muito desejada pelas gerações que nos antecederam. As conquistas médico-sanitárias parecem as principais responsáveis pelo aumento da vida média e estudos geriátricos e gerontológicos se aperfeiçoam a cada dia no sentido de estudar e intervir no processo de envelhecimento;

- a população que chega a alcançar idade mais elevada encontra dificuldades em se adaptar às condições de vida atuais, pois além das dificuldades físicas, psíquicas, sociais e culturais decorrentes do envelhecimento, sente-se relegada a plano secundário no mercado de trabalho, no seio da família e na sociedade em geral.

Essa contradição é agravada por fatores culturais que idolatram o moderno, o novo, o jovem e ridicularizam o antigo e o velho. Assim, o idoso se depara com problemas de rejeição da auto-imagem e tende a assumir como verdadeiros os valores da sociedade que o marginaliza. Dessa forma, a marginalização do idoso se processa ao nível social e é muitas vezes assumida pelo próprio idoso que, não tendo condições de superar as dificuldades naturais do envelhecimento, se deixa conduzir por padrões preconceituosos que o coloca à margem da sociedade.

A marginalização dos idosos parece mais gravemente evidenciada no modo de produção capitalista, em sociedades que atingiram certo grau de urbanização e industrialização e que requerem contingente de trabalho produtivo, jovem e dinâmico.

Outro fator fundamental que se reflete na problemática da população idosa urbana se refere à desagregação da família, basicamente nuclearizada e compelida a ocupar espaços físicos cada vez mais exíguos. Contribuem direta, mas não exclusivamente para isso, uma política habitacional esfacelada e o empobrecimento crônico devido ao modelo concentrador de renda. A desvalorização das aposentadorias e das pensões, os constantes aumentos no custo de vida que não costumam acompanhar a correção anual dos benefícios previdenciários contribuem sobremaneira para agravar o problema econômico dos idosos, pois a própria sobrevivência lhes parece ameaçada, principalmente se os gastos com a saúde forem muitos vultosos.

Desenvolvimento- Uma trajetória das políticas sociais destinadas aos idosos

Convém sinalizar que as políticas sociais destinadas ao segmento idoso seguem uma trajetória de lutas da classe trabalhadora à qual o Estado, pelo menos ao nível do discurso legal, procura contemplar de acordo com as forças em presença nas diversas conjunturas sócio-históricas.

No Brasil, desde a República Velha já é nítida a necessidade de enfrentamento da chamada “questão social” por parte dos organismos oficiais. Tanto é verdade que, como resultado da mobilização operária sob a orientação anarco-sindicalista nas duas primeiras décadas do século XX - principalmente nas greves gerais de 1917 e 1919 -, emerge a Lei nº 3724 de 15 de janeiro de 1919, que garante o seguro de acidentes de trabalho a ser coberto por empresas privadas.

Considerada o marco inicial para o que seria o esboço da política previdenciária, é promulgada, em 1923 a chamada Lei Elói Chaves, que institui as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os ferroviários. Nos anos que se seguiram, a extensão das CAPs vai abarcando as demais categorias profissionais chegando ao total 183 em 1937.

É também a partir de 30 que são criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) convivendo com as CAPs, num sistema em que, como sinaliza Amélia Cohn, “*a coexistência das CAPs com os IAPs, no fundo contrapõe duas formas de organização da previdência social: a forma privada, representada pelas primeiras e a forma estatal, representada pelos segundos*”. (1980: 8)

Segundo Malloy (1986), após a queda de Vargas e com a instituição de um sistema democrático constitucional, a correlação de forças políticas entre o executivo e o legislativo vai marcar a política previdenciária. Entre 1946 e 1947, uma série de alterações no sistema previdenciário foram pleiteadas mas não se realizaram. Para implementar uma nova legislação previdenciária, é apresentada em 1947 a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que só em 1960 é aprovada, após reformulações e emendas.

Para Vieira (1992), no 2º período de Vargas (50-54) não há preocupações com transformações globais. Pelo contrário: as propostas na Previdência e Assistência Social referem-se às decisões setorializadas buscando enfrentar somente os problemas localizados mais urgentes priorizando-se o atendimento individual.

O caráter desmobilizador das políticas trabalhista e previdenciária reflete-se diretamente no movimento dos trabalhadores. Quanto ao movimento dos aposentados, ocorre uma dupla exclusão: por um lado, são afastados do processo produtivo e, por outro, são repelidos pelos representantes do movimento operário que não pressupunham os aposentados com trabalhadores, na medida em que esses já não faziam parte da linha de produção.

A aprovação da LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social) talvez tenha sido o evento mais significativo da política previdenciária do Governo JK. A LOPS consagra o benefício da aposentadoria por velhice, por tempo de serviço e a especial. Mesmo considerada uma conquista da classe operária, vai excluir amplos setores de trabalhadores no campo e na cidade.

No período Jânio-Jango, as políticas sociais, inclusive a previdenciária, apresentam-se de forma secundarizadas no campo em que predominam as forças políticas e econômicas.

Em 1964, com o regime autoritário da ditadura militar, a classe trabalhadora é excluída do cenário político nacional. A intervenção do Estado se instala na totalidade dos IAPs e, em 1967, ocorre a unificação do sistema através do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

Em 1971, estende-se a Previdência Social aos trabalhadores rurais através do FUNRURAL e, em 1972, os empregados domésticos são incorporados como usuários do sistema previdenciário.

Algumas mudanças significativas para os idosos surgem com a aprovação do Decreto nº 72 771 de 6-9-1973, que define condições para o usufruto da pensão por velhice: ter completado 65 anos ou mais (segurado masculino) ou 60 anos e mais (segurada feminina) e, em ambos os casos, se desligar de qualquer atividade remunerada.

A Lei 6179 de 11 de dezembro de 1974 aprova o amparo da previdência para os velhos com mais de 70 anos e para os inválidos desde que cumpram alguns pré-requisitos: não exercer atividade remunerada, não ser mantido por outra pessoa e não ter outro meio de sustento.

A Lei nº 6210 de 4 de junho de 1975 extinguiu as contribuições sobre benefício previdenciário e suspendeu a aposentadoria de retorno ao trabalho. Um passo adiante se dá com a promulgação da Lei nº 6243 de 24 de setembro de 1975, ao regulamentar a situação do aposentado que volta à atividade laborativa com a percepção do pecúlio.

Em janeiro de 1977, o Ministério da Previdência e Assistência Social define a “Política Social do Idoso” incluindo os seguintes tópicos: implantação do sistema de mobilização comunitária; atendimento institucionalizado; atendimento médico-social; programa de pré-aposentadoria; treinamento de recursos humanos e estudos sobre a situação do idoso. Por sua generalidade, falta de recursos e de vontade política, o programa não foi viabilizado.

O processo de redemocratização tem seu ponto culminante na promulgação da Constituição de 1988. Os idosos de todas as partes do Brasil demonstraram sua força política nas galerias do Congresso, na Praça dos Três Poderes, nas inúmeras passeatas de aposentados e pensionistas, dentre outras manifestações públicas. Parece-nos impossível traçar um quadro completo das lutas populares no processo constituinte sem ressaltar a mobilização e a organização dos movimentos sociais constituídos por aposentados e pensionistas urbanos e rurais.

A Constituição de 1988 amplia e consolida direitos à população idosa. As conquistas asseguradas por esse dispositivo legal aos idosos são: Aposentadoria proporcional por tempo de serviço; Aposentadoria por idade; Pensão por morte para viúva e viúvo; Cálculo do benefício baseado na média dos últimos 36 salários de contribuição corrigidos monetariamente; Reajustes dos benefícios vinculados ao salário mínimo, conquista que só vigora até setembro de 1991. A partir daí o reajuste seria corrigido quadrimestralmente pelo INPC (Índice Nacional de Preço ao Consumidor). Os segurados ganharam na Justiça o reajuste de 147,06% retroativo a setembro de 1991, o que se constitui numa luta aguerrida dos idosos e cuja conquista marca um dos movimentos sociais mais significativos dos anos 90.

A Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994, sancionada pelo Presidente Itamar Franco, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, é uma prova incontestável de direitos sociais que se tornam direitos positivos. Entre o que propõe a Lei e a realidade vivenciada pela população idosa há um enorme hiato. A consolidação do modelo neoliberal vai colocar em xeque a força política do segmento populacional idoso..

Na conjuntura atual, em que predomina a proposta neoliberal, sob a ameaça da Reforma da Previdência Social em benefício dos fundos privados de pensão, viabilizar os direitos sociais dos idosos requer um esforço extra na mobilização e na organização dos movimentos sociais que representam os seus interesses.

Uma visão panorâmica da legislação brasileira em relação aos direitos dos idosos

O aparato jurídico brasileiro em relação aos idosos se situa entre os mais avançados do mundo. A Constituição Brasileira de 1988 determina em seu Capítulo VII:

“Art. 229 - Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.”

Art. 230 - A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º - Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º - Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos”.

Outra questão, cada vez mais evidente sob a lógica da política neoliberal é a desresponsabilização do Estado frente à questão social, colocando-se sempre em último plano e dando maior relevância à família e à sociedade, conforme o que está descrito na Seção I, Art. 3º, item I da referida Lei.

A Política Nacional do Idoso, através da Lei 8842/94, regulamentada em 1996, é o marco referencial jurídico para as ações voltadas para o segmento idoso. Vejamos: “*Art. 2º Considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade*”.

Cabe lembrar que, embora constem da Lei, os programas e ações destinados ao segmento idoso só prevalecem para os maiores de 65 anos. No caso do Benefício da Prestação Continuada, a idade inicial é de 67 anos, conflitando com a Política.

As Diretrizes da Lei se configuram como cartas de intenção, muito distantes da realidade vivida pelos idosos brasileiros. Indicam ser o processo de envelhecimento de responsabilidade da sociedade em geral, afirmam que o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer espécie, sendo, portanto, sujeito de sua própria história, agente e destinatário das transformações. Há, portanto, um hiato entre o que preceitua a Lei e as condições objetivas e subjetivas do segmento idoso.

Após um percurso de mais de seis anos, em 01 de outubro de 2003 é sancionada pelo Presidente da República a Lei 10. 741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. O projeto, do Senador Paulo Paim, foi debatido com os movimentos sociais dos idosos e dos aposentados. A principal reivindicação era de que fosse assegurado o direito ao reajuste das aposentadorias e pensões de forma a assegurar o valor real da data de sua concessão, mantendo, assim, o mesmo padrão da época em que estava trabalhando, conforme preceitua a versão original da Constituição de 1988, tão desfigurada pelas inúmeras emendas impostas pela ofensiva neoliberal. Tal direito não foi atendido mas, mesmo assim, o Estatuto se constitui num avanço para a sociedade brasileira em geral e para os idosos em particular, ao definir penalidades e sanções para aqueles que impuserem qualquer ação de “*negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão*” (Art. 4º).

O Estatuto traz avanços nas áreas da saúde, da educação, do trabalho, do transporte, da cultura e do lazer, dentre outras. Tais avanços só serão concretizados com a viabilização concreta do Estatuto no cotidiano, o que está muito longe de acontecer, no cenário de políticas públicas restritas, de orçamentos reduzidos para setores estratégicos como saúde e educação e de desresponsabilização do Estado quanto à questão social

As Conferências Municipais, Estaduais e a Nacional de Direitos das Pessoas Idosas são espaços políticos relevantes no debate e na programação de ações que permitam um envelhecimento com cidadania. Em dezembro de 2019 será realizada a V Conferência Nacional em Manaus. Historicamente, a presença de Assistentes Sociais nas Conferências denota o compromisso técnico e ético da categoria com as políticas que beneficiem os idosos.

O Assistente Social tem no aparato legal uma ferramenta profissional eficiente para orientar os idosos, rumo à construção de um projeto que lhes possibilite usufruírem de direitos e deveres rumo à cidadania, dando-lhes as condições para que possam lutar e serem sujeitos de suas histórias, compatibilizando-se, assim, também com o Projeto Ético-Político do Serviço Social balizado pelo Código de Ética de 1993.

Conclusão: A ação profissional do Assistente Social: áreas de atuação e desafios

O atendimento à população idosa teve relevância desde os primórdios do Serviço Social. O caráter caritativo e assistencialista, de proteção aos idosos fragilizados, quer seja por questões sócio-econômicas, quer seja por abandono dos familiares, foi se modificando, no decorrer de sua história. Os assistentes sociais comprometidos com as causas sociais se assumem como agentes políticos de transformação social, ultrapassam a execução das políticas sociais e aliam-se aos movimentos sociais dos usuários na construção de um projeto que lhes garanta o usufruto da cidadania.

Cabe registrar que os assistentes sociais devem ser solidários na luta, sem serem os protagonistas das lutas dos idosos, evitando a tutela e a ocupação do espaço político dos sujeitos idosos.

O assistente social deve atuar, sempre que possível, com os demais profissionais, numa ação interdisciplinar que congregue esforços no seu fazer cotidiano e na aliança de parceiros para a consolidação dos direitos dos idosos, principalmente os da seguridade social: saúde, previdência e assistência social. São importantes, também, ações profissionais na esfera da educação, não apenas para os idosos, mas para todas as gerações, para que aprendam a conhecer e a respeitar os idosos, para que estabeleçam laços sociais de intercâmbio intergeracionais e para que se preparem para a velhice.

O campo profissional de atendimento à população idosa é bastante amplo, com tendências de ascensão a curto, médio e longo prazos, devido ao aumento demográfico e às demandas crescentes de produtos e de serviços. Sinalizaremos algumas, a título de exemplo, deixando claro que há áreas e sub-áreas que emergem de acordo com a realidade social e histórica.

- Na área da Saúde: em hospitais, da rede pública e privada, nos postos de saúde, em instituições asilares, nas campanhas comunitárias de vacinação e de prevenção de doenças, na prevenção de quedas, no acompanhamento domiciliar, na informação junto à família, na formulação de políticas de saúde, na orientação, assessoria e consultoria dos movimentos dos usuários de saúde, que contemplem as demandas dos idosos, não de forma exclusiva e outras atividades.
- Na área da Previdência Social: Nos postos da Previdência Social, orientando e viabilizando o usufruto dos direitos previdenciários, em todas os locais de atendimento aos idosos, esclarecendo direitos e informando aos usuários quanto aos benefícios da Previdência, nas campanhas comunitárias de esclarecimento, na formulação da política previdenciária, na orientação, assessoria e consultoria dos movimentos dos aposentados e pensionistas e outras atividades.
- Na área da Assistência Social: Nas repartições públicas de todas as esferas, nas instituições estatais, nas organizações sociais privadas, nas comunidades, em todos os espaços que congregam idosos e seus familiares para orientação, prestação de serviços e, especificamente sobre o Benefício da Prestação Continuada. Participar da formulação de políticas da área, dar assessoria, consultoria e orientação aos movimentos dos usuários da Assistência Social, dos Conselhos da Assistência em todos os âmbitos, além de outras atividades.
- Na área da Educação: Atuar nos espaços educativos destinados aos idosos, como as Universidades para a Terceira Idade, as escolas para idosos, os grupos de convivência, os centros-dia, as entidades de cultura e lazer, as associações de moradores de bairros e das comunidades, as associações de aposentados e pensionistas, para compartilhar das equipes interprofissionais de experiências de educação social e política, que envolvam, e preparem os idosos para o exercício pleno da cidadania enquanto sujeitos. Campanhas educativas em todas as áreas da seguridade social, além das voltadas para as barreiras arquitetônicas, para os transportes, para a inserção nos espaços sócio-políticos, como os fóruns, conselhos e associações de idosos, aposentados e pensionistas. Há que se pensar, também, em programas educativos intergeracionais que possibilitem a construção de uma sociedade pautada na solidariedade entre as gerações para diminuir o preconceito que os jovens têm dos idosos e vice-versa.

A amplitude de ação do Serviço Social em programas dirigidos aos idosos é inquestionável. Há que se atentar para as demandas que emergirão, certamente, no transcorrer da história. Mas, certamente, o Serviço Social terá espaço de participação em todas elas e nossa expectativa é de que sua atuação seja comprometida com a cidadania dos idosos, seja competente e crítica, rumo a um mundo em que a Justiça Social se faça presente não só para os idosos, mas para toda a sociedade brasileira.

Referências

BEAUVOIR, Simone. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990

BRASIL. *Constituição Brasileira de 1988*. Disponível no site <http://www.soleis.adv.br>.

BRASIL. *Lei 8842/94*. Disponível no site <http://www.soleis.adv.br>,

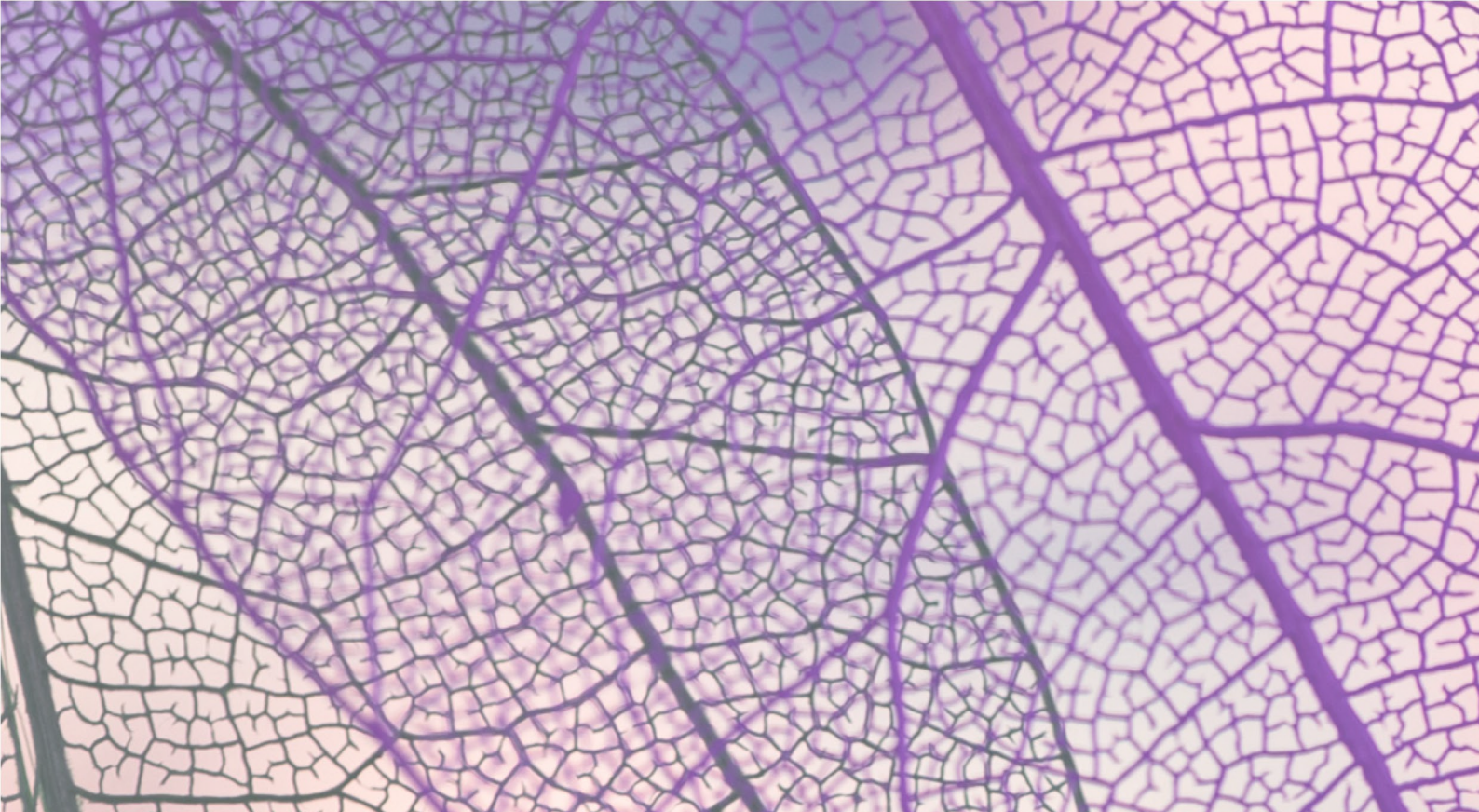
COHN, Amélia. *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo, Editora Moderna.1980

GOLDMAN, Sara Nigri. *Universidade para a terceira idade: uma lição de cidadania*. Olinda, Editora Elógica.2003

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográficos, de 1970, 1980, 1990 e 2000*.

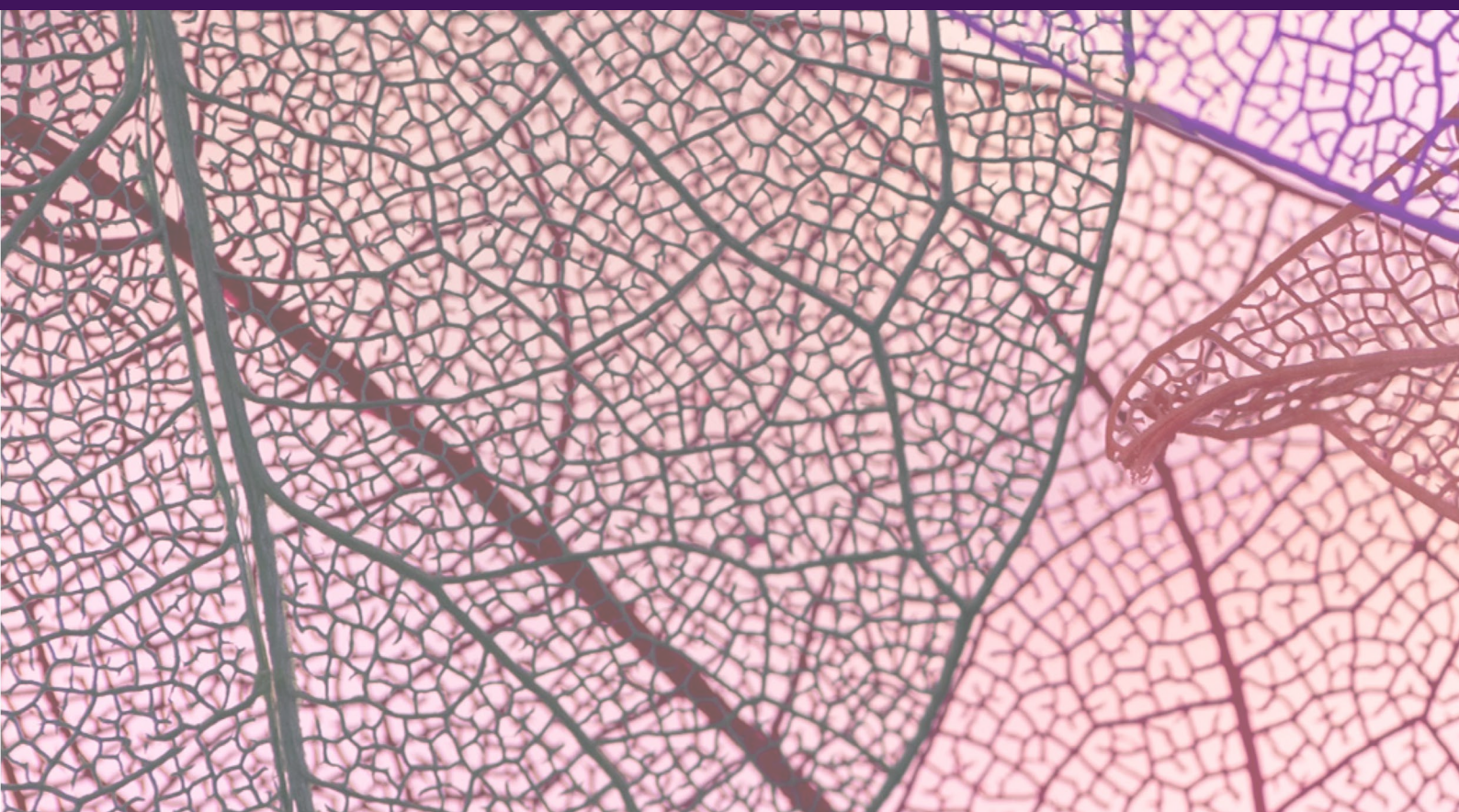
MALLOY, James. *Políticas de previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

VIEIRA, Evaldo. *Democracia e Política Social*. São Paulo: Cortez Editora e Editora Autores Associados, 1992.



Seção 4

Velhices contemporâneas



Envelhecer no século XXI no Brasil: conquistas, desafios e perspectivas



Maria do Rosário de Fátima e Silva

Introdução

Envelhecer com cidadania eis a máxima que se coloca na sociedade contemporânea quando já ultrapassamos duas décadas do século XXI vigente e nos deparamos com o crescente envelhecimento da população em todo o mundo. A celebração da longevidade do ser humano enquanto conquista do avanço da Ciência e do desenvolvimento tecnológico, impõe ao Estado e aos governantes em todo o planeta o redimensionamento da agenda pública de forma a acolher as necessidades do contingente populacional idoso, a serem traduzidas em medidas efetivas de proteção social.

Em sociedades como a latino-americana e a brasileira os percentuais de desigualdade social não se reduziram mesmo em face da modernização do Estado e do avanço do desenvolvimento econômico e tecnológico os quais mantiveram como matriz de desenvolvimento a acumulação de riquezas para grupos sociais abastados e poucas ou quase nenhuma medida de redis-

tribuição de renda foi realmente efetivada, considerando-se a maioria da população, composta pelos setores médios e pelos grupos populacionais em situação de pobreza e de extrema pobreza. Ao associarmos esta questão ao processo de envelhecimento no país encontraremos uma velhice profundamente empobrecida, carente de condições sociais, econômicas e de proteção e excluída por uma sociedade que nas últimas décadas se referenciou cada vez mais na matriz do lucro exacerbado e do consumo.

A Sociedade do consumo que transformou o cidadão em consumidor não atinge este público idoso cada vez mais aquém das exigências postas por este modelo de sociedade para quem o lucro é fator de produção essencial. Para esse segmento social resta a cobertura e proteção da ação pública estatal, a ser reconhecida enquanto garantia de direitos e não enquanto dádiva ou concessão. Neste sentido efetivar direitos dos idosos já reconhecidos no plano legal representa o grande desafio a ser enfrentado neste século no Brasil, e que motivou a sistematização dessas reflexões ora apresentadas, as quais tiveram como fundamento, a pesquisa teórica do Estágio de Pós-Doutoramento, realizado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Ponti-

fícia Universidade Católica de São Paulo, cujo objeto de estudo versou sobre o Sistema de Proteção Social Brasileiro e Português e as Necessidades da População Idosa.

Neste artigo buscamos sintetizar parte das reflexões realizadas sobre a realidade do processo de envelhecimento no Brasil, envolvendo os elementos relacionados com as necessidades sociais dos idosos, a agenda pública estatal e os desafios enfrentados na sua materialização enquanto direitos de cidadania. Para tanto sintetizamos diálogos realizados com autores de referência sobre o assunto e que compuseram a base da nossa pesquisa bibliográfica sobre o tema em questão em nossa pesquisa de pós-doutoramento.

Uma outra fonte de inspiração se situa na nossa experiência enquanto pesquisadora da temática do envelhecimento desde o ano 2000 até os dias atuais, integrando o Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão sobre a Terceira Idade- NUPEUTI da Universidade Federal do Piauí e também da minha inserção como educadora no Programa de Extensão Universitária para a Pessoa Idosa-PTIA, na mesma universidade, por igual período.

O texto a seguir se encontra estruturado em quatro eixos temáticos os quais abordam os seguintes conteúdos: Envelhecimento enquanto questão social no século XXI; Envelhecimento e Direitos Humanos; Velhice e questões de gênero, de raça e etnia; Os principais desafios a serem superados para se envelhecer com dignidade no Brasil. A partir destes eixos busca-se colocar alguns elementos para o debate sobre a realidade do envelhecimento no país sobretudo no que se refere aos idosos pobres e os desafios no sentido de potencializar a ação do Estado e da sociedade no atendimento dos direitos e proteção de suas necessidades, compartilhando com a família responsabilidades e não a sobrecarregando como única instituição de cuidado.

Envelhecimento enquanto questão social no século XXI

A transformação da velhice em questão social está diretamente relacionada à capacidade do Estado, da sociedade e da família de acolher e atender as demandas provenientes deste processo que caracteriza esta etapa da existência humana. As condições nem sempre adequadas que cercam o processo do envelhecimento, fenômeno social em franca expansão em todo o mundo, numa sociedade profundamente desigual como a brasileira transforma esse fenômeno em uma das expressões da questão social que passa a questionar e merecer a atenção do Estado no seu enfrentamento. Neste sentido é necessário compreender que

A questão social diz respeito aos vínculos históricos que amalgamam cada sociedade e às tensões e contradições que levam à sua ruptura. Nesse sentido, é parte constitutiva dos componentes básicos da organização social- Estado, nação, cidadania, trabalho, etnia, gênero, entre outros-considerados essenciais para a continuidade e mudança da sociedade” (Bógus; Yazbek; Belfiore-Wanderley,2011, p.9)

Estes vínculos históricos a que se referem as autoras como elementos constitutivos da sociedade e que revelam as suas contradições no contexto da organização social em cada conjuntura histórica, podemos associar ao processo do envelhecimento e à longevidade, os quais ao mesmo tempo em que são celebrados como conquista da civilização humana traz à tona a fragilidade do Estado em materializar ações no plano de políticas públicas que possam assegurar a efetivação dessa conquista enquanto direito social para todos os cidadãos.

Nos diversos níveis da organização social do Estado nas primeiras décadas deste novo século o envelhecimento da população tem sido trabalhado num contexto de inquietações. As dificuldades que cercam o processo do envelhecimento no Brasil se apresentam como expressões da questão social num contexto de modernização do Estado e da economia, revelando cisões e fraturas do modelo de desenvolvimento capitalista, que aprofunda desigualdades, concentra privilégios e fragiliza a agenda social do Estado. Nesta perspectiva a longevidade tem sido encarada enquanto problema social e não como conquista da civilização humana.

A compreensão do envelhecimento como conquista da humanidade, requer na nossa compreensão um redimensionamento das ações do Estado destinadas a este segmento social e a todas as demais gerações. Exige um reposicionamento da agenda pública estatal para acolher e proteger os direitos deste grupo populacional, potencializando políticas, programas, projetos e serviços que sejam adequados a sua condição de vulnerabilidade e de cidadania.

Neste aspecto reconhece-se que no Brasil a partir da Constituição de 1988, a agenda estatal incorporou as demandas do contingente populacional idoso e as transformou em legislações no campo da proteção social, a exemplo das políticas de seguridade social, envolvendo as áreas de Saúde, Assistência social e Previdência incorporadas pelo texto constitucional; Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS (1993); Política Nacional do Idoso-PNI (1994), Estatuto dos Idosos (2003); Política Nacional de Assistência Social-PNAS (2004); Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), Benefício de Prestação Continuada-BPC, Política de acessibilidade gratuita ao transporte público e mais recentemente o Compromisso Brasileiro com Envelhecimento Ativo assinado pelo Governo brasileiro através do Decreto nº 8.114 de 30 de setembro com o objetivo de conjugar esforços da União, Estado, Distrito Federal e municípios em colaboração com a sociedade civil para a valorização, promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa.

O Compromisso Nacional em prol do envelhecimento ativo buscou estabelecer sintonia com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, que assumiu o Envelhecimento ativo como novo paradigma do envelhecimento no mundo, articulado “ao processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2005, p.13). Essas medidas do governo brasileiro representam conquistas para o segmento social idoso.

No entanto apesar das medidas acima mencionadas significarem um grande avanço na agenda pública estatal brasileira e dirigida a população idosa, o fundamento legal estabelecido não tem sido suficiente para a materialização de ações no campo da implementação de políticas, projetos e serviços que acompanhassem com a devida substância e celeridade as necessidades do processo de envelhecimento no país em franca aceleração nas duas primeiras décadas do século vigente.

Esse descompasso entre fundamento legal e ações efetivas no tocante a assegurar proteção social à população idosa no Brasil, nos recorda a máxima de Norberto Bobbio, 1992, quando afirmou que “o problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, é não tanto o de justificá-los, mas de protegê-los” (p.24) Trata-se na lógica do autor de um problema não filosófico, mas de natureza política. Com base nesse raciocínio diria que em relação aos direitos dos idosos no Brasil, já consignados em legislações específicas, o grande desafio reside exatamente na sua efetivação através de ações públicas que lhes assegurem materialidade com a urgência que a condição social desse segmento exige.

Envelhecimento e direitos humanos

A longevidade é uma conquista da civilização humana contemporânea e articula direitos no campo social, econômico e político. Todo cidadão e toda cidadã independente da sua condição social, econômica, política, de raça, gênero e etnia, tem direito ao envelhecimento e a proteção do direito a envelhecer requer o compartilhamento de responsabilidades entre a família, o Estado e a sociedade.

À Família compete a responsabilidade pelos cuidados gerais aos idosos articulados às relações de parentesco, afetividade e condições sociais e econômicas.

Ao Estado compete o planejamento, a gestão e implementação de políticas públicas de proteção social às necessidades desse segmento social, estabelecendo para tanto fundamento legal, orçamento e ações efetivas.

À Sociedade em geral, envolvendo os movimentos sociais organizados, os conselhos de direitos e de políticas públicas e as organizações de usuários, compete o exercício do controle social através de instâncias democráticas de acompanhamento da agenda pública e de seus desdobramentos em políticas e serviços que venham assegurar a efetivação dos direitos a esse segmento populacional.

Envelhecer com cidadania eis a regra básica que se apoia na compreensão dos direitos humanos como direitos de cidadania os quais acompanham a trajetória histórica do ser humano demarcada por desafios, necessidades e conquistas. Nesta direção e segundo o entendimento de Bobbio, 1992, os direitos do homem não podem ser dissociados da sua historicidade. Para o autor os direitos do homem “constituem uma classe variável como a

história destes últimos séculos demonstra suficientemente”, (pag.19) Ressalta ainda, que a atual proteção aos idosos não existiria se não tivéssemos alcançado o aumento da longevidade propiciada pelas conquistas no campo da medicina, o que no nosso entendimento passa a exigir dos governantes um tratamento social adequado às necessidades deste público enquanto direito reconhecido.

Com base nessa compreensão situamos os direitos dos idosos como parte da história dos seres humanos nas diferentes conjunturas o que demanda entender a velhice como uma construção social e histórica. Nesta dimensão além de compreender a velhice como uma etapa natural da existência humana com limites e possibilidades que requer uma atenção prioritária e a necessidade de cuidados e assistência, é necessário interpretá-la considerando o contexto histórico em que ela se configura.

No Brasil como mencionamos anteriormente algumas legislações pós constituição de 1988 demarcaram um panorama de direitos a serem assegurados aos idosos, dentre elas destacamos a Política Nacional do Idoso - PNI (1994) que no seu artigo 1º estabelece como objetivo: “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. Nesta mesma tônica o Estatuto do Idoso preceitua:

que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade” (Art. 2º BRASIL, 2003, p.19)

Os direitos propostos pelo Governo brasileiro acolhendo as demandas do segmento populacional idoso constantes destas legislações se encontram em sintonia com o que está posto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, quando estabelece, no seu art. 2º que

todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidas nesta declaração sem distinção de qualquer espécie, seja, de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição. (UNIC, RIO, 2009)

Também encontra respaldo no Plano Internacional sobre Envelhecimento Humano, resultante da última assembleia sobre envelhecimento realizada pela Organização das Nações Unidas-ONU em 2002, e que reafirmou como objetivo fundamental construir uma sociedade apropriada para todas as idades, ressaltando a importância da participação ativa das pessoas idosas na sociedade e no desenvolvimento.

No tocante ao contexto latino americano o Brasil tem buscado alinhar a sua agenda pública sobre os direitos dos idosos com as declarações de intenções resultantes das três conferências intergovernamentais sobre envelhecimento para a América latina e Caribe realizadas pela CEPAL entre os anos 2003 a 2012, das quais o Governo brasileiro foi

signatário. Nessas conferências intergovernamentais se buscou ampliar o olhar sobre as necessidades do processo do envelhecimento no continente, em sintonia com o Plano Internacional da ONU, indicando sua necessária articulação com as demandas das demais gerações, exigindo dos governos um esforço de implementação de políticas públicas articuladas intersetorialmente, tendo por objetivo a concretização do bem estar social para todos.

Velhice e questões de gênero, raça e etnia

A velhice é uma categoria social heterogênea, envelhecemos de diferentes maneiras e em diferentes condições. De acordo com Simone de Beauvoir, 1970, tanto ao longo da história como hoje em dia, a luta de classes determina a maneira pela qual um homem é surpreendido pela velhice, o que significa compreender as diferenciações nas formas de envelhecer por esta condição de classe. A autora prossegue ressaltando que a velhice não é um fato estático, mas o prolongamento de um processo. Neste aspecto conclui afirmando, que a velhice não pode ser compreendida senão em sua totalidade, na medida em que ela não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural e a sua compreensão dependerá do contexto social onde ela se localiza.

Em sintonia com as reflexões de Beauvoir, 1970, reforçamos que a velhice é uma experiência que se processa de forma diferente para homens e mulheres, tanto nos aspectos sociais, econômicos, culturais quanto nas condições de vida. Neste sentido Berzins 2003, menciona que ao se considerar os aspectos da velhice não podemos deixar de contemplar o recorte de gênero e eu acrescento também as questões relacionadas a raça e etnia que são determinantes inclusive do lugar social que os idosos e as idosas ocupam na vida social.

Nos coletivos de pessoas idosas no Brasil a exemplo dos centros de convivência, cursos de educação permanente, programas de extensão voltados para a pessoa idosa, universidades abertas para a terceira Idade- UNATIs, tem predominado a presença de mulheres que passam a ocupar a cena pública, exigindo o reconhecimento e a defesa de direitos dessa faixa etária, respeitando-se as especificidades de cada gênero humano. A presença do gênero masculino é ainda muito tímida nesses espaços. Sobre essa realidade Neri, 2007, problematiza a questão da feminização da velhice no Brasil associando-a ao componente sociodemográfico interpretado com base nos seguintes fenômenos:

- 1) maior longevidade das mulheres em comparação com os homens; 2) maior presença relativa das mulheres na população idosa principalmente entre os estratos mais velhos; 3) crescimento do número de mulheres idosas que integram a população economicamente ativa; e 4) crescimento do número de mulheres idosas que são chefes de família. (NERI, 2007, p. 48)

A partir destes componentes a autora enfatiza o aumento da visibilidade nesta fase da velhice do gênero feminino o que passa a exigir a criação de instituições, políticas e práticas sociais que atendam às suas necessidades e especificidades.

A Feminização do envelhecimento no Brasil e em outras partes do mundo é uma realidade incontestável. As mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, no Brasil de acordo com a pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua do IBGE, PNAD de 2017, as mulheres atingiram o percentual de 56%, correspondendo a 16,9 milhões, contra 44% atribuídos aos homens no cômputo total de aproximadamente 30,2 milhões de idosos em todo o país, denotando a necessidade de consideração das especificidades, de sua condição de gênero e ao mesmo tempo a igualdade de direitos e de condições sociais;

As condições estruturais sociais e econômicas são responsáveis pelas desigualdades entre os sexos, implicando em situações que alteram inclusive as condições de renda, de saúde e a própria dinâmica familiar e tem impacto nas demandas por políticas públicas e prestações de serviços de proteção social, principalmente se considerarmos o contingente populacional idoso em crescente expansão.

Viver mais no século XXI para os países que como o Brasil apresenta profundas desigualdades sociais não tem sido sinônimo de viver melhor. As mulheres apesar de mais longevas acumulam desvantagens relacionadas a situações de violências, discriminações, salários inferiores aos dos homens, dupla ou tripla jornada de trabalho e solidão. Conforme NERI, 2007,

por serem mais longevas, mas ao mesmo tempo mais frágeis em termos biológicos, as idosas estão mais expostas ao isolamento, à carência de cuidados, ao abandono e à violência do que os idosos, principalmente nos estratos sociais mais pobres. (NERI, 2007, p. 50)

No Brasil, como mencionamos anteriormente 56% dos idosos são mulheres e são vários os fatores que contribuem para a maior longevidade da população feminina, poderíamos enumerar os de natureza social, cultural e no campo da saúde. Segundo Neri, 2007,

São as mulheres que mais frequentam os grupos de convivência, os movimentos sociais, viagens, e oportunidades de lazer e as que mais se dedicam a trabalhos remunerados temporários e a trabalhos voluntários. De modo geral, as mulheres são mais conectadas socialmente, tanto no âmbito da família, como fora dela, em boa parte por influência de variáveis culturais. (NERI, 2007 p. 56-57).

Somam-se a esses aspectos os cuidados que as mulheres direcionam, ainda segundo a autora, para a saúde preventiva, o que lhes traz bem-estar físico e psicossocial. Suas reivindicações têm contribuído para redimensionar a política de saúde feminina no Brasil através do reforço de campanhas educativas enquanto para os homens essa atenção tem sido motivo de preocupação mais recente.

Refletir sobre velhice hoje a partir do recorte de gênero, supõe para além da clássica divisão entre as necessidades dos sexos feminino e masculino, poder contemplar a diversidade que esta categoria teórica e social engloba assegurando direitos a um envelhecimento digno a todas as pessoas cujas diferentes designações sexuais este conceito passou a incorporar nestas últimas décadas.

As desigualdades sociais que cercam o processo do envelhecimento além do recorte de gênero, traz como muita evidência a vinculação com a classe social mais também com a origem étnica e racial. As pessoas pertencentes às classes sociais menos favorecidas economicamente e a certos grupos étnicos e raciais, como os negros e indígenas, tanto mulheres quanto homens, são mais suscetíveis de vivenciar a ausência de políticas públicas em geral, além de situações como o desemprego, subemprego, emprego instável de baixos salários, do que as pessoas brancas de classe média ou oriundas de classes mais abastadas. (VERAS, 2003, p. 8).

Os critérios de etnicidade relacionados a diferenciação cultural dos indivíduos e à criação de laços sociais entre os que compartilham de uma mesma cultura, (SANTOS: LOPES; Neri, 2007) e a origem racial atrelada a aspectos genéticos, em um país como o Brasil caracterizado pela miscigenação, não podem ser manipulados como fatores de exclusão social dos cidadãos e cidadãs especialmente no seu processo de envelhecimento, No entanto essa situação de exclusão social articulada ao viés econômico é ainda um desafio a ser enfrentado considerando os idosos oriundos de comunidades remanescentes dos quilombos e de comunidades indígenas. A superação desse desafio supõe a adoção de políticas inclusivas que venham corrigir uma dívida social e histórica com esses grupos sociais.

Os principais desafios a serem superados para se envelhecer com dignidade no Brasil

Frente a realidade de vulnerabilidade social que cerca os idosos no Brasil em sua grande maioria provenientes de condições sociais e econômicas desfavoráveis, o primeiro e grande desafio reside na necessidade urgente de desdobrar-se em ações concretas as medidas legais consignadas no texto constitucional e nas legislações que tem a Constituição como fundamento. Isso significará em primeiro plano o reconhecimento e efetivação dos direitos da pessoa idosa já estabelecidos no plano legal. Este reconhecimento deverá agregar a adoção das seguintes medidas:

- A Implementação de políticas públicas coerentes com as necessidades dos idosos e idosas, independente da sua condição social, de gênero, raça e etnia;
- Atenção prioritária às necessidades da pessoa idosa considerando a agenda das diferentes políticas públicas;

- A garantia da acessibilidade em todos os níveis (social, econômico, político, cultural e arquitetonicamente);
- Garantia de celeridade aos processos jurídicos que envolvam o interesse da pessoa idosa, como aposentadorias, pensões e situações de violação de direitos;
- Garantia de oportunidades de educação permanente;
- Combate as situações de violação de direitos e proteção e defesa da pessoa idosa em situação de risco pessoal e social, criando e dando estrutura adequada aos Centros de enfrentamento a violência contra o idoso-CEVIS, e os abrigos provisórios ou de longa permanência;
- Combate a todas as formas de preconceito, exclusão e discriminação contra a pessoa idosa;
- Garantia de espaços de trocas geracionais e fortalecimento de vínculos familiares e sociais;
- Estímulo e viabilização da participação dos idosos em decisões e ações do seu interesse.

O enfrentamento dos desafios que cercam o processo do envelhecimento no Brasil no século vigente e sua tradução em ações concretas que assegurem direitos, requer para além do papel do Estado como indutor e condutor de políticas públicas, a participação da sociedade civil organizada e o papel a ser desempenhado pelo próprio idoso enquanto cidadão e protagonista. Nesta direção a sedimentação dessa condição de cidadania da pessoa idosa se dará mediante o estímulo à sua participação política nos espaços democráticos de controle social das ações do Estado.

A participação dos idosos nos conselhos de direitos, nas conferências e fóruns cuja temática do envelhecimento seja a pauta de interlocução, contribuirá para fortalecer a sua consciência crítica e o seu protagonismo social enquanto sujeito político de direitos. Nesses espaços de participação põe-se a perspectiva da emancipação da pessoa idosa como sujeito político com capacidade de interferir nas decisões que lhes dizem respeito, contribuindo para fortalecer a sua participação cidadã.

Um desafio importante a ser superado nesse nível de inserção dos idosos se refere a qualificação da sua participação social nos espaços democráticos de decisão. Isso exigirá o reforço ao seu nível de conhecimento e politização frente as questões que cercam o reconhecimento de direitos de sua faixa etária o que lhe permitirá posicionar-se no seu lugar social na conjuntura presente, buscando superar preconceitos e estigmas atribuídos pela sociedade capitalista a sua condição de inatividade no plano material após uma longa jornada laboral completada.

O enfrentamento destes preconceitos e estigmas supõe por um lado, o questionamento dos padrões utilitários da sociedade capitalista que exclui os idosos e desconsidera a experiência e saberes acumulados durante a sua trajetória de vida enquanto trabalhador útil ao capital e por outro, significa a valorização desses mesmos saberes e experiências que poderão ser potencializados através de outras formas de inserção desse segmento social.

Neste aspecto trata-se de buscar redirecionar a agenda pública governamental e pautá-la em uma nova lógica regida pela equidade e pela justiça social, fundamentada em princípios éticos que ressaltem a prevalência do ser humano, independente da sua faixa etária e de sua condição social, sexual, racial e étnica. Desta forma poderemos estar criando as condições para a construção de uma sociedade inclusiva que acolha as necessidades de todas as gerações.

Considerações Finais

Ao completarmos as duas décadas do século XXI, nos deparamos no Brasil com uma realidade inquestionável, ou seja, a presença expressiva da população idosa, já somamos aproximadamente segundo a PNAD de 2017 do IBGE, mais de 30 milhões de idosos no país. Isso passa a exigir do Estado e dos governos o redimensionamento da agenda pública no sentido de incorporar as demandas deste segmento social como campo de atenção prioritária. O redirecionamento desta agenda requer investimentos e definição de orçamento no campo da seguridade social e de outras políticas públicas que venham assegurar um envelhecimento com dignidade e cidadania.

Além dos investimentos e estabelecimento de prioridades se tornam necessárias ações no campo social, político e cultural que possam contribuir para ressignificar o processo do envelhecimento e da velhice enquanto uma construção social, histórica e heterogênea apoiada em critérios de civilidade e justiça social que possam superar os preconceitos e estigmas que cercam esta fase da existência humana sobretudo numa sociedade capitalista fundamentada no valor da produção material.

A ressignificação da velhice e o reposicionamento da pessoa idosa no seu lugar de direito na sociedade, supõe o planejamento e a gestão de políticas públicas de forma articulada e intersectorializada para que possam garantir cobertura às necessidades de proteção social desse segmento social de maneira ampla, ou seja, ações que superem a condição de vulnerabilidade e risco social e assegurem direitos efetivos no campo da seguridade social (saúde, assistência social e previdência), da educação, cultura, habitação, transporte, lazer, esporte, acessibilidade e mobilidade social, que possam propiciar-lhes dignidade, cidadania e emancipação.

Referências

- BERZINS, M. A. V. da S. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. *Serviço Social e Sociedade*, n. 75, São Paulo: Editora Cortez, p.19-35, 2003.
- BOBBIO, N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus, 1992
- BEAUVOIR, S. de. A velhice. Tradução Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 1970.
- BELFIORE-W. BÓGUS, L., YAZBEC, M. C. (Orgs.) Desigualdade e a questão social. 3. Ed. Ver. E ampliada São Paulo: EDUC, 2001.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil Título da Ordem Social. Brasília, 1988.
- _____. PNUD: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, Brasília, 2003.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- MDS. Política Nacional do Idoso, Brasília 2010.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome-MDS. Estatuto do Idoso, Brasília, 2003.
- LOPES, A. M. D'Ávila. A era dos direitos de Bobbio: entre a historicidade e a temporalidade. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, 48n. out/dez.2011.
- NERI, A. L. Feminização da Velhice. In NERI, A. L. Org. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, p.47-64
- OMS. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília. Organização Pan-americana de Saúde. 2005.
- SANTOS, G. A. dos; LOPES A.; NERI, A. L. Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos. In: NERI, Anital. Org. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, p.65-80.
- UNIC. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Rio De Janeiro, 2009.
- VERAS, R. P. A longevidade da população: desafios e conquistas. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Editora Cortez, n. 75, p.5-18, 2003

HUMANIZAR: uma medida de atenção e proteção a pessoa idosa em tempos de coronavírus



Neila Barbosa Osório

Luiz Sinésio Silva Neto

Soely Kunz Cericatto

do nosso País, sancionou a LEI Nº 13.979¹, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional em decorrência da Infecção Humana pelo Covid -19, regulamentada pelo Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020.

Introdução

O início de 2020 foi marcado por um acontecimento mundial que vai ficar na história para sempre. Esse acontecimento (surto) foi denominado de novo coronavírus (Covid -19), uma doença respiratória que surgiu em Wuhan, na China e se espalhou rapidamente por diversos países, contaminando pessoas, levando a óbitos, independentemente de classe social, a “Covid -19”, obrigou o mundo a parar em questão de dias, cuja as consequências só o tempo mostrará.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o surto da doença causada pelo novo coronavírus (Covid -19), constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Considerando essa emergência internacional o Governo Federal

Pensando nisso, e pensando em dirimir problemas e apoiar as pessoas idosas nesse momento de isolamento social e quarentena em virtude do coronavírus (Covid-19), os coordenadores da Universidade da Maturidade UMA/UFT/TO, acreditaram e criaram em “caráter excepcional” e provisório o projeto “UMAnizando em tempos de coronavírus” cujo o objetivo foi garantir o bem estar, o apoio, atenção e proteção as pessoas idosas/acadêmicos que frequentam a Universidade da Maturidade UMA/UFT/TO.

Após a criação desse projeto a coordenadora partiu para batalha em virtude da pandemia, unindo forças orientando e direcionando as ações por meio de linhas de atuação, envolvendo profissionais/pesquisadores das mais diversas áreas, como Gerontólogos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Educadores Físicos, acadêmicos dos cursos de Medicina, Nutrição e Enfermagem, Mes-

1 LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020 – Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm [Acesso em: 10 de mar. 2020.]

trandos e Doutorandos, ambos para ajudar na logística das ações de prevenção e na organização do trabalho de atendimento a essas pessoas idosas em virtude do coronavírus e do isolamento social.

Diante dessa realidade, buscou-se por meio dessa pesquisa, saber “Como que essas ações de HUMAnização em tempos de coronavírus (Covid-19) foram desenvolvidas pela coordenação e pesquisadores desse projeto, e se essas linhas de atuação traçadas, proporcionaram benefícios a essas pessoas idosas?

Parte-se da hipótese de que essas ações proporcionaram vários benefícios pois, foram desenvolvidas com o intuito de ajudar, apoiar, e proteger e garantir o bem-estar dessas pessoas idosas, no momento de solidão, medo e angústia, apontando caminhos e medidas de amparo e apoio psicossocial para enfrentar os desafios em virtude do isolamento social nesse momento de pandemia.

Logo, o objetivo desta pesquisa consistiu prioritariamente em apresentar algumas reflexões acerca das medidas de atenção e proteção desenvolvidas pelo projeto “UMAnizando em tempos de Coronavírus”, evidenciando os benefícios proporcionados pelas diferentes linhas de atuação em prol das pessoas idosas que frequentam a Universidade da Maturidade - UMA/UFT/TO.

Como já mencionado, esta pesquisa é de relevância social, tendo em vista que, o coronavírus (Covid-19) se constitui em uma emergência de Saúde Pública de importância tanto Internacional como Nacional, e o Tocantins não foge dessa realidade, uma vez que muito se tem a fazer em prol das pessoas idosas do Tocantins em virtude do Covid-19.

Para o desenvolvimento, optou-se pelo método estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa, realizado por meio de análise do projeto, análise de mensagens de texto, análise de entrevistas, vídeos e documentos em PDF, e de relatos das pessoas Idosas/acadêmicos que frequentam a Universidade da Maturidade UMA/UFT/TO, postadas no WhatsApp pelos coordenadores e integrantes do projeto e pelos próprios idosos.

Para concretização desse pesquisa, foi necessário estruturar esse artigo em duas sessões, além da introdução e das considerações finais. Apresentamos uma breve introdução sobre o projeto “UMAnizando em tempos de coronavírus”, na sequência apresenta-se as diferentes linhas de atuação desenvolvidas pelos integrantes/pesquisadores do projeto, destacando os objetivos, as ações e benefícios proporcionados as pessoas idosas/acadêmicos que frequentam a UMA/UFT/TO, nesse momento de isolamento social em virtude do Covid-19.

Espera-se que os resultados, dessas ações e pesquisa, possam servir de referência para outras iniciativas de tamanha magnitude.-

Projeto - “UMAnizando em tempos de coronavírus”

Temos que lutar por uma política de proteção social urgente – estamos fazendo o melhor para os que ainda não possuem voz! Ainda precisamos lutar por eles!! O amor e o respeito é o que nos move todos os dias. (OSÓRIO, 2020)

Para conter o medo, ansiedade, e garantir a proteção das pessoas idosas que frequentam a Universidade da Maturidade UMA/UFT/TO a coordenação desse programa criou o Projeto “UMAnizando em tempos de coronavírus (Covid-19)”, a partir da sua criação estabeleceu, estratégias e linhas de atuação, para amenizar esse isolamento social.

Para a concretização das ações desse projeto, foi necessário traçar algumas medidas, que, segundo a coordenadora Osório (2020) foram essenciais para o desenrolar das ações de apoio, atenção e proteção ao isolamento social nesse período de quarentena, e combate a disseminação do coronavírus.

As ações de ajuda, atenção, esclarecimentos, proteção, bem estar, apoio psicossocial, e organização do trabalho de atendimento a essas pessoas idosas em isolamento social, foram planejadas e desenvolvidas em conjunto com os integrantes/pesquisadores desse projeto.

Segundo a coordenadora Osório (2020) as medidas de atenção em tempos de coronavírus (Covid-19), foram traçadas justamente para proteger as pessoas idosas em situações de isolamento social no período de quarentena. Procuramos oferecer atendimentos de várias formas: colocamos a disposição uma equipe multidisciplinar para dar atendimento e esclarecer dúvidas sobre a seriedade do isolamento, como prevenir do coronavírus em casa, os cuidados necessários que o idoso deve seguir para prevenção, e prestar outros esclarecimentos via telefone, WhatsApp.

Inicialmente a orientação foi não sair de casa atendendo a OMS e ao Ministério da Saúde, tendo em vista que a pessoa idosa é considerada grupo de risco e essa recomendação e restrições são necessárias, pois segundo especialistas aglomeração e circulação de pessoas faz aumentar a disseminação do coronavírus, por isso ficar em casa é uma forma encontrada para diminuir aglomerações e reduzir essa propagação.

A coordenadora Osório (2020), ressalta em seu relatos no WhatsApp que, os desafios enfrentados foram muitos, porém, seguimos firmes e fortes e não perdemos o foco, trabalhamos com as recomendações do Ministério da Saúde, e ao mesmo tempo foi desenvolvido ações, que seriam desenvolvidas na universidade presencialmente.

Destaca ainda, “Usamos dos nossos conhecimentos e experiências, e buscamos na arte, na educação, na saúde, na psicologia, (...) técnicas estratégias para vencer o isolamento social, nesse período de quarentena”.

Nesse sentido percebe-se, que todas as linhas de atuação propostas no projeto são interdependentes, compartilham de um objetivo comum, sendo que as ações das linhas de combate permitiram atuação conjunta dos diversos polos espalhados nos municípios do

Tocantins e Distrito Federal. As propostas foram desenvolvidas, com muito respeito, comprometimento, transparência e agilidade por parte de todos os integrantes/pesquisadores desse projeto.

Contudo, cabe ressaltar que não se trata, portanto, de medidas diferentes, todas elas seguem os princípios, as diretrizes e, principalmente as orientações e recomendações de cuidados e prevenção do Ministério da Saúde. É pertinente destacar que, essas medidas são de grande importância e farão grande diferença na vida dessas pessoas idosas.

Osório (2020) destaca ainda, que “o futuro dos velhos é hoje!! a guerra nos fez mudar de armas! Apoiar, proteger, alimentar e acalantar são nossa estratégias para vencer com dignidade!”

Nessa perspectiva, apresentamos a seguir uma breve retrospectiva destacando as linhas de atuação traçadas e as ações desenvolvidas pelos integrantes/pesquisadores do projeto “UMAnizando em tempos de Coronavírus”. Essa retrospectiva é de grande relevância social, pois se constitui em uma forma de comprovar as ações realizadas em prol das pessoas idosas que frequentam a Universidade da Maturidade - UMA/UFT/TO, em tempos de coronavírus (Covid -19) e isolamento social e quarentena.

LINHA 1 - Educação e Saúde – Informações de Qualidade

Essa linha de atuação teve como objetivo desenvolver ações de sensibilização sobre a importância dos cuidados que deve ser tomados em tempos de isolamento Social (vertical) e combate ao coronavírus. As ações desenvolvidas seguiram as recomendações do Ministério da Saúde, foi reforçado por meio de vídeos, WhatsApp, mensagens de texto, atendimento via telefone, sobre a importância de continuar com as atividades mesmo a distância, utilizou-se de estratégias de aprendizagem, como forma para apoiar, e amenizar o grau de ansiedade dessas pessoas, não deixando o tempo ocioso. O projeto promoveu espaços de discussão e troca de experiência, via sistema, via WhatsApp entre outras. Foi disponibilizado vídeos de orientação de médicos renomados na área da saúde, cujo as orientações foram de grande relevância pois, destacaram que o importante é, não perder o foco, procurar enxergar o lado bom das coisas, pois o risco sempre existe.

Nessa linha de atuação também, foi divulgada a campanha de vacinação, e a sua importância para a vida das pessoas idosas, foi colocado à disposição equipes de voluntários para ajudar na campanha e fazer chegar até os locais mais próximos de suas casas, facilitando assim o deslocamento dos idosos/acadêmicos, e a campanha ocorrer com maior tranquilidade.

Além das orientações via telefone sobre os cuidados, a prevenção, e a necessidade de permanecer isolado nesse período de quarentena, também, foi disponibilizado, no ambiente virtual de aprendizagem e via WhatsApp vídeo com dicas/técnicas de educadores

físicos, indicando os pontos de combate a imunidade; diminuir o estresse entre outros. Também, foram disponibilizados vídeos de geriatras com falas e informações precisas para as pessoas idosas em tempos de coronavírus.

Para a concretização dessas ações utilizamos da tecnologia, como meio para atingir aquelas pessoas idosas dos polos mais distantes, com o intuito de apoiar, proteger nesse momento de isolamento social, diminuir a ansiedade, promover o bem estar a todos, a tecnologia se constitui em uma ferramenta grandiosa a nosso dispor, utilizamos de aplicativos, vídeo conferências, outros, ou seja, com tecnologia vencemos desafios em tempos de coronavírus Covid-19.

As atividades/ações de humanização ligadas a Educação e Saúde foram desenvolvidas e monitoradas pelos integrantes/pesquisadores da linha de atuação de forma construtiva, participativa e colaborativa, pois a intenção foi levar as informações, prevenir, e ao mesmo tempo produzir aprendizagem, pois a UMA/UFT/TO, não pode parar em tempos de coronavírus.

Pelos relatos, e ações, constatou-se que essa linha obteve grande sucesso por parte dos idosos/acadêmicos da grande maioria dos polos, sendo que uns se destacaram mais, como é o caso de Palmas, mas no geral ambas superaram as expectativas.

Diante dessa realidade, percebe-se que, as práticas educativas foram orientadas e direcionadas de forma que a própria pessoa idosa pudesse construir suas histórias, e suas aprendizagens, sem se preocupar com os problemas que estavam do outro lado dos muros de suas casas, ocupando de forma significativa e salutar esse tempo que parecia um fantasma, transformou-se em momentos de prazer e diversão.

As ações dessa linha foram pensadas, planejadas, orientadas e articulada pela coordenação e seus integrantes, pois segundo a coordenadora “somos sabedores de que, com saúde e educação e tecnologia podemos chegar aos lugares mais longínquos”, ou seja, com saúde vencemos barreiras e com educação e tecnologia avançamos progressivamente os degraus de nossas vidas.

LINHA 2 - Neto(a) postixa – Posso te ajudar?

Esta linha de atuação foi definida com o objetivo de ajudar os idosos/acadêmicos a sentirem a sensação de pertencimento mesmo não estando fisicamente na universidade, o importante é não deixarem a saúde de lado durante este período de isolamento social e quarentena, pois nas palavras de Osório (2020) “ficar mais próximo das pessoas idosas nesse momento, é uma necessidade, uma vez que os idosos estão entre o grupo de risco e necessitam de amparo e proteção”. Entende-se que, se seu neto seja ele postixo ou não, ele pode dar uma palavra de carinho de conforto para essas pessoas, nessa momento de angústia e aflição. A meta é manter as pessoas idosas que frequentam a UMA/UFT/TO,

em suas casas, e com isso reduzir a propagação do coronavírus. Essa linha de atuação proporcionou e tem proporcionado grandes benefícios, pois uma palavra de carinho é o suficiente para mudar a autoestima nesse momento de isolamento social e quarentena. Para essa linha optamos pelo lema “Idoso/Acadêmico: Fique em casa! Mas não se sinta só! Estamos com você!”.

LINHA 3 - Atividades Físicas em casa – lema “Mexa-se”

Essa linha de atuação teve como objetivo ajudar e incentivar as pessoas idosas que frequentam a Universidade da Maturidade - UMA/UFT/TO, a realizarem exercícios físicos sem sair de casa em tempos de coronavírus. O coordenador da UMA, professor Luiz Sinésio Neto (2020), na abertura do vídeo direcionado aos idosos, fala que, essas ações reforçam o compromisso que a Universidade tem com as pessoas idosas/acadêmicos, destaca que foram gravados várias videoaulas com dicas de atividades físicas que podem ser realizadas de forma prática e segura pelos acadêmicos em suas casas, evitando assim, o sedentarismo. Ressalta, que as videoaulas foram planejadas seguindo todos os protocolos necessários para segurança e bom andamento das atividades.

As técnicas/dicas foram repassadas por meio de videoaulas orientadas por profissionais da área. O professor Claudio Santos (2020) gravou videoaulas com exercícios de alongamento e exercícios para o fortalecimento dos músculos, foram várias seções.

Ainda nas palavras do professor Luiz Sinésio Neto (2020), nesse período de isolamento social e quarentena em virtude da pandemia do coronavírus (Covid-19), não poderíamos ficar parados e deixar a saúde de lado, por isso traçamos algumas metas entre elas foi de promover videoaulas para as pessoas idosas com orientações para a realização de exercício de fortalecimento diário em suas próprias casas, essa foi uma das alternativas proporcionada as pessoas idosas da Universidade da Maturidade UMA/UFT/TO, em tempos de coronavírus, eles não podem parar necessitam de movimentos diários, por isso o nosso lema é “Mexa-se”.

O exercício físico para pessoa idosa proporciona inúmeros benefícios entre eles a melhora da qualidade de vida dessas pessoas. No decorrer dessas ações também, foi disponibilizado outros vídeos com orientações sobre exercícios respiratórios para melhorar o desempenho das atividades físicas, relaxar entre outros.

Professor Luiz Sinésio Neto (2020) finaliza as seções de videoaulas dizendo:

espero que vocês tenham gostado dos vídeos, sabemos que este momento de isolamento social, gera ansiedade, e em alguns casos gera até momentos de depressão, “mas juntos” com atividades, com amor fé, carinho e ciência nós vamos todos com coragem ultrapassar esse momento difícil.

Diante do exposto, constata-se que, mesmo com alguns contratempos em relação a conexão o projeto em tempos de coronavírus superou as expectativas, pois os idosos/acadêmicos vinculadas a esse projeto não param, eles estão em constante movimento. O professor Luiz Sinésio Neto (2020) destaca ainda, que “a Universidade da Maturidade - UMA/UFT/TO, por meio dessas ações cumpre seu papel social e científico, que é de fazer um envelhecimento ativo mesmo em tempos de coronavírus”.

LINHA 4 - Culinária Afetiva – Cozinhar com afeto e alegria

Esta linha de atuação foi criada, com o objetivo de amenizar o sentimento de solidão e medo em tempos de coronavírus (Covid-19), e também, para colocar em prática a gastronomia e as receitas da vovó, como forma de ativar e buscar nas memórias aquelas receitas que só a vovó sabe fazer, aquelas receitas gostosas que a vovó guarda na sua mente, ou seja, **a culinária é uma forma de terapia pois, é por meio dela, que são estimuladas as boas lembranças e novas possibilidades de socialização** da pessoa idosa com a sua família e amigos, agora a distância.

A linha de atuação sobre culinária ativa fez com que as vovós da Universidade da Maturidade UMA/UFT/TO, ocupassem suas memórias em tempos de coronavírus, divulgando suas receitas pelo WhatsApp e colocando em práticas suas receitas de pães, bolos, pudins, brigadeiro, canjica, manguão, cucas entre outras. Uma infinidade de receitas, uma mais gostosa do que a outra, se fosse realizar um festival o lucro seria grandioso, pois a empolgação e a dedicação foi grande. É importante destacar que a culinária afetiva proporciona inúmeros benefícios para a pessoa idosa, além de ativar a memória, ajuda a ocupar o tempo ocioso, ajuda e recordar resgatar aqueles momentos vividos com suas famílias, amigos, colegas (...) reviver esses momentos é uma forma de nos tornamos mais felizes.

Nessa linha de atuação também, foram proporcionadas dicas alimentação para facilitar o dia a dia, além das orientações sobre alimentação saudável como forma de prevenção do coronavírus.

LINHA 5 - Arte, Cultura e Educação – Cuca ativa

Em tempos do coronavírus a arte, cultura e educação, se tornou em uma linha de atuação de grande relevância, para superação do isolamento social na Universidade da Maturidade – UMA/UFT/TO. Segundo a coordenadora Osório (2020) com arte, cultura e educação o projeto vai além dos muros, porque nessa linha de atuação os idosos/acadêmicos da UMA/UFT/TO são mestres, pois criam músicas, cantam, dançam, apresentam teatro, ou seja, essa é uma linha em que os idosos/acadêmicos tem prazer de participar.

Mas para que essas ações fossem colocadas em práticas nesse período de isolamento social, o projeto permitiu ir além, buscou-se na tecnologia a solução, pois com tecnologia tudo é possível, ela chegou justamente para superar esses desafios. Com o isolamento social a arte, a cultura e a educação tornam-se uma opção de superação, com elas buscamos oportunidades e saídas para esse período de quarentena.

Para essa linha de atuação, muitas videoaulas foram disponibilizadas pelos pesquisadores, com orientações para realização de atividades. Essa linha superou as expectativas, pois segundo relatos de pesquisadores muitas histórias, xaradas, piadas, foram contadas e registradas. Nesse sentido, constatou-se que arte, a educação a cultura proporcionam inúmeros benefícios pois reduz o estresse e ajuda no seu bem-estar, e a prática de atividades ajuda a pessoa idosa a melhorar a autoestima, a psicomotricidade fina e grossa, e melhora a saúde emocional e a criatividade entre outras.

Linha 6 - UMA – Cuida – Acolhimento Psicológico

As questões de acolhimento psicológico online e via telefone se caracterizam como uma estratégia de atuação de grande relevância num momento de medo e ansiedade em virtude do isolamento social em tempos do coronavírus (Covid-19), pois em um momento de incertezas, medo, angústia, estresse acreditase que o apoio psicossocial se constitui em um poderoso remédio, uma espécie de tranquilizante para resolução de problemas.

Essas ações se constituem em estratégias de humanização para atender aquelas pessoas idosas ligadas a universidade da Maturidade, que necessitam de apoio e atenção nesse momento emergencial como esse.

Verifica-se que essa linha de atuação foi planejada com intuito de atender, apoiar conversar encontrar alternativas para minimizar esse momento isolamento social, pois a solidão gera irritabilidade, ansiedade em muitos casos abalando até mesmo o psicológico, buscando em outras pessoas uma palavra de carinho, atenção e compreensão.

Segundo a coordenadora Osório (2020), “nesse momento nós não podemos é ficar parados temos que agir rápido, pois tudo pode acontecer em tempos de pandemia, por isso unimos forças e estamos sempre juntos, pois acreditamos que unidos somos mais fortes”.

Isso vem de encontro com alguns relatos de pessoas idosas que frequentam a Universidade da Maturidade postado no WhatsApp que diz:

Idoso/Acadêmico 1 - “Este é um momento que estamos melhorando como seres humanos e essas ações servem de espelho e estímulo”

Idoso/Acadêmico 2 - “inicialmente até estava com medo, sentindo-se insegura e muito preocupada, mas com essas ações hoje estou tranquila”.

Nesse sentido, verifica-se que essa linha de atuação chegou para ajudar a tranquilizar e superar esse momento de isolamento e solidão. Estamos vivendo um momento atípico, e, a orientação é que tudo vai passar, é só uma questão de tempo e que tudo vai dar certo, e assim vamos vencendo as barreiras do dia a dia.

LINHA 7 - Apoio Social – Auxílio e Informação Social

Esta linha de atuação é de grande relevância social, ela foi traçada para contribuir e melhorar a autoestima nesse momento de isolamento social e quarentena, sendo esta uma alternativa de apoio social para reduzir o medo, e as angústias num momento de isolamento, pois é do conhecimento da grande maioria das pessoas que o isolamento não é bom, pois as pessoas ficam mais frágeis, adoecem com maior facilidade, em certos casos perdem até a vontade de viver, e muitas vezes entram em depressão, por isso da necessidade de estar perto das pessoas para dar uma palavra de apoio e proteção, pois o apoio social faz com que a pessoa idosa, se sinta mais segura para enfrentar os problemas do dia a dia, adquirindo assim, maior segurança nas suas ações.

Além do apoio social foi repassado informações de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Assim, o apoio social proporcionou inúmeras ajudas, e também, foi uma alternativa para aumentar a confiança pessoal, proporcionando a pessoa idosa, capacidade para enfrentar os problemas em tempos de coronavírus.

É importante destacar ainda, que a coordenação e os integrantes pesquisadores do projeto “UMAnizando em tempos de coronavírus (Covid-19)”, desenvolveram outras ações solidárias paralelas as linhas de atuação do projeto, cujo o objetivo foi arrecadar alimentos e produtos básicos de higiene pessoal para ser distribuídos para as pessoas idosas que frequentam a Universidade da Maturidade. Cestas básicas e kits de higiene foram doados e entregues as pessoas idosas em situação vulnerável atendidas pela Universidade da Maturidade/UMA/UFT/TO.

Destaca-se que, essa foi mais uma iniciativa da Coordenação do Projeto “UMAnizando em prol do combate a pandemia provocada pelo novo coronavírus (Covid-19). Essa iniciativa se constitui em uma ação de humanização para oferecer condições de sobrevivência para aquelas pessoas idosas que frequentam a Universidade da Maturidade, nesse momento de isolamento social emergencial. É importante registrar ainda, que **essa iniciativa pode impulsionar o surgimento de outras ações e que possam beneficiar outras instituições carentes.**

Os coordenadores do Projeto Dra. Neila Barbosa Osório e Dr. Luiz Sinésio Neto estimam ter atendido e continuar atendendo a uma demanda emergencial de mais de mil idosos/acadêmicos distribuídos nos diversos polos dos municípios do Tocantins e Distrito Federal. Isso é muito gratificante. Prova que estamos no caminho certo!!

Considerações finais

Tomando como base o marco teórico e a pesquisa realizado acerca do projeto “UMA-nizando, em tempos de Coronavírus (Covid-19)”, foi possível concluir que os resultados foram significativos e que a hipótese formulada foi confirmada, pois os resultados obtidos indicam, claramente, que o projeto atingiu seu objetivo de garantir o bem estar, apoio, prevenção e segurança as pessoas idosas que frequentam a Universidade da Maturidade UMA/UFT/TO dos diferentes municípios, e que este projeto se constitui em uma iniciativa de referência que merece destaque na contemporaneidade, bem como nas diferentes esferas administrativas do Estado do Tocantins, pois as ações desenvolvidas pelos coordenadores e equipes de pesquisadores das diferentes linhas de atuação desse projeto em prol das pessoas idosas que frequentam a Universidade da Maturidade UMA/UFT/TO, em tempos coronavírus (Covid -19) e de isolamento social e quarentena, produziram inúmeros benefícios, ou seja, superaram as expectativas, e, indiscutivelmente fizeram e farão grande diferença na vida dessas pessoas idosas, cuja a realidade não estava programada. É por meio de ações de humanização como essas é que vamos ultrapassar barreiras e construir um legado inesquecível para nossos idosos/acadêmicos.

Contudo, é pertinente destacar que, não se trata, portanto, de medidas estratégias, ações diferentes, todas foram realizadas e concretizadas seguindo as orientações e recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, o que se fez foi, não perder o foco, e nem abandonar a pessoa idosa, assumimos o nosso papel pois “juntos somos mais fortes”.

Espera-se que essa iniciativa possa servir de referência para outras iniciativas e **ações de tamanha magnitude, e que possam beneficiar outras instituições carentes** em épocas de necessidades.

Referências

BRASIL. Lei Nº 13.979, de 6 de Fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm [Acesso em: 10 de mar. 2020.]

BRASIL. Portaria Nº 188, de 3 de Fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt188-20-ms.htm [Acesso em: 11 de mar. 2020.]

BRASIL. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (Covid-19). Diário Oficial da União. 20 mar. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0467_23_03_2020_extra.html [Acesso em: 25 de mar. 2020.]

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é o Coronavírus? (COVID-19) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/> [Acesso em: 03 de mar. 2020.]

DIAS BC. Pandemia da Covid-19 e um Brasil de desigualdades: populações vulneráveis e o risco de um genocídio relacionado à idade [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtenvelhecimentoesaudecoletiva/2020/03/31/pandemia-do-covid-19-e-um-brasil-dedesigualdades-populacoes-vulneraveis-e-o-risco-de-um-genocidio-relacionado-a-idade/> [Acesso em: 4 de mar.2020.]

FIOCRUZ. Fiocruz acompanha situação do novo coronavírus no Brasil. Portal Fiocruz. Rio de Janeiro, 29 de jan. de 2020. (Fonte: Agência Fiocruz de Notícias) Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-acompanha-situacao-do-novo-COVID-19-no-brasil> [Acesso em: 11 de mar.2020.]

_____. A Fiocruz tem produzido uma série de materiais informativos sobre a pandemia da doença pelo SARS-CoV-2 (Covid-19). Informativos para compartilhamento nas redes sociais. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/COVID-19-covid-19-material-para-download> [Acesso em: 11 de mar.2020.]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19. Brasília-DF. Brasil, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/ddt-covid-19.pdf> [Acesso em: 11 de abr. 2020.]

KALACHE, Alexandre. Especialista dá dicas de como minimizar impacto do isolamento nos acadêmicos. (Fundador e Presidente do Centro Internacional da Longevidade) Brasil Em entrevista à CNN. São Paulo, 02 de abr.de 2020, às 13:44. Disponível em:

<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/04/02/especialista-da-dicas-de-como-minimizar-impacto-do-isolamento-nos-academicos> [Acesso em: 8 de abr. 2020.]

OPAS. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) Principais informações - Atualizada em 15 de abril de 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 [Acesso em: 11 de abr. 2020.]

OSÓRIO, Neila Barbosa. Neto, Luiz Sinésio. Projeto - UManizando em tempos de coronavírus (Covid-19). Universidade da Maturidade/UMA/UFT, Palmas/TO, 2020.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde do Tocantins. Decretos. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/cievs---centro-de-informacoes-estrategicas-de-vigilancia-em-saude/coronavirus-covid-19/decretos/> [Acesso em: 23 de mar. 2020.]

ZHANG, Wenhong. Manual de Prevenção e Controle da Covid-19 segundo o Doutor Wenhong Zhang - 1ª ed. São Paulo - SP: Polo Books, 2020.68p.; ISBN: 978-65-5502-013-7. Disponível em: <http://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc/wp-content/uploads/2020/04/Manual-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-e-Controle-da-Covid-19-segundo-o-Doutor-Wenhong-Zhang.pdf> [Acesso em: 10 de abr. 2020.]

ALMEIDA, Fábio (Assessoria UMA). UMA cria projeto para auxiliar os idosos nesta fase de isolamento social (Edição: Samuel Lima: Revisão: Paulo Aires, Palmas, Segunda, 23 de Março de 2020, 16h16 | Última atualização em Segunda, 23 de Março de 2020, 16h36) Disponível em: <https://ww2.uft.edu.br/index.php/ultimas-noticias/27028-uma-cria-projeto-para-auxiliar-os-idosos-nesta-fase-isolamento-social> [Acesso em: 23 de mar.2020.]

A importância das atividades de lazer para idosos longevos: Uma revisão integrativa de literatura



Ana Carolina Cunha

Carolina Polloni de Donato

Anny Caroline Dedicção

Introdução

Os séculos XX e XXI são marcados pela transição demográfica e epidemiológica mundial, que ocorreu de forma mais intensa e breve nos países em desenvolvimento. A população idosa contabiliza atualmente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018), 125 milhões de pessoas e alcançará, em 2050, 434 milhões em todo o mundo, vivendo majoritariamente nesses locais.

Além disso, a mesma organização estimou existirem 35,6 milhões de pessoas vivendo com demência em 2010, sendo esperada a duplicação deste número a cada 20 anos, projetando 65,7 milhões de casos em 2030 e 115,4 milhões em 2050, tendo incidência de um novo caso a cada quatro segundos. Neste cenário, o Brasil estava entre os nove

países com maiores números de pessoas com demência: 1 milhão de idosos.

No mesmo período anual, detectou-se um custo total aproximado a 604 bilhões de dólares destinados a essa população, incluindo-a como foco de políticas públicas pelo grande impacto financeiro aos cofres públicos, assim como pelo impacto social e familiar já que a demência é a principal causa de dependência e incapacidade entre os idosos, culminando muitas vezes em institucionalizações e/ou sobrecarga dos cuidadores familiares. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Ademais, Pereira et al (2015) identificaram um perfil de idosos longevos sedentários e carentes de atividades que promovam a socialização e um envelhecimento ativo, visto que não participam de grupos de convivência e apresentam como principais meios de lazer a televisão e os serviços domésticos, elevando os riscos e números de doenças crônicas não transmissíveis destes e, assim, custos ao Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, as atividades de lazer são definidas classicamente por Duma-zedier (1976) como

(...) um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou ainda, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais

E emergem como alternativa à redução desses custos despendidos com tratamentos medicamentosos e recursos humanos destinados a esses atendimentos médicos ou não médicos de idosos longevos. Isso porque possuem diversos benefícios à saúde dos idosos atuando como promotoras de saúde e preventivas de doenças.

Estudos que esclareçam essas vantagens e indiquem maneiras de incentivar a prática do lazer entre os idosos longevos especificamente, entretanto, são escassos embora essa parcela populacional venha crescendo rapidamente nos últimos anos, já representando uma realidade global.

Sendo assim, esta revisão objetiva identificar as práticas de lazer mais comuns e seus impactos na saúde desses idosos a fim de guiar possíveis atuações profissionais e incentivar a elaboração de Políticas Públicas com esse foco.

Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, compreendendo artigos publicados em português, espanhol e inglês, com recorte temporal de 5 anos (2014 a 2019).

As buscas foram realizadas em junho de 2019 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Health Information from the National Library of Medicine (Medline)*, *Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence (OTSeeker)*, e na biblioteca eletrônica *Scientific Eletronic Library On-line (SciELO)*.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elencados foram: Idoso de 80 anos ou mais / *Aged, 80 and over* / *Anciano de 80 o más Años*, Atividades de Lazer / *Leisure Activities* / *Actividades Recreativas*. E, para combinações, operadores booleanos “AND” e “OR” foram utilizados.

Após a identificação dos artigos nas fontes de busca mencionadas foram avaliados os títulos, resumos e métodos, de modo a selecioná-los. Foram excluídas publicações duplicadas, trabalhos com maior porcentagem de amostra de idosos abaixo de 80 anos, ou médias de idade inferiores a essa, uma vez que a população em foco é a de idosos longevos, ou seja, pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, e/ou ausência de abordagem sobre impacto das atividades de lazer para estes idosos.

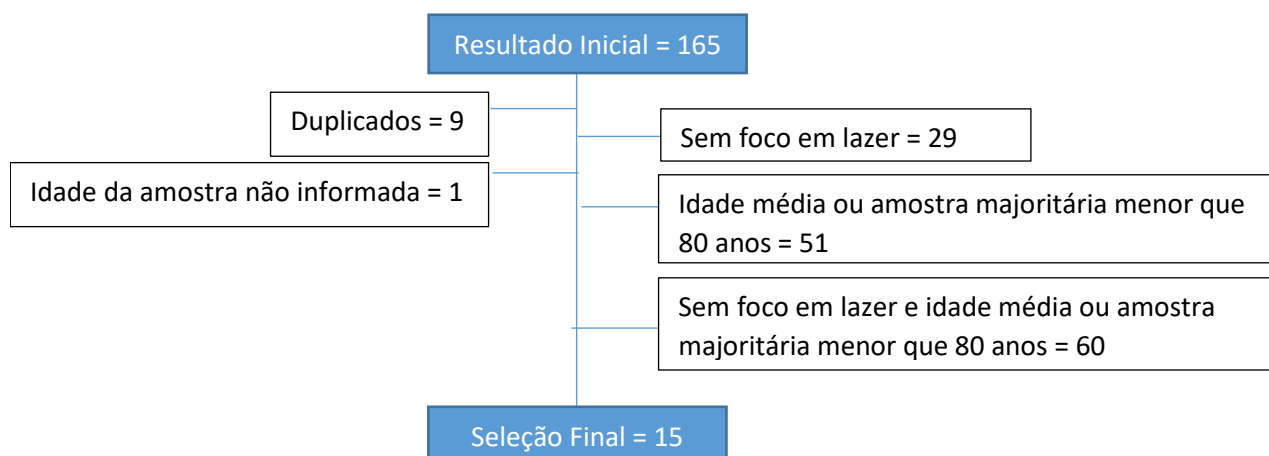
Os processos de combinações e seleção são demonstrados na tabela 1.

Tabela 1. Fontes de Informações, expressões de buscas e resultados de documentos encontrados.

Fonte de Busca	Combinação de Termos	Número de Publicações Encontradas
LILACS	“Idosos de 80 anos ou mais” [Descritor de assunto] and “atividades de lazer” [Descritor de assunto] and “2014” or “2015” or “2016” or “2017” or “2018” or “2019” [País, ano de publicação]	6
Medline	“aged, 80 and over”[MeSH Terms] AND “leisure activities”[Title/Abstract] AND (“2014/07/01”[PDat] : “2019/06/29”[PDat] AND (Portuguese[lang] OR Spanish[lang] OR English[lang])	155
OTSeeker	[Age Group] like ‘Gerontology’ AND [Year Published] = ‘2014’ to 2019 AND [Any Field] like ‘leisure activities’	3
SciELO	idoso de 80 anos ou mais OR (aged, 80 and over) OR (anciano de 80 o más años) AND (atividades de lazer) OR (actividades recreativas) OR (leisure activities) AND year_cluster:(“2015” OR “2017” OR “2018” OR “2016”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)	1
TOTAL DE PUBLICAÇÕES = 165		

A partir disso e através da análise dos critérios de exclusão, obteve-se o fluxo de seleção explanado no fluxograma 1 abaixo.

Fluxograma 1. Etapas de seleção da amostra final.



Resultados

Dessa seleção final, 1 estudo foi encontrado na biblioteca eletrônica *SciELO*, 1 na base de dados LILACS, 1 na *OTSeeker* e os outros 12 resultados estavam indexados na *Medline-Pubmed*. Alguns dados e achados estão expostos na tabela abaixo:

Tabela 2 – Autor (es), Objetivos, Resultados e Origem dos Estudos Elencados

Autor, Ano	Objetivo	Resultados	País
Altintas E; de Benedetto G; Gallouj K; 2016.	Explorar o papel da participação em atividades de lazer na adaptação de idosos a instituições de longa permanência à luz da Teoria da Autodeterminação (SDT) que é uma macro-teoria da motivação humana que distingue três tipos principais de motivação: motivação intrínseca (IM), motivação extrínseca (EM) e falta de motivação.	Sentir-se conectado e seguro nas relações com os outros e integrado como indivíduo ao grupo contribui para melhorar a prática de lazer, a motivação autodeterminada e, finalmente, a adaptação ao ambiente.	França
Castro-Monteiro E et al, 2015.	Analisar os fatores associados à qualidade de vida em idosos institucionalizados com demência, e se essas características diferem pela gravidade da demência.	A capacidade funcional foi significativamente associada à qualidade de vida, assim como nível de escolaridade, atividades de lazer e frequência de visitas. Os fatores associados que diferiram pela gravidade da demência foram o nível de escolaridade para demência moderada e frequência de visitas e quem respondeu ao questionário (profissional vs. membro da família) para demência grave. A QV foi consistentemente associada a sintomas depressivos, capacidade funcional e atividades sociais de lazer. Tratar sintomas depressivos, aumentar as atividades sociais e manter a capacidade funcional pode diminuir a deterioração da QV em idosos institucionalizados com demência.	Espanha
Chao SF, 2014.	Examinar as influências de mudanças nas atividades de lazer intelectuais, sociais e físicas em quatro dimensões dos sintomas depressivos.	Mudanças nas atividades físicas de lazer contribuíram positivamente para os sintomas depressivos. O aumento nas atividades sociais diminuiu os escores de dificuldades interpessoais. O aumento das atividades intelectuais não afetou substancialmente nenhum domínio de sintomas depressivos. Já o declínio nas atividades intelectuais aumentou escores do humor deprimido, sintomas somáticos e dificuldades interpessoais. O engajamento em uma gama variada de atividades beneficia a saúde mental entre os idosos mais do que a participação em nenhum tipo de atividade. A redução das atividades físicas e intelectuais pode reduzir o efeito positivo, sendo o efeito adverso equilibrado pelo aumento das atividades sociais.	China
Cheng ST, 2014.	Examinar os efeitos das atividades cognitivas complexas (mahjong) e físicas (tai chi) sobre a gravidade da demência em residentes de instituições de longa permanência para idosos.	O Mahjong levou a uma melhoria gradual no funcionamento global e a uma taxa pouco mais lenta de progressão da demência ao longo do tempo. O efeito foi generalizado e não específico para cognição ou funcionalidade.	China
Fastame MC; Hitchcott PK; Penna MP; 2017.	Investigar a influência das atividades de lazer no bem-estar psicológico e sintomas depressivos em idosos que vivem na região azul da Sardenha.	A participação em atividades de lazer influenciou positivamente o bem-estar auto percebido e os sintomas depressivos. Houve um impacto diferencial em sub-escalas de bem-estar, e o padrão geral de resultados sugeriu principalmente uma influência nos estados de humor e / ou na regulação emocional.	Itália
Haak M et al, 2018.	Investigar se os aspectos da participação social influenciam a mortalidade entre pessoas de vida simples e muito idosas na Suécia.	Conversar com os vizinhos e seguir a política local teve um efeito protetor sobre a mortalidade, falar com os parentes no telefone e realizar atividades de lazer junto com outros tiveram a influência oposta: aqueles que realizam as últimas atividades tiveram uma probabilidade significativamente maior de morrer mais cedo.	Suécia
Han WJ; Shibusawa T; 2014.	Investigar a trajetória de várias dimensões do estado de saúde entre os idosos chineses em seus últimos anos de vida.	Idosos com status socioeconômico favorecido na infância e que se envolviam regularmente em atividades físicas e/ou de lazer apresentavam bem-estar significativamente mais saudável que os demais em todas as dimensões consideradas. E a participação regular em atividades físicas e/ou de lazer foi associada à lenta deterioração do bem-estar de saúde entre os idosos chineses.	China

Ihle A et al, 2017.	Examinar se os padrões de mediação entre saúde física e bem-estar psicológico por meio da frequência de participação em atividades de lazer eram diferenciais em certas populações, como idosos mais velhos em comparação com os mais jovens, e nos indivíduos que realizavam um número baixo (em comparação com aqueles com alto) de atividades.	A participação em atividades de lazer pode desempenhar um papel fundamental na mediação da relação entre a saúde física e o bem-estar, particularmente nos mais idosos. As descobertas são discutidas com respeito às teorias do envelhecimento bem-sucedido e às diferenças entre o bem-estar físico e psicológico.	Suíça
Köhncke Y et al, 2016.	Investigar o papel da mudança na microestrutura da substância branca a respeito do elo atividades de lazer e cognição.	Observou-se correlações positivas entre mudanças em atividades predominantemente sociais, microestrutura da substância branca e velocidade perceptual. Diferenças interindividuais na mudança na microestrutura da substância branca representaram estatisticamente a associação entre a mudança nas atividades de lazer e a mudança na velocidade perceptual. No entanto, como as análises observacionais de duas ocasiões de medição, a causalidade permanece incerta.	Suécia e Alemanha
Lee Y; Chi I; 2015.	Explorar diferentes domínios das atividades de lazer cognitivas e seus papéis moderadores na relação entre educação e cognição.	Indivíduos com maior envolvimento em atividades literárias e visuoespaciais eram menos propensos ao comprometimento cognitivo do que a comprometimento cognitivo sem demência (CIND). Atividades literárias e anos de educação tiveram um efeito de interação significativo. Indivíduos com ensino superior parecem se beneficiar mais ao se engajar nessas atividades, como evidenciado pela diminuição das chances de ter demência. Indica-se o engajamento em atividades de lazer cognitivo tanto para idosos íntegros cognitivamente quanto para os com comprometimento cognitivo, com mais foco nas atividades literárias para idosos com cognitivo prejudicada e altamente educados.	EUA
Li DM; Li XX; 2016.	Avaliar os efeitos de um programa de recreação popular, baseado nos interesses dos participantes e de acordo com sua cultura tradicional, sobre os sintomas de pessoas com demência.	O programa de recreação popular tem o potencial de melhorar a função cognitiva, a capacidade de vida diária e os sintomas comportamentais e psicológicos dos idosos com demência. As atividades de lazer folclórico, que se inserem no <i>background</i> cultural dos participantes, motivam seus sentimentos e lembranças positivas, podem retardar a progressão da doença e melhorar os sintomas.	China
Nilsen C; Agahi N; Shaw BA; 2017.	Investigar se a associação entre diferentes tipos de atividades de lazer e sobrevivência em idosos não institucionalizados difere por arranjo de vida e gênero.	O nível geral de atividade de lazer não foi significativamente associado à sobrevivência, mas algumas atividades de lazer e associações específicas foram diferentes entre os gêneros e arranjos de vida. Mais especificamente, certas atividades sociais (participação em organizações e visitas a parentes) estavam associadas a uma maior sobrevivência, mas apenas em homens que viviam sozinhos. Nas mulheres, a maioria dos resultados foi estatisticamente não significativa, com a exceção de resolver as palavras cruzadas associadas à maior sobrevivência em mulheres que vivem com alguém.	Suécia e EUA
Ribeiro DKMN et al, 2015	Verificar os fatores socioeconômicos e clínicos que contribuem para a independência funcional dos idosos longevos de uma comunidade.	As variáveis significativas para a independência funcional desses idosos incluíram: permanecer economicamente ativo, praticar atividades físicas e de lazer, ter participação social, consumir frutas, legumes e carne, sendo a orientação para a realização dessas práticas capaz de reduzir a demanda por cuidados e a necessidade de ajuda para as atividades diárias.	Brasil
Sobral M; Pestana MH; Paúl C; 2015.	Avaliar a associação entre reserva cognitiva (RC) e a severidade da Demência de Alzheimer.	A relação entre o nível de <i>Clinical Dementia Rating</i> (CDR) e de RC foi estatisticamente significativa, sendo que este influenciou a severidade da demência, sugerindo que pessoas com DA e maior nível de RC podem ter relativamente menor declínio cognitivo após o diagnóstico.	Portugal
Wang HX et al, 2017.	Averiguar a associação de fatores relacionados à reserva cognitiva ao longo da vida com o risco de demência em uma coorte de idosos da comunidade.	A exposição cumulativa a fatores que aumentam a reserva cognitiva ao longo da vida foi associada à redução do risco de demência no final da vida, mesmo entre indivíduos com predisposição genética para tal.	Suécia, China, Canadá

Discussão

Observa-se, nos estudos, o uso indevido dos termos “atividade de lazer”, “atividade física” e “exercício” tanto pela tradução dos termos quanto pelas diferentes concepções de lazer de acordo com diferentes profissões e culturas. Todavia, estes são conceitos distintos.

O conceito de lazer já foi previamente apresentado e as descrições clássicas de Caspersen et al (1985) definem atividade física como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resultem em gasto energético”, e o exercício físico como um subgrupo das atividades físicas, que é planejado, estruturado e repetitivo, tendo como propósito a manutenção ou a otimização do condicionamento físico.

Sendo assim, após seleção dos estudos que abordaram o lazer em conformidade com o objetivo deste trabalho, foram encontrados artigos desenvolvidos na América do Norte, América do Sul, Europa e Ásia, o que garante uma abrangência em relação à cultura, aspectos econômicos e sociais, e demonstra uma preocupação com essa população de idosos longevos devido ao crescimento desta parcela populacional.

Nesse contexto, as atividades de lazer se destacam pela importância na prevenção e promoção de saúde, além de redução dos custos despendidos para seu tratamento ao preveni-las e/ou retardar seu avanço. Wang et al (2017), por exemplo, identificaram que estas atividades aumentam a reserva cognitiva e reduzem o risco de demência mesmo quando iniciadas tardiamente, ou seja, após os 75 anos. Já Sobral et al, Castro-Monteiro et al, Al-tintas et al, Fastame et al (2015, 2016, 2017, 2018) apontam que a gravidade dos quadros demenciais é atenuada através do lazer, que também é capaz de influenciar positivamente a capacidade funcional e qualidade de vida de idosos longevos, assim como melhorar o nível de adaptação destes a instituições de longa permanência.

Ainda, outra pesquisa afirma que ser fisicamente ativo e engajado em atividades de lazer leva ao melhor bem-estar psicológico, menor probabilidade de ter doenças crônicas e dependência nas atividades de vida diária (AVD), e um ritmo mais lento de comprometimento cognitivo ao longo do tempo, gerando um impacto positivo também em relação ao impacto social e familiar (HAN & SHIBUZAWA, 2015).

Além disso, segundo Chao (2014), optar por atividades que sejam cognitivamente estimulantes e que tenham estímulos diferentes resultaram em ainda mais benefícios. Isso nos alerta para a relevância de oferecer e incentivar atividades significativas e apropriadas para a capacidade e potencialidade de cada indivíduo.

Vale ressaltar, ainda, que os efeitos benéficos parecem ser variáveis de acordo com o sexo, estado civil e condição de coabitação. Por exemplo, solucionar palavras cruzadas foi associado a maior sobrevivência em mulheres que moravam com alguém, mas não para as que viviam sozinhas. Isso se deve talvez à estimulação cognitiva e, especialmente, à socialização uma vez que esses estudiosos defendem que a participação em atividades

de lazer pode ser particularmente importante para a sobrevivência de idosos que moram sozinhos ao auxiliar na superação das desvantagens sociais associadas a esse arranjo de vida (NILSEN, AGAHI & SHAW, 2017).

Para compreender separadamente os benefícios dessa ocupação que compreende tantas atividades, mas não considerando as variáveis socioeconômicas e pessoais citadas acima, muitos dos estudos encontrados a subdividiram em categorias, que foram elencadas, organizadas e demonstradas na tabela abaixo (CHAO; SOBRAL et al; CASTRO-MONTEIRO et al; FASTAME et al; 2014, 2015, 2017, 2018):

Tabela 3 – Categorização de Atividades de Lazer

Categorias	Atividades
Intelectual/Mental	Assistir televisão, ler jornal ou livro, jogar xadrez
Social	Conversar, jogar cartas com outras pessoas, visitar amigos
Física	Caminhar, dançar
Recreativa	Assistir televisão ou filme
Cultural	Pintar, estudar, tocar um instrumento musical
Produtiva	Limpar a casa, fazer jardinagem, crochê
Ativa	Exercitar-se, dançar
Passiva	Assistir televisão, ouvir músicas
Externa	Atividades recreativas, culturais e ativas com outras pessoas ou não
Interna	Fisicamente pouco exigentes, não necessariamente solitárias, como ler, assistir televisão, conversar com amigos

A tabela 3 demonstra como as atividades são divididas pela literatura, porém se considerarmos que os indivíduos atribuem diferentes significados a suas ações e, assim, têm diferentes concepções acerca do lazer, estas se tornam meramente didáticas, embora seja a partir dessa distinção que os efeitos do engajamento de idosos longevos no lazer foram estudados, por vezes, estimulando atividades de classificações diferentes separadamente. “Assistir televisão”, por exemplo, foi classificado como uma atividade intelectual/mental e recreativa de acordo com diferentes estudos, pois o idoso pode realizá-la com intuito de adquirir informações através de jornais e outros programas e/ou de recreação, distração, diversão.

Respeitando, porém, essa classificação didática, observou-se que: o incremento de atividades sociais causa melhora do afeto positivo, redução do afeto deprimido e das dificuldades interpessoais, podendo elevar o apoio social; o declínio das atividades intelectuais gera o aumento do afeto depressivo, sintomas somáticos e dificuldades interpessoais; a redução das atividades físicas eleva sintomas somáticos e diminui o afeto positivo; a realização de atividades de lazer passivo e social melhoram o bem-estar auto percebido inclusive para aqueles com capacidade física limitada. (CHAO, 2014).

Ou seja, não só a inclusão de atividades de lazer teve impacto para os idosos longevos, como também a privação de algumas destas, levando a perdas que podem, porém,

ser compensadas pela realização de outras categorias de lazer. (NILSEN et al; FASTAME et al; 2017, 2018).

Esse dado é especialmente importante, já que muitos indivíduos com problemas de saúde, como é o caso de grande parcela dessa população longaeva, são menos propensos a se engajarem em maior número de atividades de lazer. Como uma solução, Ihle (2017) sugere como estratégia realizar atividades alternativas e/ou aumentar a frequência das que ainda são capazes de serem realizadas em face das limitações de saúde para compensar essas restrições.

Essa queda no engajamento do lazer foi ainda mais notada em relação às atividades mais exigentes fisicamente, havendo substituição pelo chamado lazer passivo como forma de compensar sua perda de funcionamento físico e mental. (CHAO, 2014).

Este achado corrobora outros estudos que encontraram idosos longevos majoritariamente sedentários (77%), tendo como principais atividades de lazer assistir à televisão, realizar serviços domésticos e trabalhos manuais, dormir, receber visitas, conversar – todas realizadas no próprio domicílio e, desse modo, favorecendo o sedentarismo e o isolamento social. (PEREIRA et al; STREIT et al, 2015).

Isso provavelmente ocorre porque, como demonstrado por Navarro et al (2015), 22,5% dos idosos longevos não saem de casa semanalmente devido principalmente à falta de segurança e acessibilidade (degraus, rampas íngremes) de ambientes públicos e dificuldade de locomoção, seja por transporte coletivo ou privado, reforçando esse quadro.

Nesse contexto, a OMS, em 2018, também alerta para a importância de ambientes facilitadores que permitam a realização de atividades importantes para as pessoas, apesar da perda de funcionalidade. Para tanto, prédios, espaços e transportes públicos devem ser seguros e acessíveis.

Em consonância com esse apontamento da OMS, o Programa “Cidade Amiga do Idoso” foi desenvolvido com intuito de estimular o envelhecimento ativo ao otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que elas envelhecem e estando intimamente relacionado às possibilidades de realização de atividades de lazer.

Para sua formulação, foram entrevistados 1500 idosos e 750 cuidadores e prestadores de serviços neste projeto global sobre como os espaços públicos, edificações, sistema de transporte e condições de moradia da cidade contribuem para uma mobilidade segura, um comportamento saudável, a participação social ou, caso ajam como barreiras, para um isolamento, inatividade e exclusão social.

Dentre os apontamentos, alguns foram existirem bancos e banheiros públicos em número suficiente, meios-fios rebaixados e rampas de acesso a prédios, sinais de trânsito em cruzamentos de pedestres com tempo suficiente para a travessia, prédios e residências livres de obstáculos, meios informativos e tecnologias da comunicação adaptados para

atender às diferentes necessidades intelectuais e culturais, com serviços de transporte e infraestrutura conectados com oportunidades de participação social, cívica e econômica. (OMS, 2008).

Entretanto, por meio de entrevistas com gestores brasileiros de diferentes setores, idades e formações, percebeu-se a falta de conhecimento dos mesmos sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), que funciona como um norte para a elaboração, execução e, assim, disponibilidade de ações e espaços que contemplem as necessidades da população idosa. (REIS, KOETZ & PÉRICO, 2016).

Esse desconhecimento atua, portanto, como um empecilho para a efetivação de uma cidade amiga do idoso, que só é possível através de uma abordagem integrada, centrada na forma como os idosos vivem, sendo esta também uma cidade amiga de todos ao favorecer a promoção e prevenção de saúde e promover a prática de lazer a todos, resultando em benefícios gerais.

Conclusão

A partir dos dados reunidos e explanados, nota-se uma preocupação crescente com a população de idosos longevos, mas ainda estudos incipientes a respeito do lazer, que, assim como o sono/descanso são ocupações subjugadas em nossa sociedade hospitalocêntrica e com foco curativista.

Todavia, as pesquisas existentes confirmaram a importância do lazer em diversos contextos e ambientes, assim como para os diferentes perfis de idosos longevos, sejam eles cognitivamente comprometidos ou não, dependentes ou independentes, fisicamente ativos ou não.

Dessa maneira, cabem aos profissionais especialistas conscientizarem idosos, seus familiares e cuidadores sobre a relevância do envolvimento em atividades de lazer, educando-os quanto a seus benefícios a curto e longo prazo, assim como pregarem essa prática em seus ambientes de trabalho, lembrando que nunca é tarde para iniciar a mudança de hábitos e rotinas.

Também, destaca-se a importância da conscientização dos agentes políticos sobre as reais necessidades e desejos dessa população em questão para que haja a formulação e execução de políticas públicas que favoreçam e permitam o engajamento dos idosos longevos no lazer através de criação de espaços acessíveis e programas adequados à heterogeneidade desta parcela populacional uma vez que o engajamento em atividades de lazer está relacionado a condições macroestruturais.

Referências

- ALTINTAS, Emin; De BENEDETTO, Giorgio; GALLOUJ, Karim. Adaptation to nursing home: The role of leisure activities in light of motivation and relatedness. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Amsterdã, v. 70, p. 8-13, mai-jun. 2017. DOI <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.12.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494316303090?via%3Dihub>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- CASPERSEN, Carl J; POWELL, Kenneth E; CHRISTENSON, Gregory M. Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, Washington, v. 100, n. 2, p. 127-131, abr. 1985. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>. Acesso em: 12 out. 2019.
- CASTRO-MONTEIRO, Emilia *et al.* Quality of life of institutionalized older adults by dementia severity. *International Psychogeriatrics*, San Diego, v. 28, n. 1, p. 83-92, 1 jan. 2016. DOI <https://doi.org/10.1017/S1041610215000757>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/quality-of-life-of-institutionalized-older-adults-by-dementia-severity/7ECD00FC87865FC17AE9B4E6B0D5596D>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- CHAO, Shiao-Fang. Changes in Leisure Activities and Dimensions of Depressive Symptoms in Later Life: A 12-Year Follow-Up. *The Gerontologist*, Londres, v. 56, ed. 3, p. 397-407, 1 jul. 2014. DOI 10.1093. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/56/3/397/2605559>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- CHENG, Sheung-Tak *et al.* Can leisure activities slow dementia progression in nursing home residents? A cluster-randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, San Diego, v. 26, n. 4, p. 637-643, 1 abr. 2014. DOI <https://doi.org/10.1017/S1041610213002524>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/can-leisure-activities-slow-dementia-progression-in-nursing-home-residents-a-clusterrandomized-controlled-trial/F6739459F8B10CA7C9CB111DAFE1F7F5>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- FASTAME, Maria Chiara; HITCHCOTT, Paul Kenneth; PENNA, Maria Pietronilla. The impact of leisure on mental health of Sardinian elderly from the 'blue zone': evidence for ageing well. *Aging Clinical and Experimental Research*, Suíça, v. 30, n. 2, p. 169-180, mai. 2018. DOI <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0768-x>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40520-017-0768-x>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- HAAK, Maria *et al.* The influence of participation on mortality in very old age among community-living people in Sweden. *Aging Clinical and Experimental Research*, Suíça, v. 31, n. 2, p. 265-271, abr. 2018. DOI <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0947-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40520-018-0947-4>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- HAN, Wen-Jui; SHIBUZAWA, Tazuko. Trajectory of physical health, cognitive status, and psychological well-being among Chinese elderly. *Elsevier*, Amsterdã, v. 60, n. 1, p. 168-177, 1 fev. 2015. DOI 10.1016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494314001526?via%3Dihub>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- IHLE, Andreas *et al.* The role of leisure activities in mediating the relationship between physical health and well-being: Differential patterns in old and very old age. *Karger: Gerontology*, Suíça, v. 63, n. 6, p. 560-571, out. 2017. DOI <https://doi.org/10.1159/000477628>. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/477628>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- KÖHNCKE, Ylva *et al.* Three-year changes in leisure activities are associated with concurrent changes in white matter microstructure and perceptual speed in individuals aged 80 years and older. *Neurobiology of Aging*, v. 41, p. 173-186, mai. 2016. DOI <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2016.02.013>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197458016001688?via%3Dihub>. Acesso em: 15 nov. 2019.

LEE, Yura; CHI, Iris. Do cognitive leisure activities really matter in the relationship between education and cognition? Evidence from the aging, demographics, and memory study (ADAMS). *Journal Aging & Mental Health*, Londres, v. 20, n. 3, p. 252-261, fev. 2015. DOI <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1011081>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2015.1011081?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 10 nov. 2019.

LI, Dong-mei; LI, Xiao-xue. The effect of folk recreation program in improving symptoms: a study of Chinese elder dementia patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Londres, v. 32, n. 8, p. 901-908, 27 jun. 2016. DOI <https://doi.org/10.1002/gps.4543>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.4543>. Acesso em: 20 nov. 2019.

NAVARRO, Joel Hirtz do Nascimento et al. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 461-470, fev 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.03712014>. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200461#. Acesso em: 10 nov. 2019.

MENOIA, Thelma Regina Marialva. *Lazer: história, conceitos e definições*. 2000. 22f. Monografia (Graduação em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000325119>. Acesso em: 12 out. 2019.

NILSEN, Charlotta; AGAHI, Neda; SHAW, Benjamin. Does the association between leisure activities and survival in old age differ by living arrangement? *Journal of Epidemiology & Community Health*, Londres, v. 72, n. 1, p. 1-6, out. 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2017-209614>. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/72/1/1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guia Global: Cidade Amiga do Idoso. Genebra, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>. Acesso em: 02 nov 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Demencia: Una prioridad de salud publica. Washington, 2013. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/es/. Acesso em: 02 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envejecimiento y salud. fev. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>. Acesso em: 02 nov. 2019.

PEREIRA, Letice de Freitas et al. Retrato do perfil de saúde-doença de idosos longevos usuários da atenção básica de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 649-655, nov. 2015. DOI <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.5069>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5069/15613>. Acesso em: 20 nov. 2019.

REIS, Cássia Letícia; KOETZ, Lydia Christmann Espíndola; PÉRICO, Eduardo. Política Nacional do Idoso: Percepção dos gestores e perfil dos idosos de um município de pequeno porte. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 496-505, nov. 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40849609005>. Acesso em: 10 nov. 2019.

RIBEIRO, Dâmárys Kohlbeck de Melo Neu et al. Contributory factors for the functional independence of oldest old. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 89-96, fev. 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100089&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2019.

SOBRAL, Margarida; PESTANA, Maria Helena; PAUL, Constança. Cognitive reserve and the severity of Alzheimer's disease. *Revista Arquivo de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 73, n. 6, p. 480-486, Jun 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20150044>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2015000600480&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2019.

SOUZA, Mônica Macedo et al. Prevalência e fatores associados à inatividade física geral e no lazer em idosos residentes em áreas rurais. *Revista Arquivo de Ciências do Esporte*, Uberaba, v. 1, n. 2, p. 81-88, mai. 2015. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/aces/article/view/400>. Acesso em: 10 nov. 2019.

STREIT, Inês Amanda et al. Nível de atividade física e hábitos no lazer de idosos centenários. *Revista Kairós: Gerontologia*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 165-177, dez. 2015. ISSN 2176-901X. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/27746/19585>. Acesso em: 20 nov. 2019.

WANG, Hui-xin; MCDONALD, Stuart; DEKHTYAR, Serhiy; FRATIGLIONI, Laura. Association of life-long exposure to cognitive reserve-enhancing factors with dementia risk: A community-based cohort study. *Public Library of Science*, Califórnia, v. 14, n. 3, p. 01-17, 14 mar. 2017. DOI 10.1371/journal.pmed.1002251. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349652/>. Acesso em: 20 nov. 2019.

Direitos Humanos e pessoa idosa: por uma convenção que proteja



Jurilza Maria Barros de Mendonça

Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento, aprovado na II Assembleia Mundial para o Envelhecimento.

A importância de uma Convenção

Este artigo trata das normativas internacionais e da importância de uma Convenção de Proteção dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, bem como aborda as razões de tantos países dificultarem sua ratificação, de modo a viabilizar uma regulamentação internacional vinculante que atenda a essa crescente parcela da população.

Para se aquilatar adequadamente a relevância do aprimoramento da regulamentação internacional da proteção ao idoso, deve-se levar em consideração os documentos internacionais existentes sobre o tema e o seu resultado prático no que tange à adoção de medidas e políticas públicas que atendam a esse segmento populacional. Os três principais atos internacionais são o Plano de Ação Internacional de Viena sobre Envelhecimento, resultado da I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento realizada em 1982; os Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, oriundos da Resolução 46/91 das Nações Unidas; e o Plano de

Essas normativas, muito embora de *soft law*, trouxeram orientações e diretrizes fundamentais para a proteção dos direitos humanos dessa população, definindo três linhas prioritárias para o atendimento desse objetivo no Plano de Madri. São elas: pessoas idosas e desenvolvimento, saúde e bem-estar na velhice, e entorno propício e favorável.

Estabelecidas essas linhas de ação, foram realizadas Conferências Regionais em várias regiões do globo para dar seguimento ao Plano de Madri. No caso da América Latina e do Caribe, foram coordenadas pela Comissão Econômica para América Latina e pelo Caribe –CEPAL, em conjunto com o governo local da sede do evento. Foram realizadas no total quatro reuniões, sendo a primeira em Santiago do Chile, de 19 a 21 de novembro de 2003. Como resultado,

nessa ocasião, foi acordada pelos países participantes a estratégia regional de implementação do Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento. Essa estratégia estabelece metas, objetivos e

recomendações para ações em favor das pessoas idosas em cada uma das três linhas prioritárias acordadas no Plano de Madri, destacando-se a que se refere ao cuidado (MENDONÇA, 2016, p. 98).

A segunda Conferência, denominada de Madri +5, teve como tema “Uma sociedade para todas as idades” e foi realizada em Brasília nos dias 4 a 6 de dezembro de 2007. O evento teve como fruto a “Declaração de Brasília”, que contém em seu bojo, nos artigos 25 e 26, as seguintes afirmações de relevância inequívoca:

Acordamos solicitar aos países membros do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas que avaliem a possibilidade de designar um relator especial encarregado de velar pela promoção e proteção dos direitos humanos das pessoas idosas; 26. Comprometemo-nos a realizar as consultas pertinentes com nossos governos para incentivar a elaboração de uma convenção sobre os direitos humanos das pessoas idosas no seio das Nações Unidas (Declaração de Brasília, 2007).

Nessa ocasião, o Governo brasileiro apresentou, em seu informe por intermédio da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH), os avanços a partir da aplicação das Estratégia Regional de Implementação do Plano de Madri para América Latina e o Caribe. Desse modo, salientou-se, em relação à I Conferência,

seus avanços que indicavam a promoção do fortalecimento das instâncias de controle democrático (Conselhos de Direito) por meio das seguintes ações: elaboração do Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa; promoção de audiências públicas sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos; realização de cursos e oficinas de capacitação de conselheiros; promoção de cursos de capacitação de recursos humanos para profissionais que lidam com a população idosa; estímulo à integração e à articulação dos Conselhos de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa nos três níveis de governo nacional, estadual municipal e do Distrito Federal (BRASIL, 2007, *apud* Mendonça, 2016, p. 106).

Além dessas medidas, o Brasil apresentou ainda alterações normativas de grande relevância, como o Estatuto do Idoso – Lei 10.741/2003; a Lei nº11.433 de 2006, instituiu o Dia Nacional do Idoso, em conformidade com o Dia Internacional do Idoso, comemorado em 1º de outubro, conforme estabelecido pelas Nações Unidas; e, ainda, a regulamentação da Lei de Acessibilidade pelo Decreto 5.934/2006; a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; a RDC 283, que dispõe sobre normas técnicas que definem padrões de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs. Outra grande conquista foi a aprovação da Política de Saúde para a Pessoa Idosa, por meio da Portaria 2.529/2006, do Ministério da Saúde.

Além disso, foram realizadas parcerias com o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA para a realização de estudos e pesquisas sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs no Brasil, de modo a obter publicações com a finalidade de subsidiar as capacitações realizadas de forma descentralizada nos Estados e Distrito Federal.

A terceira Conferência, denominada Madri +10, foi realizada em São José da Costa Rica, no ano de 2012, resultando dela a Carta de São José sobre os direitos das pessoas idosas da América Latina e do Caribe. E de 27 a 30 de junho de 2017, foi realizada a IV Conferência Madri +15, cujo tema foi “Construindo Sociedades Inclusivas: Envelhecimento com Dignidade e Direitos”, em Assunção, Paraguai. Dela se originou a Declaração de Assunção.

Tem-se então que os referidos instrumentos normativos internacionais representaram uma orientação e um estímulo à implantação de políticas públicas para o idoso, demonstrando que, mesmo quando não vinculantes ou cogentes, o estabelecimento de acordos e diretrizes entre nações tem o condão de promover a realização de direitos e a adoção de políticas públicas.

Entretanto, se as Conferências realizadas foram de fundamental importância para o aprimoramento nos cuidados com o idoso, também restou claro que avanços mais significativos demandam um documento de caráter vinculante de âmbito internacional, visando assegurar os direitos humanos das pessoas idosas. Tanto é assim que

em março de 2008, em Buenos Aires por ocasião da 11ª Reunião de Altas Autoridades de Direitos Humanos e Chancelarias do Mercosul e Membros Associados, foi realizado o seminário regional “Idosos: Discriminação, Direitos Humanos e Políticas Públicas”. Nessa ocasião, os países participantes concordaram em estudar a possibilidade de fazer uma declaração de apoio do Mercosul à criação de uma Convenção sobre os Direitos das Pessoas Idosas (MENDONÇA, 2016, p. 108).

E ainda, de acordo com Mendonça (2008), em junho de 2008, em Santo Domingo-República Dominicana, por ocasião do XXXII Período de Sessão da Comissão Econômica para América Latina e o Caribe – CEPAL, foi aprovada a Resolução 644, ratificando a Declaração de Brasília. Nesse mesmo evento, a Secretaria Executiva da própria CEPAL solicitou assessoramento técnico para dar seguimento à Declaração de Brasília e discutir o tema da Convenção.

Os caminhos para uma Convenção

A primeira reunião de seguimento da Declaração de Brasília foi realizada com apoio da CEPAL nos dias 16 e 17 de setembro de 2008 na cidade do Rio de Janeiro, com a participação de 13 países da América Latina e o Caribe, além de Portugal e Espanha. Essa reunião foi organizada pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH e pelo Ministério das Relações Exteriores – MRE, com apoio do Centro Latino-Americano e Caribenhos de Demografia – CELADE / Divisão de População da CEPAL, e do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA.

Por ocasião dessa reunião, a Associação dos Membros do Ministério Público de Defesa do Idoso e Pessoas com Deficiência – AMPID apresentou uma minuta da Convenção de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, que foi repassada para a representante do Governo da Argentina, com o objetivo de dar continuidade às discussões.

Em maio de 2009, o governo argentino realizou a segunda reunião de seguimento da Declaração de Brasília, contando com o apoio da CEPAL, do CELADE e da UNFPA e com a participação de 22 países da América Latina, Caribe e Europa. O resultado dessa reunião foi apresentado “pelo governo argentino ao Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas e dos Estados Americanos, sob forma de documento que tinha como principal justificativa a necessidade de uma Convenção” (MENDONÇA, 2016, p. 11).

Nas discussões sobre a Convenção transpareceu a importância de um documento vinculante que tratasse e declarasse os direitos das pessoas idosas, inclusive para se contrapor à crescente adoção de políticas que, em nome da austeridade, vem arrefecendo a aplicação de medidas que assegurem dignidade de vida aos cidadãos, expondo com mais força os grupos de maior vulnerabilidade, dentre os quais os idosos se destacam.

Nesse aspecto, o Brasil revela-se como um exemplo que, com pequenas dissonâncias, expressa a realidade vivida por praticamente todos os países latino-americanos. Em que pese a Constituição de 1988 ter instituído avanços previdenciários significativos – com a elevação da seguridade ao *status* de direito social e sua extensão ao homem e à mulher do campo e a toda sua família – a vinculação do valor dos benefícios previdenciários ao salário mínimo, a instituição do Benefício de Prestação Continuada às pessoas idosas e com deficiência, a ampliação do acesso a benefícios às mulheres, o estabelecimento da isonomia entre os gêneros quanto ao acesso à pensão por morte –, pressões políticas e econômicas impuseram limitações significativas a essas conquistas da sociedade.

Salta aos olhos, nesse sentido, o acirramento de pressões políticas e econômicas para limitar esses direitos, bem como o fato de que não diminuíram as diferenças protetivas agudizadas pela regulamentação, gestão e financiamento dos diferentes regimes previdenciários: Regime Geral de Previdência Social (RGPS); Regime Próprio de Previdência Social (RPPS); Regime de Previdência Complementar (RPC) via Previdência Privada por meio dos Fundos de Pensão (ABIGALIL, 2019).

As questões previdenciárias são sempre o cerne da proteção ao idoso. Se por um lado, é ela o principal elemento de subsistência, por outro também costuma ser uma das maiores rubricas orçamentárias, o que fomenta debates acalorados e, não raro, decisões fraticidas. Costumam, os defensores de políticas restritivas, desconsiderar que, sendo uma política de natureza contributiva quadripartite financiada pelo governo, empregador e empregado e por toda a sociedade, a previdência social é um investimento social que retira milhões da pobreza, ameniza o fenômeno da desigualdade social e movimenta a economia (ABIGALIL, 2019).

Quanto a isto, tanto as Conferências como as reuniões da sociedade civil têm sido um espaço bastante profícuo para discussões produtivas. Nesse sentido, nos dias 5 e 6 de outubro de 2009, o governo chileno, a CEPAL, a CELADE, a Organização Pan-Americana de Saúde –OPS, o UNFPA, a Organização Ibero-americana de Seguridade Social – OISS e a Rede Intergovernamental Ibero-americana de Cooperação Técnica – RIICOTEC organizaram a III Reunião de Seguimento da Declaração de Brasília, em Santiago do Chile.

Nesse evento, de acordo com Mendonça (2016), e em conjunto, a representação de 24 países da região discutiu a minuta da Convenção, incumbindo a CEPAL da tarefa de traçar estratégias para dar continuidade aos artigos 24 e 25 da Declaração de Brasília e elaborar conteúdos que deveriam constar desde uma perspectiva da América Latina e o Caribe.

Vale salientar que esta autora participou, em fevereiro de 2008, da Reunião de Desenvolvimento Social das Nações Unidas, e em articulação com a Missão do Brasil junto às Nações Unidas, propôs uma reunião com países da América Latina e o Caribe para sondar a viabilidade de uma Convenção, sendo a proposta encaminhada para consulta dos governos sobre o tema.

No âmbito das Organizações dos Estados Americanos – OEA, por ocasião da 5ª Conferência das Américas, realizada em abril de 2009, em Trinidad e Tobago, foi assinada a Declaração de Porto Espanha, com apoio da CEPAL e OPS (OEA, 2009), para examinar as possibilidades de se elaborar uma Convenção sobre os Direitos da Pessoa Idosa.

Por ocasião do XXXIX Período Ordinário de Sessões da OEA, realizado em San Pedro Sula, Honduras, em junho de 2009, ficou assentado, dentre as deliberações, que se estabelecesse uma sessão especial com representantes da sociedade civil, acadêmicos e organismos internacionais. O objetivo era estudar possibilidades da elaboração de uma Convenção Interamericana sobre os Direitos das Pessoas Idosas.

Foram amplas as discussões no âmbito da OEA e várias resoluções foram aprovadas, inclusive a criação de um Grupo de Trabalho com o objetivo de negociação formal do Projeto de Convenção Interamericana dos Direitos da Pessoa Idosa, no segundo semestre de 2013. Todo esse movimento culminou com a abertura do processo formal de negociação do Projeto de Convenção Interamericana sobre os Direitos Humanos das Pessoas Idosas.

Em dezembro de 2012, a Organização das Nações Unidas – ONU criou um Grupo de Composição Aberta, por intermédio da Resolução 65/182 da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, com o objetivo de impulsionar o Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, visando aumentar a proteção dos direitos humanos da pessoa idosa.

Como esta autora participou de várias reuniões do GT de composição aberta em Nova Iorque, presenciou muitas discordâncias em relação a se produzir um documento de caráter vinculante. Canadá, Estados Unidos, União Europeia e Japão sempre se posicionaram contra o documento de caráter vinculante, adotando a posição no sentido de implementar o Plano de Madri.

Em várias reuniões que foram realizadas anualmente, alguns países apresentaram suas legislações e ações em prol das pessoas idosas. A segunda reunião do GT concentrou-se na análise dos direitos econômicos, sociais e culturais das pessoas idosas, apresentando vários painéis temáticos que abordavam discriminação, saúde, proteção social das pessoas idosas, porém todos contemplando os direitos humanos das pessoas idosas.

Os países periféricos, como os da América Latina e o Caribe, sempre se posicionaram a favor da instituição de uma Convenção, porém os países desenvolvidos não veem necessidade de uma convenção, mas sim colocar em prática o Plano de Madri.

Nota-se uma certa insensibilidade à dinâmica do envelhecimento em países em desenvolvimento. Enquanto, por exemplo, os países europeus levaram um século para envelhecer, tendo enriquecido antes disso, o Brasil levou três décadas para entrar em fase adiantada nesse processo, superando significativamente as projeções demográficas existentes. Enquanto se previa que apenas em 2025 o Brasil teria 32 milhões de pessoas com 60 anos e mais de idade, já em 2017 havia atingido o total de 30,2 milhões de pessoas nessa condição (PNAD, 2017).

Assim, em que pese ainda haver resistência, o processo negocial e de convencimento segue em curso. Nesse sentido, ressalte-se a intensa participação da sociedade civil que realizou, paralelamente à Conferência Madri +15, a Reunião da Sociedade Civil sobre Envelhecimento Madri +15, cujo tema foi “Os Direitos Humanos das Pessoas Idosas Aqui e Agora”, realizada em Ypacaraí, Paraguai, de 24 a 27 de junho de 2017, da qual resultou a Declaração de Ypacaraí.

No âmbito da América Latina e do Caribe, as reuniões realizadas sempre foram coordenadas pela Rede CORV– Coordenação Regional de Organismos da Sociedade Civil da América Latina e o Caribe sobre Envelhecimento e Velhice.

A insistência em uma Convenção, com caráter vinculante, é para fomentar que todos os países deem cumprimento às medidas acordadas. As Conferências Regionais, que são importantes para uma avaliação de âmbito regional do Plano de Madri sobre Envelhecimento, têm demonstrado lacunas de seguimento do plano por parte de algumas nações. De qualquer forma, enquanto não concluído esse processo, permanecem as tratativas com a elaboração de novos documentos que se somam ao longo processo que é o de assegurar os direitos do idoso.

O GT da OEA aprovou, em setembro de 2013, o Plano de Trabalho sobre a proteção dos direitos humanos da pessoa idosa que, de acordo com Mendonça (2016), serviu como marco geral para as atividades do grupo durante o período de 2013-2014, podendo ter sido incorporadas as modificações que eram requeridas durante os trabalhos para assegurar os melhores resultados. Vale salientar que o GT foi coordenado de forma muito competente pela representante da Argentina junto à OEA.

Uma das grandes conquistas da Declaração de Brasília no âmbito das Nações Unidas foi a aprovação pelo Conselho de Direitos Humanos, no seu 24º período de sessão, da Resolução 20/24(A/HRC/24/L.37/Ver.1). A Resolução foi apresentada pelo governo da Argentina e teve a aprovação de vários países, dentre eles o Brasil, com a nomeação por três anos de um especialista independente para zelar pelos direitos humanos da pessoa idosa.

Nos dias 30 e 31 de julho e 1º de agosto de 2013, durante o 5º período de sessão do GT de composição aberta na sede das Nações Unidas em Nova Iorque, a chilena Rosa Kornfeld foi nomeada especialista independente do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas. Sua função era avaliar os instrumentos de direitos humanos existentes que contemplassem a pessoa idosa (MENDONÇA, 2016).

Nesse mesmo período de sessão, o Brasil fez uma exposição sobre o Estatuto do Idoso, que assegura direitos às pessoas idosas, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, como um exemplo da atuação da sociedade civil no controle do acompanhamento e da implementação das políticas públicas destinadas às pessoas idosas.

Esses passos foram fundamentais para a evolução do processo dirigido para que se tivesse uma Convenção voltada aos idosos. Saliente-se, nesse aspecto, que a Organização dos Estados Americanos não poupou esforços e continuou com afinco seu empenho para aprovação de um documento juridicamente vinculante de proteção às pessoas idosas. Desse modo, aprovou, em 8 de maio de 2015, pela Comissão de Assuntos Jurídicos e Políticos, o Projeto de Convenção Interamericana de Proteção dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa.

Assim, durante o Quadragésimo Quinto Período Ordinário de Sessões da OEA, ocorrido em 15 e 16 de junho de 2015, sob a AG/doc.5493/15 corr.1, em Washington, DC, foi alcançada a grande conquista da aprovação da Convenção Interamericana de Proteção dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa. O Brasil destacou-se dentre os primeiros países da América Latina e o Caribe a assinarem o documento.

A referida Convenção em seu Artigo 1º assim dispõe:

OBJETIVO, ÂMBITO DE APLICAÇÃO E DEFINIÇÕES

Artigo 1º Objetivo e âmbito de aplicação - O objetivo da Convenção é promover, proteger e assegurar o reconhecimento e o pleno gozo e exercício, em condições de igualdade, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais do idoso, a fim de contribuir para sua plena inclusão, integração e participação na sociedade. O disposto na presente Convenção não deve ser interpretado como uma limitação a direitos ou benefícios mais amplos ou adicionais reconhecidos pelo direito internacional ou pelas legislações internas dos Estados Partes em favor do idoso. Se o exercício dos direitos e liberdades mencionados nesta Convenção não estiver garantido por disposições legislativas ou de outro caráter, os Estados Partes se comprometem a adotar, segundo seus procedimentos constitucionais e as disposições desta Convenção, as medidas legislativas ou de outro caráter necessárias para tornar efetivos tais direitos e liberdades (BRASIL, 2015, p. 3).

Situação atual do Brasil em relação a Convenção

Embora o Brasil tenha assinado a Convenção, ainda não foi concluído o processo de ratificação, estando, desta forma, carente de vigência no país.

Em 18 de outubro de 2017, a Mesa Diretora da Câmara assim dispõe no Despacho exarado no Requerimento n. 7878/2017: “Há número suficiente de assinaturas no Requerimento n. 7.878/2017. Submeta-se ao Plenário, nos termos da decisão em questão de Ordem n. 230/2007. Publique-se”. E em 7 de fevereiro de 2018, o Requerimento foi enviado para ser apresentado ao Plenário; mas até o presente momento, infelizmente nada avançou, a não ser os projetos de interesse dos parlamentares.

Esse fato retirou da sociedade um instrumento fundamental para a tutela dos direitos da população idosa. Com efeito, tivesse a Convenção validade cogente, além de se terem evitado retrocessos significativos, ter-se-iam avanços marcantes no que tange aos cuidados da população de idade mais avançada. Quanto à efetivação desse direito, salta aos olhos a resistência do governo brasileiro, ao mesmo tempo em que pretende explorar politicamente essa parcela da população.

No Governo Temer, foi sancionada a Lei nº 13.646/2018, que dispõe sobre o Ano de Valorização da Pessoa Idosa, isso em alusão à Convenção. Ora, não seria melhor ratificá-la? Fica evidente, portanto, o descompromisso do governo com esse segmento populacional, ao mesmo tempo em que explora politicamente esse contingente cada vez maior da população. Ou seja, ao mesmo tempo em que se fala de “valorização da pessoa idosa”, aprova-se uma reforma previdenciária que restringe ainda mais as condições de subsistência da população, chegando a reduzir em 40% a remuneração de inválidos e alongando-se o tempo para a aposentadoria. Isso desconsidera que, dadas as disparidades do país, parcela significativa de sua população passa a vida em condições precárias de sobrevivência em trabalhos desgastantes.

Como se não bastasse, perpetrou-se, por intermédio do Decreto nº 10.177, de 16 de dezembro de 2019, verdadeira intervenção no Conselho Nacional do Idoso, retirando o espaço da sociedade civil de deliberar a respeito da gestão do Fundo Nacional do Idoso. Quer dizer, caso ratificada a convenção, o hodierno retrocesso poderia ser evitado ou, ao menos, limitado.

De acordo com a Convenção, os países deverão adotar

medidas para prevenir, punir e erradicar as práticas contrárias à presente Convenção, tais como o isolamento, abandono, sujeições físicas prolongadas, aglomeração, expulsão da comunidade, negação de nutrição, infantilização, tratamentos médicos inadequados ou desproporcionais, entre outras, e todas aquelas que constituam maus-tratos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes que atentem contra a segurança e integridade do idoso – (BRASIL, 2015, p. 6),

porém se percebe que o Estado é o maior violador de direitos.

A Convenção dispõe que os países signatários “adotarão e fortalecerão todas as medidas legislativas, administrativas, judiciais, orçamentárias e de qualquer outra índole, incluindo um adequado acesso à justiça, a fim de garantir ao idoso um tratamento diferenciado e preferencial em todos os âmbitos” (2015, p. 6). Além disso, houve avanços fundamentais no cumprimento dos direitos. Em que pese a legislação brasileira (como a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso) tratar sobre os serviços para os idosos – como os centros de convivência, os centros-dia e as instituições de longa permanência, de acordo com o grau de dependência –, há na convenção uma melhoria normativa a respeito do tratamento dos idosos. É prevista a promoção do envelhecimento ativo, assim definido pela Convenção:

“Envelhecimento ativo e saudável”: Processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, mental e social; de participar em atividades sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas; e de contar com proteção, segurança e atenção, com o objetivo de ampliar a esperança de vida saudável e a qualidade de vida de todos os indivíduos na velhice e permitir-lhes assim seguir contribuindo ativamente para suas famílias, amigos, comunidades e nações. O conceito de envelhecimento ativo e saudável se aplica tanto a indivíduos como a grupos de população (2015, artigo 2º, p. 4).

Atualmente, em todos os estados da federação existem centros de convivência, porém eles precisam de revitalização e capacitação dos coordenadores para viabilizar essa modalidade de envelhecer. E isto para aqueles com menor nível de dependência. Os centros-dia, por exemplo, são absolutamente escassos, e as Instituições de Longa Permanência padecem, em geral, de graves problemas, podendo, em alguns casos, serem até mesmo consideradas como “depósitos de gente”, tal o seu estado de degradação.

É recomendado pela Convenção criar espaços comunitários aos quais as pessoas idosas possam ter acesso em igualdade de condições e que promovam o desenvolvimento de atividades intergeracionais. Ainda existem muitos preconceitos em relação às pessoas idosas, mas nos centros de convivência é possível promover a integração social, a participação e o envelhecimento ativo, com a realização de uma série de atividades, dentre elas a intergeracionais.

No que se refere ao tema da violência contra a pessoa idosa, a Convenção dispõe que:

O idoso tem direito a viver uma vida sem nenhum tipo de violência e maus-tratos. Para os fins desta Convenção, se entenderá por violência contra o idoso qualquer ação ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico ao idoso, tanto no âmbito público como no privado (BRASIL, 2015, p. 8, art. 9º).

De acordo com o Plano de Madri, o Brasil implementou um Plano de Ação para o Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa, que inclui 19 Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa, com equipe de profissionais capacita-

dos para atendimento; capacitação de cuidadores de idosos; capacitação para a cidadania e pesquisas para o enfrentamento à violência contra a pessoa idosa; e um Observatório Nacional, em parceria com o Centro Latino-Americano de Violência e Saúde – CLAVES-FIOCRUZ. Contudo, essa atuação só vigorou por quatro anos, porque com a mudança de gestão no âmbito da Secretaria de Direitos Humanos, o Plano foi esquecido, ainda que o artigo 9º da Convenção proponha o compromisso de

produzir e divulgar informações com o objetivo de gerar diagnósticos de risco de possíveis situações de violência a fim de desenvolver políticas de prevenção; promover a criação e o fortalecimento de serviços de apoio para atender os casos de violência, maus-tratos, abuso, exploração e abandono do idoso; fomentar o acesso do idoso a esses serviços e à informação sobre eles (2015, p. 8).

Sendo assim, infelizmente não foi dada continuidade aos Centros de Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa. Atualmente, o Disque 100 recebe denúncias de violação dos direitos das pessoas idosas, no entanto, não há uma rede de serviços estruturada para solucionar todos os casos que são encaminhados aos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS nos Estados e no Distrito Federal, Conselhos Estaduais do Idoso e Ministério Público, dentre outros.

Com a pandemia do COVID-19, vem sendo muito discutido o tema das Instituições de Longa Permanência para o Idoso, devido ao alto índice de idosos infectados e de mortalidade. Até foi criada uma Frente Nacional de Fortalecimento das ILPI. A Convenção trata assim do assunto:

Direitos do idoso que recebe serviços de cuidado de longo prazo: o idoso tem direito a um sistema integral de cuidados que proporcione proteção e promoção da saúde, cobertura de serviços sociais, segurança alimentar e nutricional, água, vestuário e habitação, permitindo que o idoso possa decidir permanecer em seu domicílio e manter sua independência e autonomia; Os Estados Partes deverão formular medidas de apoio às famílias e cuidadores mediante a introdução de serviços para aqueles que realizam atividades de cuidados para com o idoso, levando em conta as necessidades de todas as famílias e outras formas de cuidados, bem como a plena participação do idoso, respeitando sua opinião. Os Estados Partes deverão adotar medidas para desenvolver um sistema integral de cuidados que leve especialmente em conta a perspectiva de gênero e o respeito à dignidade e integridade física e mental (BRASIL, 2015, p. 10).

Assim sendo, seja para limitar retrocessos ou para avançar na luta pela instituição de direitos, a ratificação da Convenção pelo Brasil é medida que se faz imperiosa.

Algumas considerações

Com efeito, aprovada a Convenção Interamericana de Proteção dos Direitos das Pessoas Idosas, o Brasil passa a ser obrigado a ter uma rede de serviços estruturada e serviços de longa duração para as pessoas idosas em situação de dependência. Infelizmente,

no Brasil os estudos e pesquisas realizados na área do envelhecimento para subsidiar as políticas públicas ainda são ignorados pelos gestores.

Assim sendo, consideram-se urgentes a organização e o fortalecimento da sociedade civil junto aos parlamentares para que seja ratificada a Convenção, bem como para que sejam alocados e assegurados recursos para implementação das políticas destinadas às pessoas idosas. A população almeja envelhecer com segurança e dignidade, e os cidadãos partícipes de suas sociedades enfrentam o grande desafio de nosso tempo que é, como diz Bobbio (2004), a proteção dos direitos humanos. E essa conquista, no que tange aos direitos sociais, só pode ocorrer mediante a participação ativa do Estado.

Referências

- ABIGALIL, Albamaria Paulino de Campos. *Desafios do envelhecimento ativo face à reestruturação e ao desfinanciamento da Seguridade Social no Brasil*. 2019. 261 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2019.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Trad. de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. *Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos*. 15 jun. 2015. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichade-tramitacao?idProposicao=2158508&ord=1>. Acesso em: 02 jun. 2020.
- BRASIL. Decreto nº 10.177, de 16 de dezembro de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. *Diário Oficial da União*, Edição 243, Seção 1, 17 dez. 2019. p. 81.
- BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005*. 2005. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df. Acesso em: 03 jun. 2020.
- COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE – CEPAL. Declaração de Brasília. CEPAL, Santiago do Chile, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: notas técnicas: versão 1.0. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101237.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.
- MENDONÇA, Jurilza Maria Barros de. *Idosos no Brasil: políticas e cuidados*. Curitiba: Juruá, 2016.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Conselho de Direitos Humanos. Resolución nº 20/24 – 20/24/HRC/24/L37/Rev.1. New York, 2013.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Resolução nº 65/182. Assembleia Geral das Nações Unidas, 2010.
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA. Projeto de Resolução: Convenção Interamericana Sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos. Assembleia Geral Quadragésimo Quinto Período Ordinário de Sessões Oea/Ser.P/15 e 16 de junho de 2015/ Ag/Doc.5493/15 Corr.1 Washington, D.C. 14 junho 2015. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/Textos/Conven%C3%A7%C3%A3o%20Interamericana.pdf. Acesso em: 03 jun. 2020.
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA. Summits of the Americas. *Declaração de Compromisso de Port of Spain*. Porto of Spain, 17 a 19 de abril de 2009. Disponível em: http://www.summitamericas.org/V_Summit/decl_comm_pos_pt.pdf. Acesso em: 03 jun. 2020.

As Concepções de Velhice e Envelhecimento na “Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos”



Juliana Mariño

Fernando Berriel

Ruth Gelehrter da Costa Lopes

Introdução

Em junho de 2015 foi assinada, por países membros da Organização dos Estados Americanos (OEA), a Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, originalmente escrita em espanhol e traduzida para o português como Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos. Neste trabalho abordaremos questões relacionadas ao conteúdo da Convenção e aspectos relativos à forma como estes conteúdos são expressos na versão em português.

A Convenção é o primeiro documento internacional juridicamente vinculante que protege e promove os direitos das pessoas idosas, as reconhecendo como sujeitos de direitos. É resultado de diversos encontros internacionais debatidos desde 2007.

A Convenção define como seu principal objetivo: “[...] promover, proteger e assegurar o reconhecimento e o pleno gozo e exercício, em condições de igualdade, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais do idoso.” (OEA, 2015: artigo. 1). Isto é, tem como base conceitual uma perspectiva de sujeitos de direitos, rompendo, ou pelo menos tentando romper, com um modelo biologicista de compreender o envelhecimento - ainda que existam alguns elementos na redação que indiquem o contrário - como será analisado adiante.

Berriel, Pica e Zunino (2017) afirmam que vem se desenvolvendo na região latino-americana um processo de pensar políticas públicas e sua relação com as formas de se compreender a velhice e temáticas do envelhecimento. Entretanto, o que acontece é uma fragmentação institucional, dividindo a questão em diferentes áreas administrativas e perdendo uma visão integral. Isso ocorre também no Brasil, onde há políticas específicas da área da saúde, da assistência, entre outras; no entanto, por mais que se tente contemplar uma visão mais ampla, muitas vezes, na prática, isso não acontece.

Biggs e Kimberley (2013) apontam que para resolver o “problema demográfico”

através do discurso econômico - que tem a produtividade como preocupação central - muitas políticas públicas não consideram questões de gênero e as diversas formas de se envelhecer, criando uma categoria homogênea. Ao se considerar a velhice como um “problema demográfico” a ser resolvido, a prática oriunda desta visão tende a ser bem específica e homogeneizante. Levando em conta a diversidade das maneiras de se envelhecer, torna-se necessário repensar as políticas (Biggs e Kimberley, 2013).

Para Fischer e Gottweiss (2012) os discursos dominantes em torno das políticas públicas podem influenciar em maior ou menor grau as mesmas, evidenciando conflitos de poder. Desta forma é preciso compreender a dimensão discursiva das políticas, considerando seu contexto.

As políticas podem embasar-se em diferentes visões sobre o envelhecimento e diversas maneiras de compreender a velhice, o que resultará em diferentes práticas. Segundo Berriel, Pica e Zunino (2017), é necessário compreender, nas políticas, qual a concepção de velhice e envelhecimento e o grau de complexidade das mesmas; podem ter como base uma compreensão muito simplista e hegemônica ou terem como referência uma visão menos biomédica e mais interdisciplinar.

Uma destas concepções é o enfoque de curso de vida (Blanco, 2011). Segundo esta perspectiva, o foco são os impactos das mudanças econômicas e sociais tanto no indivíduo quanto nas populações, sendo o curso de vida entendido de maneira ampla e não linear, não se tratando de etapas sequenciais.

No Brasil o envelhecimento ativo é base para elaboração de políticas desde 2005, quando foi lançado o documento “Envelhecimento ativo: uma política de saúde” (OMS, 2005). Este define envelhecimento ativo como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (p.13). Embora haja na capa do documento e em todas as páginas a imagem de uma pessoa correndo, é esclarecido no texto que “a palavra ‘ativo’ refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho” (p.13). Entretanto, estudos como o de Azevedo (2018) questionam se o Envelhecimento Ativo não seria mais um modelo a ser seguido e imposto a quem envelhece.

O conceito do “Envelhecimento Ativo”, discurso que permeia quase que a totalidade das ações voltadas aos velhos, age como um dispositivo de poder e produção de subjetividade que sobrecarrega a velhice de controles, interferindo e combinando ações de organismos da sociedade civil e das esferas públicas, documentos regulatórios, leis, mídia e consumo (AZEVEDO, 2018, p.16).

Estes debates situam concepções de envelhecimento e velhice que podemos identificar nas políticas como um tema controverso e que merece ser analisado em maior profundidade, à medida que estas podem contribuir com uma maneira de prescrever modos de

transitar e produzir envelhecimentos. Desta forma, este estudo se propôs a analisar a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, com o objetivo de compreender a concepção de velhice e envelhecimento presente no mesmo. Os resultados foram divididos em três categorias de análise: formas de nomear a população objeto da política, enfoques teóricos e paradigma de direitos versus paradigma de necessidades.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, cujo principal objetivo foi compreender a concepção de velhice que embasa a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos dos Idosos. Consistiu em uma pesquisa documental, na qual foi realizada uma análise temática de conteúdo, uma vez que se entende que a formulação de políticas e a forma como se compreende o que é velhice nas mesmas, ajuda a produzir realidades.

Desta forma, este estudo não pretende avaliar políticas e sim analisar especificamente a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos e compreender de que forma a mesma significa a velhice e as pessoas idosas, contribuindo assim com dada construção social acerca do envelhecimento.

O documento analisado foi escolhido considerando sua relevância internacional, uma vez que se trata do primeiro instrumento normativo vinculante internacionalmente sobre os direitos das pessoas idosas.

Foi realizada uma análise de conteúdo temática, com o auxílio do software Atlas.ti 8. Esta análise é realizada após inúmeras leituras e releituras do material selecionado. Segundo Barrera, Tonon e Salgado (2012), este método torna possível à identificação, organização e análise de possíveis padrões nos textos.

El identificar, establecer e informar temas y estructuras, permite tanto revelar las experiencias, significados y realidades de los sujetos, como examinar las circunstancias en que los eventos, realidades, significados y experiencias son efectos de los discursos de la sociedad. (BARRERA, TONON e SALGADO, 2012, p. 217).

Autores como Braun e Clarke (2006) definem seis fases para realização de uma análise temática. Fases que vão desde familiarização com os dados e informações até a definição de eixos temáticos, em um processo indutivo. Entretanto, estas fases não acontecem de maneira linear. Por se tratar de um estudo qualitativo, a análise teve um caráter recursivo.

Neste estudo, em um primeiro momento se definiram 76 códigos. Estes foram reduzidos posteriormente a 52, seguindo a metodologia adotada. A partir deles foram criadas três categorias de análise que serão discutidas adiante: formas de nomear a população objeto da política, enfoques teóricos e paradigma de direitos versus paradigma de necessidades.

Resultados

O item a seguir apresenta os resultados do estudo, organizados conforme as categorias de análise que serão discutidas: formas de nomear a população objeto da política, enfoques teóricos e paradigma de direitos versus paradigma de necessidades.

Formas de nomear a população objeto da política

A forma mais frequente utilizada ao se referir a população a qual a política se dirige é “idoso”, no singular, que aparece 171 vezes. A segunda expressão mais utilizada é “idosos”, no plural, 14 vezes. O termo “pessoa idosa” aparece duas vezes, enquanto “pessoas idosas”, apenas uma vez ao se referir ao nome de outro documento.

Apesar do título da Convenção utilizar o termo no plural, “idosos”, durante o texto a predominância maior é da expressão “idoso”, no singular. Ao mencionar alguns dos princípios gerais aplicáveis a Convenção, por exemplo, é utilizado o termo no singular:

- a) A promoção e defesa dos direitos humanos e liberdades fundamentais do idoso.
- b) A valorização do idoso, seu papel na sociedade e sua contribuição ao desenvolvimento.
- c) A dignidade, independência, protagonismo e autonomia do idoso. (OEA, 2015, artigo 3).

O mesmo é percebido em diferentes momentos no documento, sem uma justificativa textual:

Adotarão medidas para prevenir, punir e erradicar as práticas contrárias à presente Convenção, tais como o isolamento, abandono, sujeições físicas prolongadas, aglomeração, expulsão da comunidade, negação de nutrição, infantilização, tratamentos médicos inadequados ou desproporcionais, entre outras, e todas aquelas que constituam maus-tratos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes que atentem contra a segurança e integridade do idoso. (OEA, 2015: artigo 4).

Ao se referir ao idoso, no singular o documento explicita um foco no indivíduo e não no coletivo. Além disso, o termo “idosos” aparece, em sua maioria, quando é citado o título da Convenção ou de algum outro documento internacional, como o “Plano de Ação da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a Saúde dos Idosos, Incluindo o Envelhecimento Ativo e Saudável (2009)”.

No artigo segundo, ao apresentar as definições de determinados termos, idoso é definido da seguinte forma: “pessoa com 60 anos ou mais, exceto se a lei interna determinar uma idade base menor ou maior, desde que esta não seja superior a 65 anos. Este conceito

inclui, entre outros, o de pessoa idosa.” (OEA, 2015: artigo 2) Isto é, o termo pessoa idosa aparece como incluído no termo idoso, algo que pode parecer um detalhe, porém explicita uma forma de compreensão da velhice.

Ao se incluir o termo pessoa idosa no termo idoso, ocorre exatamente o oposto do que é proposto na versão original da Convenção, uma vez que não se considera a categoria de pessoa e nem a questão de gênero no termo “idoso”. Em sua versão original a definição é a seguinte: “Persona mayor”: Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor.” (OEA, 2015: artigo 2).

Apesar de afirmar logo no início do documento, no preâmbulo: “Respaldando ativamente a incorporação da perspectiva de gênero em todas as políticas e programas dirigidos a tornar efetivos os direitos do idoso e destacando a necessidade de eliminar toda forma de discriminação;” (OEA, 2015, p. 2) o termo “idoso” no masculino e no singular segue sendo utilizado durante todo o texto.

Enfoques Teóricos

No capítulo 2 (OEA, 2015), sobre os princípios gerais aplicáveis à Convenção, a equidade, a igualdade de gênero e enfoque do curso de vida aparecem juntos, como um dos princípios. Entende-se, desta forma, que a Convenção tem como base conceitual o enfoque de curso de vida.

Entretanto não há uma distinção muito clara entre o conceito de ciclo vital e o curso de vida no documento. Embora o termo curso de vida seja utilizado em determinados momentos, nota-se, pelo contexto, que há certa confusão com a perspectiva de ciclo vital. Por exemplo, ao definir velhice: “‘Velhice’: Construção social da última etapa do curso de vida” (OEA, 2015, artigo 2). Esta definição, apesar de utilizar o termo curso de vida, está mais relacionada a uma perspectiva de ciclo vital. Para perspectiva de curso de vida, a trajetória não pode ser dividida em etapas lineares e sequenciais, como ocorre no enfoque do ciclo vital.

Por outro lado, apesar desta questão conceitual, a Convenção coloca a velhice como uma construção social, o que significa uma grande conquista nas políticas públicas no campo do envelhecimento, uma vez que se rompe com uma lógica recorrente de compreender o envelhecimento e a velhice através de uma lógica biologicista quase que exclusivamente.

Em relação ao envelhecimento ativo, lógica que há muito tempo vem servindo de base para políticas no Brasil, há menções em cinco momentos diferentes, sempre e quando se pretende enfatizar que promovê-lo e garanti-lo está entre os objetivos da Convenção. “Convencidos também de que a adoção de uma convenção ampla e integral contribuirá significativamente para promover, proteger e assegurar o pleno gozo e exercício dos direitos do idoso e para fomentar um envelhecimento ativo em todos os âmbitos,” (OEA, 2015, p.3).

A Convenção define o envelhecimento ativo da seguinte forma:

‘Envelhecimento ativo e saudável’: Processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, mental e social; de participar em atividades sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas; e de contar com proteção, segurança e atenção, com o objetivo de ampliar a esperança de vida saudável e a qualidade de vida de todos os indivíduos na velhice e permitir-lhes assim seguir contribuindo ativamente para suas famílias, amigos, comunidades e nações. O conceito de envelhecimento ativo e saudável se aplica tanto a indivíduos como a grupos de população. (OEA, 2015, artigo 2).

Em algumas passagens em que há menção à integração das pessoas idosas à sociedade esta é descrita também como algo que é papel do Estado garantir e diretamente relacionada a um envelhecimento ativo. “A responsabilidade do Estado e a participação da família e da comunidade na integração ativa, plena e produtiva do idoso dentro da sociedade, bem como em seu cuidado e atenção, de acordo com a legislação interna.” (OEA, 2015, artigo 3). Vale destacar que neste caso também há uma relação com a questão da produtividade. Assim como em outra passagem: “Os Estados Partes adotarão medidas para que o idoso tenha a oportunidade de participar ativa e produtivamente na comunidade e possa desenvolver suas capacidades e potencialidades”. (OEA, 2015, artigo 8).

Paradigma de Direitos versus Paradigma de Necessidades

A Convenção é o primeiro instrumento regional juridicamente vinculante que protege os direitos humanos dos idosos (OEA, 2015). Os coloca como sujeitos de direitos e dedica 27 artigos a explicitar as especificidades de cada um. Entretanto, os mesmos apresentam algumas contradições.

O Capítulo II, destinado aos princípios gerais, termina com a seguinte frase: “a responsabilidade do Estado e a participação da família e da comunidade na integração ativa, plena e produtiva do idoso dentro da sociedade, bem como em seu cuidado e atenção, de acordo com a legislação interna.” (OEA, 2015, artigo 3). Não há menção a importância da participação da própria pessoa idosa neste processo, colocando-a como alguém a ser cuidada pela família e pelo Estado. A responsabilidade recai sobre o Estado e a família, desconsiderando as pessoas idosas como parte ativa e protagonista neste movimento.

Por outro lado, no Capítulo III, dedicado aos Deveres Gerais dos Estados Parte, as pessoas idosas já são consideradas como protagonistas no processo de elaboração e controle de políticas públicas: “Promoverão a mais ampla participação da sociedade civil e de outros atores sociais, em particular do idoso, na elaboração, aplicação e controle de políticas públicas e legislação dirigida à implementação da presente Convenção.” (OEA, 2015, artigo 4).

O Capítulo IV, sobre os direitos protegidos, no artigo 7 sobre o direito à independência e à autonomia:

Os Estados Partes na presente Convenção reconhecem o direito do idoso a tomar decisões, a definir seu plano de vida, a desenvolver uma vida autônoma e independente, conforme suas tradições e crenças, em igualdade de condições, e a dispor de mecanismos para poder exercer seus direitos.” (OEA, 2015, artigo 7).

Ainda no capítulo IV, de direitos protegidos, artigo 12, sobre a pessoa idosa que recebe serviços de cuidado de longo prazo:

Os Estados Partes deverão formular medidas de apoio às famílias e cuidadores mediante a introdução de serviços para aqueles que realizam atividades de cuidados para com o idoso, levando em conta as necessidades de todas as famílias e outras formas de cuidados, bem como a plena participação do idoso, respeitando sua opinião. (OEA, 2015, artigo 12).

A Convenção coloca a pessoa idosa como alguém que tem o direito de decidir sobre sua própria vida, ressaltando a importância do respeito à esta decisão. Isto é, as pessoas idosas deixam de ser objeto das decisões (estatais, familiares) para se tornarem protagonistas das mesmas. Coloca um artigo sobre a importância de espaços de fazer político voltados à população idosa: “Fortalecer as associações de idosos e o desenvolvimento de lideranças positivas que facilitem a consecução de seus objetivos e a difusão dos direitos enunciados na presente Convenção” (OEA, 2015, artigo 28). Isto é, reconhece que as pessoas idosas devem ter uma participação ativa na elaboração de políticas e na reivindicação de direitos.

Discussão

Tanto na sua versão original, em espanhol, quanto na traduzida para o inglês, a Convenção mantém o termo “pessoas idosas”. Em espanhol “Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores” e em inglês “Inter-American Convention on Protecting the Human Rights of older Persons”. Na sua versão na língua portuguesa o termo “pessoa” não é colocado, como acontece com muitas das políticas públicas no Brasil voltadas à esta população (por exemplo: Unidade de Referência à Saúde do Idoso, Programa de Acompanhante do Idoso, Cidade Amiga do Idoso, Centro dia do Idoso, entre outros. Uma das consequências disto é a invisibilização do gênero feminino, uma vez que “idosos” se trata de uma palavra no masculino.

Em relação ainda ao nome do documento, a substituição, termo “pessoas idosas” para “idosos” na versão em português, desconsidera também a categoria de pessoa. Isto é, além de desconsiderar a questão de gênero, não se reconhece esta população enquanto pessoas. A categoria de pessoa implica, segundo a ordem jurídica, um outro posicionamento do estado, no que diz respeito ao reconhecimento de direitos.

El reconocimiento del ser humano como persona para el ordenamiento jurídico aparece con toda su eficacia práctica cuando se conectan a la noción de persona un haz de derechos fundamentales que, en su esencia, le deben venir respetados y amparados, incluso en los casos en los que se pretendiera que su violación pudiera maximizar la utilidad o bienestar de la mayoría. La noción de persona, enraizada en el concepto de dignidad humana, permite concluir que los derechos deben ser asignados con igualdad. (CORRAL, 2005, p.38).

Embora o artigo 30 (OEA, 2015) garanta justamente que o idoso tem direito de ser reconhecido como pessoa perante a lei, ao optar pelo uso do termo “idoso” ao invés de “pessoa idosa”, cria-se uma contradição, mesmo que de maneira não intencional e aparentemente sutil. A escolha de certos termos e não de outros é também uma questão política e de reconhecimento ou não de determinados temas, não se trata aqui de exigir o politicamente correto, se trata de compreender como as palavras empregadas nas políticas criam discursos e reproduzem certos estigmas.

Desde um ponto de vista psicológico, ainda sobre a categoria de pessoa, Pérez (2014) explica que esta nos permite pensar de forma mais integrada e não em termos de processos psicológicos independentes. Isto é, pessoa aparece como uma categoria integradora de uma perspectiva sociocultural.

Em relação ao enfoque teórico do documento, é possível perceber uma confusão entre os conceitos de ciclo vital e curso de vida. Há uma clara alusão ao enfoque de curso de vida, porém a maneira como este é descrito no texto se refere mais a ideia de ciclo vital. Como por exemplo: “‘velhice’: construção social da última etapa do curso de vida” (OEA, 2015, artigo 2). Ao definir velhice desta forma, colocando-a como última etapa do curso de vida, há uma clara confusão dos conceitos de ciclo vital e curso de vida.

Segundo Blanco (2011) enfoque de curso de vida considera o contexto familiar e sócio histórico e o analisa sem considerar a trajetória de vida como algo linear e composto por etapas fixas e sequenciais. “Para el enfoque del curso de vida, la trayectoria no supone alguna secuencia en particular ni determinada velocidad en el proceso del propio tránsito” (p.12). Isto é, se a trajetória não pode ser dividida em etapas lineares e sequenciais, não faz sentido se referir a velhice como última etapa do curso de vida.

Lombardo e Krzemien (2008) se referem à expressão curso de vida como contrária à ideia de ciclo vital, uma vez que esta considera uma lógica mais biologicista e linear, com um foco apenas no indivíduo e no que é significativo para o mesmo. Isto é, o paradigma de curso de vida tenta construir uma visão menos individualista sobre a velhice, compreendendo a heterogeneidade que há neste segmento da população.

O atual enfoque de curso vital sustenta a ideia de que há uma diversidade maior entre indivíduos em idades mais avançadas, contrariamente aos enfoques mais homogeneizantes. Desta forma, a expressão no singular tende a homogeneizar as pessoas idosas, sustentando um enfoque que cria uma categoria “idoso”, na qual supostamente todos são iguais, desconsiderando as diversas maneiras de envelhecer e a pluralidade de velhices possíveis.

Apesar de colocar a garantia e promoção do Envelhecimento Ativo como um de seus objetivos, o mesmo parece não ter muito destaque no documento. Entretanto a ideia aparece indireta e contraditoriamente associada à uma recomendação àqueles considerados responsáveis pelos velhos - família e Estado - sempre focando na produtividade: “A responsabilidade do Estado e a participação da família e da comunidade na integração ativa,

plena e produtiva do idoso dentro da sociedade, bem como em seu cuidado e atenção, de acordo com a legislação interna.” Ao colocar a questão da participação plena e produtiva, reproduz o discurso do envelhecimento ativo de maneira indireta. Vale a pena ressaltar que a responsabilidade pelos idosos é delegada à família e ao Estado, sem considerar as próprias pessoas idosas, como frisamos acima.

Azevedo (2018) questiona justamente o paradigma da produtividade como um modelo imposto às pessoas idosas atualmente. Desta forma, o que significa colocar a garantia do envelhecimento ativo como um dos principais objetivos da Convenção? Não seria ele contrário a perspectiva de curso de vida?

Em relação ao paradigma de direitos, há uma mudança. Apesar de certas contradições no texto, este com certeza é um dos maiores avanços que traz o documento, uma vez que coloca as pessoas idosas como sujeitos de direitos e como alguém que tem o direito de decidir sobre sua própria vida, ressaltando a importância do respeito à esta decisão. Isto é, as pessoas idosas deixam de ser objeto das decisões (estatais, familiares) para se tornarem protagonistas das mesmas.

Considerações finais

Este estudo não teve como objetivo avaliar a Convenção e muito menos questionar sua importância. O que se pretendeu foi analisar e compreender quais as concepções de envelhecimento e velhice que embasam a política.

A perspectiva de curso de vida é o principal enfoque teórico do documento. Apesar de algumas questões quanto ao rigor metodológico e certa confusão com a perspectiva de ciclo vital, a adoção do curso de vida como marco teórico do documento é algo fundamental, uma vez que compreende a velhice como uma construção social, rompendo com uma lógica recorrente de compreender o envelhecimento e a velhice através de uma lógica biologicista.

Embora o documento faça menção ao Envelhecimento Ativo, não há um foco tão importante, algo que se mostra positivo, visto que vemos em relação ao envelhecimento ativo uma deslegitimação de certos modos de envelhecer e a criação de um imperativo, de uma prescrição que dita a maneira correta de se envelhecer.

O documento deixa clara sua perspectiva de transição, uma vez que há questões no texto e confusões em relação ao marco teórico, porém apresenta um avanço importante ao considerar as pessoas idosas como sujeitos de direitos. Desta forma, um ponto de vista importante de ser considerado é o das próprias pessoas idosas, no sentido de compreender qual a concepção de envelhecimento que têm e de que forma isso impacta suas vidas

e a relação com o mundo e levar em conta tais perspectivas na criação de novas políticas voltadas a esta população.

O Brasil é o único país que ainda não ratificou a Convenção. No Uruguai, onde a mesma já foi ratificada, houve mudanças pelo menos na estruturação de documentos de políticas públicas. O Segundo Plano Nacional de Envelhecimento e Velhice, atualmente em vigor no país, foi proposto sob a Convenção, o que já se caracteriza como uma importante conquista.

A Convenção por si só já pode ser considerada um marco, visto que é primeiro instrumento normativo vinculante internacionalmente sobre os direitos das pessoas idosas. Desta forma, é indiscutível a necessidade de ratificar este documento apesar das questões levantadas neste artigo. A ratificação do documento coloca responsabilidades e prevê sanções aos países que não cumprirem a Convenção.

Considerando esta perspectiva de transição do documento, acreditamos que a ratificação caracteriza-se como um importante passo, porém não pode ser o único, as políticas devem estar em constante construção e reformulação.

Referências

- AZEVEDO, C.D. Envelhecer na contemporaneidade: subjetivações, modelos e resistências. 2018. 145 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.
- BERRIEL, F.; PICA, C. Y.; ZUNINO, N. (2017). Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas. *Psicoperspectivas*, 16(1), 7-18. Acessado 30 de setembro de 2018. Disponível em: <http://www.psicoperspectivas.cl>
- BIGGS, S.; KIMBERLEY, H. (2013). Adult ageing and social policy: New risks to identity. *Social Policy and Society*, 12, 287-297. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1474746412000656>
- BRASIL. Ministério Público de São Paulo, 2015. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/Textos/Conven%C3%A7%C3%A3o%20Interamericana.pdf (convenção em português)
- BRAUN, V.; CLARKE, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- BLANCO, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, Enero-Junio, 5-31.
- CORRAL, T.H. El concepto jurídico de persona y su relevancia para la protección del derecho a la vida. *Ius et Praxis*, Talca, v. 11, n. 1, p. 37-53, 2005. Disponible en. accedido en 24 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122005000100003>.
- LOMBARDO, E.; KRZEMIEN, D. (2008). La psicología del curso de vida en el marco de la Psicología del Desarrollo. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 111-20.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF: Opas.
- PÉREZ, G. (2014). "Persona como categoría integradora de una perspectiva sociocultural en psicología", *Revista de Educación y Desarrollo*, vol. 31, octubre-diciembre (en línea). Disponible en: <http://www.researchgate.net/publication/267928190>

Ciberespaço, *facebook*, *youtube*, redes sociais..... navegar é preciso!



Celina Dias Azevedo

Eu quero entrar na rede
Promover um debate
Juntar via Internet
Um grupo de tietes
De Connecticut
Eu quero estar na rede
Promover um debate
Juntar via Internet
Um grupo de tietes
De Connecticut...(...)

Eu quero entrar na rede
Pra contactar
Os lares do Nepal
Os bares do Gabão...

(Gilberto Gil, 1996)

Para termos ideia do impacto que essa transformação pode causar consideramos um diálogo com Manuel Castells (2003, p.10) que aponta que,

A comunicação consciente [...] é o que faz a especificidade biológica da espécie humana. Como nossa prática é baseada na comunicação, e a Internet transforma o modo como nos comunicamos, nossas vidas são profundamente afetadas por essa nova tecnologia da comunicação. Por outro lado, ao usá-la de muitas maneiras, nós transformamos a própria Internet. Um novo padrão sociotécnico emerge dessa interação.

Por onde caminhamos - contextualização

Em 1996, quando Gilberto Gil cantou seu desejo de conectar-se, enxergando a transposição do espaço como forma de interligar todos os lugares do globo, apontava já, de alguma forma, para o que viria a ser parte das transformações essenciais no modo de vida contemporâneo intermediado e conduzido pelas novas formas de tecnologia de comunicação, as TICs.

O autor evidencia como a dinâmica de relações entre os planos da tecnologia, da sociedade e da cultura – como exemplo, a Internet modificando as formas de comunicação e, ao mesmo tempo, sendo transformada pela ação do homem - abre espaço para o aparecimento de outros padrões - diferentes do inicial - em um movimento contínuo de interação e transformação.

Por outro lado, não podemos deixar de apenas mencionar outra perspectiva – que não desenvolveremos neste texto mas, certamente implica na prática de um olhar

complexo para a questão e na construção de novas subjetividades – que caracteriza, também, a singularidade ou o “espírito desse tempo”.

É a metáfora da “rede” – com todas suas possíveis conexões e horizontalidade – que identifica essa nova forma de sociabilidade, no entanto, não podemos desprezar o fato que esse fenômeno de comunicação coincide com o incremento da doutrina econômica do neoliberalismo. Caracterizado pelo governo mínimo¹, pela meritocracia, pelo individualismo econômico, pelo empreendedorismo tal elemento deve ser levado em conta ao se refletir sobre essa reconfiguração subjetiva da sociedade.

Agambem (2009) nos lembra de que “contemporâneo é aquele que recebe em pleno rosto o facho de trevas que provém do seu tempo” é preciso interrogá-lo e visualizar o que está para além do que podemos enxergar, procurando entender porque, justamente, o que está além de um olhar imediato.

A singularidade do nosso século são as redes de comunicação. A comunicação é tida como um aspecto dos Direitos Humanos, reconhecida e incorporada como essencial no *Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, na Assembleia Mundial do Envelhecimento* (Madri, 2002). O conceito de comunicação como direito humano está no primeiro relatório da comunidade internacional sobre Direitos Humanos, publicado há mais de 25 anos, em 1980, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), em Paris, e lançado no Brasil em 1982.

Cabe interrogar inicialmente, então, se o termo “revolução da informação” que tem a rede e a cooperação como ícones caracteriza, verdadeiramente, uma mudança estrutural ou se continua mantendo estruturas de poder e de modelagem de subjetividades. Talvez, possamos considerar que tivemos – ao invés de uma revolução - uma relevante mudança tecnológica que passou a mediar o cotidiano do cidadão, reconfigurando as relações sociais e abrindo aos velhos, particularmente, novos espaços de sociabilidade.

Navegando no mundo virtual

Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,

Muda-se o ser, muda-se a confiança:

Todo o mundo é composto de mudança,

Tomando sempre novas qualidades.

Continuamente vemos novidades

(Luís de Camões)

¹ Não podemos deixar de observar como a ideia do estado mínimo é presente apenas quanto a investimentos em políticas sociais – educação, saúde etc - mas não existe em períodos de crises quando opera-se ajudas a bancos e ao sistema financeiro, amplamente.

Habitamos espaço e tempo nos transformando, não somos hoje o que fomos ontem. As novas tecnologias comunicacionais e informacionais já fazem parte da condição humana. A partir dela nossa percepção de mundo é alterada, queiramos ou não, a ponto de hoje nos referirmos a uma nova sensibilidade, a da era eletrônica, cuja intimidade com a tecnologia é passaporte obrigatório para os novos formatos de modelos de vida que estão sendo instaurados.

Para Santaella (2004, p. 31)

O aspecto sem dúvida mais espetacular naquilo que vem sendo chamado de “era digital”, na entrada do século XXI, está no poder dos dígitos para tratar de qualquer informação [...] com a mesma linguagem universal [...] uma espécie de esperanto das máquinas.

A tecnologia que nasceu para dar conta do processamento de grande volume de informações no mundo empresarial e como estratégia militar, transformou o cotidiano. O ciberespaço² transformou-se em um novo espaço social. A virtualidade permite a comunicação de muitos com muitos – *Facebook*, *Youtube*, *Whatsapp*, *e-mails*, fóruns de discussões, - constrói pontes entre as pessoas³.

Não seria o ciberespaço onde é desconstruída a noção convencional de espaço como o conhecemos, onde se rompe com a noção do tempo da sucessão cronológica - compartimentado da modernidade – onde distâncias são transpostas em tempos “imediatos” e as relações se pautam pelo tempo da interação, que poderão contribuir para a construção de novas relações para o velho? Que propiciará novas experiências para a conquista de uma postura crítica e ativa, que subverterão valores estabelecidos como tempo cronológico de vida? Para Geertz (1989, p.20) remodelar o padrão das relações sociais é reordenar as coordenadas do mundo experimentado. Na sociedade do século XXI o ciberespaço apresenta-se como terreno importante de comunicação, de interação social e também como espaço de criação.

Entendemos que o acesso e a familiarização com as tecnologias informacionais fundem os velhos modelos de vida aos novos formatos de existência, a novas subjetividades que estão sendo instaurados na nossa cultura.

Em uma sociedade em que a aparência – feio/bonito, gordo/magro, jovem/velho – e o *status* social condicionam a possibilidades de encontros, de concretização de relações ou não, o ciberespaço pode ser o lugar privilegiado para a quebra desses paradigmas, favorecendo a criação de novas formas de contato – a emergência de uma nova sociabilização.

2 O termo ciberespaço foi utilizado pela primeira vez pelo escritor William Gibson, no seu livro *Neuromancer*, de 1984. Aqui toma-se o ciberespaço como o espaço virtual criado pelas novas tecnologias da comunicação mediadas pelo computador e apropriado pelo usuário, existe com base na combinação de uma série de tecnologias: equipamento ou hardware; programas ou softwares; redes de telecomunicação.

3 Muitos têm na tela do computador uma janela para o mundo e, por isso mesmo, a manipulação e a disseminação de informações falsas e boatos – as *fake news* - transformou-se em mecanismo de controle da opinião pública, o que levou pesquisadores a debruçarem-se sobre o tema, na procura de formas de orientação para detecção das *fakes*.

Importante ressaltar que essa comunicação não substitui outras formas de relação⁴, mas surge, sim, como mais um recurso de sociabilização, abalizado por reflexões que percebem o ciberespaço – na sociedade do século 21 – como terreno importante de comunicação e de interação social, espaço que cabe ao homem explorar em todas as suas potencialidades positivas.

Os velhos já se deram conta da importância desse recurso e se apropriam dessa ferramenta comunicando-se pelo *whatsapp*, criando canais no *youtube*, relacionando-se no *facebook*, marcando encontros pelo *tinder*, fazendo uso do correio eletrônico. O velho está no ciberespaço, faz parte das redes sociais na Internet conectando-se com pessoas e forjando novos laços sociais.

No entanto, estereótipos afirmam, ainda, a dificuldade do velho diante das novas tecnologias e ignoram suas potencialidades. Certamente os jovens “os nativos digitais” relacionam-se de forma própria com esse universo, mas isso não significa que a seu modo, com seu repertório, os velhos não possam fazer uso e estar no mundo digital, também, transformando-o.

Não se pode generalizar ou uniformizar a velhice, desprezando a singularidade e a potencialidade de cada ser. O olhar lançado sobre ela na contemporaneidade desvaloriza-a diante da juventude e abre caminho a uma série de situações discriminatórias. Por exemplo, parece natural – mas não é e não deve ser encarado assim – que a criança seja estimulada a descobrir e aprender coisas novas, ao passo que para o velho se quer como que concluído. É como aquela história que já ouvimos várias vezes, para a criança pergunta-se “... o que vai ser quando crescer...” e para o velho “... o que você foi...”, duvidando do seu potencial de vir a ser.

Velhices, singularidades e apropriações

Em uma sociedade que cultua a juventude e na qual vigora uma série de práticas e preconceitos em relação ao velho, as pessoas idosas conseguiram apropriar-se – apesar dos entraves e dos estereótipos – do novo espaço de relações e de interações sociais e a tornou, também, condição para estar no mundo, em alternativa de expressão diante de uma sociedade que o percebe naturalmente distante desse ambiente. Não deixa de ser interessante essa percepção uma vez que a pessoa idosa, certamente, é testemunha viva da dissolução das antigas fronteiras e da conquista de novas tecnologias. Mudanças culturais e sociais relacionadas à tecnologia de comunicação como o telegrama, telex, o

4 Mais que uma ideia essa questão tornou-se premente durante a pandemia do COVID-19, que atingiu praticamente todos os locais do globo. Em um momento em que o isolamento colocou-se como alternativa de proteção contra a contaminação, não são poucos os discursos que mostram a falta que todos sentem de aproximações, reuniões presenciais, festas, ou seja, do contato com outro ser humano. Podemos vivenciar empiricamente o que já supúnhamos.

telefone ou, ainda, outros equipamentos como a máquina de escrever manual, elétrica e eletrônica, o celular o cérebro eletrônico.

Idosos no Brasil: vivência, desafios e expectativas na 3ª Idade⁵, pesquisa realizada em 2006, parceria entre a Fundação Perseu Abramo, o SESC Nacional e SESC São Paulo, mostra a urgência de projetos e políticas públicas que ampliem o acesso ao mundo digital para a população. Dos idosos pesquisados – uma amostra de 2.136 cidadãos de 60 anos e mais, em 204 municípios de todas as regiões do Brasil –, 80% dos entrevistados relataram que, embora conheçam um computador, nunca o utilizaram. Com relação à Internet, 37% não sabem o que é e, embora 63% conheçam, 59% nunca utilizaram, apenas 1% costuma usá-la sempre e 3% utilizam apenas algumas vezes. Entre as razões do interesse pelo computador apresentadas estão a aquisição de conhecimento (11%) e a possibilidade de estabelecer comunicação com amigos e familiares distantes (7%).

A pesquisa não responde ao porquê do pouco uso do computador. Um dos fatores, certamente, é a dificuldade de acesso a esses equipamentos, que exige um investimento inicial distante das possibilidades de grande parte da população brasileira – para o acesso à Internet, por exemplo, é necessário computador e/ou celular e pacote de dados –, associados à fragilidade das políticas governamentais para prover ao cidadão acesso universal à tecnologia.

Dados da PNAD Contínua (2016) sobre o uso da internet mostram que sua utilização alcança o máximo nas faixas etárias entre os adultos jovens de 18 a 24 anos de idade e declina a seguir - 18 ou 19 anos e 20 a 24 anos de idade -, os percentuais são praticamente iguais (85,4% e 85,2%, respectivamente). Porém, na faixa de 60 anos ou mais de idade o indicador decresceu para 24,7% o que indica que o uso das tecnologias perde a força com o aumento da idade.

Outra hipótese nos faz pensar que o distanciamento do velho em relação à tecnologia não vem – ao contrário de algumas considerações que ouvimos diariamente – da dificuldade desse cidadão em aprender coisas novas ou preferir viver no passado, mas simplesmente de uma falta de familiarização com essa linguagem. Atente-se, ainda, a recorrência da dita “dificuldade” de memorização⁶, ao medo de errar ou, simplesmente, não aprender ou não conseguir utilizar um equipamento. O medo de errar e das consequências do erro, quebrar o aparelho, apagar arquivos e documentos.

O aparelho celular móvel, por exemplo, deixou de ter um uso restrito à telefonia, outras funções foram agregadas e hoje o acesso à internet – para uso das redes sociais - é uma das principais finalidades.

5 A segunda edição desta pesquisa foi concluída recentemente, com dados que permitem uma comparação dos temas entre as duas edições. A pesquisa será lançada pelas instituições parceiras, no segundo semestre de 2020.

6 Um exemplo é a publicidade amplamente veiculada de *smartphones* para “idosos” que reforça essas características: não precisa memorizar senha, use a digital; letras e números enormes, simples e práticos “sem complicações”.

O percentual de pessoas que tinham telefone móvel celular para uso pessoal por grupos etários teve o seu mínimo na faixa de 10 a 13 anos (39,8%), subiu abruptamente na de 14 a 17 anos (70,0%) e prosseguiu em crescimento, alcançando maior representatividade entre os adultos jovens de 25 a 34 anos (88,6%) e de 35 a 39 anos (88,2%), passando, gradualmente, a declinar nos grupos seguintes, até atingir 60,9% entre os idosos de 60 anos ou mais de idade. (PNAD 2016)

Por outro lado, refinando os dados sobre os grupos de idosos, pesquisa apresentada por Mireia Fernández-Ardèvol (2019) traz dados sobre o uso de internet no telefone celular e mostra como no Brasil – ao investigar grupos de idosos entre 60 a 74 anos e acima dos 75 - a desigualdade materializa-se no cruzamento do grau de instrução e de classe socioeconômica e verifica-se a exclusão, principalmente, dos velhos acima de 75 anos e de baixa renda.

Como exemplo, constatamos que no segmento da população idosa de 60 a 74 anos com ensino superior, o acesso à Internet por meio do celular supera a média do país (85% diante de 71%). Já os idosos com 75 anos ou mais com ensino superior estão abaixo da média nacional (54% diante de 71%), no entanto, apresentam maior incidência de uso da Internet pelo celular que as pessoas menos escolarizadas da mesma faixa etária. Não se reporta nenhum uso da Internet no celular por parte da população idosa acima de 75 anos analfabeta ou com educação infantil.

Por fim, os números apontam que quanto mais elevada a classe socioeconômica, maior é a taxa uso da Internet no telefone celular por parte dos dois grupos de idosos, de 60 a 74 anos e acima de 75 anos e aqui mais uma vez, a classe socioeconômica e nível de escolaridade impactam na utilização do equipamento e uso de dados.

Entre aqueles que possuem celular as três atividades mais citadas são: fazer e receber chamadas telefônicas (93%), tirar fotos (75%) e mandar mensagens (73%). As faixas etárias mais velhas mostram menos diversidade no uso do aparelho. As chamadas telefônicas, assistir a vídeos e tirar fotos com o telefone celular são os usos mais comuns entre os idosos de maneira geral.

Alguns apontamentos

Sabemos haver inúmeros questionamentos em relação ao ambiente digital, ao ciberespaço – mencionado no início deste texto – no entanto, não há como desprezar o potencial que oferece aos idosos para transpor o isolamento social. A adesão às redes sociais traz uma percepção de diminuição da solidão e, ainda, carrega a oportunidade de aproximações intergeracionais.

No limite, quando vivemos no ano de 2020, uma das maiores tragédias desde o século XX – que viu acontecer duas grandes guerras, genocídios e doenças – com a pan-

demia causada pelo COVID 19 impondo o isolamento como única opção de cuidado e proteção na humanidade, o mundo digital irrompe como alternativa para ultrapassar barreiras impostas pelo distanciamento social.

O uso dos meios digitais como única forma de contato e comunicação entre famílias, amigos, atendimento médico, participação em programas sociais, organização das comunidades, apenas demonstra a importância para educação digital e o acesso universal, ratificando, por outro lado, como na sociedade de informação em que vivemos, a comunicação tornou-se elemento essencial de inclusão social.

Com objetivo de não encerrar esta discussão, mas para apontar – como mencionamos no início deste texto – outra característica do “espírito desse tempo” na contemporaneidade, vale refletir, também, como tornou-se visível algo que experimentamos no cotidiano, muitas vezes sem nos darmos conta: a alta potencialidade de controle do poder público sobre seus cidadãos.

Por meio desses equipamentos – especialmente os celulares – o estado pôde exercer controle absoluto sobre a movimentação dos cidadãos⁷ e, ainda, por meio do acesso a dados e informações armazenados, sobre cada ponto de sua vida privada.

Outrossim, entendemos que a exploração da interatividade incentiva a criatividade e a sociabilidade, o acesso a conhecimentos que qualificam para acompanhar, fazer uso e participar da implementação das tecnologias de comunicação já não dizem respeito apenas às possibilidades de uso no cotidiano – serviços bancários, educação a distância, correio eletrônico, canais de sociabilização, jogos e pesquisa –, mas estendem-se também à possibilidade de participação na vida política, de inserção no mundo.

Entendo que cabe aqui reflexão de Milton Santos (2006, p.174), sobre este momento da humanidade:

Agora que estamos descobrindo o sentido de nossa presença no planeta, pode-se dizer que uma história universal verdadeiramente humana está finalmente começando. **A mesma materialidade, atualmente utilizada para construir um mundo confuso e perverso, pode vir a ser uma condição da construção de um mundo mais humano. Basta que se completem as duas grandes mutações ora em gestação: a mutação tecnológica e a mutação filosófica da espécie humana.** A grande mutação tecnológica é dada com a emergência das técnicas da informação, as quais – ao contrário das técnicas das máquinas – são constitucionalmente divisíveis, flexíveis e dóceis, adaptáveis a todos os meios e culturas, ainda que seu uso perverso atual seja subordinado aos interesses dos grandes capitais. Mas, quando

7 Apenas para uma breve ilustração, já que não se trata do tema central deste texto, sugerimos leitura de algumas notícias que revelaram esse controle que, muitas vezes, pode ser entendido como ato ilegal, mas que não provocou maiores repercussões na população. “Covid-19: SP monitorou celulares antes de acertar acordo com teles”. Disponível em <https://olhardigital.com.br/noticia/covid-19-sp-monitorou-celulares-antes-de-acertar-acordo-com-teles/100676>. “Monitoramento de celular para combate a covid-19 escorega feio em 5 pontos”. Disponível em <https://www.uol.com.br/tilt/noticias/redacao/2020/04/17/sem-data-para-acabar-e-mais-monitoramento-no-brasil-escorega-em-5-pontos.htm>. “Coronavírus: São Paulo inicia monitoramento de celulares para conter aglomerações” Disponível em <https://www.tudocelular.com/tech/noticias/n154988/sao-paulo-monitorea-celulares-conter-aglomeracoes.html>. “Uso de smartphones para rastrear a COVID-19 levanta questões de privacidade”. Disponível em <https://canaltech.com.br/saude/uso-de-smartphones-para-rastrear-a-covid-19-levanta-questoes-de-privacidade-161864/>.

sua utilização for democratizada, essas técnicas doces estarão a serviço do homem. Muito falamos hoje dos progressos e nas promessas da engenharia genética, que conduziriam a uma mutação do homem biológico, algo que ainda é do domínio da história da ciência e da técnica. **Pouco, no entanto, se fala das condições, também hoje presentes, que podem assegurar uma mutação filosófica do homem, capaz de atribuir um novo sentido à existência de cada pessoa e também do planeta.** (Grifos nossos)

Ao considerarmos a importância do desenvolvimento tecnológico, não devemos perder a perspectiva que ele deve ser condição para a construção de um mundo mais humano. O avanço tecnológico só nos serve se associado ao avanço nas condições do homem na terra.

Referências

- AGAMBEN, Giorgio (2009). *O que é contemporâneo?* e outros ensaios. Chapecó, SC: Argos.
- AZEVEDO, Celina Dias e CÔRTE, Beltrina (2009). “Breve reflexão sobre a Internet e a longevidade: novos espaços de sociabilização preparam o silêncio da saúde” In *A terceira idade: estudos sobre envelhecimento* vol. 20, n. 45, p. 7-24, jun.2009.
- CASTELLS, Manuel (2003). *A galáxia da Internet: reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- FERNÁNDEZ-ARDEVOL, Mirela (2019). “Práticas digitais móveis das pessoas idosas no Brasil: dados e reflexões.” In *Panorama setorial da Internet*. Versão reduzida. Ano 11, n. 1, março 2019. Disponível em <https://cgi.br/media/docs/publicacoes/3/14233620190926-revistabr-ano-10-2019-edicao16.pdf> . Acesso em 17.jul.2020
- GEERTZ, Clifford (1989). *A interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016). “Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal” In Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. PNAD Contínua. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101543.pdf>. Acesso em 17.jul.2020.
- LAZZARATO, Maurizio (2017). *O governo do homem endividado*. Trad. Daniel P. P. da Costa. São Paulo: n-1 edições.
- ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas – ONU (2002). *Plano Internacional sobre o envelhecimento de Madrid*. Tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. 86p. Disponível em http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. Acesso em 17.jul.2020.
- SANTAELLA, Lucia (2004). *Navegar no ciberespaço: o perfil cognitivo do leitor imersivo*. São Paulo: Paulus.
- SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 13. ed., São Paulo: Record. 2006.
- SESC e Fundação Perseu Abramo (2006). *Idosos no Brasil: vivência, desafios e expectativas na 3ª Idade*. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/online/artigo/7102_PESQUISA+IDOSOS+NO+BRA-SIL+VIVENCIAS+DESAFIOS+E+EXPECTATIVAS+NA+3+IDADE>. Acesso em: 17 jul. de 2020.
- SODRÉ, Muniz (2002). *Antropológica do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede*. Petrópolis: Vozes.

Familismo, Velhice e Desigualdade de Gênero



Marilia Anselmo Viana Berzins

Envelhecimento e velhice

Quando estudamos o envelhecimento humano torna-se indispensável considerá-lo na perspectiva da totalidade social, evitando o viés de reproduzir a realidade evidenciada pelo fenômeno da transição demográfica em curso que a enxerga sob o ponto de vista numérico. A velhice é uma questão social que pode ser estudada sob vários aspectos. Ela se processa no curso da vida, de maneira diferenciada e desigual, na população e no indivíduo. O processo do envelhecimento sofre influência e está afeito aos determinantes sociais da estrutura de classes onde está localizada. A velhice é o resultado de fatores socialmente construídos que conferem aos sujeitos idosos status diferenciado na sociedade. Infelizmente, a velhice não pode ser entendida apenas como longevidade, ou aumento de anos na duração da vida. É uma conquista, conforme a Organização Mundial de Saúde preconiza, mas também é um desafio, especialmente para as políticas públicas. Envelhecer no Brasil significa

enfrentar muitos desafios, às vezes, mais do que conquistas, especialmente para as pessoas com baixo poder aquisitivo que não conseguem suprir suas necessidades existenciais de sobrevivência e dignidade. Nosso Brasil não está preparado para essa nova realidade que está posta, trabalhando com uma política pública que não consegue atender essa população com qualidade e atenção.

Vivemos o século do Envelhecimento, mas ainda não vivemos o tempo do envelhecimento. É verdade que já superamos alguns obstáculos e tivemos alguns avanços, entre eles a construção do marco legal que já designa e reconhece o segmento idoso. Falta a efetividade nas ações, principalmente na assistência social e na saúde, eixos estruturantes da seguridade social.

Há grandes avanços nas políticas públicas de proteção social no Brasil. Tais avanços foram definidos na Constituição de 1988 que ofereceu aos cidadãos regras e princípios até então distantes da maioria absoluta da população. São exemplos destas conquistas, aquelas que estão referidas nas políticas de seguridade social, ou seja, previdência, assistência social e saúde. São políticas estruturantes na defesa das condi-

ções de vida de quem mais precisa da presença e proteção do Estado. Entretanto, devido às questões de desigualdade social e econômica predominante no cenário nacional, nem todos os brasileiros são contemplados nas suas necessidades integrais e muitos ainda vivem na precariedade e exclusão social.

O futuro do Brasil é a velhice. Nos próximos 20 anos, teremos uma população de expressiva de pessoas idosas. Os dados do IBGE mostraram que em 1940, apenas 4,1% da população tinha mais de 60 anos. Hoje, segundo dados do IBGE, esse índice passou a 13% e já estamos chegando a 30 milhões de cidadãos idosos. Em menos de um século, fomos de 1,7 milhão de idosos para 30 milhões. Estimativas mostram que, em 2050, teremos 68,1 milhões de idosos. O dobro do valor atual. Na mesma época, haverá só 18,8 milhões de crianças de até 14 anos. Esses dados não estão referidos para assustar, mas sim para chamar a atenção do quanto o Brasil ainda não está preparado para cuidar dos velhos do presente e dos velhos do futuro. Nossas políticas públicas de proteção social estão atrasadas em relação às necessidades de um país que envelhece aceleradamente. Temos um marco legal eficiente que incluem conquistas tais como, Política Nacional do Idoso (1996) e Estatuto do Idoso (2003). Entretanto, o Brasil real é um país longe do Brasil “legal”. Ambos instrumentos normativos são simbólicos pois ainda não saíram do texto legal e foi incorporado na prática pelos municípios, estados e União. Alcântara (2016) diz aos idosos brasileiros caberá a triste sina de viver em um país que não os respeita e sequer cumpre as leis que cria.

As mulheres vivem mais do que os homens. Espera-se uma maior longevidade feminina, de 79,9 anos versus 72,8 anos para os homens. O fato de as mulheres viverem mais não implica necessariamente que as mulheres vivem em condições melhores do que os homens. Na velhice ocorre a ausência ou negação das questões de gênero. Ao se fazer isto, assume-se a posição de exclusão dos determinantes social construídos historicamente pela sociedade que influencia os lugares de homens e mulheres na vida cotidiana. É evidente que as influências das questões de gênero envolvem os papéis, valores e padrões sociais e culturais construídos e definidos pela sociedade em sua evolução histórica, e que tem determinado como deve ser o masculino e o feminino na velhice (Figueiredo et al, 2007).

Isto evidencia quando nos referimos ao segmento idoso, parcela já expressiva e significativa na população. O Brasil, através dos seus municípios, tem um marco legal bem avançado para atender e proteger a população idosa, mas na prática, age como se fosse ainda um país jovem. É um país que ainda não se comprometeu com a demanda deste segmento etário. O Brasil precisa se preparar hoje para responder as necessidades da população idosa que já é presente, como também se preparar adequadamente para receber a que está envelhecendo e que terá um impacto muito grande na vida social, sobretudo na política de cuidados de média, curta e longa duração.

O Sistema de Garantia de Direitos, composto pelo conjunto de políticas públicas e sociais, incluindo como por exemplo o SUS – Sistema Único de Saúde e o SUAS – Sistema Único de Assistência Social é o instrumento do Estado para garantir direitos. Só que

vivemos num Estado de desproteção social na medida em que o Estado Brasileiro não garante aos cidadãos idosos o acesso gratuito e universal às políticas já consolidadas no sistema que deveriam proteger os cidadãos mais vulneráveis. Ou seja, as proteções sociais não estão dando resposta ágeis para atender a população idosa. Quando olhamos para a política de assistencial social do Estado Brasileiro, não podemos deixar de considerar que ela esteve historicamente associada a práticas clientelistas, distante do campo do direito e vinculada no favor e na bondade. O Brasil está envelhecendo e preocupa-nos a tendência no discurso de gestores públicos e de economistas, transformar a conquista da longevidade em problema social. O Brasil não se preparou e o bônus demográfico já está se esgotando. O que dizer então das necessidades sociais que o envelhecimento vem provocando no campo da assistência e saúde. Ou seja, o Brasil já é devedor da oferta efetiva de políticas para o segmento idoso. O que dizer dos novos idosos nesta conjectura de retrocesso na oferta de políticas e conquistas sociais que o Brasil enfrenta no presente momento.

Para analisar a política de assistência social brasileira, há que se considerar que a assistência social esteve historicamente ancorada em práticas clientelistas, e situada no campo do favor e do não direito. Somente a partir da Constituição em vigor (1988) que passou-se a considerar a assistência como direito de cidadania. Entretanto, a prática assistencialista ainda se faz muito presente no território nacional.

Temos muitos desafios a serem vencidos quando pensamos em políticas públicas e sociais para a população que envelhece. O modelo público de política pública se fundamenta no familismo. Tais práticas se expressam principalmente na política de assistência social e se caracteriza na família como pilar central, como foco principal da ação, tomando-a como espaço privilegiado de proteção dos seus membros, independente do seu modelo. Ao Estado, cabe intervir somente quando a família falha. Além de dar a família o principal papel de cuidar da pessoa idosa, o modelo familista reforça a desigualdade de gênero, à medida que sobrecarrega a responsabilidade da mulher na proteção da sua família, sem o devido amparo do Estado.

Tradicionalmente, no escopo das políticas brasileiras, a instituição familiar sempre fez parte integral dos arranjos de proteção social (Pereira, 2006). Isso significa que a família participa de forma voluntária na provisão do bem-estar dos seus membros. O Estado assume o papel de regulador do sistema de proteção e distribui a responsabilidade aos membros da família, amparados inclusive pela Constituição Federal (1988). O Estado requer com mão pesada a participação da família. O Estado só se faz presente na total insuficiência ou ausência dela, mesmo assim, não reconhece a sua participação e entre como ator coadjuvante. Ou seja, cumpre primeiro às famílias (e só depois ao Estado) garantir a sobrevivência dos mais velhos ou aos demais membros. Talvez, por isso, o sistema protetivo da assistência social ainda seja tão ineficiente para contemplar todas as necessidades, principalmente quando nos referimos as demandas já criadas pela velhice e envelhecimento. Este modelo protetivo denominado familista compreende que a proteção social cabe preferencialmente à família e o Estado reduz os serviços públicos enquanto proteção.

No Brasil, segundo Pereira (2006) “a instituição familiar sempre fez parte integral dos arranjos de proteção social”. Para ela “os governos brasileiros sempre se beneficiaram da participação autonomizada e voluntarista da família na provisão do bem-estar de seus membros”. (p.29).

A família brasileira tem passado por significativas transformações. Isso manifesta de forma acentuada no envelhecimento. A família tradicional composta de papai, mamãe e filhos (muitos) não existe mais ou ela é pouco representativa. A família se compõe de um mosaico de relacionamentos, ela possui mais de um significado. Menor número de filhos, relações recompostas ou casais sem filhos se faz presente no cenário. Também os relacionamentos homoafetivos já representam a família brasileira. Considerando-se estas mudanças, a família refere-se ao núcleo familiar básico, mas, também, ao grupo de pessoas vinculadas entre si por laços afetivos, consanguíneos, consensuais ou jurídicos, que constituem complexas redes de parentesco e de apoio por meio de intercâmbios intergeracionais (Falcão, 2020). Quem cuida dos idosos que precisam de cuidados? Neri (2019), em uma entrevista afirma:

Existe uma hipocrisia no sentido de não admitir que muitas famílias não tem condição financeira, não tem nem número de pessoas, na medida em que as novas gerações são cada vez mais rarefeitas, que as famílias são cada vez mais verticais. A grande família é cada vez mais uma fantasia. Muitas doenças que hoje são mais correntes nas estatísticas, como as demências tipo Alzheimer eram eventos raros no passado. As pessoas ficavam pouco tempo doentes, morriam logo. Então, atribuir os cuidados aos idosos só às famílias é não querer enxergar a realidade. O ideal seria que as famílias fossem coadjuvadas por serviços auxiliares: atendimento domiciliar, pois o velho não precisa ficar internado para sempre, abandonado numa instituição, onde nunca mais ninguém vai visitar, não é isso

Muitos idosos precisam de atendimento contínuo, de cuidados prolongados no decorrer de suas vidas. Destaca-se ainda o fato de muitos idosos viverem sozinhos em suas casas. Não temos uma política nacional de cuidados continuados, temos apenas a família como responsável pelo cuidado daqueles que precisam de cuidados. O modelo familista se caracteriza no conceito de ser a família a responsável pelo sistema protetivo das pessoas idosas e dos demais membros que delega à família em primeira instância a proteção de todos os seus membros e a designa como pilar central da proteção social.

Uma outra questão que merece reflexão é a questão de gênero. Mulheres são mais cuidadoras do que os homens. Lembramos que o conceito de gênero refere-se a papéis sociais construídos no meio sociocultural que definem o lugar onde o masculino e feminino terão nas relações sociais. Ou seja, os papéis, as responsabilidades no cuidado daqueles que precisam de cuidados. A questão de gênero refere-se ainda ao comportamento e atitudes dos homens e das mulheres no meio da sociedade. O que se observa no envelhecimento que o fato de mulheres assumirem a função de cuidadoras dos mais velhos e mais grave, a família diz que é responsabilidade delas cuidarem. Aos homens cabe o papel de provedor e as vezes, supervisor dos cuidados.

Para FERNANDES (2009), a geração mais velha, por exemplo, experimentou, por maior espaço temporal, relações de poder e também naturalizou, mais intensamente, noções sobre papéis masculino/feminino calcadas num modelo tradicional de relações de gênero, em que havia o exercício da autoridade dos homens sobre as mulheres e os filhos no seio das famílias, ou seja, vivenciou uma assimetria relacional, o que pode influenciar, também de modo diferencial, o modo do idoso perceber e vivenciar sua velhice, conforme a marca do seu gênero(4-5).

Para analisarmos os determinantes do familismo nas políticas de assistência social, vamos considerar seu principal instrumento normativo. Faz-se necessário que a assistência social passou a ser direito a partir da Constituição Federal de 1988. Somente a partir da Constituição Federal de 1988, da LOAS3, da PNAAS/2004 e da NOB/SUAS/2005 que a assistência social “legalmente” passa a figurar no campo do direito enquanto política social. E enquanto política social, a assistência social no seu modelo protetivo elege a família para a centralidade das suas ações, objetivando a potencialização da mesma para a sua sustentabilidade e concretização dos direitos dos seus membros. Conforme preconizado na NOB/SUAS/2005(p.90): A família deve ser apoiada e ter acesso a condições para responder ao seu papel no sustento, na guarda e na educação de suas crianças e adolescentes, bem como na proteção de seus idosos e portadores de deficiência. Esta concepção explicitada na função protetiva da assistência social e ainda dentro da proposta operativa do Sistema Único de Assistência social, apresentando como uma das suas diretrizes a matricialidade sociofamiliar. Leva-nos a partir da análise de Pereira (2008) a situar o modelo protetivo da política de assistência social como um modelo pluralista de bem-estar social, ao situar a família “como responsável nata” e, portanto, incontestemente da proteção de seus membros via mercado em primeira instância e somente em situações de vulnerabilidades e riscos é que a mesma “deve” ser amparada pelo Estado.

Lagunas existentes na política de assistência social

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) foi aprovada através da Lei 8.742 de 1993 que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Ela foi efetivada através da Política Nacional de Assistência Social (Resolução nº 145 de 2004). Já se passaram 26 anos desde a sua aprovação e implantação. Muito se avançou nos últimos anos no SUAS no território nacional, principalmente na ampliação de políticas sociais com a criação da rede de proteção social. Entretanto, o avanço não acompanha as necessidades e contradições do Brasil.

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, aprovada pelo Conselho Nacional da Assistência Social por meio da Resolução nº 109, de 2009 é uma normativa que possibilitou a padronização dos serviços de “proteção social básica e especial, estabelecendo seus conteúdos essenciais, público a ser atendido, propósito de cada um deles e os

resultados esperados para a garantia dos direitos socioassistenciais” (BRASIL, 2009). Neste importante documento, estão descritos os tipos de serviços da assistência social. Borges (2012) considera que mesmo com os avanços das políticas já estabelecidas, em especial o SUAS, ainda não são significativos os déficits de políticas públicas direcionadas as pessoas idosas, segmento etário que mais cresceu em relação às demais faixas etárias e que tem demandas específicas e crescentes para que seja possível o acesso a um envelhecimento digno, por parte da grande parcela da população brasileira excluída.

Não podemos afirmar que o SUAS tem respondido satisfatoriamente em todo território nacional pelas necessidades da população idosa. Podemos listar quais são seus principais desafios da seguinte forma:

- Insuficiência de vagas para institucionalização de pessoas idosas nas ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos. A demanda é maior do que a oferta. Consideramos que além da oferta de vagas, temos uma questão bastante importante no que se refere a natureza das instituições que são gerenciadas pela Política de Assistência Social e ao mesmo tempo têm um grande percentual de pessoas idosas que tem comprometimento na área da saúde, especialmente na sua funcionalidade e nas atividades de vida diária. Não existe a prática de intersetorialidade nas políticas sociais. Ela se caracteriza mais na intencionalidade do que na prática. É urgente assumir o compromisso nas ILPIs de equipamento híbridos, ou seja, assistência social e saúde.
- Não existem cuidadores de idosos inseridos nas políticas públicas da assistência social. A família brasileira está mudando e não temos a ampla oferta de familiares. Torna-se necessário incorporar este profissional nas políticas já existentes para atender às pessoas idosas que não têm cuidadores familiares ou os tem em número insuficiente. A ocupação não é considerada como profissão. No ano de 2019 o Presidente da República vetou o Projeto de Lei que criaria a profissão de cuidador de idosos, retrocedendo numa luta iniciada em 2006 quando da entrada do primeiro projeto de Lei no Congresso Nacional. É urgente reconhecer a necessidade destes profissionais nas políticas públicas de seguridade social, especialmente a saúde e assistência social.
- Os Centros-Dias estão contemplados na Tipificação dos Serviços Socioassistenciais. O Centro Dia para Idosos está previsto na Política Nacional do Idoso (Lei Nº 8.842/1994) e no Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741/2003) como estratégia de garantia de direitos. Trata-se um serviço da Proteção Social Especial de Média Complexidade de atendimento durante o dia onde a pessoa idosa com dependência nas suas atividades de vida diária recebe atendimento de uma equipe multiprofissional. Entretanto, o número de centros dias públicos é insignificante nos municípios brasileiros. É direito assegurado, mas na prática, é um tipo de serviço que não existe. O Município de São Paulo tem uma rede 16 Centros Dia distribuídos pelas diversas regiões da cidade. É o município que mais tem centro

dia no país. Nos outros municípios não existe esta modalidade de atendimento, mesmo estando no instrumento Tipificação dos Serviços Socioassistenciais. Não existe vontade políticas dos municípios brasileiros na criação deste tipo de serviço que atende as pessoas idosas que precisam de atendimento durante o dia enquanto seus familiares trabalham.

- Os Centros ou Núcleos de Convivência para idosos são ofertados em número insuficiente para a população idosa. Eles também contemplam idosos que estão classificados nas áreas de vulnerabilidade social e não contempla idosos de outras faixas de renda.
- Insuficiência de unidades especializadas ou referenciadas no SUAS para atendimento as pessoas idosas vítimas de violência doméstica. Não existe uma rede efetiva de atendimento às pessoas idosas que sofrem violências e abuso, especialmente por membros da sua família. Não existe serviço que possa receber as vítimas quando suas vidas correm perigo de morte. Profissionais que trabalham nas unidades têm parca formação no tema da violência e sofrem da carência de serviços onde as pessoas possam ser atendidas. As unidades de saúde do Sistema Único de Saúde não se responsabilizam pelo atendimento da violência contra a pessoa idosa e em muitas situações, existe a prática do encaminhamento pouco resolutivo para recursos da comunidade ou para outras secretarias.
- Falta de capacitação de profissionais em gerontologia para atendimento as necessidades da população idosa. O envelhecimento é fato e presente nas práticas das unidades da assistência social. Profissionais não estão sendo formados ou atualizados na mesma rapidez na qual o envelhecimento se faz presente na vida social. Precisamos ter profissionais comprometidos com o envelhecimento da população brasileira. Gestores públicos precisam investir na formação e atualização dos seus profissionais em gerontologia, especialmente na assistência social e saúde.
- Intersetorialidade. Ao se considerar o envelhecimento como uma manifestação complexa e heterogênea que exige uma série de políticas públicas diferentes, a intersetorialidade, ou seja a construção conjunta de ações e políticas em diferentes setores, especialmente na saúde e assistência social torna-se desafio constante e contínuo para oferecer o envelhecimento digno às pessoas idosas. O desenvolvimento de ações intersetoriais, não é uma atividade fácil. Geralmente, é mais fácil conceituar a ação do que vivenciá-la. Entretanto, não se pode desconsiderar a importância que a intersetorialidade tem na prática social. O que ainda se constata é a absoluta falta de prática em ações intersetoriais, o que compromete grandemente os resultados. As políticas e os gestores públicos deveriam efetivamente comprometer com ações intersetoriais ou quem sabe, no mínimo intersecretariais para responder as necessidades do segmento idoso.

Uma experiência exitosa: programa acompanhamento de idosos (PAI) – São Paulo (SP).

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI) é desenvolvido na cidade de São Paulo. Trata-se de uma experiência pioneira no Brasil e tem sido sinônimo de inovação e possibilidade de atendimento às pessoas idosas que precisam de cuidados. A primeira experiência foi realizada com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que se constituiu em entidade parceira, por meio do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG). O principal objetivo desse projeto inicial foi capacitar indivíduos a realizarem atividades comunitárias de cuidado e acompanhamento de pessoas idosas frágeis, para atuarem na identificação de situações de risco que comprometessem a autonomia e independência, assim como contribuir, para minimizar os efeitos da dependência que as pessoas idosas possuíam. (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016b).

O PAI é uma modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial às pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, que disponibiliza a prestação dos serviços de profissionais da saúde e acompanhantes de idosos, para apoio e suporte nas Atividades de Vida Diárias (AVD) e para suprir outras necessidades de saúde e sociais. O seu principal objetivo é desenvolver e ampliar um programa na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, para inclusão da população idosa dependente e socialmente vulnerável, que apresente dificuldade de acesso ao sistema de saúde e isolamento ou exclusão social devido à insuficiência de suporte familiar ou social e que contemple a assistência domiciliar e a inclusão no sistema sócio-sanitário.

Trata-se de um programa pioneiro que iniciou em caráter experimental no ano de 2004 e configurou-se como política pública na cidade de São Paulo em 2008, quando passou pela sua primeira fase de expansão. O Programa é vencedor em diversos concursos públicos na área de saúde. O primeiro prêmio foi o extinto Prêmio Talentos da Maturidade Banco Real na categoria Programas Exemplares (2007). De lá para cá, vem sendo reconhecido como programa exitoso por apresentar e responder as demandas da população idosa que reside sozinha e pela inclusão da figura do Acompanhante de Idosos na equipe de saúde interdisciplinar que atende aos idosos no território onde estão localizados.

No Documento Norteador (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016b) são definidos os objetivos específicos do Programa Acompanhante de Idoso:

- Promover assistência integral à saúde da população idosa descrita, objetivando desenvolver autocuidado, manutenção ou melhoria da sua capacidade funcional e bem-estar, qualidade de vida, autonomia e independência.
- Evitar, ou adiar a institucionalização das pessoas idosas atendidas;
- Promover a quebra do isolamento e exclusão social.

- Formar, acompanhar e dar suporte técnico a acompanhantes de idosos (AI), para atender a população idosa descrita, em seu domicílio e/ou na cidade.
- Integrar as redes formais e informais de atenção à pessoa idosa para fortalecimento de parcerias e obtenção de alternativas de atendimento das demandas sócio-sanitárias.

Para inclusão no programa, a pessoa idosa deverá ter idade igual ou superior a 60 anos, residir na área de abrangência e apresentar pelo menos um dos critérios abaixo relacionados, observados na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI-AB) realizada pela UBS: dependência funcional nas Atividades da Vida Diária (AVD's), decorrentes de agravos à saúde; mobilidade reduzida; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; insuficiência no suporte familiar e social; isolamento ou exclusão social; risco de institucionalização.

Para o desenvolvimento das atividades, constitui-se uma equipe que se compõe de coordenador (a); médico (a); enfermeiro (a); dois auxiliares de enfermagem, um administrativo e dez acompanhantes de idosos. A equipe se organiza para atender as necessidades dos idosos através do que se denomina Plano de Cuidados e desta forma são atendidas as necessidades. Destaca-se que a inclusão do Acompanhante de Idosos é a grande novidade na equipe pois permite que este profissional desenvolva suas atividades no domicílio do idoso e também acompanha em atividades externas (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016b).

O programa atende pessoas idosas que residem sozinhas ou estão em situação de fragilidade e vulnerabilidade social. Na cidade de São Paulo são muitos idosos são atendidos no PAI que vem confirmar a necessidade de iniciativas inovadoras para responder as demandas da população que envelhece.

Considerações finais

O envelhecimento é a maior conquista da humanidade no último século, conforme as Nações Unidas reconhece. Não podemos transformar uma conquista em pesadelo e problema para o Estado, para a família e para a sociedade. É verdade que o envelhecimento desse porte altera a estrutura socioeconômica do país. O que nos reserva o futuro de um país envelhecido que não se preparou adequadamente para resolver os problemas históricos que carrega na sua organização e gestão socio-econômica-política. Um país cuja desigualdade e injustiça social prevalecem. O envelhecimento da população deve afetar a vida dos brasileiros em setores como saúde, previdência, educação, meio ambiente, família, moradia, cuidados e todas as variáveis. O futuro do Brasil envelhecido depende das escolhas de hoje. Conquanto o Brasil se declare um “país amigo do idoso” em documentos

oficiais, na prática, o Brasil não prioriza e nem respeita seus cidadãos idosos. O Brasil ainda permanece em modelos tradicionais de políticas não resolutivas.

Olhando para a política da assistência social, podemos avaliar que o conjunto de serviços é inexpressivo diante da realidade da população idosa brasileira. Há muitos desafios a serem enfrentados, como a oferta de instituições de longa permanência para idosos (ILPI) oferecidas pelo setor público as pessoas idosas que precisam de institucionalização. Insignificantes e ineficientes. Muitos idosos ainda são despossuídos de seus direitos fundamentais. A oferta de ILPIs é responsabilidade da política de assistência social, conforme a Tipificação da Assistência Social.

Quanto a efetivação do SUAS, é possível perceber que ela está praticamente, quando olhamos para o território nacional, pautada principalmente para a implantação de grupos de convivência, o que por sua vez não responde as necessidades principais do segmento idoso. Há déficit grande nos municípios da oferta de vagas públicas ou conveniadas para atender as pessoas idosas que precisam de institucionalização (serviços de acolhimento institucional) e de cuidados.

“Em todas as culturas, uma das decisões mais difíceis da família é de institucionalizar os idosos. Existe toda uma questão de apego de tradição, é muito complicado tomar essa decisão. Eu não estou dizendo ‘largar’, ‘jogar’, que são verbos altamente pejorativos, carregados. Institucionalizar, internar por absoluta necessidade, é muito difícil. Aqui no Brasil, é também extremamente caro, para quem pode pagar, as Instituições estão se tornando mais numerosas e mais variadas quanto a oferta. Mas elas são insuficientes. As que não são pagas, para aqueles que são mais pobres, são absolutamente insuficientes. Mas na base tudo existe uma ilusão e uma hipocrisia, de que é uma família e, se ela não faz isso, ela é ruim. A família é a vilã, o velho é sempre a vítima, ele pode não ser. Ele pode ser doente, mas ele pode ter sido também um velho abusador e o que ele pode esperar dessa família de quem ele foi abusador, com quem ele não estabeleceu laços, com os filhos, com uma filha, com a nora”.

Certamente, os direitos avançaram, mas não estão efetivamente garantidos. Talvez, um dos grandes problemas atuais na proteção às pessoas idosas foi estabelecido na mesma Constituição de 1988 que avançou, mas deu uma sobrecarga muito grande às famílias quando definiu no artigo 230 que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988). No artigo 229, “é imposta aos filhos a obrigação de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”, constituindo-se crime caso não o façam. Mesmo sendo função da família, o Estado Brasileiro precisa se fazer presente evitando sobrecarregá-la no cuidado das pessoas idosas. Esta é a questão. Nossas políticas públicas têm sido fundamentadas numa família nuclear que não representa mais a sociedade brasileira. A política pública não considerou que as mulheres, principais cuidadoras, estão incorporadas no mercado de trabalho e não estão mais nas casas para cuidar dos idosos.

A responsabilização excessiva que foi dada à família nas políticas públicas é perversa. Seria uma analogia a um Estado benemérito que dá com uma mão e retira com a

outra ao dar à família a responsabilidade de cuidar dos idosos. Mais grave ainda, penaliza as famílias. Nos movimentos sociais que defendem as pessoas idosas, a reivindicação prevalente é que o Estado também se faça presente no cumprimento dos marcos legais já estabelecidos na defesa dos direitos dos mais velhos.

O compromisso com o Brasil envelhecido está atrasado. Há uma agenda urgente nas políticas públicas para contemplar as necessidades da população idosa. O Brasil precisa efetivamente reunir esforços para o envelhecimento digno. Pessoas idosas precisam ser tratadas com respeito e dignidade. Além disso, precisamos o compromisso da sociedade. Afinal, o futuro do Brasil é a velhice.

Referências

- ALCÂNTARA, AO. Da Política Nacional do Idoso ao Estatuto do idoso: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. In Política Nacional do Idoso, Velhas e novas questões. IPEA, Rio de Janeiro, 2016.
- BORGES, Maria Cláudia Moura. A Pessoa Idosa no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). In: BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva (Org.). Políticas Públicas para um País que envelhece. São Paulo: Martinari, 2012.
- BRASIL . Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. SUS - Sistema Único de Assistência Social. Brasília: MDS/SNAS, 2007
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Reimpressão 2014. Brasília: 2014.
- CASTILHO, CFV e CARLOTO, CM - O familismo na política de Assistência Social: um reforço à desigualdade de gênero? Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 05 de outubro de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 1988.
- FALCÃO, DVS. Familismo: repercussões nas relações conjugais e familiares de idosos. Estudos sobre Envelhecimento. Revista Mais 60 - SESC. V.31 – Nº 77 – agosto 2020. São Paulo.
- FERNANDES, MGM. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.62 nº 5 . Brasília Sept/Oct. 2009
- FIGUEIREDO, MLF; Tyrrel,MAR; CARVALHO, CMRG; LUZ, MHB; AMORIM, FCM; LOIOLA, NLA. As diferenças de gênero na Velhice. Revista Brasileira de Enfermagem. Volume 60. Brasília. 2007
- NERI, AL. <https://www.portaldaenfermagem.com.br/noticias-read?id=7923#:~:text=A%20psic%C3%B3loga%20Anita%20Liberalesso%20Neri,tem%20condi%C3%A7%C3%A3o%20financeira%2C%20n%C3%A3o%20tem%20consulta> em 27 de julho de 2020
- Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 1998.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento Norteador Programa Acompanhante de Idosos. São Paulo: SMS. 2016b. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADORPAIFINAL02012017.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

Ensaio final do livro “Políticas Sociais e Gerontologia: diálogos contemporâneos” da Associação Brasileira de Gerontologia

Evany Bettine de Almeida

Thais Bento Lima da Silva

Estabelecer um diálogo contemporâneo entre políticas sociais e gerontologia requer uma conexão com a história dessas políticas e da gerontologia em nosso país. Afinal, muitas conquistas foram alcançadas desde a década de 1980, mais precisamente em 1988, quando foi instituída a Constituição Federal, acertadamente denominada constituição cidadã. Importante ressaltar que os grandes avanços na área social foram construídos muito antes por lideranças que foram se constituindo durante o período de redemocratização do país, ainda durante o período da ditadura em nosso país (OLIVEIRA, 2017).

Como estamos falando em gerontologia, devemos entender que as políticas sociais das quais os autores irão discorrer ao longo deste livro serão aquelas destinadas à população idosa, que visam o seu bem-estar, com caráter distributivo e destinadas preferencialmente às camadas mais vulneráveis, buscando reduzir a desigualdade, principalmente econômica. Foi assim com a Política Nacional do Idoso promulgada em 1994, o Estatuto do Idoso em 2003 e em 2006 com a criação de uma portaria que estabeleceu as diretrizes para a atenção à saúde do idoso no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988; 1994; 2003).

Todas essas costuras são possíveis quando várias áreas do conhecimento se relacionam de maneira interdisciplinar para propor intervenções públicas nos campos da saúde, educação, assistência, emprego e habitação, entre outras. E essas diversas áreas do conhecimento, que ao longo do tempo foram se especializando em gerontologia, em parceria com os movimentos sociais, sempre estiveram presentes na implantação das políticas sociais com vistas à população idosa. Porém, havia uma lacuna que começa a ser preenchida quando uma universidade pública propõe uma graduação específica em gerontologia para estudar o envelhecimento como um processo, ainda que com maior ênfase na fase da velhice. Esta ênfase na velhice se deu pelo fato de que havia uma grande demanda por profissionais para trabalhar com a população idosa, isto porque, em sua maioria, chegou à fase da velhice apresentando algumas fragilidades e várias comorbidades. Ou seja, o aumento na expectativa de vida se deu sem a qualidade de saúde física e mental esperada, portanto, não havia grandes avanços a serem festejados.

Esperamos que com a implantação efetiva do conceito de envelhecimento ativo (OMS, 2005) que propõe ações ao longo da vida que visam promover saúde, bem-estar e

interação social, bem como educação permanente, os *novos velhos* cheguem a idades mais avançadas em condições melhores dos que os que atualmente se encontram nessa fase da vida. Neste sentido, nos parece que somente um profissional que compreenda os diversos aspectos envolvidos nos pilares da política do envelhecimento da OMS, terá condições de atuar na efetiva implantação dessa política. Em nossa perspectiva, a atuação mais significativa desse profissional será no pilar da educação permanente. Seja na educação gerontológica, isto é no ensino dos conteúdos do envelhecimento para a sociedade em geral, propondo ações intergeracionais, eliminando mitos e estereótipos do envelhecimento, preparando os profissionais da área da educação para ministrar esses conteúdos em suas atividades educativas. Também importante atuação esse profissional terá na gerontologia educacional, propondo novos formatos de cursos, eventos e atividades que tenham significado para as pessoas ao longo do processo de envelhecimento e, principalmente, na fase da velhice. A educação seria o eixo condutor que leva ao aprimoramento do conhecimento técnico e das habilidades humanas no processo de cuidado (CACHIONI, M. e PALMA, 2006; SALMAZO-SILVA e GUTIERREZ, 2018; SALMAZO-SILVA, SILVEIRA E FREITAS, 2017), inspirando novas configurações nas leis, políticas públicas e cultura.

Mas voltando à proposta da criação de cursos de graduação em gerontologia, por que se previu essa necessidade? Primeiramente porque a Gerontologia como disciplina ainda é incipiente na maioria dos currículos do ensino superior da área da saúde em nosso país, sendo um pouco mais estudada entre as categorias de profissionais enfermeiros e médicos (CARVALHO e HENNINGTON, 2015). Outra explicação é que se vislumbrou a necessidade de uma graduação que estudasse o processo de envelhecimento em todas as suas determinantes, ou seja, biológicas, psicológicas e sociais, o que se constituiu em um projeto educacional ousado que implicaria no nascimento de uma nova profissão com inúmeras possibilidades de atuação, visto ser um profissional generalista, capaz de integrar, gerir e conceber projetos e serviços para idosos. Se por um lado isso é bom para a população que envelhece, por outro, pode ser visto com estranhamento por determinados segmentos profissionais que visualizam a perda de prestígio e de espaços de atuação. Não vemos justificativa para esse receio dos demais profissionais, pois acreditamos que a graduação em Gerontologia não suprirá, por si só, toda a demanda relacionada ao envelhecimento e não pretende desprivilegiar o conhecimento acumulado por profissionais de outras profissões já solidificadas (SALMAZO-SILVA e ALMEIDA, 2019).

Concluindo, em relação às políticas sociais, o cenário que visualizamos para os próximos anos é a conscientização de que há campo de atuação para todos os profissionais, tanto os que se graduam em gerontologia, quanto os que se especializam na área do envelhecimento para trabalhar com o seguimento idoso em sua profissão de origem. O gerontólogo, bacharel em gerontologia, continuará com sua atuação mais generalista que permitirá propor novas políticas sociais, ou mesmo ajudar na implementação efetiva das políticas já existentes, sempre em conjunto com os colegas de outras profissões e os movimentos sociais que representam, de fato, a categoria alvo de todos os que se enveredam pela área do envelhecimento. Esperamos também que o conjunto dos profissionais da área do enve-

lhecimento deem atenção para as questões de gênero e a diversidade para se assegurar a denominada transversalidade de gênero, a fim de valorizar a democratização das relações sociais e dos lugares de gênero tendo em vista a heterogeneidade do envelhecimento (BANDEIRA, 2012).

Além disso, pensamos que, cada vez mais, os graduados em gerontologia se dedicarão a políticas de ações afirmativas em favor de um processo de envelhecimento com menos agravantes de saúde, ou seja, conquistando a longevidade com qualidade de vida pelo maior tempo possível.

Referências

Bandeira, L. *Contribuições à inserção de gênero nas interligações rural urbano no contexto do desenvolvimento sustentável*. In: GEHLEN, Vitoria Regia Fernandes; LAINÉ, Pilar Carolina Villar (Orgs.). *Costurando com fios invisíveis: a fragmentação do território rural*. Recife: Editora Universitária, 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado; 1988.

_____. Política Nacional do Idoso: Lei nº 8.842/94. Brasília: 1994.

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Cachioni, M.; Palma, L.S. (2006). Educação permanente: perspectiva para o trabalho educacional com o adulto maduro e o idoso. In: Freitas, E.V. (Eds). Et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1456-1465.

Chaves, H.L.A. e Gehlen, V.H.F. *Estado, políticas sociais e direitos sociais: descompasso do tempo atual*. Serv. Soc. Soc. no.135 São Paulo May/Aug. 2019 Epub May 20, 2019.

Oliveira, G. *30 anos da Constituição Cidadã*. Ed. Senado Federal, 2017.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 61p.

Salmazo-Silva, H. e Almeida, E.B. *Diálogos sobre a formação e graduação em gerontologia no Brasil* in Diálogos Interdisciplinares do Envelhecimento. São Paulo: Edições Hipótese, 2019.

Salmazo-Silva, H.; Gutierrez, B. A. O (2013). *Cuidados de longa duração na velhice: desafios para o cuidado centrado no indivíduo*. A Terceira Idade, São Paulo, v.24, p.7-17.

Salmazo-Silva; Silveira, M. H.; Freitas, T. H. S. (2017). *Práticas Gerontológicas e os desafios da Gerontologia como ciência e profissão*. In: Carvalho, C.M.R.G.; Araújo, L.F.. (Org.). *Envelhecimento E Práticas Gerontológicas*. 1ed.Curitiba: CRV Editora, 2017, v. 1, p. 169-188

