



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANA PAULA SANTANA GIROTO ALVES

**PROTEÇÃO SOCIAL NA VELHICE:
IDOSOS DEPENDENTES E O CUIDADO FAMILIAR**

Londrina
2014

ANA PAULA SANTANA GIROTO ALVES

**PROTEÇÃO SOCIAL NA VELHICE:
IDOSOS DEPENDENTES E O CUIDADO FAMILAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social (Mestrado) da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mabel Mascarenhas Torres

Londrina
2014

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

A474p Alves, Ana Paula Santana Giroto.
Proteção social na velhice: idosos dependentes e cuidado familiar / Ana Paula
Santana Giroto Alves. – Londrina, 2014.
173 f. : il.

Orientador: Mabel Mascarenhas Torres.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade
Estadual de Londrina, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-
Graduação em Serviço Social e Política Social, 2014.

Inclui bibliografia.

1. Serviço Social – Teses. 2. Velhice – Teses. 3. Proteção Social – Teses. 4.
Cuidador familiar – Teses. I. Torres, Mabel Mascarenhas. II. Universidade Estadual de
Londrina. Centro de Ciências Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social e Política Social. III. Título.

CDU 362.6

ANA PAULA SANTANA GIROTO ALVES

**PROTEÇÃO SOCIAL NA VELHICE:
IDOSOS DEPENDENTES E O CUIDADO FAMILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social (Mestrado) da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mabel Mascarenhas Torres
UEL – Londrina - PR

Prof^a. Dr^a. Débora Braga Zagabria
UEL – Londrina - PR

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Martinelli
PUC – São Paulo - SP

Londrina, 28 de Abril de 2014.

Dedico esta dissertação aos meus pais
Eduardo e Alcina, ao meu marido
Marcelo e à minha filha Ana Lara.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, “*porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas*”.

Ao meu marido e minha filha por serem meu suporte, meu amparo e meu sustento em todos os momentos. Amo vocês!

Aos meus pais que me proporcionaram a mais bela faculdade: a vida! E me deram condições para buscar e lutar por meus sonhos.

A toda minha família: irmãos (ãs), cunhados (as) e sobrinhos, que me incentivaram, torceram por mim e me ajudaram, ainda que de forma indireta, neste processo de mestrado.

A minha orientadora que soube, com sua arte de ensinar e orientar, extrair o melhor de mim, mesmo quando eu achava que já não tinha mais nada a oferecer. Que me ensinou a olhar além e a me encantar ainda mais pela profissão que escolhi. Mais do que uma professora brilhante, uma professora fascinante.

Agradeço também, as professoras doutoras que participaram das bancas de qualificação e de defesa deste trabalho. Obrigada por me darem a oportunidade de dividir com vocês o fruto do meu processo de mestrado e por contribuirem com a minha formação. Sinto-me honrada!

Obrigada!

ALVES, Ana Paula Santana Giroto. **Proteção Social na velhice: idosos dependentes e cuidado.** 2014. 173 p. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Serviço Social e Políticas Sociais – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

RESUMO

Esta dissertação tem como tema a proteção social ao idoso, de modo específico aquela relacionada ao idoso dependente. Para tanto, a pesquisa desenvolvida se estrutura a partir de dois eixos principais: a proteção social dirigida ao idoso e o cuidado familiar. A pesquisa tem como objeto o cuidado familiar como uma possibilidade protetiva na velhice dependente no município de Presidente Prudente (SP). Quanto ao objetivo, estabeleceu-se: conhecer as estratégias utilizadas pelo poder público e pelas famílias cuidadoras para atender as necessidades vivenciadas pelos idosos decorrentes do grau da dependência. Trata-se de uma pesquisa social qualitativa realizada em três passos: a revisão bibliográfica; a pesquisa documental, por meio das atas e ofícios do Conselho Municipal do Idoso de Presidente Prudente (SP) para identificar as discussões voltadas à velhice dependente e o levantamento das informações contidas nas fichas de solicitação de vaga de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, situada em Presidente Prudente (SP) a fim de construir o perfil dos idosos dependentes que solicitam acolhimento institucional; e o terceiro passo, que ocorreu por meio do contato com os sujeitos da pesquisa, a saber: representantes do poder público (Secretaria Municipal de Assistência Social e Secretaria Municipal de Saúde) e do sistema de garantia de direitos (Ministério Público e Conselho Municipal do Idoso). Também foram entrevistados quatro cuidadores familiares que revelaram o cotidiano da atividade do cuidado, bem como os impactos decorrentes do processo de cuidar. Quanto aos resultados, evidenciou-se as estratégias do poder público para atender às necessidades dos idosos dependentes, como atendimento domiciliar e curso de capacitação para o cuidador familiar; ações do Ministério Público provocando o debate sobre a velhice dependente; o processo de escolha do cuidador familiar e as ações do cuidado familiar. No que se refere aos cuidadores familiares, identificou-se impactos na vida dos cuidadores decorrentes do ato de cuidar, como desgaste físico, redução das relações de convívio, dificuldade de acesso a rede de serviços pública direcionada a população idosa e adoecimento do cuidador.

Palavras-chave: Serviço social. Velhice. Proteção social. Cuidado. Cuidador. Cuidador familiar.

ALVES, Ana Paula Santana Giroto. **Social Protection in old age: dependent elderly people and care.** 2014. 173 p. Social Politics and Social Service Master's Thesis – Londrina State University, Londrina, 2014.

ABSTRACT

The Thesis' aim focus on the old aged people social protection, mainly related to the dependent old aged people. Therefore, this developed research structures itself around two main axis: social protection towards old aged people and the family care. The research has as its subject the family care as a protective possibility to the dependent old aged people from the city of Presidente Prudente (SP). With regard to the aim, it is set thusly: getting to know the already used strategies by public authorities as well as by caregiver families in order to attend old aged people experienced necessities according to the dependence level. This is a social qualitative research developed in three steps: the bibliographic review; a documental research, through the minutes and submissions of the Presidente Prudente Old Age Municipal Council (SP) to identify the discussions concerning the dependent old age and the conducting of a survey on the information taken from application forms for vacancies in Skilled Nursing Facilities in Presidente Prudente (SP) in order to give rise to a profile of the dependent aged people who call for institutional support; and the third step, which took place through contacts with the subjects, namely: representatives of public authorities (City Department of Social Work and City Department of Health) and of the system of rights assurance (Prosecution Service and Old Age Municipal Council). Also four families' caregivers were interviewed, which revealed the care daily activities, as well as the arising impacts during the caring process. Regarding the results, it was evidenced the Public Authorities' strategies to support the dependent aged people needs, such as home care and training courses aiming the family caregiver; the actions took by the Prosecution Service leading to a debate about the dependent old aged people; the process of choosing a family caregiver and the actions in the family care. With regard to family caregivers, it was identified impacts on the lives of the caregivers, arising from the act of caring, as physical fatigue, reduction of life relationships; difficulty of accessing the public services network aimed at elderly people and caregiver illnesses.

Keywords: Social work. Old age. Social protection. Care. Caregiver. Family caregiver.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade	40
Figura 2 – Pirâmide Etária Absoluta em 2050	41
Figura 3 – Pirâmide Etária de Presidente Prudente em 1991	45
Figura 4 – Pirâmide Etária de Presidente Prudente em 2000	46
Figura 5 – Pirâmide Etária de Presidente Prudente em 2010	46
Figura 6 – População Idosa em Presidente Prudente	48
Figura 7 – Com quem o idoso reside.....	105
Figura 8 – Quem solicitou abrigo.....	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal na educação, longevidade e renda.....	20
Tabela 2 – Aproximação dos sujeitos da pesquisa	22
Tabela 3 – Maiores motivos da recusa dos sujeitos da pesquisa	22
Tabela 4 – Porcentagem de Idosos de 65 anos ou mais por região	40
Tabela 5 – Expectativa de vida por região	43
Tabela 6 – Distribuição por grupos de idosos em Presidente Prudente.....	47
Tabela 7 – Grau de Dependência – RDC	93
Tabela 8 – Quadro de Recursos Humanos em ILPI.....	94
Tabela 9 – Recursos Humanos do Lar São Rafael	97
Tabela 10 – Distribuição de idosos que solicitaram vaga por gênero e faixa etária	104
Tabela 11 – Distribuição dos idosos por gênero, faixa etária e estado civil	105
Tabela 12 – Distribuição por grau de dependência por gênero e faixa etária	107
Tabela 13 – Distribuição por grau de dependência por gênero e faixa etária	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CCI	Centro de Convivência do Idoso
CF	Constituição Federal
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CRI	Centro de Referência da Feliz Idade
DHM	Desenvolvimento Humano Municipal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ILP	Instituição de Longa Permanência
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (SUAS)
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OWH	World Health Organization
RENADI	Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SAUDI	Serviço de Atendimento Universal Domiciliar ao Idoso
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SEADES	Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social
SESC	Serviço Social e Comércio
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 A CONDIÇÃO DA VELHICE NO MUNDO CONTEMPORÂNEO	27
1.1 CONCEPÇÃO DE VELHICE E PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO.....	27
1.2 CONDIÇÃO DA VELHICE: VELHICE ATIVA E VELHICE DEPENDENTE	33
1.3 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	38
1.3.1 A Velhice em Dados: Situando Presidente Prudente.....	45
2 VELHICE E PROTEÇÃO SOCIAL	50
2.1 VELHICE, PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL.....	50
2.2 PROTEÇÃO SOCIAL E LEGISLAÇÃO DIRECIONADA À POPULAÇÃO IDOSA	63
2.3 A PROTEÇÃO SOCIAL DIRECIONADA À POPULAÇÃO IDOSA EM PRESIDENTE PRUDENTE (SP) E A REDE DE PROTEÇÃO E ATENÇÃO INSTALADA NO MUNICÍPIO	69
2.4 A VELHICE INSTITUCIONALIZADA	88
2.4.1 Perfil dos Idosos Dependentes que Buscam Abrigamento no Lar São Rafael de Presidente Prudente (SP).....	97
3 VELHICE DEPENDENTE: CUIDADOS E CUIDADORES FAMILIARES	112
3.1 VELHICE DEPENDENTE E CUIDADOS	112
3.1.1 O Cuidado e o Cuidador	120
3.1.2 O Cuidador Familiar e a Família	126
3.1.3 O Cuidado e Impactos na Vida do Cuidador	133
3.1.4 O Cuidado e as Interfaces com a Rede de Apoio.....	142
CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIAS	157

APÊNDICES	165
APÊNDICE A-1 – Modelo: Ofício Para Solicitação De Autorização Para Realização Da Pesquisa Documental.....	166
APÊNDICE A-2 – Modelo: Ofício Para Solicitação De Autorização Para Realização Da Pesquisa.....	167
APÊNDICE B – Modelo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	168
APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade e Sigilo	170
APÊNDICE D-1 – Modelo: Roteiro para Entrevista com representante do poder público	171
APÊNDICE D-2 – Modelo: Roteiro para Entrevista com os cuidadores familiares	172

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina trata da pesquisa estruturada a partir do tema da proteção social ao idoso, tendo como objeto de pesquisa o cuidado familiar como uma possibilidade protetiva na velhice dependente no município de Presidente Prudente (SP).

Um dos fatores que influenciou e motivou este estudo decorre de uma inquietação originada a partir de situações apresentadas no cotidiano de atuação profissional como assistente social de uma ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos) no município de Presidente Prudente (SP).

Essa ILPI, denominada “Lar São Rafael”¹, é uma instituição filantrópica que atende em regime residencial idosos com 60 anos ou mais. Foi criada em 1963 pela Associação dos Vicentinos. Hoje é mantida pela “Congregação das Irmãzinhas dos Anciãos Desamparados”².

No decorrer do exercício profissional nessa instituição, no período de 2009 a março de 2012, foi possível identificar muitas situações relacionadas à velhice que chamam a atenção profissional, sobretudo quanto à velhice dependente.

Dentre as atribuições do assistente social na referida ILPI estão: organizar a documentação da instituição; celebrar e prestar contas acerca de tais documentos; atuar em parceria com equipe multiprofissional em ações voltadas ao idoso e aos funcionários; providenciar documentação do idoso, bem como BPC aos idosos que tem direito ao benefício; acompanhar e orientar os idosos institucionalizados e seus familiares no que se refere aos direitos do idoso, à responsabilidade da família e à importância da preservação de vínculos familiares e comunitários; atender a comunidade em geral que solicita, na instituição, uma vaga para abrigar o idoso.

Esta última atividade – a solicitação de vaga – foi a que mais gerou inquietação profissional, impulsionando a realização desta pesquisa, pois é um momento de decisão da família e do idoso diante da institucionalização, sendo

¹ A discussão sobre o Lar São Rafael será retomada no segundo capítulo.

² A Congregação das Irmãzinhas dos Anciãos Desamparados mantém mais 4 ILPIs no Brasil e cerca de 150 ILPIs distribuídas em países da Europa e América Latina.

também ocasião de identificação, por parte do profissional, do perfil do idoso candidato à vaga, especialmente no que se refere a seu grau de dependência.

O regimento interno da instituição estabelece alguns critérios para o acolhimento, dentre os quais destaca-se:

c) indivíduos com **Grau de Dependência I**, ou seja, idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda; consistente em qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada, e ainda, **sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada**; nos termos do item 3.3, 3.4 “a” da RDC nº 283. (LAR SÃO RAFAEL, 2009)

Assim, de acordo com o referido regimento, esta ILPI acolhe idosos com grau de dependência I, ou seja, o idoso independente, ainda que utilize equipamentos de autoajuda. Uma vez institucionalizado, o cuidado ao idoso continua sendo prestado mesmo que a dependência se acentue.

Pode-se dizer que o Lar São Rafael³ segue as orientações legais do Estatuto do Idoso (artigos 35 §1º e 2º, 37, 48, 49 e 50), da Política Nacional do Idoso (artigo 4º- parágrafo único), da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 283, da NOB-RH/SUAS (no que tange à equipe referenciada para ILPI) e da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (serviço de proteção especial de alta complexidade – acolhimento institucional). Esse conjunto de normativas estabelece os direitos dos idosos, os deveres de uma ILPI, bem como as normas de funcionamento da instituição, o enquadramento do serviço socioassistencial e os recursos humanos necessários à ILPI, de acordo com o grau de dependência do idoso.

Nesse sentido, o critério do grau de dependência do idoso para o acolhimento institucional não fere nenhuma dessas legislações.

No entanto, no decorrer das solicitações de vaga identificou-se uma demanda significativa de idosos dependentes, cujas condições de saúde não admitiam o acolhimento no Lar São Rafael, por não ser o perfil da instituição.

Convém dizer que a camada que detém menor rendimento financeiro e indicativo de vulnerabilidade é a maioria dos que solicitam vaga no Lar

³ As demais informações sobre o Lar São Rafael serão registradas no segundo capítulo, quando da apresentação do perfil dos idosos.

São Rafael. As famílias constituintes dessa camada não conseguem acessar os serviços privados de acolhimento institucional instalados na cidade, visto que não há no município outros serviços de acolhimento institucional de natureza filantrópica ou pública que absorvam essa demanda. As ILPIs que acolhem idosos dependentes em Presidente Prudente (SP) são particulares e o valor da mensalidade aumenta com a acentuação do grau de dependência.

Diante dessa demanda profissional identificada, surgiram alguns questionamentos, como: o que leva a família a buscar a institucionalização do idoso? Quais as dificuldades enfrentadas pelas famílias no cuidado direcionado aos idosos dependentes? A quais serviços de proteção social o idoso dependente e sua família têm acesso? Será que os serviços de atenção de proteção social à velhice do município de Presidente Prudente (SP) estão preparados para essa demanda de idosos dependentes?

Considerando a competência do assistente social, conforme artigo 4º da Lei nº 8.662/93 que regulamenta a profissão, de prestar orientação aos “indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”, ao buscar uma alternativa para esses idosos dependentes não acolhidos pela instituição identificou-se que não havia uma rede de proteção e de atendimento para encaminhamento dessa demanda e o escasso investimento público para a preparação das famílias como cuidadores familiares. Este fator foi determinante para a motivação desta pesquisa.

Por entender que existem outros meios e serviços para garantir a proteção ao idoso que não a institucionalização, foram encaminhados dois ofícios, um no início de 2011 e outro no início de 2012, ao Ministério Público e ao Conselho Municipal do Idoso, órgãos que compõem o sistema de garantia de direitos, com a finalidade de informar sobre a demanda identificada e solicitar respostas a tais demandas. Para evidenciar a necessidade de atendimento das famílias cuidadoras de idosos dependentes, no ofício encaminhado aos referidos órgãos em 2011, foi anexada a relação de idosos não acolhidos no Lar São Rafael durante o ano de 2010, totalizando uma quantia de 62 idosos. Junto ao ofício de 2012, foi inserida uma nova lista, com a relação de 48 idosos não acolhidos na ILPI no decorrer do ano de 2011.

A partir de então, surgiram outras indagações: o que foi feito pelo Ministério Público e pelo CMI em consideração a tais ofícios e tais listas? Como é a situação atual desses idosos dependentes não colhidos em 2010 e 2011 no Lar São Rafael? Estes questionamentos são, também, indicativos para justificar, nesta pesquisa, o envolvimento dos sujeitos que operacionalizam as ações do poder público.

Em meio a tantas indagações, esta pesquisa tem como problema: as ações planejadas e operacionalizadas tanto pelo poder público como pelos cuidadores familiares para atender as necessidades decorrentes da dependência II e III dos idosos residentes do município de Presidente Prudente (SP).

Nesse sentido, esta pesquisa objetiva conhecer e analisar as estratégias utilizadas pelo poder público e pelas famílias cuidadoras para atender as necessidades dos idosos decorrentes da dependência II e III no município de Presidente Prudente (SP).

São objetivos específicos desta pesquisa:

- Mapear os programas e serviços ofertados no município de Presidente Prudente à população idosa.
- Elaborar o perfil dos idosos com grau de dependência II e III que compõem a relação de solicitantes de vaga do Lar São Rafael de Presidente Prudente.
- Identificar os fatores que revelam as necessidades de atendimento específico ao idoso dependente II e III que compõem a relação de solicitação de vaga do Lar São Rafael de Presidente Prudente.
- Conhecer e analisar as estratégias utilizadas pelas famílias para o atendimento dos idosos dependentes.
- Conhecer e analisar as estratégias utilizadas pelo poder público para a garantia de atendimento aos idosos com dependência II e III.
- Conhecer quem são os cuidadores dos idosos com grau de dependência II e III.

Os procedimentos metodológicos para atingirmos o objetivo da pesquisa foram construídos, principalmente, a partir de MINAYO (2010).

Trata-se de uma pesquisa social, que segundo Minayo (2010, p.47), compreende “vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade,

de suas relações e instituições, de sua história [...]”. A autora parte da ideia de que a realidade social é rica de significados que se manifestam por meio de sujeitos individuais e coletivos.

Ao considerar a motivação, problema e justificativa desta pesquisa, observam-se dois movimentos que constituem a natureza do Serviço Social: a ação interventiva e a atitude investigativa.

A natureza interventiva está relacionada à ação produzida em determinada realidade a partir de um conhecimento. Essa ação é desenvolvida em um espaço sócio-ocupacional do Serviço Social: a instituição de longa permanência. Assim sendo, foi no cotidiano profissional que se identificou uma demanda – de idosos dependentes – que no decorrer do processo de ação interventiva deparou-se com situações que geraram mais questionamentos do que respostas profissionais a ela.

Assume-se, então, uma atitude investigativa na busca de respostas à demanda apresentada. Essa atitude se manifesta a partir das circunstâncias e questionamentos oriundos da realidade social, na qual o assistente social desenvolve sua prática, isto é, sua ação interventiva.

Bourguignon (2007) diz que a atitude investigativa no Serviço Social é constitutiva e constituinte da profissão. A autora explica que é

Constitutiva porque a prática profissional está fundamentada na relação dinâmica teoria/prática, fazendo parte da natureza da profissão buscar compreender criticamente os fenômenos sociais para fundamentar sua intervenção. Constituinte porque, inegavelmente, os avanços observados na esfera da produção de conhecimento, da prática profissional no âmbito das políticas públicas e da formação, mobilizam a reconstrução crítica da própria natureza profissional. (BOURGUIGNON, 2007 p. 50–51)

A autora esclarece que a intervenção profissional deve estar fundamentada em um conhecimento, em uma teoria que por sua vez é criada e recriada a partir do próprio movimento da realidade, onde se manifestam as mais variadas expressões da questão social.

Nesse sentido, compete ao assistente social “planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais” conforme o que está estabelecido no item VII do artigo 4º da LEI 8.662.

Para que a pesquisa possa contribuir para a análise da realidade segundo o projeto ético-político da profissão, é imprescindível que seja pautada por uma perspectiva crítica, a qual analisa a realidade a partir da totalidade.

Na medida em que parte da experiência de vida dos sujeitos de determinada realidade, ou seja, da proteção e cuidado ao idoso dependente, esta pesquisa social será do tipo qualitativa.

Segundo MINAYO,

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2010, p. 57).

Assim, a pesquisa qualitativa permite uma aproximação com a realidade vivenciada pelos sujeitos da pesquisa, considerando aspectos desse campo empírico.

O caminho metodológico percorrido nesta pesquisa se deu por meio dos seguintes passos:

1º passo: a construção do projeto de pesquisa, o qual foi submetido ao Comitê de Ética via Plataforma Brasil. Na ocasião da submissão foram anexados todos os documentos envolvidos na pesquisa, como o ofício (Apêndice A) e aceite das instituições que participaram da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), Termo de Sigilo e Confidencialidade (Apêndice C), modelo dos roteiros de entrevista⁴ (Apêndice D). A aprovação do projeto de pesquisa consta no parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, numero 251.727. Após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética, foram construídos os demais procedimentos metodológicos, os quais vêm a seguir;

2º passo: revisão bibliográfica. De acordo com Minayo (2010) a pesquisa bibliográfica deve ser a primeira tarefa do investigador posterior à definição do objeto de pesquisa. A autora coloca que esta etapa permite “melhor ordenação e compreensão da realidade empírica” (MINAYO, 2010 p. 183). Assim, para fundamentação e compreensão teórica da temática, a revisão foi orientada por eixos

⁴ Neste apêndice consta também o modelo do roteiro de entrevista que pretendemos utilizar com os cuidadores familiares, na segunda etapa da pesquisa, para fins de defesa da dissertação.

temáticos tais como: conceituação de velhice e os processos de envelhecimento; a velhice dependente e a velhice ativa; necessidades e cuidados decorrentes da dependência na velhice; velhice e proteção social; velhice institucionalizada. Estes eixos foram construídos a partir das discussões propostas pelos autores que discutem a velhice como Camarano (2004; 2010; 2011), Netto (2007), Neri (2001; 2007; 2011; 2012), Teixeira (2008), Borges (2006), Veras (2003), Berzins (2003), Karsch (2003), dentre outros autores que igualmente contribuíram neste processo. Durante a revisão foram estudadas as legislações que tratam da proteção social na velhice como subsídio para a compreensão das determinações legais que envolvem esse segmento populacional.

3º passo: delimitação do universo da pesquisa. A delimitação geográfica desta pesquisa compreende o município de Presidente Prudente (SP). Esta delimitação foi feita a partir da identificação de uma demanda de idosos com dependência II e III, por meio da experiência profissional de Assistente Social em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos instalada nesse município.

O Município de Presidente Prudente (SP) foi fundado em 14 de setembro de 1917, mas sua criação foi legalmente reconhecida pela Lei Estadual n.º 1.798/21 de 28 de novembro de 1921⁵. A cidade é o principal centro urbano da região da Alta Sorocabana. Tem na agropecuária sua maior atividade econômica⁶, constituindo-se como o principal polo pecuarista do Estado de São Paulo. Para a fundação SEAD, Presidente Prudente (SP) é considerada a cidade polo da 10ª Região Administrativa⁷ do Estado de São Paulo. Possui área territorial de 562,8 Km², com 207.610 habitantes. Destes, 99.894 são homens e 107.716 são mulheres. Ou seja, 51,9% são do sexo feminino e 48,1% são do sexo masculino (IBGE, 2010).

⁵ Informações obtidas e disponíveis em: <http://www.creasp.org.br/noticia/institucional/2012/09/14/hoje-e-aniversario-de-presidente-prudente/648> e <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=354140&search=sao-paulo|presidente-prudente#historico>.

⁶ Informações obtidas e disponíveis em: <http://www.cidadespaulistas.com.br/prt/cnt/mp-princid-467.htm>. Acesso em 13 set 2013.

⁷ A 10ª RA comporta 53 municípios: Adamantina, Flora Rica, Flórida Paulista, Inúbia Paulista, Irapuru, Lucélia, Mariápolis, Osvaldo Cruz, Pacaembu, Pracinha, Sagres, Salmourão, Dracena, Junqueirópolis, Monte Castelo, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, Santa Mercedes, São José do Pau d'Alho, Tupi Paulista, Alfredo Marcondes, Alvares Machado, Anhumas, Caiabu, Caiuá, Emilianópolis, Estrela do Norte, Euclides da Cunha Paulista, Iepê, Indiana, Marabá Paulista, Martinópolis, Mirante do Paranapanema, Nantes, Narandiba, Piquerobi, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Epitácio, Presidente Prudente, Presidente Venceslau, Rancharia, Regente Feijó, Ribeirão dos Índios, Rosana, Sandovalina, Santo Anastácio, Santo Expedito, Taciba, Tarabai e Teodoro Sampaio.

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), divulgado em 2013, “o município está situado na faixa de desenvolvimento humano Muito Alto (IDHM entre 0,8 e 1). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação [...], seguida por Longevidade e por Renda” (PNUD; IPEA; FJP, 2013, p. 2). Sendo:

Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal na educação, longevidade e renda

	1991	2000	2010
Educação	0,437	0,670	0,774
Longevidade	0,766	0,806	0,858
Renda	0,721	0,768	0,788

Fonte: PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013.

Observa-se que a longevidade no município⁸ cresceu 0,092.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) informa ainda que Presidente Prudente (SP) ocupa a 18ª posição no ranking de DHM, com 0,806, se comparado aos demais municípios brasileiros. Embora a educação no município tenha melhorado na condição de desenvolvimento, dados do IBGE (2010) revelam que ainda existem 67.565 pessoas com mais de 10 anos sem instrução e ensino fundamental incompleto. O instituto traz ainda a informação de que 4.487 pessoas com 60 anos ou mais nunca frequentaram creche ou escola. Para o PNUD (2013), a partir dos dados censitários de 2010, o índice de analfabetismo de pessoas com mais de 25 anos é de 4,71%. A maioria dos idosos que faz parte desta pesquisa é parte dessa estatística.

Observa-se que importantes instituições de pesquisa e estatística, como, por exemplo, IBGE, PNUD, IPEA, SEAD mencionam a questão do envelhecimento populacional de Presidente Prudente (SP). A partir dessas informações é possível identificar a quantidade e a condição de vida dos idosos no município, o que foi determinante para a delimitação desta pesquisa no município de Presidente Prudente (SP).

Desse modo, o terceiro passo metodológico consiste no estabelecimento dos critérios para a escolha dos sujeitos da pesquisa, que ocorreu por meio de uma amostra intencional. Segundo Marsiglia (2009, p. 9), a amostra

⁸ Essa discussão será tratada no primeiro capítulo.

intencional não é probabilística e é utilizada “quando se deseja, por exemplo, obter a opinião ou conhecer a situação de determinadas pessoas ou serviços, por sua especificidade”. Nesse sentido, a intenção específica da eleição dos sujeitos diz respeito à proteção e aos cuidados que esses sujeitos podem proporcionar aos idosos dependentes residentes no município de Presidente Prudente (SP). Assim, a escolha intencional dos sujeitos da pesquisa ocorreu do seguinte modo:

a) Ao entender que o acesso aos serviços, principalmente às políticas de saúde e de assistência social – juntamente com o sistema de garantia de direitos – é um dos caminhos para a garantia da proteção social ao idoso dependente, verificou-se a importância de envolver sujeitos que representassem os serviços de atenção aos idosos das políticas públicas de saúde e de assistência social e do sistema de garantia de direitos via Ministério Público e Conselho Municipal do Idoso de Presidente Prudente (SP). Para tanto, foram entrevistados 01 (um) representante da Secretaria de Saúde, 01 (um) representante da Secretaria de Assistência Social, 01 (um) representante do Ministério Público e 01 (um) representante do Conselho Municipal do Idoso, totalizando 04 (quatro) representantes.

b) Para conhecer as estratégias das famílias para garantia da proteção social ao idoso dependente, são também sujeitos desta pesquisa, cuidadores familiares de idosos com dependência II e III, selecionados a partir da lista encaminhada ao Ministério Público no início de 2012. Para maior profundidade e análise da pesquisa, do universo de 48 idosos (que compõem a relação encaminhada ao MP) que solicitaram vaga no Lar São Rafael em 2011 e que tiveram o acolhimento negado devido o grau de dependência II ou III, delimitou-se inicialmente, uma amostra de 20%.

4º passo: contato com os sujeitos da pesquisa, o qual ocorreu nas seguintes circunstâncias:

a) O contato com os representantes do poder público e CMI ocorreu por meio de ofício, o qual informava o objetivo da pesquisa. O modelo deste ofício está anexado ao Apêndice A-1. A partir do aceite, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

b) O contato com os cuidadores familiares dos idosos não atendidos pelo Lar São Rafael, em 2011, ocorreu por meio de telefone, quando,

nessa primeira aproximação, foi apresentada a pesquisa e seus objetivos, assim como o convite para participar da mesma.

No decorrer das tentativas de contato telefônico percebeu-se que o volume de não efetivação de contato foi considerável. Assim, diante da grande quantidade de negativas para participar da pesquisa, bem como o número de cuidadores cujo telefone não existe ou não está atualizado, ampliou-se o universo da pesquisa para os cuidadores familiares dos idosos que não foram acolhidos em 2012 e 2013, em decorrência do grau de dependência. Desse modo foi realizada uma segunda aproximação.

Tabela 2 - Aproximação dos sujeitos da pesquisa

	1ª Aproximação	2ª Aproximação	Total
Número total de sujeitos	48	38	86
Sem contato efetuado por ausência de atualização do número do telefone	11	09	20
Total (subtraindo os sem contato)	37	29	66

É possível visualizar por meio desta tabela que a quantidade total de 86 sujeitos foi reduzida a 66, em decorrência da não realização de contato pelo fato de o telefone estar fora de serviço ou o número não existir e, conseqüentemente a ausência de atualização do número do telefone na ILPI.

Dos 66 sujeitos, ao serem convidados a participar da pesquisa, os que não aceitaram alegaram os seguintes motivos: por não terem a vaga assegurada no momento em que procuraram o Lar São Rafael e agora não interessava mais; porque o(a) idoso(a) já havia falecido e preferiam não retomar o assunto; porque o(a) idoso(a) já estava abrigado em outra instituição – a maioria em outro município-; e por falta de tempo.

Tabela 3 - Maiores motivos de recusa dos sujeitos da pesquisa

	1ª Aproximação	2ª Aproximação	Total
Idoso(a) foi a óbito	16	19	35
Idoso(a) está institucionalizado	09	08	17
Total	25	27	52

Notou-se, que nenhum cuidador de idoso falecido aceitou participar da entrevista e apenas um cuidador familiar de idoso institucionalizado participou da entrevista. Ou seja, dos 66 sujeitos, 52 não aceitaram participar em decorrência de óbito e institucionalização do idoso. Dos 14 sujeitos, participaram da pesquisa o total de 04 (quatro) cuidadores familiares.

É interessante dizer que a maioria dos cuidadores familiares, mesmo não aceitando participar da entrevista pessoalmente, relatou sua história por telefone, porém, por não terem assinado o TCLE, o conteúdo dessas falas não será tratado nesta pesquisa.

As entrevistas foram agendadas em locais sugeridos pelo entrevistado e de comum acordo com a pesquisadora: na própria casa do sujeito ou de um familiar próximo.

5º passo: procedimentos para a construção da coleta de dados:

a) Com os representantes do poder público realizou-se, no período de maio a julho de 2013, entrevista (roteiro no apêndice D -1) semiestruturada com perguntas abertas e fechadas com a finalidade de mapear os serviços oferecidos pelo município de Presidente Prudente para a população idosa, especialmente para o idoso dependente. Esse tipo de entrevista segue um roteiro utilizado pelo pesquisador para orientação e condução da entrevista e a combinação de perguntas abertas e fechadas possibilita que o entrevistado discorra sobre o tema “sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2010 p. 261).

b) Quanto aos cuidadores familiares dos idosos com dependência II e III, a pesquisa ocorreu entre os meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014. A entrevista com esses sujeitos é do tipo aberta (roteiro consta no apêndice D-2), contendo perguntas relacionadas à temática pesquisada. Para Minayo (2010), esse tipo de entrevista permite maior profundidade às reflexões visto que o entrevistado pode falar livremente sobre o tema. Esse tipo de instrumento permite que a entrevista se realize de forma parecida com uma conversa, e permite ao pesquisador explorar aspectos relacionados ao tema pesquisado como, por exemplo, a experiência de se tornar cuidador, de como o cuidado é prestado ao idoso, que serviços de atendimento e proteção social ao idoso acessam e assim por diante.

As entrevistas foram gravadas com as devidas autorizações dos entrevistados e depois transcritas, o que permitiu ao entrevistador/pesquisador maior atenção ao entrevistado e a possibilidade de anotações de expressões captadas no

decorrer da entrevista, tais como choro, riso, irritação e outras emoções somente capturadas pela observação direta. Participaram da entrevista sujeitos representantes do poder público e do sistema de garantia de direitos tanto do sexo feminino quanto do masculino. Contudo, para maior preservação da identidade dos entrevistados, optou-se por padronizar a identificação a partir da indicação do gênero humano, assim, a referência das falas transcritas no corpo desta pesquisa constam da seguinte forma: fala do representante 1, 2, 3 ou 4. Como os sujeitos cuidadores familiares entrevistados são todas mulheres, é utilizada a identificação como: fala da cuidadora 1, 2, 3 ou 4.

c) Pesquisa documental realizada no Conselho Municipal do Idoso (CMI) e no Lar São Rafael. Esta pesquisa foi realizada a partir da análise de documentos, sejam eles escritos, audiovisuais, ou de diversa natureza. A escolha dos documentos está descrita no próximo passo.

6º passo: No CMI os documentos pesquisados foram as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias e os ofícios recebidos e enviados. O objetivo desta pesquisa, ocorrida no período de abril e maio de 2013, foi de identificar discussões do conselho relacionadas à questão da velhice dependente do município de Presidente Prudente (SP). Como parte dos sujeitos envolvidos na pesquisa compõe a relação encaminhada ao Ministério Público e ao CMI em 2012, referente aos idosos não atendidos no Lar São Rafael em 2011, definiu-se, inicialmente, a análise dos referidos documentos do CMI arquivados no ano de 2011. Entretanto, nesta pesquisa não foi identificado nenhum documento ou discussão do conselho sobre a velhice dependente. Sendo assim, verificou-se a necessidade de pesquisar também os documentos de 2012. Destes, três documentos fizeram menção à velhice dependente: um ofício recebido e duas atas de reunião ordinária.

O ofício recebido trata justamente da lista com a relação de idosos não acolhidos no Lar São Rafael em 2011.

Nas duas atas analisadas a questão da velhice dependente aparece de forma sucinta, como fala de um dos membros do conselho que menciona a “carência do município no atendimento ao idoso dependente”. Porém os documentos não demonstram se houve ou não discussão desse assunto e nem se realizou algum procedimento nessa direção.

No Lar São Rafael, a pesquisa documental ocorreu nos meses de maio e junho de 2013. Nessa instituição, realizou-se o levantamento das fichas de

solicitação de vagas com o objetivo de identificar quem são os idosos com grau de dependência II e III que não foram atendidos em 2011. Essas fichas estão arquivadas no setor de Serviço Social da ILPI, sob a responsabilidade da assistente social.

Nestes documentos, identificou-se que os idosos não foram atendidos na ILPI em 2011. A partir desse levantamento e análise das informações encontradas nos documentos, construiu-se o perfil desses idosos. Essa discussão será tratada no terceiro capítulo deste trabalho.

7º passo: análise das entrevistas.

A análise dos dados da entrevista fez-se por meio da Análise de Conteúdo, que é designada para “tratamento de dados qualitativos” (MINAYO, 2010, p. 301).

BARDIN (1977) define a Análise de Conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1977 p. 42)⁹

A autora explica que esse conjunto de técnicas contribui para a explicação e sistematização do conteúdo da mensagem, bem como a expressão dessa mensagem.

Minayo (2010, p.308) diz que do ponto de vista operacional, “a Análise de Conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando dos sentidos manifestos do material.”

Assim, de acordo com o pensamento da autora, a interpretação feita a partir da análise do conteúdo permite ultrapassar o senso comum e realizar uma leitura crítica acerca do material pesquisado bem como suas interfaces com o objeto de pesquisa.

Dentre as modalidades de Análise de Conteúdo existentes, optou-se pela análise temática, ou seja, a partir do tema proposto para esta pesquisa.

Para Minayo (2010, p. 316), a modalidade de análise temática “consiste em *descobrir os núcleos de sentido* que compõem uma comunicação”.

⁹ Também disponível em: <http://pt.slideshare.net/alasiasantos/analise-de-conteudo-laurence-bardin> .

Nesse sentido, contribui para identificar, na fala dos sujeitos, significados aos núcleos constituintes das categorias que compõe o tema proteção social ao idoso.

Diante do exposto, o presente estudo justifica-se por sua relevância social no que tange ao acentuado processo de envelhecimento populacional, as respostas legais frente a esse fenômeno e a concretização da garantia dos direitos de proteção social e inclusão social via políticas públicas, em especial aos idosos que apresentam grau de dependência II e III no município de Presidente Prudente (SP).

Indicados o problema, o objetivo e a metodologia, esta pesquisa concentra seu conteúdo em três capítulos que foram construídos a partir de dois eixos estruturantes: a proteção social ao idoso e o cuidado. As categorias cotidiano, proteção social, família e cuidados serão trabalhadas no decorrer das discussões.

O primeiro capítulo discute a velhice no mundo contemporâneo. Para tanto, abordamos reflexões conceituais acerca da velhice e dos processos de envelhecimento, especialmente da velhice dependente e da velhice ativa. Situamos o envelhecimento populacional como uma tendência mundial contemporânea e apresentamos dados da velhice em Presidente Prudente (SP).

O segundo capítulo aborda a questão da proteção social direcionada à velhice a partir de marcos históricos de normativas e políticas sociais direcionadas à população idosa. Apresenta a rede de proteção e atendimento ao idoso de Presidente Prudente (SP), e a reflexão sobre a proteção social voltada ao idoso do município, bem como o perfil dos idosos que buscam abrigo em Presidente Prudente (SP) em decorrência de sua condição de dependência.

Por fim, o terceiro capítulo trata da velhice dependente, com ênfase nas reflexões sobre o cuidado e o cuidador, a família, o cuidador familiar e o cuidado e as interfaces com a rede de apoio.

1 A CONDIÇÃO DA VELHICE NO MUNDO CONTEMPORÂNEO

Em primeiro lugar, neste capítulo é realizada uma reflexão sobre a condição da velhice no mundo contemporâneo. Para tanto, são trazidos elementos para discussão voltada à concepção de velhice e ao processo de envelhecimento, com ênfase na velhice dependente e na velhice ativa.

Segundo, para pensar a condição da velhice no mundo contemporâneo, neste capítulo são apresentados dados que confirmam que o Brasil está vivenciando um envelhecimento de sua população, tendo como predominante nesse grupo etário o gênero feminino.

Por fim, é apresentada a velhice de Presidente Prudente (SP) em dados gerais.

Como subsidio teórico, vários autores contribuíram para essa discussão, dentre os quais citamos Neri (2001; 2007; 2011; 2012), Netto (2007), Camarano (2004; 2010; 2011), Silva (2006), Veras (2003), Caldas (2007), Siqueira (2001), Minayo (2006), Almeida (2003), Berzins (2003), Karsch (2003) dentre outros, de igual importância. Utilizaram-se, ainda, dados do IBGE, da fundação SEADE e PNUD.

1.1 CONCEPÇÃO DE VELHICE E OS PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO

O ponto de partida para uma discussão relacionada à temática da velhice demanda a compreensão das definições e conceitos que a envolve.

Siqueira (2001) e Caldas (2007) relatam que as ciências sociais têm contribuído, sobretudo a partir do século XX, para a reflexão acerca da velhice por meio de teorias sociológicas do envelhecimento, dentre as quais se destacam:

- Teoria do Desengajamento: entende que o idoso é desengajado da sociedade. A interação com outras pessoas e com o próprio meio a qual pertence é diminuído. Essa foi a primeira teoria que tentou explicar o processo de envelhecimento do ponto de vista social;

- Teoria da Atividade: essa teoria defende a vida ativa da pessoa idosa e a incorporação de novos papéis como algo positivo e que pode contribuir para um envelhecimento bem-sucedido;

- Teoria do Colapso de Competência: está relacionada à incorporação de mensagens negativas que levam o idoso a uma situação de vulnerabilidade que pode ser acompanhada por crises vinculadas a perdas (de saúde, de um ente querido, de papéis sociais como o de chefe da casa, por exemplo);

- Perspectiva do curso da vida: trata-se de um conjunto de conceitos que ajudam a explicar processos micro e macrosociais ao longo da vida e reconhece o processo de envelhecimento como biológico, psicológico e social.

A existência de tais teorias demonstra que não há uma única forma de explicar a velhice, mas que esta é um processo influenciado diretamente por circunstâncias vivenciadas pela pessoa que envelhece, o que pode acarretar tanto situações de vulnerabilidade pessoal e social, crises relacionadas a perdas, isolamento social, como, contraditoriamente a estas ocorrências, pode estimular a atividade, a descoberta de novos papéis.

Estas e outras teorias citadas por Caldas (2007) e Siqueira (2001) recebem críticas no meio científico, mas, em contrapartida, demonstram que as ciências sociais têm discutido e procurado conceitos para explicar a velhice e o processo de envelhecimento.

De acordo com SILVA (2003):

O conceito de velhice foi construído historicamente e se insere ativamente na dinâmica dos valores presentes nas culturas de diferentes sociedades. Na atualidade, esse segmento conquistou maior longevidade e a velhice passou a ser entendida como uma nova etapa da vida, enquanto nas sociedades mais antigas o envelhecimento era individual e não atingia grandes contingentes populacionais que raramente alcançavam 60 anos de idade. (SILVA, 2003, p. 97)

A construção histórica dos conceitos e significados da velhice passou por diversas formas de compreensão ao longo do tempo. Para alguns autores, é a partir da modernidade que evidenciamos maior destaque e referência conceitual sobre a velhice.

Segundo Featherstone (1998, p.12), isso ocorre porque “nas sociedades modernas há a necessidade de demarcar a vida dividindo-a em estágios cronológicos”. Almeida (2003, p.40), do mesmo modo, afirma que é no contexto da modernidade que a velhice, bem como a infância e a adolescência, adquiriu atenção especial, ao alcançar a condição de etapa singular da vida.

Pode-se dizer que a divisão etária é uma construção social, na medida em que a partir dela são constituídos papéis sociais específicos para cada fase da vida. E esses mesmos papéis podem sofrer alterações de acordo com cada contexto histórico. Ou seja, conceitualizar a velhice hoje, na segunda década do século XXI, é diferente de fazê-lo no início do século XX ou começo do século XIX, e assim por diante.

Nessa divisão etária, de acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), idosa é a pessoa com 65 anos ou mais nos países desenvolvidos e 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento. As legislações brasileiras específicas sobre a velhice, como a Política Nacional do Idoso (LEI 8.842/94) e o Estatuto do Idoso (LEI 10.741/2003), também consideram idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

A idade é um dado importante por sua demarcação cronológica, mas não determina a condição da pessoa idosa, ou seja, ao constituir o velho apenas como uma categoria de análise perde-se a compreensão da complexidade desse grupo que passa a ser substituída por estereótipos (MINAYO, 2006).

Ao relacionar o processo de demarcação das diferentes etapas da vida e a configuração das relações de produção no modo capitalista, a velhice sempre ocupou um lugar marginalizado, uma vez que tais etapas manifestam valores diversos, de acordo com suas possibilidades para a produção de riqueza (BIRMAN, 1995 p. 33). Isso reforça a definição segundo a qual o velho torna-se “desusado”, “improdutivo”, ocupando um lugar segregado na sociedade, tendenciado ao isolamento social, à ruptura de laços afetivos, ao reducionismo de configurar a velhice apenas como uma fase anterior à morte.

Definir uma idade cronológica para a velhice não é suficiente para conceituá-la. Talvez essa separação seja necessária para a elaboração de políticas públicas, mas, ainda assim, é grande o risco de cair no reducionismo do termo, como se todo processo de envelhecimento fosse único e todo idoso fosse igual.

Sant’anna (2006 p. 103) afirma que essa divisão cronológica coloca a “velhice como a única fase da vida sem data exata para acabar”. O que se sabe é que, de acordo com a fase natural do ciclo vital biológico, os seres vivos nascem, crescem, reproduzem, envelhecem e morrem. O envelhecimento se configura como a última fase natural anterior à morte.

Questiona-se: será que é feita uma reflexão do tempo que pode perdurar a velhice, antes de serem elaborados os planos, programas e serviços de atenção ao idoso?

Mercadante (2003 p.77) ressalta que no próprio desenvolvimento das sociedades – as novas conjunturas e arranjos sociais, as transformações econômicas, políticas e culturais – aponta para a possibilidade de haver sempre uma nova condição a ser construída. O fato é que o tema velhice ainda é despolitizado.

O segmento idoso traz ainda outras especificidades além da idade, pois dentro de um mesmo grupo etário revelam-se outras variantes, como a questão de gênero, a questão da dependência (seja ela física/funcional ou econômica), e assim por diante.

A heterogeneidade desse segmento extrapola a da composição etária (CAMARANO et al, 2004) e os aspectos biopsicossociais do envelhecimento também devem ser considerados.

É possível afirmar que os fatores biológicos revelam fisicamente a pessoa idosa: as rugas aparecem, a agilidade física é diminuída, bem como o reflexo. Por mais que se tenha hoje grande incentivo ao envelhecimento saudável e ativo, o envelhecimento é sim percebido fisicamente. No entanto, Almeida (2003) aponta que:

[...] processo de classificação a partir de determinantes biológicos não é estático e nem imutável, mas dinâmico e constantemente renovado, mesmo naquelas sociedades que, aos olhos do pensamento ocidental, parecem ter “parado no tempo”. (ALMEIDA, 2003, p. 39)

A autora alerta que mesmo esses determinantes biológicos, perceptíveis fisicamente, podem mudar. É possível observar por meio do culto à juventude, no qual, para desacelerar os efeitos físicos da velhice, as pessoas recorrem a tratamentos, cirurgias plásticas, atividades físicas, entre outros procedimentos para retardar a percepção sobre os efeitos da velhice.

A temática velhice extrapola a discussão biológica. Envolve ainda discussões de âmbito social, econômico, regional, dentre outras, pensadas dialeticamente, visto que,

De modo geral, é absolutamente diferente envelhecer no campo ou na cidade; numa família rica ou numa família pobre; ser homem ou mulher; ter tido um emprego e se aposentar ou ter vivido apenas em atividades do lar ou informais e viver de forma independente. (MINAYO, 2006, p.48)

Nesse sentido, a velhice incorpora significados diferentes em cada sociedade e contextos específicos. Ela pode ser percebida de forma diferente para aquela pessoa que sempre viveu no campo, trabalhou em lavouras, cultivou hábitos alimentares saudáveis ou para aquele indivíduo cuja família passou por necessidades econômicas, falta de acesso à saúde e à educação, e que residiu em moradias com pouquíssimas condições de habitabilidade e assim por diante.

Esses e outros fatores revelam a impossibilidade de conceituar a velhice e o processo de envelhecimento de modo unidirecional. É preciso conhecer o idoso nos seus mais variados aspectos e especificidades.

Autores que estudam a temática trazem algumas aproximações conceituais que auxiliam a tecer compreensões da velhice, mas é claro, sem deixar de considerar a particularidade de cada processo. Esses autores classificam o envelhecimento como normal ou patológico.

Neri (2001) entende que a definição de critérios para estabelecer o que é normal ou patológico no processo de envelhecimento é muito importante. Assim, para RESENDI e NERI,

O processo de envelhecimento normal acarreta declínio na força e na resistência física, no equilíbrio, na velocidade da marcha; acarreta perdas sensoriais e diminuição na velocidade do processamento de informação. (RESENDI; NERI, 2011, p.231).

Com o passar dos anos, o corpo e as relações sociais passam por alterações importantes decorrentes do próprio envelhecimento. Isso não é sinônimo de doença, mas sim de velhice.

Netto (2007, p. 6) explica ainda que “o envelhecimento manifesta-se pelo declínio das funções dos diversos órgãos”. O autor afirma “que a cada ano, a partir dos 30 anos de idade, haja perda de 1% da função” dos mesmos e que o ritmo de declínio das funções orgânicas varia de órgão para outro, bem como de pessoa para outra, ainda que tenham a mesma idade.

Esses autores caracterizam o envelhecimento normal pela diminuição gradual da capacidade funcional do indivíduo. Contudo, mesmo o

envelhecimento normal está relacionado a diversos fatores internos e externos que envolvem a vida da pessoa que envelhece.

Netto (2007) ressalta que mesmo dentro do envelhecimento normal há a distinção entre envelhecimento comum (efeitos do envelhecimento intrínseco se associam aos decorrentes da ação dos fatores extrínsecos) e o bem-sucedido (manter a atividade, produtividade, envolvimento social e manutenção da boa saúde).

Em suma, não existe um único processo de envelhecimento. Ao tratar da velhice é impossível fazer generalizações ante características específicas do processo de envelhecimento, pois ele está associado à condição, aos hábitos e à história de vida do idoso.

Por tal motivo, Berzins (2003) salienta que se trata de um processo multifacetado. Cada processo de envelhecimento revela múltiplas faces e fatores que o determinam.

Sobre o envelhecimento patológico, RESENDI e NERI esclarecem que:

O declínio normal, que é lento e gradual, pode ser amplificado pela presença de doenças somáticas e pela depressão associados ao envelhecimento e pode ser intensificado pelos efeitos de doenças dependentes da idade, tais como as demências. Esse processo determina perdas mais ou menos acentuadas da capacidade funcional, podendo traduzir-se em maior ou menor incapacidade física e cognitiva e em maior ou menor necessidade de ajuda. (RESENDI; NERI, 2011, p. 231)

O envelhecimento patológico está relacionado a modificações físicas ou psicológicas decorrentes de doenças que por sua vez podem acentuar e acelerar a diminuição da capacidade funcional do idoso.

Toda esta discussão sobre conceito da velhice e processo de envelhecimento revela o tão complexo terreno da velhice, e reforça a ideia de que não basta conhecer o processo de envelhecimento do ser humano, é preciso identificar os fatores internos e externos que dizem respeito a um idoso específico. Esse é um grande desafio posto à sociedade na chamada “Era do Envelhecimento” (período de 1975 a 2025 para ONU).

1.2 CONDIÇÃO DA VELHICE: VELHICE ATIVA E VELHICE DEPENDENTE

Como discutiu-se anteriormente, o processo de envelhecimento intensificado pela incidência de patologias e de vulnerabilidades pode ocasionar a diminuição ou perda da capacidade funcional, o que, para Gordilho (2000, p. 48), se relaciona com a perda da “capacidade de manter habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma”.

A perda acentuada da capacidade funcional pode impossibilitar o idoso de desenvolver suas atividades cotidianas como vestir-se, tomar banho, cuidar da higiene, alimentar-se, manter o auto cuidado de forma independente e autônoma. Assim, a independência e autonomia do idoso relaciona-se com sua capacidade física, mental, econômica e social.

Monteiro (2003) diferencia independência física de autonomia da seguinte maneira:

Independência física é o ato de agir com o corpo em todos os sentidos, sem necessitar de auxílio de outrem, enquanto a autonomia possui um conceito mais amplo, significando a condição de se relacionar com as pessoas de modo igualitário, uma relação sujeito-sujeito, permitindo o respeito pelas capacidades do outro. (MONTEIRO, 2003, p. 147).

De acordo com o autor, a autonomia possui significados que extrapolam a independência física. Mesmo o idoso que possui alguma limitação física e que, por isso, utilize equipamentos de autoajuda, como bengala, andador, muleta, cadeira de rodas, pode ser autônomo se mantida sua capacidade mental e cognitiva.

Essa autonomia é traduzida pela preservação do poder de decisão, de escolhas, de negociação e de diálogo do idoso, pois este tem o direito de escolher qual roupa vestir, o que comer, onde e quando ir, decidir o que comprar com sua renda (quando tiver), manter relações de amizade com vizinhos e pessoas da comunidade.

Neri e Sommerhalder (2012, p. 21) enfatizam que a “independência física e autonomia são condições relacionadas, mas uma não é pré-requisito para outra”. Ou seja, a pessoa pode ser independente fisicamente mas não ter autonomia e vice-versa.

No entanto, essa autonomia pode ser quebrada pela diminuição da

capacidade cognitiva e mental, ou ignorada por familiares e cuidadores dependendo do grau de dependência física do idoso.

Quanto maior a dificuldade para a realização das Atividades básicas de Vida Diária (AVD), como tomar banho, ir ao banheiro e higienizar-se, vestir-se, alimentar-se ou locomover-se, maior será o grau de dependência, logo, maior a necessidade de cuidados.

Neri (2007) descreve a dependência como uma dificuldade ou incapacidade para uma pessoa realizar uma atividade específica dado o grau de comprometimento decorrente de um problema de saúde. Nessa direção, Santos e Rifiotis (2006, p.142) alegam que o aumento do grau de dependência decorre de doenças crônico-degenerativas¹⁰ típicas em idade avançada como, por exemplo, as cerebrovasculares (Acidente Vascular Encefálico), “demências por Alzheimer¹¹, demência vascular¹², demência frontotemporal¹³, demência por corpos de Lewy¹⁴ e demência na doença de Parkinson¹⁵”.

Silveira et al (2006, p. 1629) afirmam que a demência tem a idade como maior fator de risco. Descrevem-na como “uma síndrome que compromete o raciocínio, a memória, a percepção, a atenção, a capacidade de conhecer e reconhecer, a linguagem e a personalidade”. As autoras discutem que, inicialmente, a demência aparece como uma certa limitação, mas com o tempo impede a realização das atividades mais simples do dia a dia. Acentua-se o grau de dependência de cuidados e de proteção.

A dependência parcial ou total pode ainda originar-se a partir de uma deficiência, seja ela física ou mental. O censo demográfico de 2010, ao investigar a “prevalência de pelo menos uma das deficiências por faixa de idade, constatou que

¹⁰ Provocam degenerações no organismo, tecidos, vasos sanguíneos.

¹¹ É uma enfermidade progressiva que se inicia com sintomas de esquecimentos que se agravam gradualmente: confusão, agressividade, alteração da personalidade com distúrbios de conduta, não reconhecimento dos familiares e nem de si próprio, dificuldade de locomoção e de realização de atividades de vida diária.

¹² É resultado de infarto cerebral devido à doença vascular. Pode se iniciar gradualmente ou de forma aguda.

¹³ Afetam o lobo frontal do cérebro. É uma síndrome que se caracteriza por progressivas alterações de comportamento.

¹⁴ É causada pelo acúmulo da substância de Corpos de Lewy no córtex cerebral. Muito parecida com a doença de Alzheimer. Se inicia com leves esquecimentos, delírios e falta de iniciativa. À medida que se agrava, avança para distúrbios psiquiátricos.

¹⁵ O Mal de Parkinson é caracterizado por rigidez muscular, tremores, olhar fixo e instabilidade postural. Pode levar à demência por meio de lentidão cognitiva e motora, disfunção executiva e comprometimento de recordações.

era de [...] 67,7% na população com 65 anos ou mais de idade” (IBGE, 2012¹⁶). Portanto, mais da metade da população com deficiência do Brasil é formada por idosos, um dado considerável para se pensar em cuidados à velhice dependente.

Interessante mencionar que a Portaria Ministerial nº 1.395/1999 – ora revogada pela Portaria nº 2.528/2006 – que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, evidencia grande preocupação com a perda da capacidade funcional do idoso, logo, com o grau de dependência do mesmo. A referida portaria tem como foco o envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional do idoso por maior tempo possível.

Entretanto, ao analisar o documento, percebe-se que não se trata apenas de uma preocupação com a prestação do cuidado e dos serviços de saúde, mas com o gasto dispensado a tais atendimentos.

[...] o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde e que este maior custo não reverte em seu benefício. O idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo submetido também a uma triagem rotineira. [...] A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares está sendo questionada até nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e eficiência. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas mais resolutivas e menos onerosas. (Brasil, 1999, p.4-5)

Ora, quanto menor a capacidade funcional, autonomia, maior a utilização dos serviços prestados pela política de saúde, seja em consultas, exames, internações, medicações de alto custo etc. Considerando o envelhecimento populacional, cada vez mais idosos utilizam e utilizarão os serviços de saúde.

Segundo Netto (2007), os gastos com atendimento à saúde demonstram a preocupação e necessidade de investimentos para responder à essa demanda em expansão. Assim, como enfrentamento às projeções de maiores gastos, a partir da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a utilizar o termo “envelhecimento ativo” com vistas ao envelhecimento saudável.

¹⁶ IBGE. 67,7% dos idosos possuíam alguma deficiência em 2010. Notícias 29/06/2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170&id_pagina=1>. Acesso em 10 de agosto de 2012.

Envelhecimento ativo é 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. (WHO, 2005, s/p)

Isto é, o envelhecimento ativo objetiva a qualidade de vida e a longevidade com saúde. E saúde em seu sentido mais amplo, o qual envolve o bem estar físico, mental e social.

Nesse sentido, a Lei nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, estabelece que:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990)

Este artigo clarifica que a saúde é determinada e está condicionada a diversos fatores que vão além da ausência de doenças. Ter moradia e alimentação adequadas, renda, lazer etc. são condições para envelhecer com saúde. A própria OMS (WHO, 2005, s/p) compreende que existem fatores que são determinantes para o envelhecimento ativo ou saudável (termo também utilizado), que são:

- Culturais - modela nossa forma de envelhecer, estabelece símbolos que nos permitem interpretar e reproduzir valores voltados à velhice;
- Gênero – fortemente marcado nas relações sociais e de trabalho. As diferenças de gênero também estão presentes no processo de envelhecimento;
- Relacionado aos serviços de saúde por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças, e aos serviços sociais por meio da promoção e fortalecimento de vínculos sociais;
- Fatores comportamentais – negativos, como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo; e positivos, como atividade física, alimentação saudável e, quando necessária, a medicalização;
- Aspectos pessoais – que envolvem âmbitos biológicos, genéticos, psicológicos;
- Ambiente físico – moradia segura, água tratada, alimentos bons para o consumo;

- Ambiente social – apoio social, educação/alfabetização, ausência de situações de violência, maus tratos e negligência;

- Fatores econômicos – renda, trabalho, proteção social.

Todos esses fatores têm influência direta na velhice e por eles é possível identificar características de uma velhice saudável ou não.

Percebe-se que são inúmeros os fatores determinantes para o envelhecimento ativo/ saudável, assim, extrapolam o âmbito dos serviços prestados pela política de saúde, e envolvem outras políticas e setores como assistência social, habitação, saneamento, educação, cultura, trabalho, educação física, dentre outros, além das consequências devidas ao estilo de vida levado.

A propósito, o envelhecimento bem-sucedido ou saudável seria um modelo ideal, ou do desejo de todos e que, no entanto, decorre de práticas de vida saudáveis: execução de atividade física, dieta adequada, o não consumo de fumo ou bebidas alcoólicas (NETTO, 2007). Esse processo geral pode ser entendido como “uma tática para envelhecer bem” (RESENDI; NERI, 2011, p 233). Neri (2011, p. 13) coloca ainda o fato de “o sonho – de ficar velho mantendo a juventude – ter sido assumido como real possibilidade, sob a garantia de vários segmentos profissionais e institucionais”.

É possível afirmar, então, que essa nova representação social da velhice atualmente estimula o envelhecimento ativo, seja pelas vias midiáticas, pelas legislações, pelas orientações médicas, visto que um envelhecimento ativo nos remete à ideia de um idoso autônomo, menos dependente, não doente.

Goldfarb (2006, p 81) destaca que há uma série de investimentos em “espaços preventivos [...] que priorizam atividades ligadas ao prazer, à sociabilidade, à criatividade, ao lazer, e principalmente à participação e inclusão”, como, por exemplo, os centros-dia, centros de referência e convivência, clubes, grupos de terceira idade, faculdades abertas à melhor idade, dentre outros.

A utilização do termo “bem-sucedido” tem sido criticado por alguns autores pela sua derivação da palavra sucesso, que tem conotações de produtividade e competição econômica, além da noção reduzida de que hábitos saudáveis garantem uma velhice saudável a todos, desconsiderando o contexto macrossocial onde o indivíduo cresce e envelhece (RESENDI; NERI, 2011, p. 233).

Diante dessa discussão, constata-se que a velhice não pode ser considerada como sinônimo de doença, mas não é possível afirmar que as

possibilidades de se tornar doente e até mesmo dependente são poucas.

1.3 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Viu-se anteriormente que não existe apenas um único processo de envelhecimento. Do mesmo modo, o envelhecimento populacional não se manifesta de forma igualitária em todos os países. Há de se ressaltar as diferenças nos níveis de desenvolvimento e contextos sócios históricos inerentes a cada particularidade nacional. Logo,

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional ocorreu em um cenário socioeconômico favorável, o que permitiu a expansão dos seus sistemas de proteção social. Nos países em desenvolvimento e, especificamente, no caso brasileiro, o acelerado processo de envelhecimento está ocorrendo em meio a uma conjuntura recessiva e a uma crise fiscal que dificultam a expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários e, em particular, para os idosos. (CAMARNO; PASINATO, 2004, p. 253).

O cenário favorável dos países desenvolvidos ao qual as autoras se referem está relacionado às condições de vida e de trabalho promovidas pelo Estado de Bem-Estar Social¹⁷ após a Segunda Guerra Mundial.

Batista et al (2008, p.11) vinculam a esse cenário, em países desenvolvidos, a progressiva queda de natalidade associada à universalização da educação, a intensificação da participação feminina no mercado de trabalho e a discussão do planejamento familiar. Para esses autores tais fatores contribuíram para o aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional nesses países.

Outro fator importantíssimo que colaborou para com esse fenômeno é o avanço da ciência e tecnologia.

¹⁷ Segundo Silva (2000, p.60) o Estado de Bem-Estar Social ou o Welfare state, se consolida sob o preceito de: “[...] ser capaz de regular a economia de mercado de modo a assegurar o pleno emprego e manter uma rede de serviços de assistência social baseada em teste de renda ou de meios para atender a casos de extrema necessidade e aliviar a pobreza, [...]. Caracteriza-se como um modelo de proteção social em que o Estado assume-se como regulador e interventor máximo na garantia de direitos. O Estado de Bem-Estar Social é fundado sob a égide do pleno emprego, da proteção social e de políticas sociais. Foi construído após a Segunda Guerra Mundial, durante a reestruturação dos países europeus envolvidos na mesma.”

A ciência, durante muitos anos, investiu grandes esforços no prolongamento da vida dos indivíduos, alcançando êxito somente no último século. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o envelhecimento populacional como uma história de sucesso das políticas de saúde públicas e sociais e portanto, a maior conquista, e triunfo da humanidade no último século. (BERZINS, 2003 p.20)

O avanço da ciência e da tecnologia possibilitou a criação de exames detalhados que permite a identificação de doenças, alternativas de tratamentos medicamentosos ou não, formas de prevenção às doenças, e assim por diante. Esses são resultados de investimentos e esforços da ciência para o aumento da expectativa de vida.

Mesmo com todo esse avanço tecnológico e científico em prol da saúde, no Brasil, a política de saúde ainda precisa avançar para ser reconhecida como um diferencial para a garantia da qualidade de vida da população idosa.

Na realidade, o envelhecimento populacional do Brasil está ocorrendo em meio a situações de desmonte dos direitos sociais, de transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil e de políticas de ajuste neoliberal. Esses e outros implicadores relacionados à falta de educação, à pobreza e à desigualdade social brasileira, diferencia o processo de envelhecimento populacional brasileiro dos vivenciados nos países desenvolvidos.

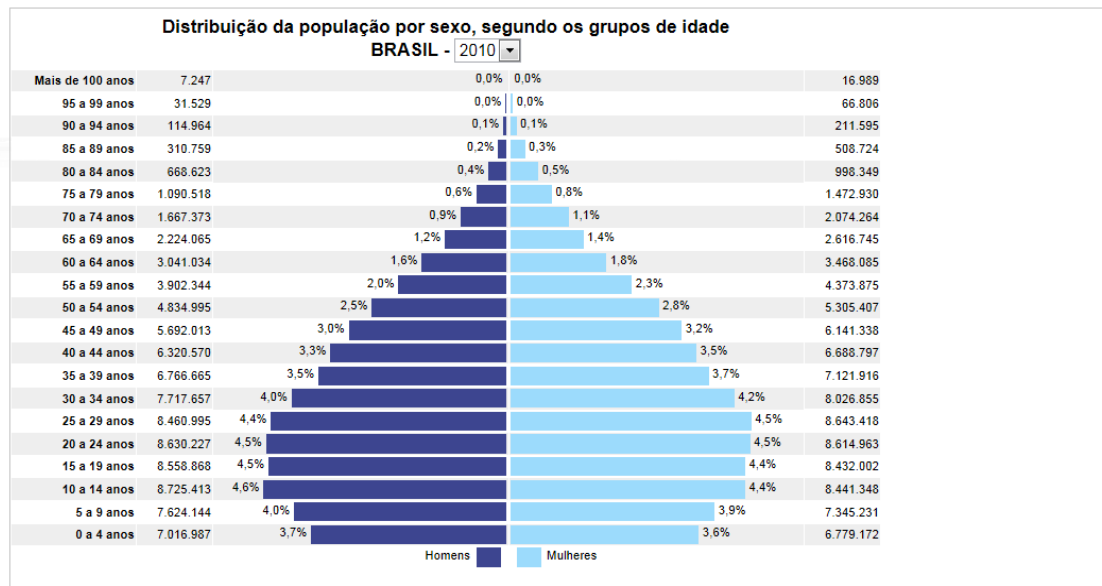
Ainda assim, esta pesquisa concorda com Berzins (2003), que afirma que o envelhecimento é, sim, uma vitória da sociedade, mas que o problema está na elaboração e execução de políticas e programas que sejam capazes de promover um envelhecimento digno e sustentável.

Dados e projeções demográficas que evidenciam o envelhecimento populacional revelam a necessidade de pesquisas e implementação de políticas públicas voltadas ao segmento idoso. Segundo Nogueira et al (2008), em 2005, a população mundial de idosos era de 10,4%, e até 2050, esse valor será superior a 20%. Visto que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e uma tendência em destaque, o Brasil também presencia esse fenômeno.

De acordo com o último censo, realizado em 2010 pelo IBGE, percebemos que a pirâmide etária¹⁸ aparece como forma de gota:

¹⁸ A pirâmide etária é assim denominada, pois há décadas apresentava uma figura de forma piramidal, cuja base, mais alargada representava o número de crianças e apenas na ponta a quantidade de idosos. Nas últimas décadas esse formato tem se alterado, a base tem diminuído e a ponta está se alargando.

Figura 1 - Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade
 1.12 - População residente, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010



Fonte: IBGE, censo2010.

Nesta figura observamos que a base, representada por crianças de até quatro anos está diminuída, o que revela uma diminuição da taxa de fecundidade, ao passo que a população jovem e adulta está mais alargada. Isso indica que o grande contingente da população brasileira está envelhecendo.

Em termos de divisão regional, o IBGE apresenta:

Tabela 4 - Porcentagem de idosos com 65 anos ou mais por região

Região	Idosos com 65 anos ou mais em %
Norte	Em 2010 – 4,6%
Nordeste	Em 2010 - 7,2%
Sul e Sudeste	Em 2010 – 8,1%
Centro – oeste	Em 2010 – 5,8%

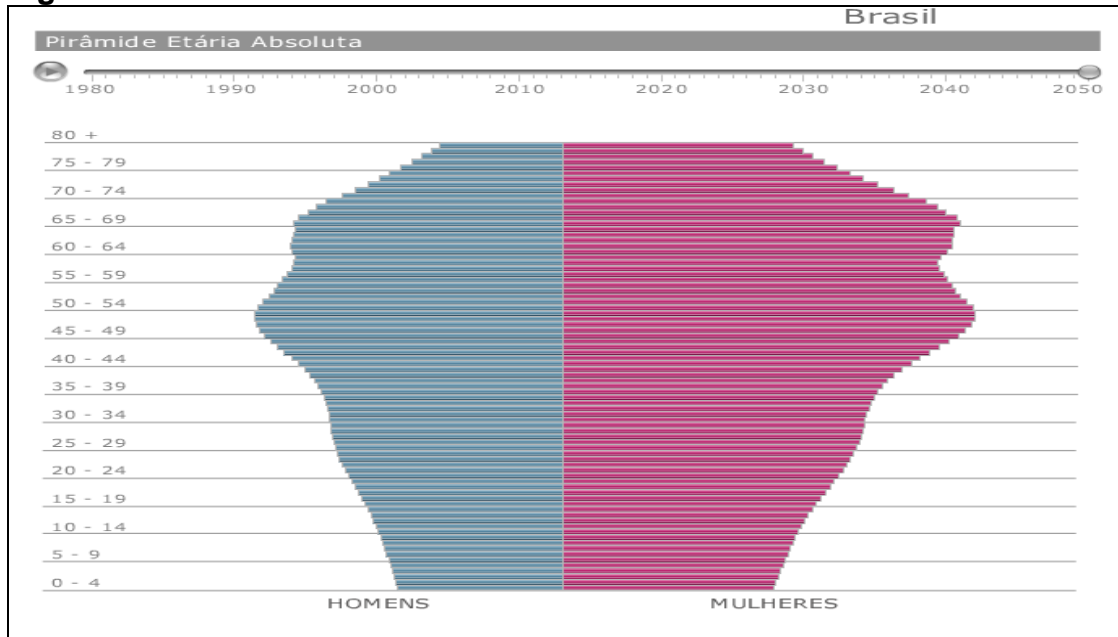
Fonte: IBGE¹⁹, 2011.

Como é possível observar, as regiões sul e sudeste aparecem como as duas regiões mais envelhecidas do país, seguidas do nordeste. Esse envelhecimento da população brasileira tende a aumentar. Nessa direção, as projeções do IBGE para 2050 são alarmantes.

¹⁹ Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/04/29/populacao-idosa-no-brasil-cresce-e-diminui-numero-de-jovens-revela-censo/print>> Acesso em 23/06/12.

Para melhor visualização desse envelhecimento populacional, o gráfico a seguir é referente a uma projeção demográfica para 2050. A pirâmide etária, que em 2010, figura em forma de gota, em 2050 será de difícil definição quanto ao formato considerando uma transformação demográfica:

Figura 2 - Pirâmide Etária Absoluta em 2050



Fonte: IBGE, 2010.

É nítida a modificação demográfica se compararmos ao gráfico da pirâmide etária de 2010. Atenta-se para a população com 80 anos ou mais. A esse respeito, Camarano, Kanso e Melo (2006) alertam que a própria população idosa também está envelhecendo devido ao aumento do percentual do idoso muito idoso.

É considerado idoso muito idoso aquele com 80 anos ou mais. Também são utilizados os termos: mais idosos e idosos em idade avançada²⁰.

Nesse sentido,

A proporção da população mais idosa, ou seja, a de 80 anos e mais, também está crescendo, alterando a composição etária dentro do próprio grupo de idosos. As projeções indicam que em 70 anos (1950 a 2020) a população idosa crescerá 16 vezes, enquanto a população brasileira terá um crescimento de 5 vezes, corresponderá à sexta maior população idosa do mundo. (VERAS, 2003, p.6)

²⁰ Dentro da própria divisão etária da velhice, existem outras subdivisões dessa mesma faixa etária. A ONU, por exemplo, divide o grupo de idosos em três categorias: os pré-idosos (entre 55 e 64 anos); os idosos jovens (entre 65 e 79 anos) e os idosos de idade avançada (com mais de 75 ou 80 anos).
IBGE - Disponível em <http://www.ibge.gov.br/ibgeten/datas/idoso/preocupacao_futura.htm>.

O autor avalia que esse aumento da população idosa brasileira tem ocorrido de modo acelerado. Esta pesquisa entende que tanto o processo de envelhecimento populacional quanto o envelhecimento da própria população idosa com mais de 80 anos produz impactos importantes para a sociedade brasileira em seus diversos setores, bem como nas políticas sociais, como:

- nos serviços de saúde, pois, como já mencionado, é muito utilizado pela população idosa. A estrutura de seus serviços precisa cada vez mais dirigir ações específicas para esse segmento;

- na assistência social, pois a atenção à velhice deve ser incentivada via benefícios, programas, projetos e serviços que atendam as necessidades sociais dos idosos;

- na habitação, pois é preciso pensar a moradia que favoreça uma condição mínima de habitabilidade e que garanta a acessibilidade do idoso;

- na previdência social, visto que alguns pesquisadores chegam a mencionar a probabilidade de crise nesse setor, que o levará a ter mais beneficiários que contribuintes;

- no esporte, na cultura e no lazer. Deve haver um incentivo a atividades físicas e esportivas adaptadas à velhice, bem como a construção de espaços de convivência, atividades culturais para a velhice, opções de turismo e atividades de excursão para idosos, dentre outras;

- no mercado, por meio de maior oferta de produtos adequados às necessidades da velhice;

Assim, o aumento da população idosa e de sua expectativa de vida prevêm a necessidade de elaboração de políticas e programas para o segmento idoso avaliando suas especificidades e particularidades, sem perder de vista que o processo de envelhecimento se manifesta de modo individual.

Segundo Veras (2003, p. 56), o Brasil “envelhece a passos largos”. O autor complementa que “no início do século XX, um brasileiro vivia em média 33 anos”. Do início do século passado para a primeira década do século XXI, a expectativa de vida aumentou cerca de 40 anos, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 5 - Expectativa de vida por região

Região	Expectativa de vida
Norte	72,2 anos
Nordeste	70,4 anos
Sul	75,2 anos
Sudeste	74,6 anos
Centro-oeste	74,3 anos

Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais 2010.

De acordo com o IBGE, a média da expectativa de vida da população idosa do Brasil é de 73,1 anos. A tabela demonstra que essa idade apresenta algumas variações de acordo com as regiões.

Mais uma vez os dados revelam que além de as regiões sul e sudeste concentrarem maior quantidade de idosos, apresentam ainda as maiores expectativas de vida do país.

É importante voltar à análise do gráfico 2 referente à figura da pirâmide etária absoluta em 2050, pois o mesmo revela, ainda, outro dado importantíssimo para a interpretação do envelhecimento populacional: a feminização da velhice. Hoje temos vários estudos e autores que discutem a feminização da velhice. Alguns autores²¹ chegam a denominar de *fenômeno da feminização da velhice*.

Isso significa que a proporção de mulheres idosas é maior do que homens idosos, e esse quadro se intensificará consideravelmente nos próximos anos. Neri (2007, p. 56) destaca que há uma “razão de 62 homens para cada 100 mulheres”.

Uma opinião percebida como consensual entre autores estudados²² é a de que as mulheres vivem mais que os homens, e essa é uma realidade mundial.

Berzins (2003) fala que vários são os determinantes para que a população feminina tenha maior longevidade, dentre os quais se pode destacar a proteção hormonal do estrógeno, maior procura aos serviços de saúde, autocuidado e inserção diferenciada no mercado de trabalho.

²¹ Como Lopes (2006), por exemplo.

²² Como por exemplo: Neri, 2001; 2006; 2011; Camarano, 2004; Camarano; Pasinato; Lemos, 2011, dentre outros autores.

Ainda a respeito da longevidade feminina, Camarano et al (2011) e Neri (2001) discutem que as doenças letais ocorrem com maior frequência nos homens. Em contrapartida, as idosas apresentam maior incidência de doenças crônicas, o que podem levá-las a um acentuado declínio funcional. Nesse sentido, viver por mais tempo não é sinônimo de saúde ou qualidade de vida.

Por terem maior expectativa de vida se comparadas aos homens, a probabilidade de idosas viverem sozinhas é grande, seja por ficarem viúvas ou por serem solteiras ou, ainda, por não terem filhos. Muitas famílias contemporâneas têm optado por não ter filhos ou por ter em pequena quantidade (um ou dois).

A acentuação do declínio funcional e a inexistência de uma rede de apoio familiar contribuem negativamente na sociabilidade da mulher idosa e apontam para o isolamento social. Este, por sua vez, traz outras consequências de ordem emocional e psicológica.

Contudo, pensar a feminização da velhice extrapola o âmbito demográfico, pois envolve outros relevantes aspectos como, por exemplo, de gênero, sociais ou econômicos. Não é apenas pensar a velhice, mas também refletir acerca da condição da mulher que envelhece.

Diante dessas reflexões sobre o impacto do envelhecimento populacional para a sociedade e a feminização da velhice, é perceptível que são muitos os fatores que envolvem esse processo e sustentam a ideia de que a velhice é multifacetada.

Assim, as mudanças que vêm ocorrendo no segmento velhice, de acordo com Lopes (2006), se configuram como novos desafios para o Estado, para a sociedade e para a família.

Desse modo, o fenômeno do envelhecimento populacional sugere inúmeras transformações para as quais, talvez, a sociedade brasileira²³ não esteja preparada, pois implicam em quebra de paradigmas conceituais – manifestos, por exemplo, no discurso de que o Brasil seria um país jovem –, mudanças de ordem econômico-estrutural e sociopolítica. Soma-se a isso o cenário de desigualdade social, exclusão, pobreza e outras tantas expressões da questão social que envolvem a população idosa.

²³ Apesar de o envelhecimento populacional constituir-se em fenômeno mundial, observa-se que tem se acentuado em países em desenvolvimento.

Conforme Bruno (2003, p.76) “o Brasil está sendo surpreendido por uma revolução demográfica” e não tem estrutura para isso. A autora complementa que “é necessário deflagrar uma revolução social [...] que possibilite a efetivação de políticas públicas que respondam às necessidades do segmento”.

O envelhecimento populacional é uma tendência mundial e o Brasil precisa esforçar-se para dar respostas aos impactos produzidos por essa mudança demográfica.

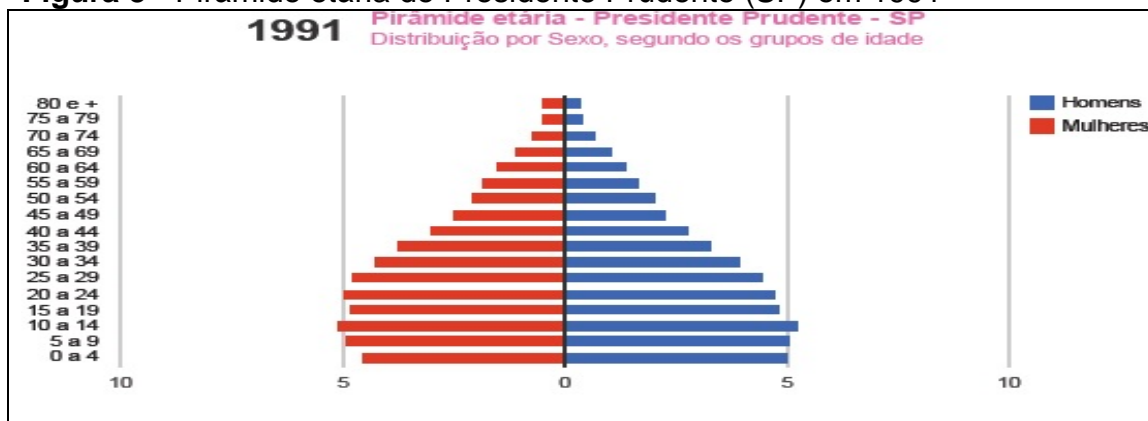
1.3.1 Velhice em Dados: Situando Presidente Prudente

No item anterior foi mencionado que a região sudeste, onde está localizado o estado de São Paulo, apresenta maior população idosa e com maior expectativa de vida. É importante o destaque dessa região e estado pelo fato de o município de Presidente Prudente (SP) estar aí situado.

De acordo com a fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados), Presidente Prudente (SP) tem registrado alteração na sua estrutura etária, que se apresenta ligeiramente envelhecida, se comparada à do Estado de São Paulo.

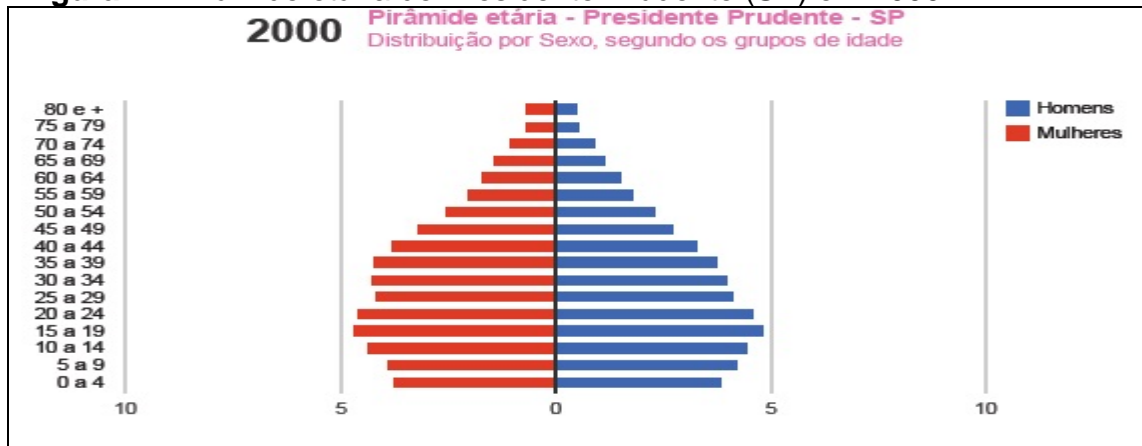
O envelhecimento populacional de Presidente Prudente (SP) pode ser notado nas figuras a seguir:

Figura 3 - Pirâmide etária de Presidente Prudente (SP) em 1991



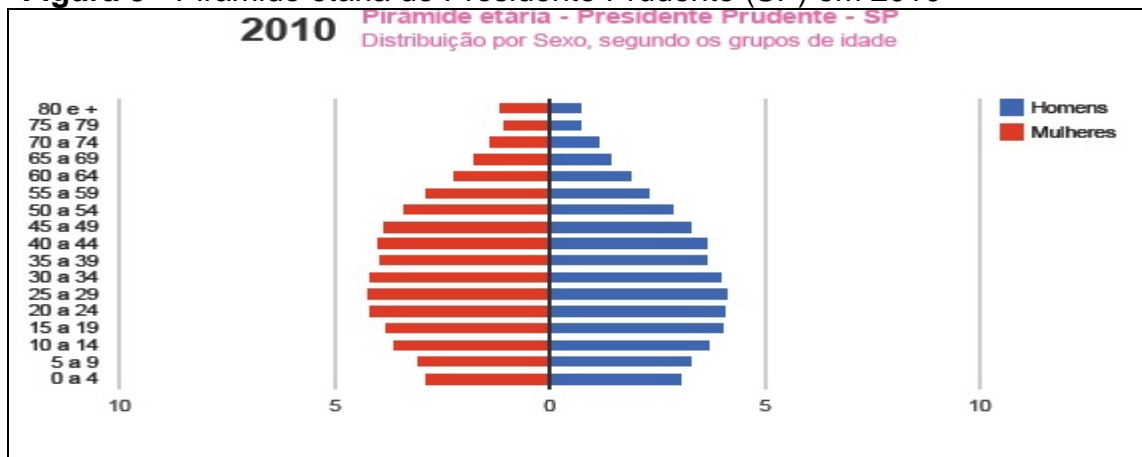
Fonte: PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano Municipal, 2013.

Figura 4 - Pirâmide etária de Presidente Prudente (SP) em 2000



Fonte: PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano Municipal, 2013.

Figura 5 - Pirâmide etária de Presidente Prudente (SP) em 2010



Fonte: PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano Municipal, 2013.

Ao comparar as três pirâmides etárias, respectivamente representantes das três últimas décadas, se mostram nítidas as mudanças de sua configuração, as quais ilustram as transformações demográficas que têm ocorrido em Presidente Prudente (SP).

Percebe-se, claramente, que o município está envelhecendo e que esse envelhecimento populacional apresenta-se em ritmo acelerado, acompanhando a tendência nacional, estadual e nacional

Em termos numéricos, com base no censo demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, Presidente Prudente (SP) possui uma população de aproximadamente 28.200 pessoas com 60 anos ou mais. Como mencionado na

introdução desta pesquisa, esse valor equivale a 13,6% ²⁴ se comparado à população total do município que, no mesmo censo, foi quantificada em 207.610 habitantes.

O grupo de idosos do município está distribuído da seguinte forma:

Tabela 6 - Distribuição por grupos de idosos em Presidente Prudente (SP)

Idade em anos	Homem	Mulher	Total
60 a 64	3.930	4.673	8.603
65 a 69	2.972	3.646	6.618
70 a 74	2.352	2.916	5.268
75 a 79	1.536	2.189	3.725
80 a 84	964	1.407	2.371
85 a 89	417	705	1.122
90 a 94	127	237	364
95 a 99	30	71	101
100 ou mais	9	12	21
Total	12.337	15.856	28.193

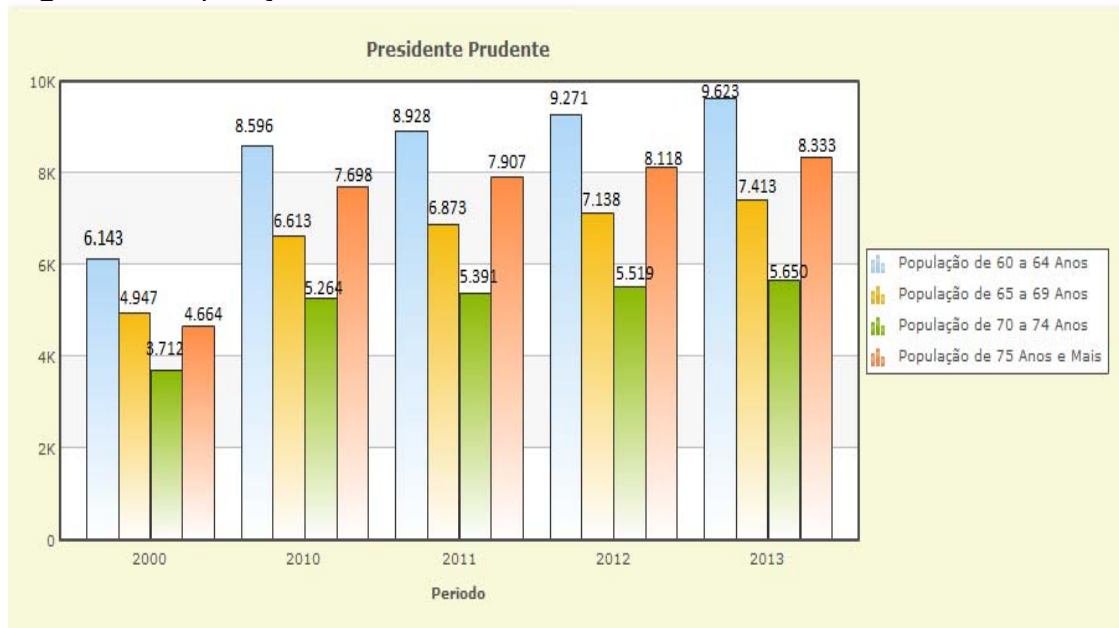
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Os dados apresentam um total de 12.337 homens e 15.856 mulheres. Os mesmos confirmam ainda a feminização da velhice em Presidente Prudente (SP), pois nota-se que em todos os grupos de idade apresentados a quantidade de mulheres se sobrepõe à de homens.

De acordo com as projeções²⁵ realizadas pela Fundação SEADE, é possível visualizar o aumento da população idosa em Presidente Prudente (SP) até o ano de 2013. O gráfico abaixo apresenta a diferenciação de faixas etárias por quinquênios.

²⁴ IBGE, Censo Demográfico 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?codmun=354140&idtema=79&search=sao-paulo|presidente-prudente|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-indicadores-sociais-municipais-->>>. Acesso em 05 de julho de 2013.

²⁵ De acordo com a Fundação SEADE, as projeções populacionais são as atividades mais importantes do órgão, consideradas essenciais para orientação de políticas públicas e instrumentos para todas os níveis de planejamento. Disponível em <<http://www.seade.gov.br/produtos/projpop/>>>. Acesso em 05 de julho de 2013.

Figura 6 - População Idosa em Presidente Prudente

Fonte: Fundação SEADE²⁶.

De acordo com o gráfico, em 2000 o número de habitantes da população idosa atingiu cerca de 19.466, e em 2010, 28.200. Em 2013, o contingente de idosos atingiu a marca de aproximadamente 31.019. Esses dados evidenciam claramente o envelhecimento populacional do município.

Também se observa neste gráfico que as colunas que representam os idosos com 75 anos ou mais reforçam a discussão do item anterior sobre o idoso muito idoso ou de idade avançada, isto é, confirmam que, em Presidente Prudente (SP), a faixa etária da população idosa também está envelhecendo e isso pode incidir na velhice dependente.

O último Índice do Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) divulgado no final de julho de 2013, pelo PNUD, comprovam que a expectativa de vida dessa população também aumentou. Segundo o indicador de esperança de vida ao nascer²⁷, a expectativa de vida em Presidente Prudente (SP) em 1991 era de 71 anos, em 2000 alcançou os 73,4 anos e em 2010 a longevidade dos habitantes do município é de 76,5 anos. Esse indicador ultrapassa as médias

²⁶ Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/chartserver/imp/fc/lva/414/138,141,144,147/2000,2010,2011,2012,2013/00/1/2/>. Acesso em 12 de julho de 2013.

²⁷ A esperança de vida ao nascer é o indicador unitizado pelo PNUD para compor a dimensão de longevidade do IDHM,

nacional e estadual, que são de 73,9 e 75 anos respectivamente, conforme já tratado no item anterior.

Diante desse quadro de envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida constatados no município de Presidente Prudente (SP), evidencia-se a importância e necessidade de discussões e atenção ao segmento idoso, bem como políticas sociais e estratégias de atendimento que garantam proteção social ao idoso.

2 VELHICE E PROTEÇÃO SOCIAL

Neste capítulo discute-se a proteção social a partir de marcos históricos e seus parâmetros via legislação social. É focada a proteção na velhice, com destaque aos aspectos relacionados à condição social dos idosos no Brasil, em especial na cidade de Presidente Prudente (SP), e as políticas públicas e sociais, com ênfase na apresentação da rede de proteção e atendimento direcionada a essa população.

Aborda-se uma reflexão sobre a velhice institucionalizada, tendo a institucionalização como medida protetiva. Por fim, o último item desse capítulo versa sobre o perfil dos idosos que buscaram abrigo no Lar São Rafael de Presidente Prudente (SP), em 2011, mas que não foram acolhidos por não preencherem o critério do grau de dependência exigido por essa ILPI para inclusão.

2.1 VELHICE, PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL

A história da humanidade revela que desde os primórdios a sociedade tem buscado formas para garantir a proteção dos que mais precisavam, seja por sua condição de saúde, etária ou financeira. No entanto, a proteção era direcionada por uma via caritativa, de solidariedade entre os membros de determinados grupos. Souza (2009) menciona que a proteção social contra as adversidades já aparece em textos anteriores à era cristã, como por exemplo, no Código de Hamurabi²⁸ e no Código de Manu²⁹.

Na idade média, Castel (1998) coloca que a assistência à proteção social é motivada pelo cristianismo, especialmente pela igreja católica, por meio das ações de caridade das instituições religiosas. Para este autor, no final do século XIII e início do século XIX, a assistência aos necessitados começam a serem incentivadas entre os burgueses, as confrarias, as autoridades estatais e governos locais.

²⁸ Segundo informações do site: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antigos-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/codigo-de-hamurabi.html>, trata-se de um código jurídico mais remoto já descoberto, cerca de 1780 A.C. Estabelecia regras de vida e de propriedade, apresentando leis específicas, sobre situações concretas e pontuais.

²⁹ “Escrito em sânscrito e elaborado entre o século II a.C. e o século II d. C., o Código de Manu é a legislação mais antiga da Índia.” Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/3549/a-codificacao-do-direito#ixzz2tX5FfETb>. Acesso em 20 jan 2014.

É Importante refletir que o fato de a assistência caritativa prestada pela igreja, se estender também por meio da burguesia ou do Estado, não está relacionado a uma atitude cristã, mas como uma forma de controlar os trabalhadores e amenizar as conseqüências do próprio sistema capitalista, materializadas através das expressões da questão social³⁰.

De acordo com a história, as primeiras legislações³¹ criadas no século XIX, principalmente nos países europeus, estabeleceram bases para a criação de políticas sociais de proteção ao indivíduo.

É nesse período, mais precisamente na década de 1880 que, na Alemanha surge um modelo de seguro social conhecido por modelo bismarckiano, por BISMARCK que:

Instituiu e desenvolveu um sistema tripartite de contribuição, tal como conhecemos hoje: empregado, empregador e Estado, para proteger os trabalhadores incapacitados para o trabalho, aqueles que, por velhice, não encontravam emprego [...] o programa inicial, entretanto, era destinado a beneficiar os que adoeciam e ficavam privados de recursos para cuidar da doença e sobreviver. O sistema alemão de seguro social completou-se, em 1927, com a criação do seguro desemprego. (SOUZA, 2009 p. 82)

O modelo bismarckiano assemelha-se ao modelo de seguro contributivo que temos até hoje, como a previdência social, por exemplo.

Contudo, após a Segunda Guerra Mundial ocorreu a generalização das medidas de seguridade social com destaque para as perspectivas keynesianas³² e social democratas que influenciaram a construção do Welfare State ou Estado de Bem Estar Social como padrão de proteção social hegemônico nos países desenvolvidos (BORGES, 2006 p 80). O Welfare State caracteriza-se como um Estado intervencionista, regulador no campo social e econômico.

³⁰ Segundo Yamamoto (2007, p. 27) a questão social é “apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura”. José Paulo Netto (2001) coloca que a determinação fundamental da questão social está na relação capital – trabalho via exploração do trabalho.

³¹ Com exceção da Lei dos Pobres (Poor Law), de 1601, na Inglaterra, até o século XII o Estado não se obrigava a prestar qualquer auxílio ou proteção aos necessitados.

³² De acordo com o texto: “Sistema de proteção social brasileiro: modelos, dilemas e desafios” de Maria Carmelita Yasbek (s/a, p.4) “o modelo keynesiano é o conjunto de contribuições de J. M. Keynes, no âmbito da economia e da intervenção do Estado como agente essencialmente regulador. Sua influência seria decisiva para a constituição de um novo modelo de Estado que viria a designar-se, após a 2ª Guerra de estado Providência ou de Bem Estar.” Apoiado sob a égide do pleno emprego.

O reconhecimento progressivo de direitos nesse campo marcou a cena política e social de um grande número de países, visando, primeiramente, proteger os trabalhadores assalariados em situação de perda da capacidade de trabalho decorrentes de doença, velhice ou invalidez, assim como em situação de desemprego involuntário. (BATISTA et al, 2008, p. 20).

Os mesmos autores colocam que em um segundo momento, as garantias de proteção se estendem a outras inúmeras situações e organizações de sistemas complexos que envolvem tanto a esfera pública como as organizações privadas e públicas não estatais. A proteção social enquanto sistema, bem como as políticas sociais, se desenvolveu de forma diferenciada em cada país. São distintas as trajetórias de organização da intervenção do Estado no campo social (BATISTA et al, 2008, p. 19).

A revisão de literatura aponta para quatro regimes de proteção social, quais sejam: o social-democrata, o conservador-corporativo, o liberal e o mediterrâneo (ESPING-ANDERSEN, 1991; SUNKEL, 2006; BATISTA et al, 2008; MIOTO, 2008)

O regime social-democrata, característico dos países nórdicos³³ ou escandinavos. Este regime constitui um tipo de proteção social mais abrangente, de caráter universal e com grande oferta de serviços públicos “gratuitos e geridos diretamente pelo Estado” (BATISTA et al, 2008 p. 21). Esses países proporcionam serviços direcionados ao cuidado de pessoas idosas desde a década de 1950. São os que mais oferecem ajuda domiciliar para os idosos. Os autores relatam que, principalmente na Suécia e Dinamarca, existem políticas que visam substituir os serviços de atenção institucional por serviços domésticos e quando os familiares assumem essa responsabilidade, são compensados monetariamente.

O regime conservador-corporativo, utilizado por países europeus como Alemanha, França, Áustria, Holanda e Bélgica, apesar de uma importante intervenção do Estado no social, é considerável a oferta de serviços do setor privado sem fins lucrativos. No que se refere à velhice, Batista et al (2008, p. 24) ressaltam que em todos os países que seguem esse modelo, observou-se “efetivamente após 1990, a um crescente reconhecimento da temática dos cuidados para as pessoas idosas e à ampliação da responsabilidade pública na oferta desses serviços”.

³³ São eles: Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia.

O regime liberal, adotado por países como Reino Unido, Irlanda, Canadá e Estados Unidos, apresenta um modelo de proteção residual com oferta limitada de serviços públicos, salvo em alguns serviços de saúde que são de cobertura universal. Destaca-se nesse regime, a oferta de serviços privados (lucrativo ou não). É por meio de seguro social ou, em situações extremas, pela assistência social que são pagos os cuidados dirigidos aos idosos com recursos limitados (BATISTA et al, 2008).

Por fim, o regime mediterrâneo, também conhecido como modelo tradicional de atenção doméstica, experimentado por países como a Espanha, a Itália, a Grécia e Portugal, por exemplo. Esse modelo tem se aproximado do conservador-corporativo. Apresentam pouca oferta de serviços sociais e forte presença das redes familiares de solidariedade.

Nota-se a existência de diferentes regimes de proteção social, contudo, mesmo em países que adotaram um mesmo modelo, o desenvolvimento das ações, dos serviços e políticas se manifestam de modo particular³⁴, dada a especificidade de cada local.

Di Giovanni (1998, p. 10) explica que os sistemas de proteção social são construídos de forma “às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas – que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros.” Especialmente os que manifestam situações de risco. O autor coloca que a proteção social pode ocorrer por meio de duas esferas: no âmbito privado, seja por meio mercantil de serviços prestados pelo mercado e/ou por meio de instituições de caráter não mercantil como a família, a igreja e instituições filantrópicas; e no âmbito público, operacionalizada pelo Estado (Di Giovanni, 1998)

Assim, a proteção social se funda na ação coletiva de proteger ou prevenir o indivíduo de riscos inerentes à vida e/ou em necessidades provocadas por diversas situações de dependência relacionadas a distintos momentos históricos (VIANA; LEVCOVITZ, 2005, p.17). As autoras colocam que:

³⁴ Sobre essa discussão, ver em BATISTA, A.S. JACCOUD, L.B. AQUINO, L. EL-MOOR, P.D. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Coleção Previdência Social, v. 28. Brasília: MPS, SPPS, 2008.

Os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. Pode-se, portanto, afirmar que a formação dos sistemas de proteção social resulta da ação pública que visa resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão (por renda, raça, gênero, etnia, cultura, etc.). (VIANA; LEVCOVITZ, 2005, p. 17)

A velhice é, portanto, alvo de proteção social. É uma fase da vida em que os indivíduos estão expostos a situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social, seja por circunstância do próprio declínio funcional, por motivos de doença, de dependência, de exclusão social, e assim por diante.

Importante ter claro que os sistemas de proteção social não nascem ao acaso, mas,

[...] representam formas históricas de consenso político, de sucessivas e intermináveis pactuações que, considerando as diferenças no interior das sociedades, buscam incessantemente responder a pelo menos três questões: quem será protegido? Como será protegido? Quanto de Proteção? (SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008, p. 16)

Como e quanto proteger são questões desafiadoras a todos os sistemas de proteção social, até porque se considerarmos das transformações dialéticas da sociedade, o surgimento constante de novas expressões da questão social, as formas de proteção deverão ser adequadas às necessidades e riscos sociais.

No Brasil, há divergências³⁵ teóricas quanto à implantação de um Estado de Bem Estar Social. Pensamos que a Constituição Federal de 1988, se cumprisse seu papel legal, no sentido de que todos os direitos sociais ali assegurados fossem garantidos à sociedade, talvez o país tivesse se aproximado de um Estado próximo ao Welfare State. No entanto, diante do contexto brasileiro neoliberal, sobretudo a partir do início da década de 1990, muitos dos direitos ora conquistados adquirem status de utopia perante o desmonte dos direitos e das políticas sociais. No caso brasileiro, alguns autores³⁶ mencionam um chamado “Welfare Mix” no qual as políticas sociais são apresentadas como responsabilidade partilhada entre família, Estado e sociedade.

³⁵ Alguns autores dizem que a Constituição Federal de 1988 demarca o Estado de Bem Estar Social brasileiro. Outros afirmam que o Brasil sequer teve um Estado de Bem Estar Social.

³⁶ Carvalho (2007) e Martin (1995)

Desse modo, na carta constitucional de 1988, é instituído o atual Sistema de Proteção Social Brasileiro. Este integra três políticas que chamamos de tripé da Seguridade Social, que são: assistência social, previdência e saúde.

Art. 194. A seguridade social 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.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. (BRASIL, CF, 1988)

De acordo com este artigo, o conceito de seguridade social se firma a partir de direitos sociais de saúde, previdência e assistência social, constitucionalmente assegurado, e se configura como um conjunto de ações do poder público e da sociedade para a garantia de tais direitos.

Ferreira (2000) e Borges (2006) chamam a atenção ao caráter ambíguo e, por vezes, contraditório dos objetivos da seguridade social descritos no artigo 194 da Constituição, pois traz em um mesmo artigo aspectos relacionados à universalidade e à seletividade, à centralização e à descentralização, à gratuidade e à contributividade.

Os direitos sociais assegurados na Constituição Federal de 1988 resultam de lutas e pressão social, inclusive por parte do segmento idoso. Embora o sistema de seguridade social enquanto proteção social se firme a partir da Constituição Federal de 1988, as discussões e criação de políticas sociais à população idosa é anterior à carta constitucional.

A ampliação da discussão sobre as políticas sociais, entendidas como direitos de cidadania, com vista à redefinição de espaços sociais significativos e à melhoria na dignidade e nas condições de vida dos idosos são algumas das significativas mudanças no desenvolvimento de ações para esse segmento (BORGES, 2006, p.79).

Nesse sentido, as primeiras legislações e políticas sociais para idosos no Brasil são identificadas no âmbito da previdência social, seguidas pelas políticas de Saúde e de Assistência Social, respectivamente.

Em relação à *previdência social*, a história revela que os empregados dos Correios foram um dos primeiros grupos de trabalhadores que tiveram proteção estipulada no que se refere à velhice, isso em 1888. Behrig e Boschetti (2006, p.79) afirmam que nesse período é inaugurado “uma dinâmica categorial de instituição de direitos que será a tônica da proteção social brasileira até a década de 60 do século XX”, visto que “até 1887, dois anos antes da Proclamação da República no Brasil (1889), não se registra nenhuma legislação social”.

Assim, no final do século XIX, “o envelhecimento do trabalhador ingressa na agenda social” (TEIXEIRA, 2008, p.154). Teixeira (2008) ressalta que a aposentadoria começa a ser discutida como forma de proteção social à família do trabalhador que envelhece, e não para o idoso propriamente dito.

A velhice, nesse cenário, é observada como uma consequência da diminuição da capacidade produtiva, o que acarreta redução de salário e preocupação com o provimento das necessidades da família desse trabalhador envelhecido. Importante mencionar que essa forma de proteção é de caráter contributivo, isto é, tem direito quem contribui, logo, aquele que está no mercado de trabalho. O indivíduo que não tivesse vínculo empregatício e não contribuísse para com a previdência, era excluído desse tipo de proteção.

Borges (2006) relata que a previdência brasileira, enquanto sistema tem origem com a Lei Eloy Chaves de 1923 (Decreto – Lei 4.682). Desde então até o presente, o sistema previdenciário apresentou modificações que serão apresentadas no próximo item, como, por exemplo, a criação da CAP, depois IAP e INSS.

Atualmente³⁷, a reforma da previdência social é objeto de discussão. Segundo Borges (2006, p. 100) “a previdência vive uma situação de colapso, graças ao desemprego, ao déficit público e ao envelhecimento da população”. Se as projeções demográficas indicam que o envelhecimento populacional se intensificará nas próximas décadas, a probabilidade de haver mais aposentados do que contribuintes é grande, visto que é um sistema que funciona como forma de seguro social.

³⁷ Desde a década de 1990 do século XX.

Muito embora, outros autores defendem a ideia de que não se trata de um colapso no sistema previdenciário e sim uma estratégia do Estado e mercado, frente aos ajustes neoliberais³⁸, a reflexão sobre o sistema de previdência social é importante para entendermos os impactos na velhice no que tange à aposentadoria e às próprias relações de trabalho e direitos trabalhistas. Entretanto, para que não haja o distanciamento do foco deste estudo no que tange ao cuidado do idoso dependente, optou-se, nesta oportunidade, por discutir com maior ênfase a proteção ao idoso a partir das políticas de saúde e de assistência social.

Sobre a *política de saúde*, Bravo (2009, p.2) relata que, no século XVIII, a assistência médica no Brasil era pautada por filantropia e pela prática liberal. No século seguinte surgiram as primeiras iniciativas relacionadas à saúde pública “como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas”. Nesse contexto, a saúde começa a ser reivindicada pelos movimentos operários da época.

No entanto, apenas no “início do século XX surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão a partir de 30” (BRAVO, 2009, p. 2), em uma conjuntura de industrialização do país, redefinição do papel do Estado e de criação de políticas sociais.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2009, p. 4)

Assim, como afirma Bravo (2009), foi no contexto da ditadura militar (1964 – 1985) que a medicina previdenciária obteve crescimento, ao passo que a saúde pública declinava.

Após profundo processo de luta e pressão social, que marcaram a década de 1980 por meio de inúmeros movimentos sociais dos diversos segmentos, os envolvidos com o setor da saúde também se manifestaram. Reivindicaram um projeto de Reforma Sanitária; a saúde como direito de todos; o acesso universal à

³⁸ Sobre a reforma da Previdência, ver: SILVA, A.A. A gestão da Seguridade Social brasileira: entre a política pública e o mercado. São Paulo: Cortez, 2004.

saúde; a criação de um sistema unificado de saúde, dentre outras reivindicações que se materializaram por meio da promulgação da Carta Constitucional de 1988.

A partir da Constituição Federal de 1988, na qual constava o artigo 196, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado por meio da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro 1990.

No que se refere à velhice, a política de saúde tem evoluído na atenção a esse segmento, criando, inclusive, leis e serviços específicos direcionados à população idosa, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o Pacto pela vida, os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, programas de incentivo à velhice ativa, e assim por diante. São oferecidos serviços nos tipos de atenção básica – atenção primária, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por exemplo – e atenção especializada – políticas de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar do SUS.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, declara que essa política tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A ESF, por meio de uma equipe multiprofissional, realiza suas ações *in loco*, ou seja, em domicílio, onde podem identificar necessidades específicas dos idosos e de seus cuidadores, além de oferecer ao idoso e a sua família “atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição de barreiras arquitetônicas” (MS, 2007, p.13).

Entretanto, essa estratégia apresenta dificuldades no que tange à adequação das unidades básicas de saúde (UBS) e de recursos humanos.

Segundo o IPEA (2012, p.89), no início de 2011, o Ministério da Saúde concluiu, a partir dos dados de 2009 da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE, que cerca de “75% das UBS se encontrariam em condições inadequadas de funcionamento em relação aos parâmetros estabelecidos” pela ANVISA e pelo próprio MS.

Outro ponto desafiador é a escassez de recursos humanos, principalmente médicos ou má distribuição de recursos humanos no território nacional. Existem regiões com cerca de três médicos para cada mil habitantes, em outras há por volta de dois médicos para a mesma proporção e outras, ainda, com

um médico ou menos de um para mil habitantes. Atrelado a essa distribuição desigual, há também a carência de capacitação para atuação na ESF (IPEA, 2012).

A ESF caracteriza um salto qualitativo na atenção primária ao idoso, sua família e seu cuidador, contudo, enfrenta grandes limites em sua efetivação, pois um atendimento sem a devida capacitação e um equipamento inadequado está fadado ao erro.

A política de assistência social é a mais nova política que compõe a seguridade social. Incluída na Constituição Federal de 1988, a qual em seu artigo 203 estabelece que “assistência social será prestada a quem dela necessitar”.

Foi regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993. A partir de então, essa política vem conquistando espaço na sociedade brasileira como um padrão de proteção social, superando as práticas assistencialistas.

Para Mestriner (2001), a assistência social, pela CF de 1988 e pela LOAS, é reconhecida enquanto:

[...] política pública de seguridade, direito do cidadão e dever do Estado, prevendo-lhe um sistema de gestão descentralizado e participativo, cujo eixo é posto na criação do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. (MESTRINER, 2001, p. 206.)

Trata-se de uma política social que visa assegurar os direitos básicos especialmente de grupos economicamente e socialmente vulneráveis, bem como de famílias, crianças, idosos e pessoas com deficiência. É fundamentada na participação social, via democracia e controle social, e na descentralização dos espaços de decisão, de atribuições e de responsabilidades e do poder político-administrativo da política de assistência social. A orientação de uma gestão descentralizada e participativa é uma forma de articulação das três esferas de governo, Federal, Estadual e Municipal, sendo que a primeira esfera é responsável pela coordenação e estabelecimento de normas gerais, e às esferas Estaduais e Municipais (incluí-se o Distrito Federal) cabe à coordenação e execução dos programas de assistência social.

Os princípios, objetivos e diretrizes para organização da assistência social se materializaram por meio da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004, regida pelos princípios da universalidade que têm como objetivo a

manutenção e a extensão dos direitos sociais, igualdade de direitos no acesso ao atendimento, respeito à dignidade e à autonomia dos cidadãos.

Em conformidade com a Constituição Federal de 1988 e a LOAS, a PNAS tem como diretrizes a descentralização político-administrativa, a participação popular, via organizações representativas, a primazia da responsabilidade do Estado em conduzir a política de assistência social e, por fim, a centralidade da família no que se refere às ações dessa política, com o objetivo da garantia da convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2004).

Enquanto política protetiva, a PNAS (2004) delineia a proteção social em níveis como:

- **Proteção social básica (PSB):** objetiva a prevenção de riscos. Para tanto, busca o fortalecimento de vínculos (familiares e comunitários) e o desenvolvimento de potencialidades e aquisição. O fortalecimento de vínculos para idosos está enquadrado no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (SCFV), previsto na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109/2009), os quais têm como objetivos contribuir no processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo, proporcionar espaços de encontro e convivência familiar e comunitária, motivar o desenvolvimento de habilidades, bem como valorizar experiências que estimulem a capacidade de escolha e decisão.

A proteção básica contempla, ainda, o BPC (Benefício de Prestação Continuada), que de acordo com a PNAS é uma das garantias de renda básica à pessoa com deficiência e ao idoso. Para ter direito ao benefício, que é referente a um salário mínimo, a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742/1993) estabelece critérios de elegibilidade, como idade e renda. Assim, é preciso que o idoso tenha 65 anos ou mais e a renda mensal familiar bruta, dividida entre as pessoas que vivem na mesma casa deve ser inferior a 1/4 do salário mínimo.

Nesse sentido, no que tange às ações direcionadas à população idosa na proteção social básica, existem os serviços de fortalecimento de vínculos, o centro de convivência para idosos e o BPC.

Os serviços desse nível de proteção são executados diretamente pelos Centros de Referência da Assistência Social³⁹ (CRAS). Segundo a PNAS a

³⁹ O CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, que abrange um total de até 1.000 famílias/ano. Executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. Atua com famílias e indivíduos em

equipe do CRAS tem como papel informar e orientar a população de sua área de abrangência, se articular com a rede de proteção social, realizar serviço de vigilância da exclusão social na produção, sistematização e divulgação de indicadores da área de abrangência do CRAS, realizar, sob orientação do gestor municipal, o mapeamento e a organização da rede socioassistencial de proteção básica, e desenvolver ações intersetoriais (BRASIL, 2004).

- **Proteção social especial (PSE):** de acordo com a PNAS (2004), é “destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual [...] dentre outras”. Por atuar frente à violação de direitos, os serviços, nesse nível, relacionam-se estreitamente com o sistema de garantia de direitos.

Dentro da PSE se distingue a proteção social de média e de alta complexidade. A média complexidade atende famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas que ainda possuem vínculo familiar e/ou comunitário. Destacamos aqui a atuação dos Centros de Referências Especializados da Assistência Social (CREAS). Já a proteção de alta complexidade se destina à proteção integral, a qual envolve o provimento de moradia, alimentação e a retirada do indivíduo de seu núcleo familiar e comunitário em razão de situação de ameaça. Nessa modalidade estão os serviços de atendimento institucional integral, casas lar, repúblicas, dentre outros.

No que diz respeito à população idosa, a PSE prioriza a reestruturação dos serviços de abrigamento, para aqueles que não contam com apoio familiar e enfrentamento à violação de direitos dessa população. Nessa direção, a PNAS aponta para a perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), regulamentado por meio da Norma Operacional Básica – NOB/SUAS (2005).

Mais tarde, em 2009, a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, instituída por meio da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, contribuiu para a padronização dos serviços socioassistenciais, organizados por níveis de complexidade do SUAS, ao regulamentar e criar uma identidade para esses serviços.

seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Conferir na PNAS/2004.

Importante destacar que a LOAS foi alterada em 2011, por meio da Lei nº 12.435. De acordo com o IPEA (2012, p. 56), a referida Lei configura um importante passo no “processo de consolidação do SUAS. [...] incluindo os avanços institucionais então já conquistados no que se refere à organização da política e à construção do SUAS”. Essa revisão da LOAS detalha a consolidação do SUAS considerando os serviços já instalados, isso permite maior clareza do sistema.

Segundo Pereira⁴⁰ (s/a), no que tange especificadamente ao idoso, a política de assistência social apresenta cobertura em todas as unidades federadas:

- a) No âmbito federal: transferência continuada de renda a idosos impossibilitados de prover a sua própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; e proteção social básica e especial à pessoa idosa.
- b) No âmbito estadual, municipal e no Distrito Federal: ações desenvolvidas pelos governos que, em parceria com o governo federal ou instituições privadas, podem contemplar celebração de convênios para prestação de serviços especiais; distribuição de benefícios eventuais; criação e regulamentação de atendimentos asilares; realização de programas educativos e culturais; isenções fiscais de entidades particulares, dentre outros. (PEREIRA, s/a, s/p)

A autora sintetiza as competências atribuídas à área da promoção e da assistência social, como prevê o artigo décimo da Política Nacional do Idoso:

- 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.
 - b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casais, 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;
 (BRASIL, PNI, 1994)

Diante do exposto, percebemos que o Brasil tem caminhado em relação à proteção social ao idoso. Porém, é fruto de um processo gradual. A título de esclarecimento, será visto a seguir uma breve evolução histórica da proteção social e das legislações direcionadas à velhice.

⁴⁰ PEREIRA, P.A.P. Política de Assistência Social para a Pessoa Idosa. Biblioteca Eixos Temáticos. Disponível em: <<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/eixo.php>>. Acesso em 06 fev 2013.

2.2 PROTEÇÃO SOCIAL E LEGISLAÇÃO DIRECIONADA À POPULAÇÃO IDOSA

A história revela algumas medidas de proteção ao idoso, porém, em seu início, tais medidas apresentam forte vínculo com as relações de trabalho, a saber:

Em 1888 foi aprovado por meio do *Decreto*⁴¹ nº 9.912 o direito à *aposentadoria dos empregados dos Correios*⁴² que tivessem 30 anos de trabalho e, no mínimo, 60 anos de idade. No entanto, segundo Bernardo (2008), a expectativa de vida da população mundial no século XIX era de 40 anos de idade. Assim, poucos empregados dos Correios devem ter gozado desse direito.

Em 1923 foram criadas as *Caixas de Aposentadoria e Pensão* (CAPs), por meio da Lei Elói Chaves – Decreto nº 4.682. Eram organizadas por empresas e reguladas pelo Estado. Essa lei é considerada o ponto de partida da Previdência Social no Brasil.

Na década seguinte, no governo de Getúlio Vargas, foram criados o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e os *Institutos de Aposentadoria e Pensões* (IAP), em substituição às CAPs.

Cardoso Jr. e Jaccoud (2005) relatam que a proteção social prestada pelos IAPs ultrapassava a questão previdenciária:

Eram prestados aos segurados serviços de assistência médico-hospitalar, além de intervenções no campo da habitação e da alimentação, por meio das carteiras hipotecárias dos IAPs e do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS). (CARDOSO JR; JACCOUD, 2005, p. 200)

Porém, esses serviços eram assegurados apenas aos segurados, pois até o momento não havia nenhuma ação pública nas referidas áreas de saúde, habitação e alimentação.

Camarano e Pasinato (2004) destacam duas iniciativas que na década de 1960 tiveram impacto no desenvolvimento de políticas brasileiras para a população idosa: a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em 1961, e as ações do Serviço Social e Comércio (SESC), a partir de 1963.

⁴¹ Utilizamos o itálico para destaque no texto.

⁴² Reforma dos correios do império disponível em <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9912-a-26-marco-1888-542383-publicacaooriginal-50955-pe.html>>.

Um dos objetivos da SBGG era o de “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 264). Foi uma importante via para problematizações sobre o envelhecimento.

Já o SESC desenvolvia um trabalho com um pequeno grupo de comerciários na cidade de São Paulo, preocupados com o desamparo e a solidão entre os idosos. Pesquisadores da área afirmam que essa ação do SESC revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo decisiva no surgimento de uma perturbação social que contribuiu para a discussão acerca de uma política dirigida a esse segmento populacional, visto que, até então, as instituições que cuidavam da população idosa eram apenas voltadas para o atendimento asilar (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 264).

Em 1973, é feito um estudo exploratório pelo Ministério da Previdência Social, o qual já assinala o envelhecimento populacional. Assim, por meio da *Portaria nº 3.286, regulamenta a aposentadoria por velhice*. No ano seguinte, amplia as formas de proteção social, considerando aspectos como abandono por familiares, a importância da prevenção e apoio da comunidade (MENDONÇA; ABIGALIL, 2007).

Ainda em 1974, Teixeira (2008) relata que foram criados o Programa de Assistência ao Idoso (PAI) e os Projetos de apoio à pessoa idosa (Papi). E no decorrer dessa década surgiram outras ações realizadas pela sociedade civil para o segmento idoso.

Nessa direção, as primeiras iniciativas do governo federal de assistência ao idoso ocorreram na década de 1970, por meio de 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 (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 264).

Foram criados dois tipos de benefícios não contributivos: as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a Renda Mensal Vitalícia (RMV) para os necessitados urbanos e rurais com valores equivalentes a 50% do salário mínimo. Estas constituíram as primeiras medidas de proteção que ocorreram no âmbito previdenciário (CAMARANO; PASINATO, 2004 p. 264). Apenas em 1992 que o valor

da RMV chega a um salário mínimo, conforme a Lei nº 8.213/1991 que dispõe dos Planos de Beneficiários da Previdência Social.

Ainda nesse período, Abigail; Mendonça (2007) esclarecem que o programa de assistência ao idoso, antes de responsabilidade do Instituto de Previdência e Assistência Social, foi transferido para a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que assumiu a responsabilidade de executar a Política Nacional de Apoio ao Idoso.

No entanto, a vulnerabilidade dos beneficiários é que fundamentava as políticas adotadas pelo governo – pensamento que começaria a mudar mais tarde, por meios das discussões trazidas por movimentos sociais em prol do idoso.

Nesse sentido, a discussão sobre a velhice avança em meados de 1970, quando são realizados três seminários regionais (em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza) para discutir a situação do idoso no país. Esses forneceram subsídios para o seminário nacional (em Brasília), que teve como tema “Estratégias de Política Social para o Idoso no Brasil”. Como resultado desse debate, foi criado um documento síntese que apontou a ausência de políticas públicas para o idoso, bem como necessidade de alternativas não asilares e de integração social (TEIXEIRA, 2008, p. 167).

Tal documento deu origem à *Política Social para o idoso*, elaborada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Dentre as principais propostas, estão:

- implantação de sistema de mobilização comunitária, visando, dentre outros objetos, à manutenção do idoso na família;
- revisão de critérios para concessão de subvenção a entidades que abrigam idosos;
- criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliário;
- revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria;
- formação de recursos humanos; [...]. (MENDONÇA; ABIGAIL, 2008, p. 638).

A esse respeito, Teixeira (2008, p.169) tece uma crítica ao relatar que essa política não foi implementada e que seu conteúdo “se aproxima mais do modelo de uma carta de intenções do que uma política consistente”.

Paralelo a esse cenário, em 1982, ocorre em Viena a *Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, a qual originou o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o envelhecimento, e onde os países participantes se comprometeram a implantar e executar políticas de atenção ao idoso. Essa assembleia teve como uma das propostas a sensibilização dos governos e da

sociedade para a importância da instituição de um sistema de seguridade econômica e social aos idosos, formulados com políticas adequadas, prestação de serviços, programas e projetos (ABIGALIL; MENDONÇA, 2007, p. 638).

Em 1991, a *Assembleia Geral* adotou o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, enumerando 18 direitos das pessoas idosas – em relação à independência, participação, cuidado, auto realização e dignidade. No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento reuniu-se para dar seguimento ao Plano de Ação, adotando a Proclamação do Envelhecimento. Seguindo a recomendação da Conferência, a Assembleia Geral da ONU declarou 1999 o Ano Internacional do Idoso (ONU/BR).

Em 2002, somente vinte anos após a assembleia de Viena, foi realizada em Madrid a *Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento*, com objetivo de desenvolver uma política internacional para o envelhecimento para o século XXI.

No Brasil, a promulgação da *Constituição Federal de 1988* revela um marco no avanço desse debate que, além de instituir um Sistema de Seguridade Social, traz inovações para o segmento idoso ao estabelecer 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.

Não há dúvidas de que o marco legal consubstanciado na Constituição Federal de 1988 traz significativos avanços à área social, e prevê, ainda, iniciativas para o atendimento ao idoso por meio das três políticas que compõem o sistema da Seguridade Social, como:

Art.196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. [...]

Art. 201. Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a:

I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes do trabalho, velhice e reclusão; [...]

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; [...]

V - 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)

Ao longo da década de 1990, foram regulamentados diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas setoriais de proteção aos idosos.

Em 1991, foram aprovados os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social.

Em 1993, foram regulamentados os princípios constitucionais referentes à assistência social, por meio da aprovação da *Lei Orgânica da Assistência Social (Loas)*, Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993. A Loas regulamentou o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e estabeleceu programas e projetos de atenção ao idoso.

Em seguida a Loas, surge a Política Nacional do Idoso (PNI) Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, que consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas”. Define princípios e diretrizes que asseguram tais direitos, bem como as condições para promover sua autonomia, integração e participação social, na perspectiva da intersetorialidade e compromisso entre o poder público e a sociedade civil. (BRUNO, 2003, p.78)

A PNI se pauta em dois eixos básicos que são a *proteção social* e a *inclusão social*. A primeira direciona-se a questões de saúde, moradia, transporte, renda mínima e a segunda trata da inserção ou reinserção social por meio da participação dos idosos em atividades educativas, socioculturais, organizativas, saúde preventiva, desportivas e ação comunitária. (BRUNO, 2003, p. 78)

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria 1.395/ GM do MS), que apresenta como foco central a promoção do envelhecimento saudável e a máxima manutenção da capacidade funcional do idoso. Essa portaria foi revogada pela lei 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)* cuja finalidade é de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos.

Nessa direção, a sociedade brasileira avança em termos legais no século XXI quando em 2003 sanciona o *Estatuto do Idoso* – Lei nº 10.741 – que apresenta em uma única normativa muitas das leis e políticas já aprovadas. Esse novo instrumento legal trata sobre os direitos fundamentais e das necessidades de

proteção ao idoso, reforçando, dessa forma, as diretrizes contidas na PNI (CAMARANO, 2004).

A proteção social e inclusão social relacionados aos direitos sociais conforme os direitos estabelecidos na Carta Magna, a qual assegura, em seu artigo 5º, que deve ser garantido a todos a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança (BRASIL, 1988), é reafirmada e complementada pelo Estatuto do Idoso no que se refere aos direitos à vida, à informação, à vida familiar, à convivência social e comunitária, ao respeito, à preservação da autonomia, ao acesso de serviços que garantam condições de vida e aos direitos de participar, de opinar e decidir sobre sua própria vida. O Estatuto do Idoso prevê, ainda, medidas de proteção que podem ser aplicadas se tenha um de seus direitos, descritos na referida lei, ameaçados ou violados.

O Pacto pela Saúde 2006 (Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006), que trata da consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde), tem dentre suas dimensões o Pacto pela Vida. Nesse pacto um dos critérios abordados como prioridades é a saúde do idoso. O Pacto pela Saúde propõe uma revisão anual de suas diretrizes e ações.

É fato que, em termos legais, o Brasil apresenta um salto qualitativo. Mas e quanto à efetivação desses direitos e a execução das políticas de proteção à pessoa idosa, também há o avanço qualitativo e quantitativo?

O segmento idoso necessita de políticas especiais, afirma CAMARANO (2010), ressaltando que:

Usando dados da PNAD 2008 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), a professora contou que 3,1 milhões de idosos não possuem autonomia, ou seja, são pessoas que não conseguem realizar atividades básicas, como se alimentar ou tomar banho sozinhas, e dependem da ajuda de outra pessoa, geralmente, da família. Outras 550 mil não têm nem autonomia nem renda para se manter. A maioria dos idosos é dependente de benefício previdenciário.⁴³

Para fechar o discurso, a autora enfatiza que deveria existir uma política de cuidados voltada a esse público, a começar pelo Estado, em criar instituições que cuidem de idosos que não sejam apenas as filantrópicas, que trabalham com sua capacidade no limite; “a existência [de] uma rede de apoio às

⁴³ (Disponível em <<http://memoriadodae.wordpress.com/2010/05/14/ana-amelia-camarano-especialista-do-ipea-comenta-a-situacao-da-populacao-do-futuro-e-o-seu-envelhecimento/>>)

famílias de idosos composta por hospitais, centros de convivência formais”. Avalia que “a família precisa de ajuda para cuidar do idoso dependente”. (CAMARANO, 2010)

Diante de tais reflexões, é necessário perceber que versar sobre a velhice sugere muito mais do que a consideração de um fenômeno demográfico mundial. É preciso pensar a velhice nas suas múltiplas faces, em seus variados contextos e, ao mesmo tempo, lutar para que se concretize, em termos de aplicabilidade, as responsabilidades da proteção social ao idoso por parte da família, da sociedade, mas, sobretudo, do Estado que geralmente se exime desse ônus.

Pensar a velhice envolve ainda pensar nos cuidados prestados ao idoso, bem como nos atores e instituições que desempenham esse papel.

2.3 A PROTEÇÃO SOCIAL DIRECIONADA À POPULAÇÃO IDOSA EM PRESIDENTE PRUDENTE (SP) E A REDE DE PROTEÇÃO E ATENÇÃO INSTALADA NO MUNICÍPIO

A partir das normativas nacionais e também estaduais voltadas ao idoso, alguns municípios do Estado de São Paulo avançaram mais e outros menos nessa questão.

Para falar da proteção ao idoso em Presidente Prudente (SP), é importante compreender que este município faz parte de um estado brasileiro que tem discutido as questões relacionadas à velhice.

Por meio da Lei Estadual nº 12.548, de 27 de fevereiro de 2007, foi estabelecida a legislação relativa ao idoso no Estado de São Paulo. A referida lei objetiva garantir ao cidadão com mais de 60 anos as condições necessárias para continuar no pleno exercício da cidadania. Para tanto, o artigo 6º da Política Estadual do Idoso prevê que deve ser concretizada por meio do Estado, da sociedade e da família a fim de:

- I - resgatar a identidade, o espaço e a ação do idoso, integrando-o na sociedade por meio de formas alternativas de participação, ocupação e convívio;
- II - estimular a:
 - a) organização do idoso para participar efetivamente da elaboração de sua política em nível nacional, estadual e municipal;
 - b) permanência do idoso com a família, em detrimento do atendimento asilar, à exceção do idoso que não possua família para garantir sua própria sobrevivência;
 - c) criação de Políticas Municipais por meio de Conselhos;
- III - capacitar os recursos humanos em todas as áreas ligadas ao idoso;

- IV - divulgar informações acerca do processo de envelhecimento como fenômeno natural da vida;
- V - estabelecer formas de diálogo eficientes entre o idoso, a sociedade e os poderes públicos;
- VI - priorizar o atendimento ao idoso desabrigado e sem família;
- VII - apoiar e desenvolver estudos e pesquisas sobre questões relativas ao envelhecimento;
- VIII - atender com dignidade o idoso de acordo com suas necessidades;
- IX - vedar qualquer forma de discriminação ao idoso. (SÃO PAULO, 2007)

Observa-se que o artigo acima segue as orientações da PNI e do Estatuto do Idoso, assegurando ao idoso o direito à cidadania, à participação social e à convivência familiar e comunitária.

Nessa direção, ao reconhecer seu acentuado e crescente envelhecimento populacional, o Estado de São Paulo tem investido em ações e parcerias para dar voz e visibilidade a essa demanda evidente. Em parceria com a Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social (SEADS) e com a Fundação Padre Anchieta cria, em 2009, o Plano Estadual para a Pessoa Idosa, apresentado como um plano estratégico para apoio – por meio de eixos de atuação e instrumentos gerenciais – às prefeituras e aos órgãos estaduais para a implementação de políticas públicas destinadas à população idosa.

Evidente que diante dessa discussão estadual e das normativas nacionais voltadas ao idoso, alguns municípios avançassem mais e outros menos nessa questão.

Um dos entrevistados que representam o poder público relata perceber esse progresso e compara, em termos de avanço na atenção ao idoso, Presidente Prudente (SP) com outros municípios do estado e diz que:

[...] uma cidade como Santos e baixada santista, por exemplo, onde há uma comunidade grande de idosos, se preparou muito bem para isso. (Fala do representante 1)

Esse representante toca em um ponto chave, pois, para ele, as cidades do Estado de São Paulo que mais avançaram na questão da velhice se prepararam para tal, ou seja, se prepararam para o processo do envelhecimento populacional e as possíveis demandas oriundas desse fenômeno.

Em relação a Presidente Prudente (SP), o mesmo entrevistado diz que:

[...] do engatinhamento já começamos a andar, mas deveríamos estar aprendendo a correr (Fala do representante 1)

Para esse entrevistado, o município caminha a passos lentos no que se refere à política municipal de proteção ao idoso, haja vista que a população idosa do município é maior do que a média nacional para a proporção de habitantes, conforme dados apresentados no primeiro capítulo, referente à velhice de Presidente Prudente (SP).

Não há, até o momento no município, uma política municipal específica para o idoso, o que contribuiria para a definição de uma direção intersetorial para a atuação nesse segmento. Nem mesmo as Políticas Municipais de Saúde e de Assistência Social estabelecem ações específicas ao idoso, apesar de esta última estabelecer como um de seus objetivos “a proteção à família, maternidade, infância, adolescência e velhice” (PRESIDENTE PRUDENTE, 1997). O representante 1 verbaliza, ainda, que:

[...] Presidente Prudente está omissa na tutela do idoso. Nós não temos política pública preferencial voltada ao idoso. Nós temos quebra galhos, tanto no SUS como no SUAS, [...] então, os dois sistemas são falhos em Prudente. Mas falha também a educação, falha o esporte, falha tudo. (Fala do representante 1).

Essa “falha”, a qual o entrevistado se refere, não está relacionada à falta de ações voltadas à população idosa, mas à falha na resolutividade em termos de respostas às demandas apresentadas pela população idosa, pois, segundo o mesmo, as ações existentes no município são superficiais e não dão respostas às situações de vulnerabilidade, de dependência do idoso, da necessidade de equipamentos de ILPI, e assim por diante.

Os representantes 2, 3 e 4 consentem sobre a inexistência de uma política municipal do idoso:

[...] Prudente não tem uma política municipal para o idoso [...], mas tem ações voltadas ao idoso (Fala do representante 2).

Porém, os entrevistados 3 e 4 dizem que há uma tendência em curso para a construção da Política Municipal do Idoso:

Acredito que estamos caminhando para a construção [da política do idoso]. A própria constituição da coordenadoria do idoso [...] é uma tentativa de construir uma política municipal para o idoso. É um ponta pé inicial. (Fala representante 3)

Nós temos, no município, vários projetos de atenção ao idoso [...], mas não temos um Plano Municipal de Atenção ao Idoso. [...] A Secretaria da Assistência e Coordenadoria do Idoso estão levantando tudo o que há direcionado à população idosa de Presidente Prudente [...] acredito que depois desse levantamento é que será possível construir a Política Municipal do Idoso. (Fala do representante 4)

Nota-se que os representantes 3 e 4 destacam a Coordenadoria do Idoso como importante instrumento para a construção de uma Política Municipal direcionada à população idosa

A Coordenadoria do Idoso de Presidente Prudente (SP) foi criada em 13 de dezembro de 2002, pela Lei nº 5.869, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Esportes. Sua atuação estava voltada aos jogos regionais do idoso.

A partir de janeiro de 2013, a Coordenadoria Municipal do Idoso foi reativada e integrada à Secretaria Municipal de Assistência Social. A coordenadoria tem como proposta “estimular e promover parcerias e convênios entre organizações governamentais e não governamentais para implantar ações, projetos e programas que atendam aos anseios dos idosos” (PRESIDENTE PRUDENTE, 2013⁴⁴). A Coordenadoria do Idoso busca a integração das ações voltadas à população idosa, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Recebe como responsabilidade a implantação do Centro de Referência sobre envelhecimento, programas de preparação para a aposentadoria, treinamentos para a reinserção do idoso no mercado de trabalho, dentre outras (PRESIDENTE PRUDENTE, 2013).

Para o representante 1,

[...] renasce a esperança com a Coordenadoria do Idoso.

Mas o mesmo complementa:

Contudo, isso pode ser uma propaganda enganosa, como um pano, um velcro que acha que está protegendo, mas ainda é muito frágil. [...] uma coisa é o simbolismo da Coordenadoria, outra coisa é a efetividade (Fala do representante 1).

⁴⁴ Coordenadorias fortalecem políticas da Juventude, do Idoso e da Pessoa com Deficiência. Notícia, 09 de janeiro de 2013. Disponível em: <<http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/noticias.xhtml?cod=22230>>. Acesso em 28 de julho de 2013.

Esta fala demonstra um posicionamento otimista desse representante quanto a acreditar na postura do gestor municipal que, ao criar essa coordenadoria, assumirá a responsabilidade pelo segmento. No entanto, ao mesmo tempo, explana de modo crítico que de nada serve a força simbólica do órgão se não for efetivo na sua ação, se não mostrar a quem veio, se não cumprir com seu objetivo.

Segundo o representante 3,

A Coordenadoria tem justamente esse objetivo: aglutinar as ações municipais voltadas ao idoso sejam elas de caráter público ou privado, para que nós tenhamos um conhecimento do coletivo de ações e possamos identificar quais são as lacunas ainda (Fala do representante 3).

Identificar as ações direcionadas aos idosos e as lacunas existentes. Grupo de ações que indica uma tentativa de organização dos serviços públicos e particulares existentes no município.

Nesse sentido, o entrevistado 4 diz que a coordenadoria do idoso tem feito um levantamento minucioso de todas as ações voltadas ao idoso no município e que

[...] a partir dos dados desse levantamento é que a gente vai poder construir a política municipal do idoso, porque nós não tínhamos dados. (Fala do representante 4)

Destacam-se nesta fala dois pontos: o primeiro refere-se ao levantamento de dados para a construção da Política Municipal do Idoso em Presidente Prudente. Uma política municipal precisa ser construída a partir de indicadores, de dados reais que revelem sua necessidade e que possibilite a construção dos objetivos de tal política. Sem dados, a política pode ser construída “*num achismo*”⁴⁵, sem fundamentação alguma. Assim, esse levantamento, por meio da Coordenadoria do Idoso, pode apontar elementos para a construção da política municipal do idoso em Presidente Prudente (SP);

O outro ponto está no fato de que o município não tem registro sistematizado, até o momento, de todas as ações direcionadas a população idosa. Ao entender que a proteção ao idoso é transversal às políticas sociais, a não

⁴⁵ Grifo nosso.

informação sobre os serviços ofertados dificulta uma atuação intersetorial das políticas do município para o idoso e revela a necessidade de um trabalho em rede.

A respeito de rede, a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em 2006, trouxe como tema central a criação de uma Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI). Nela a rede de proteção é definida como

[...] uma organização da atuação pública (do Estado e da sociedade) através da implementação de um conjunto articulado, orgânico e descentralizado de instrumentos, mecanismos, órgãos e ações para realizar todos os direitos fundamentais da pessoa idosa [...]. (CONFERENCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, 2006, p. 15)

O texto dessa primeira conferência deixa claro que a constituição dessa rede nacional se torna possível a partir da construção de redes municipais e estaduais. Por meio dessa definição orienta o caminho a seguir para a construção de rede nos estados e municípios.

A atuação em rede sugere articulação e organização. Se for estabelecida uma comparação com uma rede de pesca, por exemplo, cada nó precisa estar bem ajustado para possibilitar a ramificação da rede. Desse modo, as ações e serviços devem estar conectados, articulados e fortalecidos para que, juntos, alcancem sua finalidade comum: a proteção aos idosos, a garantia de seus direitos fundamentais.

Nesse sentido, por iniciativa de profissionais dos serviços de atenção e proteção e de garantia de direitos de Presidente Prudente (SP), a partir de 2013, iniciou-se o processo de implantação da rede de proteção e atenção ao idoso, cujos principais articuladores são a Secretaria Municipal de Assistência Social, via CREAS, a Secretaria Municipal de Saúde, via Centro de Referência Feliz Idade, e Delegacia de Proteção ao Idoso, com o objetivo de garantir a proteção ao idoso e de criar um fluxo padronizado de atendimento entre os serviços ofertados.

[...] em consonância com o Estatuto do Idoso, como a Política Nacional do Idoso e, também, o Plano de Enfrentamento à Violência, fizemos uma reunião para início da formação de um fluxo, da rede, que teve um ponta pé justamente na atenção que fechamos junto à delegacia do idoso. (Fala do representante 3)

A partir de então, são realizadas reuniões periódicas, já que construir uma rede não é algo fácil ou rápido, exigindo um trabalho intenso entre os serviços parceiros, para que não se reduza a uma via de encaminhamentos. Uma ação em determinada demanda pode revelar outras demandas que não são de competência e atribuição daquele serviço. Nessas situações, o representante 3 afirma que “precisamos acionar nossos parceiros.”

Assim, por meio da fala de alguns entrevistados, foram observadas ações que apontam para a construção dessa rede de proteção ao idoso em Presidente Prudente (SP):

[...] às vezes, precisamos de um apoio, de uma orientação maior, e o CRI tem nos ajudado nas demandas que são da política de saúde também, muitos dos nossos cuidadores passaram pelo curso de cuidares do CRI (Fala do representante 3)

[...] muitos dos nossos pacientes já passou pelo CREAS ou pela Delegacia. Então, normalmente nunca estamos sozinhos, estamos sempre em parceria. Não abandonamos, nem tiramos o corpo, encaminhamos e acompanhamos juntos (Fala do representante 2)

[...] quando recebemos um caso de violência física e patrimonial mesmo em lista de espera, nós já encaminhamos imediatamente para a delegacia. Então, a delegacia faz a abordagem inicial [...] e se apontam demandas que são da esfera de outras políticas públicas, a assistente social, mesmo não sendo o papel da delegacia, já aciona esse serviço, [...] o CREAS chega justamente para trabalhar essa dinâmica da reconstituição familiar (Fala do representante 3)

Nesses relatos é observável, do mesmo modo, que esses serviços já começaram a conversar entre si e trabalhar, cada um em sua política e área específica, mas em conjunto em prol da proteção ao idoso. Isso é fundamental para a construção de uma rede de atenção e proteção e deve alcançar todas as ações e serviços destinados aos idosos.

Identifica-se, então, no município, a oferta de ações e serviços de atenção e proteção ao idoso.

Na esfera da garantia de direitos, estão instalados no município a Defensoria Pública, o Ministério Público e a Delegacia de Proteção ao Idoso, e o Conselho Municipal do Idoso.

A Defensoria Pública é um órgão do Estado que presta assistência jurídica gratuita aos idosos e população em geral que não tem condição de pagar um advogado para sua defesa.

O Ministério Público do Estado de São Paulo via Promotoria do Idoso e da Pessoa com Deficiência, tem atuado diretamente na defesa e garantia dos direitos aos idosos. O MP de Presidente Prudente (SP) recebe de idosos ou de terceiros, denúncias de violação de direito dos idosos e realiza visitas sistemáticas nas ILPIs, hospitais e núcleos de atendimento ao idoso para verificação da garantia de direitos.

Um dos entrevistados afirma:

Temos demandas como de consumidor e assim por diante. Mas nossa maior demanda chama-se saúde e assistência, infelizmente. (Fala do representante 1)

Esta fala reitera o que o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa diz sobre as instituições de prestação de serviços como “as de saúde, assistência social e previdência social [as que pela Constituição configuram os instrumentos da seguridade social] são as campeãs de queixas e reclamações [...]” (Brasil, 2005, p. 17).

No que se refere à demanda de velhice dependente, o entrevistado 1 relata que essa “é uma demanda excepcional”.

De acordo com esse representante, quando esse tipo de demanda chega ao MP, já passou anteriormente por outros serviços como o CREAS ou o Lar São Rafael. Mesmo assim, são raras as demandas de velhice dependente, salvo as que são encaminhadas pelo Lar São Rafael⁴⁶.

A não procura dos serviços do MP por parte da população pode estar relacionada a não informação dos direitos e do sistema de garantia de direitos, ou ao receio de envolvimento com a justiça.

Já a Delegacia de Polícia de Proteção ao Idoso de Presidente Prudente (SP), inaugurada em 2010, é a primeira do oeste paulista. Ela tem como objetivo registrar, apurar e dar soluções aos crimes cometidos contra os idosos. São atribuições do referido órgão registrar Ocorrências Policiais e instaurar Inquéritos Policiais e Termos Circunstanciados e, ainda, prestar, aos que necessitam auxílios, orientações, assim como realizar encaminhamentos, quando necessário, aos órgãos competentes.

⁴⁶ Como os ofícios e listas dos idosos dependentes não acolhidos pelo Lar São Rafael.

Interessante destacar que a Delegacia de Proteção ao Idoso conta com uma assistente social (policia civil) na equipe multiprofissional.

Segundo informações colhidas junto ao órgão, o serviço social no âmbito da delegacia de polícia de proteção ao idoso visa à inclusão social das pessoas idosas e de seus familiares, o seu acompanhamento durante os procedimentos em trâmite na delegacia, bem como visitas domiciliares e institucionais. Realiza ações conjuntas com dirigentes das diversas políticas públicas no sentido de estimulá-los a exigir a efetivação do Estatuto do Idoso e demais legislações.

Por fim, ainda no âmbito da garantia de direitos, Presidente Prudente (SP) conta com o Conselho Municipal do Idoso que é composto de forma paritária entre representantes do poder público, entidades e organizações representativas da sociedade civil. Do poder público são representantes um titular e um suplente das secretarias municipais de Saúde, Cultura e Turismo, Esportes, Educação, Planejamento, Assistência Social, Assuntos Viários, do Gabinete do Prefeito, do sistema de garantia de direitos (Delegacia de Proteção ao idoso e Ministério Público). Das entidades e organizações representativas da sociedade civil, representam um titular e um suplente de ONGs, de grupos representativos do segmento, Associação de Aposentados, de ILPI filantrópica e particular, universidade, pastorais e grupos religiosos que atuam no segmento.

De acordo com a PNI,

Artigo 6º - Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área. (BRASIL, PNI, 1994).

A PNI estabelece, no artigo 7º, como competência dos conselhos a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.

Os conselhos de idosos configuram importantes órgãos de controle e participação social, bem como instrumento de garantia de direitos voltados à velhice.

Um dos entrevistados que representam o poder público relata que tem participado de várias conferências municipais e estaduais do idoso, em todo o Estado de São Paulo, e tem visto

[...] comunidades muito ativas e os conselhos também são ativos porque há uma tradição. (Fala do representante 1)

Esta fala complementa o que o mesmo entrevistado disse anteriormente (no início deste subitem) sobre os municípios do Estado de São Paulo que mais avançaram em aspectos relacionados à velhice. Para ele a participação social e atuação dos conselhos de direitos são importantes instrumentos de pressão social. Na opinião desse representante, os municípios que mais avançaram são os que mais pressionam o poder público.

Nesse sentido, a participação da sociedade civil e dos conselhos municipais fomenta o debate e a atenção para a velhice, porque dá visibilidade a esse segmento populacional e as demandas relacionadas ao mesmo, e são importantes instrumentos de pressão política e social para a garantia de direitos e de proteção ao idoso.

O Conselho Municipal do Idoso de Presidente Prudente (SP) foi criado⁴⁷ pela Lei Municipal nº 5.005 de 17 de dezembro de 1997. O artigo 367 dessa Lei estabelece a criação e instituição do CMI como “encarregado de formular a política da terceira idade e de prover o seu implemento”.

Embora tenha sido criado em 1997, a partir de 2012, o CMI passou a ser regulado pela Lei Ordinária de Presidente Prudente/SP nº 7904/2012, que dispõe sobre a regulamentação do Conselho Municipal do Idoso (CMI) e do Fundo Municipal do Idoso.

A primeira Lei não atribuía ao conselho o caráter deliberativo, apenas consultivo, explícito pelos termos “assessorar o Poder Executivo Municipal [...]”, “opinar quando for solicitado [...]” (PRESIDENTE PRUDENTE, 1997, art. 367). Já a segunda Lei, nº 7904/2012, explicita no artigo 3º que o CMI tem caráter permanente e deliberativo. Também deixa claro, no artigo 2º, que o CMI “é o órgão responsável por viabilizar a efetivação da política nacional do idoso, provendo seu implemento a nível municipal” (PRESIDENTE PRUDENTE, 2012).

O mesmo artigo especifica o caráter deliberativo do CMI quando estabelece suas atribuições:

⁴⁷ Foi encontrada, no site da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente (SP), outra lei de criação do CMI: a Lei nº 3.909/94. O teor desta lei e o artigo 367 da Lei nº 5.005/97 é o mesmo. Porém, quando questionado, o representante do CMI não sabia da existência da Lei de 1994 e assegurou que o conselho foi criado em 1997.

- I – formular, deliberar, coordenar, supervisionar e avaliar sobre a execução e implementação da política nacional do idoso, no âmbito municipal;
- II – fiscalizar o Poder Executivo Municipal, emitindo pareceres quanto ao acompanhamento na elaboração de programas de governo, em nível municipal, voltados ao idoso, com vistas a garantir a defesa de seus direitos;
- III- desenvolver estudos, debates e pesquisas relativos à questão do idoso, [...];
- IV – discutir, com base em indicadores sociais, junto ao gestor municipal, a elaboração de projetos de lei e outras iniciativas que visem assegurar ou ampliar os direitos do idoso, [...];
- V – fiscalizar e tomar providências quanto ao cumprimento de legislação favorável aos direitos do idoso;
- VI – promover campanhas informativas que sensibilizem a participação do idoso [...];
- VII – [...] receber e encaminhar denúncias que lhe sejam direcionadas;
- VIII – apoiar a realização de eventos concernentes ao idoso [...];
- IX – fiscalizar os critérios de repasse de recursos financeiros destinados pelas três esferas de governo às instituições que prestam atendimento ao idoso, em nível municipal;
- X – acompanhar a criação, instalação e manutenção de Centros de Convivências, ONGs [...] e ILPs [...], que prestam atendimento ao idoso, em âmbito municipal;
- XI – estimular, [...], a criação pela iniciativa privada de Centro de Convivência ao idoso;
- XII - deliberar sobre seu estatuto e regimento interno, [...]
- XIII – deliberar sobre os recursos alocados no Fundo Municipal do Idoso, podendo inclusive fomentar campanhas, a nível municipal, de arrecadação de recursos financeiros, respeitados os dispositivos legais que regulamentam o assunto;
- XIV – estabelecer e fiscalizar a cobrança facultativa da participação do idoso em custeio de entidade, nos termos da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. (PRESIDENTE PRUDENTE, 2012)

Segundo o entrevistado 4, essa atribuição deliberativa tem grande significado para o conselho:

Uma coisa é você discutir com o prefeito sobre determinada situação e dizer: isso precisa ser feito, o conselho já deliberou. Outra coisa é chegar para o prefeito e dizer: o que o senhor acha disso? Aí, nunca vai ser feito.(Fala do representante 4)

O entrevistado 4 diz ainda que *agora* a sociedade e a prefeitura estão amadurecendo a ideia do papel de um conselho.

Observa-se que, por muito tempo, o conselho passou despercebido pela sociedade prudentina. O representante 1 faz uma interessante fala que pode ajudar a pensar esse tempo de dormência, se é que se pode assim chamar, do CMI de Presidente Prudente (SP):

Na realidade o conselho é a autoridade maior, é ele que dita a política pública. Infelizmente, ele não está sendo prestigiado e há um interesse grande, ao meu sentir, da elite política em não prestigiá-lo e nem a outro conselho, porque ele é realmente uma pedra no sapato. Um conselho bem estruturado e bem organizado é uma pedra no sapato do gestor e a elite política brasileira não tem interesse nisso. (Fala do representante 1)

Um conselho estruturado, organizado e atuante pode trazer incômodos a gestores que se vêm pressionados politicamente a cumprir seu dever na garantia de direitos e proteção social. Por essa ótica, é possível compreender o fato de só recentemente ter sido atribuído o caráter deliberativo, o que garante maior autonomia e poder de decisão ao conselho.

O representante 1 diz, ainda, que:

por ser muito novo, se comparado aos outros conselhos do município, o CMI peca ainda por omissão, mas também peca pela ausência de formação. O CMI var surtir efeito mais há alguns anos (Fala do representante 1)

Para este entrevistado, o CMI de Presidente Prudente (SP) ainda é omissos e não tem formação necessária para atuação. Ele faz essa avaliação por considerá-lo ainda muito novo, embora já tenha mais de 15 anos de constituição.

Essa fala leva a pensar sobre a própria constituição e formação dos membros dos conselhos, principalmente os municipais, que muitas vezes são eleitos ou são indicados, e talvez não tenham dimensão de seu papel e de sua atribuição.

Para assumir esse papel é necessário que os conselheiros tenham ciência e se conscientizem da seriedade e da responsabilidade de representar a população idosa do município. É de suma importância a capacitação constante dos conselheiros para que, junto à sociedade civil organizada, sejam sujeitos ativos em prol da velhice e não corram o risco de se tornarem massa de manobra.

Na pesquisa documental realizada no CMI a partir das atas das reuniões e dos ofícios recebidos e emitidos nos anos de 2011 e 2012, identificaram-se vários ofícios emitidos que questionam os órgãos e instituições sobre a ausência da participação de seus membros titulares e suplentes nas reuniões do conselho, principalmente em 2011. Isso pode revelar a falta de informação e capacitação dos conselheiros do período pesquisado sobre a função de conselheiro, bem como sua importância para a consolidação de ações protetivas direcionadas à população idosa.

Contudo, o representante do CMI, em entrevista, afirma que no decorrer de 2013 a participação dos conselheiros nas reuniões do conselho e em outros espaços de reflexão sobre a velhice tem sido mais ativa e tem sinalizado sua existência por meio de campanhas informativas, fóruns de discussão, e de

conscientização de aspectos relacionados à velhice, em parceria com algumas políticas, como a da saúde e de assistência social, e com instituições do município. Aos poucos o CMI tem conquistando seu espaço e sua autoridade enquanto órgão representativo. Um exemplo disso é a sua regulamentação, por meio da Lei nº 7.904/2012, como mencionado anteriormente.

Essa lei estabelece, além do que foi descrito anteriormente, a competência deliberativa do CMI no que se refere à gestão do Fundo Municipal do Idoso.

O Fundo Municipal do Idoso foi instituído pela Lei nº 7.586/2011, destinado ao financiamento de programas e ações voltadas a velhice. Esse fundo está vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social, tendo a destinação dos seus recursos liberada através de projetos, programas e atividades aprovados pelo CMI. De acordo com o parágrafo único do artigo 1º, o Fundo Municipal do Idoso terá como receita:

- I** - as contribuições referidas nos arts. 2º e 3º, da Lei Federal nº 12.213/2010, que lhe forem destinadas;
- II** - os recursos que lhe forem destinados no orçamento do município;
- III** - contribuições dos governos e organismos estrangeiros e internacionais;
- IV** - o resultado de aplicações do governo e organismos estrangeiros e internacionais;
- V** - o resultado de aplicações no mercado financeiro, observada a legislação pertinente;
- VI** - outros recursos que lhe forem destinados. (PRESIDENTE PRUDENTE, 2011)

Segundo o representante 4,

o fundo municipal do idoso entra no orçamento do município, mas não dispõe de receita disponível em uma conta bancária, por exemplo. (Fala do representante 4).

Este entrevistado explica que o recurso não passará pelo conselho, pois está vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social e a destinação do mesmo será liberada para projetos, programas e atividades aprovados pelo CMI.

O mesmo entrevistado faz uma fala importante a respeito da aprovação da destinação da verba:

[...] não podemos esquecer que o conselho é paritário e que, no entanto, parte do conselho representa o poder público (Fala do representante 4).

Sendo assim, o fato de o conselho deliberar sobre o fundo pode interessar ao poder público, uma vez que este tem sua representação e poder de voto garantido no órgão.

Mais uma vez, merece destaque a importância da capacitação dos conselheiros para que respondam ao interesse da população idosa e não ao órgão ao qual representam, pois é a partir de deliberações do conselho que devem ser construídas as políticas públicas⁴⁸ e as ações no sentido da garantia de direitos.

Assim, o CMI, o Ministério Público, a Delegacia de Polícia de Proteção ao Idoso e a Defensoria Pública são importantes instrumentos de garantia de direitos do município.

Na esfera do esporte e da cultura, há um incentivo do município em estimular a velhice ativa. São diversas as atividades de instituições privadas, como SESI, SESC, SENAT e o Grupo Funerário Athia, que desenvolvem atividades de coral, dança, passeio e turismo, artesanatos, ginástica e hidroginástica. E em instituições públicas, como, por exemplo, o Centro Cultural Matarazzo, mantido pela Prefeitura Municipal via Secretaria de Cultura, que oferecem atividades de seresta, apresentações de música e filmes. Ainda na área pública, são oferecidas nos núcleos dos CRAS e em algumas igrejas, também, atividades de artesanatos, coral e dança, bem como jogos regionais de várias modalidades esportivas e academias para a terceira idade por meio da Secretaria Municipal de Esportes.

Sobre esse último aspecto, Presidente Prudente (SP) conta com cerca de 100⁴⁹ academias da terceira idade, distribuídas nos bairros do município. Isso é bom, pois esses equipamentos oferecidos ao idoso incentivam a atividade física e contribuem para uma velhice ativa, para o desenvolvimento de sociabilidade através do contato com outros idosos que frequentam a academia, além de todos os benefícios que a atividade física pode proporcionar, como a melhora da capacidade funcional e a qualidade de vida.

Entretanto, verifica-se nesses espaços a falta de educadores físicos para a orientação da utilização correta dos equipamentos e o tipo de exercício adequado para cada idoso.

A esse respeito, o representante 1 diz que

⁴⁸ E também da Câmara, é claro.

⁴⁹ Informações obtidas por meio do site da prefeitura municipal de Presidente Prudente (SP). Disponível em: < <http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/noticias.xhtml?cod=22787>>. Acesso em 29 de julho de 2013.

[...] às vezes, vou à academia da terceira idade, mas não tem professor [...] justamente por ser academia da terceira idade é que deveria ter mais atenção (Fala do representante 1).

De fato, por ser academia da terceira idade deveria ter um acompanhamento sistemático, pois a utilização de um aparelho forma errada, um exercício físico sem orientação oferece riscos ao idoso – assim como a qualquer pessoa, mas que seria agravada no caso do idoso – que pode ser acometido por uma lesão, uma queda, uma distensão muscular, além de outros fatores que ao invés de proporcionar a qualidade de vida do idoso a prejudicaria. Isso é muito sério. As academias da terceira idade devem cumprir sua finalidade e não servir apenas para enfeitar a cidade.

Na esfera da saúde, conforme previsto nas legislações, o município oferece serviços de atenção primária e secundária. Na atenção básica, são 13⁵⁰(treze) Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 15⁵¹ (quinze) equipes do Programa Saúde da Família (PSF) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Segundo o Departamento de Atenção Básica⁵², o PSF é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que se operacionaliza mediante equipes multiprofissionais (ESF) que se responsabilizam pelo acompanhamento de famílias de determinada área geográfica.

São atribuições do ESF de Presidente Prudente (SP):

- I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos;
- II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita;
- III- realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - garantir a integridade da atenção por meio da realização de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e curativas, e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e da vigilância à saúde;
- V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

⁵⁰ Localizadas em: Jardim Belo Horizonte, Jardim Brasil Novo, Cohab, Jardim Guanabara, Residencial Maré Mansa, Vila Nova Prudente, Parque Cedral, Jardim Santana, São Pedro – Vila Flores, Vila Marcondes, Vila Real e nos distritos de Ameliópolis, Eneida e Floresta do Sul.

⁵¹ Localizadas geograficamente em: Parque Alvorada (3 equipes), Belo Horizonte, Guanabara, Primavera, Humberto Salvado (02 equipes), São Pedro, Cambuci, Jardim Regina e nos distritos de Montalvão, de Floresta do Sul, de Eneida e de Ameliópolis.

⁵² Disponível em < <http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>>. Acesso em 23 de jul de 2013.

- VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS
- XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na atenção básica
- XII - participar das atividades de educação permanente, e
- XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.⁵³

Diante de tais atribuições, é possível afirmar que a ESF configura importante mecanismo de entrada para o atendimento ao idoso e ao cuidador, bem como de identificação de necessidades protetivas aos mesmos, pois tem acesso direto à residência da população atendida.

As equipes de ESF do município contam com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que também é constituído por uma equipe multiprofissional que atua no sentido de dar apoio às equipes de ESF, especialmente no que tange à capacitação e prevenção dos membros da equipe apoiada.

Na atenção secundária, o município conta, ainda, com os serviços que abrangem complexidades como: o Hospital Regional (HR); o Ambulatório Médico de Especialidades (AME), criado em 2010⁵⁴, que oferta consultas e exames de várias especialidades médicas aos usuários do SUS; e, também inaugurado em 2010, o Centro de Referência da Feliz Idade (CRI), cujo atendimento é inteiramente voltado à população idosa.

O CRI está sob responsabilidade da secretaria municipal de saúde e é composto por uma equipe de profissionais de diversas áreas, tais quais: assistente

⁵³ (PRESIDENTE PRUDENTE, 2012)
http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/unidades/sms_esf.xhtml;jsessionid=7D56D2923A66D28366227F602DD65DB1)

⁵⁴ Conferir em Associação e Fraternidade São Francisco de Assis na Providencia de Deus. Disponível em: http://www.franciscanosnaprovidencia.org.br/associacao/nossasobras_detalhes/35/Ambulat%C3%B3rio-M%C3%A9dico-de-Especialidades---Prudente>. Acesso em 23 de jul de 2013.

social, psicologia, enfermeira e auxiliares de enfermagem, médica geriatra, fisioterapeuta, nutricionista e estagiários de informática. Dentre as ações realizadas estão a academia da terceira idade, cursos de informática, palestras de conscientização e prevenção, fisioterapia, terapia, consultas com geriatra para idosos independentes ou parcialmente dependentes, mas que tenham possibilidade de comparecer à unidade. Esses usuários são encaminhados pelas UBSs.

Para os idosos totalmente dependentes e acamados, a equipe do CRI realiza atendimento no domicílio, através do SAUDI – Serviço de Atendimento Universal Domiciliar ao Idoso. Segundo o entrevistado representante da Secretaria Municipal da Saúde, o SAUDI atende cerca de 80% da população que não é acompanhada pelo ESF e ainda possui demanda reprimida. No entanto, quando questionado sobre o número de atendimentos, o entrevistado não soube responder exatamente e verbalizou que são “mais ou menos uns 60 (sessenta)” (Fala do entrevistado 3).

Esse serviço tem como foco o direcionamento para o cuidado do idoso. O representante 3 esclarece:

acompanhamos, damos o respaldo de orientação, fornecemos material, mas quem vai cuidar é a família [...]. (Fala do representante 3)

O CRI, em parceria com o CREAS e a Delegacia de Proteção ao Idoso, desenvolve, também, o curso⁵⁵ de Cuidadores de Idosos, dirigido especialmente para os familiares cuidadores. Trata-se de um curso de capacitação do cuidador.

Muita gente confunde esse curso de cuidador, achando que é um curso profissionalizante. Na verdade, esse curso é para apoiar essa família que está desestruturada diante dessa nova situação, pela insegurança, por não saber como enfrentar e prestar o cuidado (Fala do representante 2).

Esse curso demonstra a preocupação com as famílias que se tornam cuidadoras. Essa questão será aprofundada quando for realizada a pesquisa com os cuidadores.

⁵⁵ Este curso é coordenado pelo CRI e é realizado duas vezes ao ano. São tratados assuntos relacionados ao cuidado, como práticas de enfermagem, higiene e alimentação do idoso, aspectos sociais e emocionais do idoso, direitos dos idosos, violência contra a pessoa idosa e o cuidado do cuidador.

No âmbito da assistência social, Presidente Prudente (SP) possui 4 (quatro) CRAS⁵⁶ e 3 (três) núcleos⁵⁷ do CRAS. Disponibiliza os serviços de proteção básica via CRAS e os serviços de proteção especial de média complexidade por meio do CREAS, no serviço de proteção e atendimento ao idoso, vítima de violência familiar. Apóia, por meio de subsídios, serviços de alta complexidade: as ILPIs Lar São Rafael e Vila da Fraternidade.

As ações voltadas ao idoso no CRAS são conduzidas pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo para idosos (SCFV), conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, resolução CNAS nº. 109/2009.

O CREAS, instituído em 2010, é composto por dois serviços: o Serviço de Proteção e Atendimento à Mulher Vítima de Violência e o Serviço de Proteção e Atendimento ao Idoso Vítima de Violência Familiar.

O entrevistado que representa a Secretaria de Assistência Social destaca que

Nós especificamos que é violência familiar porque a violência institucional é tratada na Delegacia do Idoso, no CMI e por outros órgãos dentro do sistema de garantia de direitos⁵⁸ (Fala do representante 3).

De acordo com a NOB – RH/SUAS⁵⁹ –, Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS, a quantidade de atendimentos limita-se a 50 (cinquenta) indivíduos por equipe referenciada. Cada equipe referenciada é composta por um coordenador, um assistente social, um psicólogo, um advogado (orientador jurídico), um auxiliar administrativo e dois profissionais que atuam na abordagem dos usuários (orientadores sociais).

Segundo informações prestadas pelo representante da secretaria de assistência social, a equipe referenciada ao idoso atende uma demanda de 50 idosos, em conformidade com a NOB-RH/SUAS. Porém, verbaliza que:

Trabalhamos com o coletivo de 50 [...], mas ainda assim, eu possuo uma lista de 62 idosos aguardando atendimento (Fala do representante 3).

⁵⁶ Que são: CRAS Augusto de Paula, CRAS Alexandrina, CRAS Cambuci e CRAS Morada do Sol.

⁵⁷ Que são: Núcleo Nochete, Núcleo Vila Ite e Núcleo Sabará.

⁵⁸ Esclarecimento: nessa fala, o entrevistado enfatiza o papel do serviço é voltado apenas para a violência familiar. Os demais serviços citados pelo entrevistado tratam além da violência familiar outros tipos e manifestações de violência contra o idoso, como a institucional, por exemplo.

⁵⁹ Resolução nº 269 de 13 de dezembro de 2006.

Ou seja, há uma demanda reprimida de 62 (sessenta e dois) idosos, quantidade maior que a capacidade de atendimento. Não se pode esquecer que esses idosos estão em situação de risco, pois são vítimas de violência familiar.

O mesmo entrevistado diz ainda que

[...] o CREAS de Presidente Prudente (SP) não tem sua equipe mínima constituída. [...] quando precisamos de orientação jurídica, por exemplo, nos valem do sistema de garantia de direitos (Fala do representante 3).

A demanda posta ao serviço de Proteção e Atendimento ao Idoso suplantaria o numero de 2 (duas) equipes referenciadas. No entanto, além do serviço dispor de apenas uma equipe, esta não tem sua composição mínima estabelecida pela NOB-RH/SUAS. É importante que o gestor municipal reveja a quantidade de seu efetivo.

Esta última fala transcrita nos chama atenção sobre a necessidade de articulação entre os serviços, ou seja, de um trabalho intersetorial no município para a garantia da proteção ao idoso.

Diante do exposto, identifica-se em Presidente Prudente (SP) uma forma de política setorializada, não diferente da condução das políticas sociais e públicas brasileiras. Entretanto, esse modo de atuação dificulta a atenção e o atendimento integral ao idoso, pois a velhice é transversal às políticas e merece atenção por inteiro e não por partes, salvo se há conexão e complementaridade entre essas partes.

Essa fragmentação e setorialização podem levar a um jogo de responsabilidades entre as políticas, por exemplo: isso não é responsabilidade da política 'x' (grifo nosso), isso é da saúde ou da assistência social, ou talvez seja do esporte, e assim por diante. Como menciona o entrevistado 1:

Todo mundo quer jogar o coitado para frente, [...] jogar o idoso no colo do outro. Essa briga de secretarias é uma briga de sociedade [...]. Ninguém quer ser responsável pelo idoso (Fala do representante 1).

Essa “briga de secretarias”, como disse o entrevistado 1, ou o jogo de responsabilidades, referido acima, são consequências da falta de organização e direcionamento das políticas municipais.

Presidente Prudente (SP) tem caminhado no que diz respeito à proteção ao idoso, mas ainda tem muito o que avançar, a começar pela construção de uma política municipal do idoso e da estruturação da rede de atenção e proteção ao idoso, ações estas que já estão em curso. No entanto, diante do que foi discutido neste item, observa-se a falta de serviços e ações direcionadas ao idoso dependente, pois a única ação identificada foi o SAUDI, desenvolvido pelo CRI.

Faltam ainda reflexões e discussões aprofundadas sobre a questão da velhice dependente, haja vista que esta é uma realidade posta ao município e que necessita de respostas às suas necessidades.

2.4 A VELHICE INSTITUCIONALIZADA

A origem de instituições que acolhem idosos não é recente, ao contrário, é o mais antigo modo de atendimento ao idoso sem família. Teve início a partir de práticas assistencialistas realizadas como forma de caridade cristã. Segundo Alcântara (2003) o primeiro asilo foi criado pelo Papa Pelágio II⁶⁰ no século VI.

De acordo com Alcantara (2003 p. 23), no Brasil, em 1794, começou a funcionar a Casa dos Inválidos, como abrigo e garantia de uma velhice descansada para soldados idosos que serviram à pátria. Mais tarde, em 1890, foi criada a primeira instituição para idosos, o Asilo São Luiz, que acolhia idosos pobres, independente de terem servido a pátria ou não (ARAÚJO; SOUZA; FARO, s/ano p. 253).

Ao refletir sobre a velhice institucionalizada, percebe-se que por muito tempo prevaleceu, no senso comum, a seguinte ideia: um lugar frio e sem vida, onde acolhiam idosos pobres que eram abandonados pela família. Colocar um idoso em um asilo era considerado um ato de abandono. No entanto, diante de aspectos relacionados ao envelhecimento populacional, aumento da expectativa de vida, novos arranjos familiares, a participação da mulher no mercado de trabalhos, dentre outros, essa concepção tem se modificado, sobretudo a partir da segunda metade do século XX.

Uma das alterações relaciona-se a denominação deste tipo de

⁶⁰ O Papa Pelágio II (520-590) transformou sua casa em um hospital para velhos. Esse seria o asilo pioneiro.

instituição. O termo asilo, que tem sido substituído por outras denominações⁶¹ como casa de repouso, lar, centro/casa geriátrico(a), abrigo. Como padronização do termo, as legislações brasileiras que tratam da proteção social direcionada a velhice passam a utilizar a expressão Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), além de estabelecer também normas de funcionamento dessas instituições e diretrizes para a institucionalização, abrigo e proteção a velhice.

A PNI e o Estatuto do Idoso, ao preconizarem nos artigos 4º-III e 3º-V respectivamente, que a prioridade no atendimento ao idoso deve ser feita pela família, em detrimento do atendimento asilar, entente que o espaço familiar é a melhor possibilidade de proteção e cuidado ao idoso. Ao mesmo tempo, essa responsabilização da família pode ser uma estratégia do Estado em se desresponsabilizar ou em diminuir os gastos dispensados ao cuidado de idosos.

Segundo o entrevistado 1, “[...] *o responsável pelo idoso é a família e não o Estado [...]*”. Contudo, o papel do cuidado é assumido geralmente pelas mulheres. Com as transformações nos desenhos familiares e a conquista da mulher no mundo do trabalho, a rede de cuidadores familiares disponíveis para o cuidado vai se afunilando cada vez mais. Alcântara (2004, p.22), diz que “as mulheres que antes cuidavam dos filhos, pais, avós, foram absorvidas pelo mercado de trabalho, e assim, esses trabalhos foram transferidos para creches e asilos”.

A consequência disso para os idosos é o estreitamento do número de familiares dispostos e disponíveis para prestação dos cuidados, visto que o trabalho é fundamental para a manutenção da vida e das necessidades familiares⁶².

Ao refletir sobre essa situação, o entrevistado 1 entende que se o poder público insiste que o cuidado seja prestado por um familiar, mesmo que para tanto, este tenha que deixar seu emprego trabalho para cuidar de seu familiar, deveria receber compensações do Estado, pois esse cuidador está, de certa forma,

[...] sendo sacrificado ao deixar de trabalhar, deixar de ganhar benefícios sociais altos, porque tem FGTS, tem planos de saúde, tem a própria previdência. (Fala do representante 1)

⁶¹ Debert (1999) e Alcântara (2004) dizem que essas novas expressões são utilizadas para encobrir o rótulo de asilo historicamente identificado como um lugar ruim de se viver.

⁶² Não há aqui a pretensão de aprofundamento da compreensão da categoria trabalho, apenas uma sugestão de resposta às questões relacionadas às despesas de alimentação, moradia, vestuário dentre outras. Sobre essa questão ver: TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento e trabalho no tempo de capital: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

Atrai-se a esse fator econômico levantado pelo representante entrevistado 1, os aspectos sociais e psicológicos constitutivos do trabalho, via relacionamento interpessoal e sociabilidade, realização profissional, planos de carreira, projetos de vida possíveis com o salário recebido.

Muitas pessoas renunciam ao emprego para cuidar de seu familiar na velhice, mas quando não dispõem de uma boa base financeira, acabam dependendo da aposentadoria ou do benefício que o idoso recebe.

O representante 3 alerta que

Muitos cuidadores que possuem essa vulnerabilidade aceitam se responsabilizar pelo cuidado pela questão da renda mesmo, da aposentadoria do idoso e depois eles percebem que a dinâmica (do cuidado) é muito mais complicada (Fala do representante 3).

Outro aspecto relevante para a presente reflexão em relação às famílias como principais cuidadoras é a velhice dos próprios cuidadores. Dados de uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo entre os anos de 1992 e 1997 revelaram o fato de:

59% dos cuidadores terem idade acima de 50 anos e 41% mais de 60 anos. Os resultados mostram, ainda, que 39,3% dos cuidadores tinham entre 60 e 80 anos, e cuidavam de 62,5% de pacientes da mesma faixa etária. Isso mostra que pessoas idosas estão cuidando de pessoas idosas, o que pode agravar as condições físicas, colocando-as como doentes em potencial. (CAMARANO; PASINATO; LEMOS, 2011, p.132)

Essa realidade se confirma no município de Presidente Prudente (SP). Segundo o entrevistado 3, ao verbalizar sobre a crescente demanda do idoso dependente dentro do serviço de proteção e atendimento prestado pelo órgão, destaca que

[...] principalmente do idoso acamado que depende do cuidado de outro idoso, seja ele seu cônjuge ou seu filho. Tenho uma idosa de 60 anos que cuida da mãe de 90. É complicado porque as duas já estão idosas e ela diz: eu tomo conta da minha mãe, mas quem toma conta de mim? Eu sou diabética não posso ir ao médico porque não tenho com quem deixar minha mãe (fala do representante 3).

Considerando o aumento da expectativa de vida, é provável que esses idosos cuidadores prestem o cuidado por mais tempo. Há depoimentos que

confirmam, por exemplo, de situações em que a filha, já idosa, solicita vaga em ilpi para ela e para a mãe.

Esses e outros fatores, como a questão da dependência, da vulnerabilidade, da violência, inexistência da rede familiar, dentre outros, podem acelerar o processo de institucionalização do idoso.

Conforme artigo 37 do Estatuto do Idoso:

§ 1º a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família. (BRASIL, Estatuto do Idoso, 2003).

A normativa prevê que a institucionalização do idoso só deva ocorrer quando esgotadas todas as possibilidades de sustento ou auto sustento do mesmo. Nesses casos, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) atuam no sentido de garantir o cuidado e a proteção social ao idoso.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 de 26 de setembro de 2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conceitua ILPI como

instituições governamentais e não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. (ANVISA, 2005)

Segundo a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, (RESOLUÇÃO nº 109/2009), a ILPI é considerada um serviço de acolhimento institucional, dentro do enquadramento dos serviços de proteção social especial de alta complexidade. É destinada ao acolhimento de idosos com 60 (sessenta) anos ou mais, dependentes ou não e

[...] que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos (BRASIL, 2009 p. 31).

Trata-se de uma residência de caráter coletivo, público ou privado. A Tipificação prevê que essa modalidade de atendimento deve garantir a convivência

do idoso com familiares e amigos continuamente, bem como atividades culturais, educativas, lúdicas e de lazer na comunidade.

Considerando que uma ILPI pode acolher idosos dependentes ou não, a RDC nº 283 (ANVISA, 2005), ao estabelecer o regulamento técnico e normas para o funcionamento das ILPIs, distingue os graus de dependência do idoso como:

Tabela 7 - Grau de dependência - RDC

Grau de Dependência I	Idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;
Grau de Dependência II	Idosos com dependência em até três atividades de auto-cuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
Grau de Dependência III	Idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de auto-cuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo

Fonte: ANVISA, RDC nº 283, 2005.

A partir da definição do grau de dependência, essa resolução determina a quantidade de cuidadores necessários por grupos de dependência, tal como:

Tabela 7 - Quantidade de cuidadores por grau de dependência

Grau de Dependência I	um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
Grau de Dependência II	um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;
Grau de Dependência III	um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

Fonte: ANVISA, RDC nº 283, 2005.

Percebe-se, por essa resolução, que um cuidador em ILPI pode cuidar de 20 idosos independentes, ainda que requeiram equipamento de autoajuda, pois estes têm condições de realizar suas atividades de vida diária. No entanto, quanto maior for a dependência menor o número de idosos sob a responsabilidade de um mesmo cuidador, número que pode reduzir pela metade ou menos, dadas as necessidades provindas da situação de dependência.

Deve-se atentar para o fato de que esses cuidadores referenciados na RDC desenvolvem especificamente a tarefa do cuidado, são cuidadores formais capacitados para esse tipo de trabalho e ainda contam com outros profissionais, como de limpeza ou de cozinha, por exemplo, diferente do cuidador familiar que,

conforme a discussão anterior, geralmente não tem preparo e muitas vezes não tem uma rede de apoio.

Além dos cuidadores, a RDC nº 283 estabelece que outros profissionais devam compor o quadro de recursos humanos. Nessa direção, a NOB-RH/ SUAS também estabelece a constituição da equipe de referência para o atendimento direto, muito embora não determine a quantidade de cuidadores:

Tabela 8 - Quadro de Recursos Humanos em ILPI

RDC nº 283		NOB-RH/ SUAS	
Nº	Profissional/Função	Nº	Profissional/Função
01	Responsável Técnico	01	Coordenador
01	Cuidador para cada grupo conforme grau de dependência	--	Cuidador
--	--	01	Assistente Social
--	--	01	Psicólogo
01	Profissional para atividades de lazer para cada 40 idosos	01	Profissional para desenvolvimento de atividades socioculturais
01	Profissional de Alimentação para cada 20 idosos	--	Profissional de Alimentação
01	Limpeza – para cada 100m ² de área interna ou fração por turno	--	Limpeza
01	Lavanderia – para cada 30 idosos	--	Lavanderia

Fonte: ANVISA, RDC nº 283, 2005.

Fonte: NOB-RH/SUAS Resolução nº 269/2006

Percebe-se que a composição de recursos humanos necessários para uma ILPI é muito parecida nas duas resoluções. O que as diferenciam são: o estabelecimento da quantidade de profissionais para cada grupo de idosos previsto na RDC e a introdução de profissionais de serviço social e psicologia conforme a NOB-RH/SUAS.

Convém mencionar que a RDC prevê, também, regulamentos no que tange à estrutura física de uma ILPI.

O Estatuto do idoso determina os princípios e obrigações que devem ser adotadas pelas ILPIs, a fiscalização nessas instituições e as infrações administrativas no caso de não cumprimento legal.

Observa-se que existe um conjunto de normativas que regulam e direcionam o funcionamento de uma ILPI. Há, portanto, uma preocupação com a prestação do cuidado institucional com vistas à proteção social.

Para SIQUEIRA e MOI (2006),

A instituição asilar, como modalidade de proteção, preenche a lacuna aberta pelas dificuldades da família em atender às necessidades de seus idosos e pela falta de implementação de programas que apoiem sua permanência na comunidade e no ambiente familiar. (SIQUEIRA; MOI, 2006, p. 167)

Essas lacunas, somadas ao envelhecimento populacional, os novos arranjos familiares, atuação no mercado de trabalho e inexistência de uma rede familiar de cuidados – nesse último aspecto citamos os idosos solteiros, viúvos, que não tem filhos ou cujo relacionamento é extremamente fragilizado –, geram uma crescente demanda por serviços de acolhimento institucional.

Em pesquisa realizada no Brasil no período de 2007 a 2009, Camarano e Kanso (2010, p. 234) identificaram “3.549 instituições” cuja população residente é predominantemente feminina (57,3%). A pesquisa identificou ainda que 65,2% das instituições são de natureza filantrópica, com ênfase em instituições religiosas, e que apenas 6,6% são públicas, principalmente municipais. Ou seja, de 3.549 ILPIs, 218 são públicas o que demonstra claramente a falta de investimento e de responsabilidade do Estado em prestar proteção por meio de amparo e acolhimento. Nesse cenário, a partir de 2000 tem aumentado o número de instituições privadas, pois a população idosa tem demandado esse tipo de serviço.

Ainda são escassos os dados e pesquisas sobre as ILPIs no Brasil. Uma maior quantidade de estudos aprofundados sobre a velhice institucionalizada brasileira possibilitaria a criação de estratégias de ação para a melhora e garantia de proteção ao idoso institucionalizado.

Em Presidente Pudente (SP), existem cadastradas no CMI, segundo o representante do órgão, 7 (sete) instituições privadas⁶³, 2 (duas) filantrópicas e nenhuma pública. Das ILPIs filantrópicas, uma delas é mantida por religiosas; duas são reconhecidas como instituições de utilidade pública e possuem convênio Federal, Estadual e recebem repasse Municipal, recursos que ajudam a mantê-las, porém, insuficientes para suprir as necessidades.

A esse respeito, o Entrevistado 1 verbaliza que:

[...] o Estado deveria manter uma ILPI, deveríamos ter uma ILPI. [...] mais do que a própria ILPI, falta em Presidente Prudente projetos de casa-lar, de cuidador. (Fala do representante 1)

⁶³ Amigo do Idoso, Cantinho do Idoso, Lar doce Lar, Phenix, Santa Helena, Santa Fabris e Tom de Amor.

Como alternativa à institucionalização dissemina-se a ideia de centros de convivência para idosos (onde são oferecidas atividades físicas, recreativas, culturais, dentre outras, que estimulem a convivência de idosos), de centros dia (incentiva a socialização, a promoção e a proteção à saúde), de serviços comunitários e domiciliares formais.

Convém ressaltar que essas alternativas, até mesmo a institucionalização,

Não significa uma redução da importância da família para o apoio e cuidado de seus membros, mas sim uma nova organização e divisão da responsabilidade pelo cuidado entre seus integrantes e, também, entre a família e o Estado. (CAMARANO; PASINATO; LEMOS, 2011, p. 130)

Assim, a institucionalização é uma forma de divisão de responsabilidades entre o Estado e a família. O Estatuto do Idoso afirma com clareza no artigo 9º que “é obrigação do Estado, garantir a pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

O município de Presidente Prudente (SP) possui serviços e ações que buscam proporcionar a proteção e atenção ao idoso. Contudo, ainda carece de equipamentos voltados ao idoso.

[...] não temos o CCI. Portanto, se eu tenho um Centro de Convivência, vou fortalecer o idoso [...] e a mobilidade dele será incentivada, a mente dele será incentivada. Se tenho um CCI, diminui a pressão por internação (Fala do representante 1).

O Estado deveria investir em creches para idosos, porque não precisaria institucionalizar [...] quem precisa são as famílias mais pobres, que precisam sair para trabalhar. Porque muito se fala, mas de concreto para Prudente, não tem nada para já (Fala do representante 2).

Esses dois entrevistados mencionam a necessidade que o município tem em oferecer centros de convivência e creches para idosos como alternativa à institucionalização e estímulo à velhice saudável, independente e autônoma. Ao considerar que muitos cuidadores familiares precisam sair para trabalhar, essas seriam, também, alternativas para que o idoso não fique sem cuidado.

Nessa direção, o Estado tem por dever assumir sua responsabilidade na garantia da proteção social ao idoso, seja por meio de ILPIs ou

de serviços de proteção e atenção ao idoso – independente de seu grau de dependência –, alternativos à institucionalização. Caso contrário, o Estado peca por omissão, pois segundo o Estatuto do Idoso é uma violação de direito que precisa ser denunciada e punida, conforme prescreve a normativa.

2.4.1 Perfil dos Idosos Dependentes que Buscam Abrigamento no Lar São Rafael de Presidente Prudente (SP)

O Lar São Rafael Presidente Prudente (SP) é uma ILPI que atende em regime residencial idosos com 60 anos ou mais. É mantido por uma congregação religiosa, a “Congregação das Irmãs das Anciãs Desamparados⁶⁴”, que atua em Presidente Prudente (SP) desde 1963. A mesma congregação mantém, no Brasil, cinco ILPIs. Além de Presidente Prudente (SP), atua em Ourinhos (SP), São Caetano do Sul (SP), Tijucas (SC) e Lençóis Paulista (SP).

O Lar São Rafael tem seu quadro de funcionários composto por:

Tabela 9 - Recursos Humanos do Lar São Rafael

01	Assistente Social	Responsável Técnica
01	Psicóloga	Equipe técnica
01	Terapeuta Ocupacional	
01	Nutricionista	
01	Advogada	
01	Enfermeira	
01	Técnico de Enfermagem	
06	Auxiliar de Enfermagem	
05	Serviços Gerais	
06	Auxiliar Geral	
01	Cozinheira	
01	Recepcionista	
01	Engenheiro do Trabalho	Voluntários e estagiários
01	Motorista	
01	Fisioterapeuta	
05	Estagiários de Fisioterapia	
01	Educador Físico	

⁶⁴ No cenário internacional somam-se cerca de 150 abrigos para idosos, distribuídos em países da Europa e América do Sul, sob o gerenciamento desta ordem religiosa.

05	Estagiários de Educação Física	
01	Médico	
07	Religiosas	
01	Auxiliar de Manutenção	

Fonte: Lar São Rafael, Plano de Trabalho 2013.

Diante desse quadro, observa-se que o enquadramento funcional da instituição atende as exigências legais da RDC nº 283 e da NOB-RH/SUAS, conforme citado anteriormente.

A assistente social, nessa instituição, assume a responsabilidade técnica ⁶⁵ pela mesma. Dentre suas atribuições, está a organização da documentação legal para o funcionamento da entidade, a celebração de convênios (Federal, Estadual e Municipal) e a prestação de contas dos mesmos. Também confere a documentação dos idosos residentes e toma providências quando falta algum documento ou quando o idoso tem direito ao, mas não está incluído no, recebimento do BPC (Benefício de Prestação Continuada). Ainda, em conjunto com a equipe multiprofissional, planeja, executa e avalia projetos direcionados aos idosos residentes.

No que se refere ao contato direto com o idoso, a assistente social participa de todas as etapas que envolvem o processo de institucionalização: a solicitação de vagas, o acolhimento e a administração do cotidiano do idoso residente.

A solicitação de vaga é o momento em que a assistente social atende idosos, familiares, poder público e comunidade em geral que buscam junto à instituição uma vaga para inclusão de um idoso. Nessa ocasião, é utilizado um questionário, criado pela equipe técnica, com questões a serem observadas pelos profissionais que a compõe. As informações contidas nesse formulário permitem a identificação desse idoso e ainda possibilitam que a equipe técnica construa um diagnóstico relativo ao momento da admissão do mesmo ao abrigo, informando em que condições o idoso foi abrigado. Esse instrumental é fundamental para o acompanhamento do idoso institucionalizado e percepção de seu processo de envelhecimento.

⁶⁵ A RDC estabelece que uma ILPI deve ter um responsável técnico com formação em ensino superior, que trabalhe, pelo menos, 20 horas semanais na instituição – o mesmo responderá pela referida junto à autoridade sanitária local.

Percebe-se, por meio das falas, relatos e observações, que a procura por uma vaga decorre de vários fatores, tais como:

1. Idoso que não tem família vive sozinho e, em alguns casos, é morador de rua. Este, em determinado momento percebe por si só, ou por influência de um órgão público (como a Central do Migrante e População de Rua, por exemplo) ou pessoas da comunidade (vizinhos, participantes de igrejas nas proximidades de sua moradia, conhecidos de longa data como antigos patrões e colegas de trabalho), seu envelhecimento e a necessidade de cuidados prestados por terceiros.

2. Idoso que tem família, mas que se diferencia nas seguintes medidas:

a) Cujo vínculo afetivo encontra-se fragilizado ou até mesmo ausente. Observamos que derivam de abandonos dos filhos pelos pais ou de dinâmicas familiares de violência e repressão. Quando os papéis de cuidados se invertem com a evidência da velhice, esse filho abandonado, agredido ou negligenciado não consegue estreitar vínculo afetivo com esse pai/mãe.

b) Existe o vínculo afetivo, mas diante das necessidades econômicas, todos os habitantes da casa saem para trabalhar e o idoso fica sozinho durante o dia, exposto a situações de risco.

c) Há vínculo afetivo, mas a residência não tem estrutura física necessária para o cuidado e proteção ao idoso. Por exemplo, casas muito pequena para famílias numerosas que abrigam até três ou quatro gerações. Nesses casos, geralmente, os solicitantes verbalizam as dificuldades de relacionamento intergeracional, a inexistência de privacidade e as dificuldades em lidar com os problemas próprios do processo de envelhecimento que surgem e podem se agravar com o tempo.

d) Mantém vínculo afetivo, entretanto, os filhos cuidadores já estão envelhecendo e muitas vezes não apresentam condições físicas e de saúde, impossibilitando a atenção e cuidado ao idoso.

e) Idosos que são solteiros ou viúvos e que não tiveram filhos. Além de os familiares (sobrinhos, primos, irmãos) relatarem dificuldades semelhantes às descritas acima, ainda verbalizam que já cuidam de seus pais idosos e não teriam condições de cuidar de mais um idoso.

3. Outro motivo para a solicitação de vaga é a situação em que idosos dependentes, com comprometimentos físicos, cognitivos e/ou mentais, que

não têm família, ou têm, mas esta não sabe prestar o cuidado específico que o idoso dependente precisa.

Quando o idoso está presente no momento da solicitação de vaga, é feita (pela assistente social e psicóloga) uma entrevista psicossocial a fim de ouvir do próprio sua história de vida, seus motivos e sua decisão frente à institucionalização. Durante a entrevista, a psicóloga aplica um 'mini-exame do estado mental' do idoso, que é uma avaliação clínica para diagnosticar a função cognitiva do mesmo. Caso o idoso não esteja presente no ato da solicitação de vaga, essa entrevista é agendada na própria instituição ou na visita domiciliar, realizada quando necessário.

O acolhimento institucional é realizado pela assistente social e psicóloga. Na ocasião é firmado o contrato de prestação de serviços da ILPI, conforme prevêem o Estatuto do Idoso e a RDC nº 283, e esclarecido sobre o regimento interno da instituição e sobre as atividades oferecidas. É afirmada e reforçada a questão das responsabilidades da família (quando há família). Por fim, apresentam o quarto ao idoso e a família e, mais uma vez, há uma conversa com o idoso sobre suas expectativas e receios relacionados a essa moradia coletiva.

É interessante mencionar que, em algumas situações, nesse último momento dessa etapa, alguns idosos voltam atrás de sua decisão. Nesses casos o acolhimento não é realizado, a não ser que existam evidências que comprovem a necessidade da institucionalização como um mecanismo de proteção social.

Uma vez acolhido, o idoso passa a ser acompanhado semanalmente pela equipe técnica, pelo médico voluntário, pelo fisioterapeuta e educador físico conforme necessidade e/ou interesse do idoso.

A ação preponderante do Lar São Rafael de Presidente Prudente (SP) é a de assistência social, o que justifica sua certificação junto ao MDS (Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome). Conforme a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais (Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009) o serviço prestado pela instituição se configura de proteção social especial de alta complexidade.

Nesse sentido, existem alguns critérios para o acolhimento institucional, como a aceitação livre do idoso em residir na instituição e um perfil de idoso que tenha certa autonomia no que se refere aos cuidados pessoais e atividades de vida diária (AVD) como alimentar-se, ir ao banheiro, vestir-se. De

modo sucinto, para ser acolhido, o idoso precisa manifestar interesse e apresentar grau de dependência I, mesmo que necessite de equipamentos de autoajuda como bengala, andador ou muleta.

O grau de dependência I utilizado como critério de acolhimento pelo Lar São Rafael segue as determinações legais da ANVISA, por meio da RDC nº 283.

Embora o Lar São Rafael tenha como parâmetro para inclusão o grau de dependência I, ou seja, idosos independentes mesmo que requeiram uso de equipamento de autoajuda, a instituição continua prestando atendimento e os cuidados necessários aos idosos residentes ainda que estes atinjas maiores graus de dependência, não sendo este um critério de exclusão.

Essa ILPI tem capacidade de atender a 100 (cem) idosos dependentes I, mas considerando que muitos dos residentes se tornam dependentes II ou até mesmo III, dificilmente consegue atingir esse contingente, dada a quantidade de cuidadores exigida pela RDC nº 283 para cada grau de dependência, uma vez que não dispõe de grande quantidade de recursos humanos.

Pode-se afirmar que a instituição recebe um número considerável de solicitações de vaga, no entanto, nem todas são atendidas, seja pela indisponibilidade de vaga no momento, seja pelo grau de dependência do idoso na ocasião do acolhimento.

O Lar São Rafael se pauta na normativa que se refere ao artigo 4º das diretrizes da Política Nacional do Idoso (PNI) para justificar a elegibilidade desse critério de inclusão:

Parágrafo único: É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social. (PNI, 1994)

Mesmo com esse respaldo e discurso normativo, a instituição recebe constantemente solicitações de vaga do município e região – realizadas por hospitais do município e pelo poder público via secretária de assistência social, ministério público e poder judiciário – para idosos dependentes comprometidos cognitivamente, com quadros clínicos que requerem cuidados especializados, como portadores de doenças infectocontagiosas e neurodegenerativas; idosos com acentuados transtornos psiquiátricos; acamados e até mesmo em estado terminal.

Um dos argumentos utilizados por esses órgãos para os encaminhamentos feitos ao Lar São Rafael é o de que o município de Presidente Prudente (SP) conta apenas com duas ILPIs de caráter filantrópico, sendo as demais de caráter particular com elevadas taxas mensais. Porém, essa outra ILPI filantrópica atende apenas idosos independentes, e se tornam dependentes, voltam para o convívio familiar. Se tal família não tem meios para proporcionar o cuidado a esse idoso, acaba também solicitando vaga no Lar São Rafael.

Um dos representantes do poder público diz que isso acontece

[...] porque o único caminho que as pessoas enxergam é o Lar São Rafael. [...] um ente privado faz o papel de um ente público. Então, o Lar hoje tem um papel fundamental interessantemente substitutivo do poder público (Fala do representante 1).

Como não há uma ILPI pública em Presidente Prudente (SP), o Lar São Rafael, muitas vezes acaba por assumir uma responsabilidade que é também do poder público. Mais uma vez observa-se a desresponsabilização do Estado.

Assim, diante do quadro de solicitações de vaga e a experiência profissional vivenciada nesse espaço sócio-ocupacional, identifica-se um grupo de pessoas que gera uma demanda profissional manifestada no município de Presidente Prudente (SP): idosos com graus de dependência II e III.

Essa demanda foi constatada por meio do número de solicitações de vaga para idosos com graus de dependência II e III, a saber:

Durante o ano de 2010, do total aproximado de 80 solicitações de vaga, 62 destas eram de idosos com dependência II e III. Em 2011, das 59 solicitações, 48 foram para idosos com dependência II e III.

Ao partir de um princípio ético, político e profissional, e do compromisso com a defesa e garantia de direitos sociais, a assistente social e responsável técnica pelo Lar São Rafael, encaminhou um relatório ao Ministério Público do município, no início de 2012. No conteúdo do ofício foram esclarecidos o perfil da instituição e o da demanda que atende. Anexou-se ao documento a relação de 48 idosos que solicitaram vaga em 2011, mas que não foram acolhidos na instituição por apresentarem grau de dependência II ou III.

Convém destacar que no ano anterior (2011) já havia sido encaminhado um ofício com o mesmo teor, referente a 62 idosos com dependência II e III não atendidos pela instituição no ano de 2010.

Na ocasião, o Ministério Público convocou uma reunião com representantes da saúde, da Secretaria de Assistência Social, de serviços e instituições que desenvolvem ações junto à população idosa de Presidente Prudente (SP).

A reunião teve como pauta a discussão acerca da população idosa dependente no município, a partir da lista de idosos encaminhada. No decorrer da discussão constatou-se a falta de clareza e informação da demanda de idosos dependentes no município de Presidente Prudente (SP).

Nas entrevistas realizadas com os representantes do poder público, um dos entrevistados diz que:

[...] temos uma nova realidade: do idoso acamado que reside sozinho, não tem rede familiar ou a rede familiar está muito distante [...] essa demanda vem crescendo dentro do serviço, principalmente do idoso acamado que depende do cuidado de outro idoso [...]. Hoje, Presidente Prudente não possui um escoamento para você realizar o abrigamento de pessoas acamadas (Fala do representante 3).

Este entrevistado informa que demanda de idosos dependentes e que precisam de institucionalização está se tornando visível no município, que por sua vez, não possui serviço de acolhimento para tal demanda.

Para o representante 4,

[...] há uma preocupação no município com os idosos dependentes. Isso já está nas mãos do MP, que inclusive faz uma reunião para discutir essa questão há uns dois anos atrás (Fala do representante 4).⁶⁶

Para conhecer a demanda de idosos relacionados na lista anexa ao relatório encaminhado ao Ministério Público, optou-se por traçar o perfil dos idosos que constam na última lista, ou seja, a encaminhada no início de 2012, referente aos idosos que buscaram abrigamento no Lar São Rafael durante o ano de 2011.

Para tanto, com a devida autorização da presidente do Lar São Rafael, realizou-se uma pesquisa documental por meio das fichas de solicitação de

⁶⁶ Este entrevistado se refere à reunião feita no Ministério Público a partir da lista que foi encaminhada.

vaga que contém as seguintes informações sobre o idoso: identificação, condição de saúde, grau de dependência, motivação para o requerimento de vaga na instituição.

Centralizou-se essa pesquisa apenas nos documentos (fichas) que se referem aos idosos que não foram acolhidos nessa ILPI no ano de 2011 e que, portanto, constam na lista encaminhada ao Ministério Público em 2012. Trata-se de uma relação de 48 idosos. Por meio do manuseio das fichas de solicitação de vaga, identificou-se que 09 (nove) destes idosos apresentavam grau de dependência I, porém, optou-se por mantê-los na pesquisa, uma vez que na ocasião apresentavam quadros de doenças crônico-degenerativas e, em decorrência do processo de degenerescência, o grau de dependência pode ter evoluído para o grau de dependência II ou III, o que só poderá ser afirmado a partir do contato com os cuidadores, na segunda etapa desta pesquisa.

Dos 48 idosos da lista, 26 são mulheres e 22 são homens, com idade que variam entre 64 anos e 98 anos. Como podemos observar na tabela abaixo:

Tabela 10 - Distribuição dos idosos que solicitaram vagas por gênero e faixa etária

IDADE	HOMEM	MULHER	TOTAL
64 - 69	03	03	06
70 – 79	10	09	19
80 – 89	09	07	16
90 – 98	00	07	07
TOTAL	22	26	48

Fonte: Lar São Rafael - Fichas de solicitação de vaga de 2011.

Nesta primeira tabela identificam-se três informações consideradas importantes para compreender essa demanda⁶⁷.

A primeira informação é que a busca por abrigo se acentua a partir dos 70 anos de idade, isso pode indicar a percepção do processo de degenerescência. O idoso nesta faixa etária é reconhecido também pela sua fragilidade. Um segundo dado a ser observado é que há uma busca maior para as mulheres do que para os homens. Isso revela a feminização da velhice. O terceiro aspecto que notamos é que a faixa etária dos 90 anos é composta apenas por

⁶⁷ Encontram-se nesse grupo uma demanda reprimida que não foi acolhida por falta de vaga na ocasião, particularmente mulheres. E também a maior demanda que é de idosos dependentes e que não foram acolhidos pelo grau de dependência.

mulheres. É mais um forte indício de gênero que caminha em conformidade com os dados estatísticos divulgados por importantes institutos de pesquisa como o IBGE, PNUD e SEADE, por exemplo, que comprovam que a população idosa está crescendo, que a expectativa de vida também aumentou e que a maior parte desses idosos são mulheres.

A próxima tabela traz a identificação do estado civil dos idosos.

Tabela 11 - Distribuição dos idosos por gênero, faixa etária e estado civil

Faixa etária	HOMEM				MULHER				Total por faixa etária
	S	C	D	V	S	C	D	V	
64 – 69	02	-	-	01	-	-	01	02	06
70 – 79	03	03	02	02	03	01	01	04	19
80 – 89	02	02	01	04	02	-	-	05	16
90 -98	-	-	-	-	02	-	-	05	07
Total por sexo	07	05	03	07	07	01	02	16	48

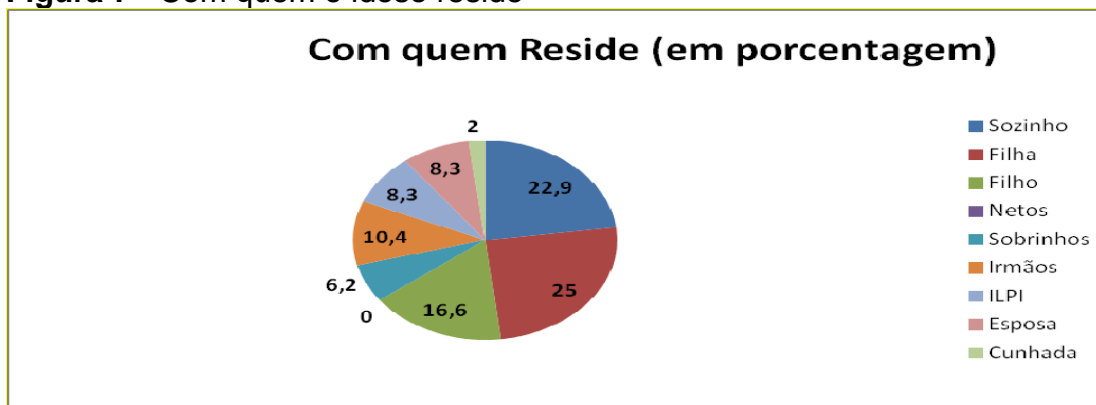
Legenda	
S	Solteiro (a)
C	Casado (a)
D	Divorciado(a)
V	Viúvo (a)

Fonte: Lar São Rafael - Fichas de solicitação de vaga de 2011

Os maiores índices são de idosos solteiros e viúvos que juntos totalizam 37 idosos. Ao analisar os documentos para a construção desse perfil, a justificativa utilizada por grande parte das pessoas que solicitaram a vaga era de que o idoso ou a idosa está só, não tem uma rede de apoio familiar. Encontramos também relatos de solicitantes que já cuidavam de seu pai ou mãe idosa, tornando quase impossível cuidar de mais um idoso, seja tio ou tia.

Dos 48 idosos, apenas uma mulher era casada, ao passo que cinco homens apresentavam esse estado civil. Dois desses idosos homens estavam em segundo relacionamento matrimonial.

O gráfico abaixo ilustra que a maior parte dos idosos reside com a filha (25%) e sozinhos (22,9%).

Figura 7 - Com quem o idoso reside

Fonte: Lar São Rafael - Fichas de solicitação de vaga de 2011

Ao analisar as fichas de solicitação de vaga, identificamos nos relatos que os irmãos e cunhada com os quais o idoso mora já está vivendo a velhice, apresentando idade próxima ao do idoso de quem cuidam. Essa situação é similar às esposas.

Visualizamos nesse gráfico ainda, que alguns dos idosos residem com sobrinhos. Em todas essas situações, esses sobrinhos são a única rede de apoio familiar e, portanto, assume o cuidado do idoso. Nesses casos, encontramos relatos de sobrinhos que já cuidavam de sua mãe idosa, antes de acolher o idoso, e de uma sobrinha que não via a tia há muitos anos, mas pelo fato de a idosa não ter ninguém mais por ela, assumiu a responsabilidade do cuidado.

No que tange ao cuidado, a ficha de solicitação de vaga não tem um campo específico para identificação do cuidador. Essa informação apareceu em 26 fichas, nos relatos colhidos pelas pessoas que solicitaram a vaga de acolhimento ao idoso. Desses 26 cuidadores informados, 24 são mulheres e apenas 2 são homens.

Mais uma vez confirmou-se o recorte de gênero que a literatura sobre a velhice traz: o papel do cuidado ainda está vinculado às mulheres. No entanto, segundo o registro identificado nos documentos, a maioria delas solicita que o idoso seja acolhido na instituição, pois precisam trabalhar para sustentar ou ajudar nas despesas da casa. Percebeu-se nessas falas que as modificações no mundo do trabalho, em que as mulheres se firmam cada vez mais no mercado de trabalho, já está tendo efeitos diretos no cuidado do idoso no âmbito familiar.

A família é, sem dúvida alguma, a que mais solicita vaga para o idoso. É o que observamos no gráfico a seguir.

Figura 8 - Quem solicitou abrigoamento

Fonte: Lar São Rafael - Fichas de solicitação de vaga de 2011

O fato de que 85,4% das solicitações, ou seja, 41 das 48 foram feitas pelos familiares dos idosos pode gerar várias interpretações, dentre elas a de que a família quer se desresponsabilizar do cuidado ao idoso. Porém, a revisão da literatura e o estudo e análise dos documentos da ILPI nos levou a descartar essa hipótese, pois foram identificados, dentre essas famílias, vários elementos que dificultam o cuidado, tais como:

1. Famílias em situação de vulnerabilidade econômica e com três gerações que moram na mesma residência. Nesses casos, os cuidadores precisam sair para trabalhar, deixam seus filhos na escola e em projetos sociais em horário contrário ao da escola e o idoso, que é dependente, fica sozinho em casa o dia todo;
2. Famílias cujos cuidadores apresentam sérios problemas de saúde que os impossibilitam de prestar o cuidado. Dos problemas de saúde mencionados estão transtornos mentais, problemas cardíacos graves, câncer, problemas de coluna e acentuado estresse do cuidador.
3. Famílias com vínculos afetivos fragilizados.
4. Cuidadores idosos com limitações físicas, inerentes à própria velhice e condição de vida.

É forçoso que as famílias sejam cuidadas. Para essas famílias, especificamente, a institucionalização de seu familiar idoso é uma necessidade para garantir a proteção do idoso e para possibilitar seu próprio cuidado. Além de dirigir a atenção à família, com todos esses fatores complicadores para o exercício do cuidado primário a esses idosos que compõe a relação das fichas, precisamos identificar qual é o grau de dependência desse idoso.

A próxima tabela indica o grau de dependência dos idosos da lista pesquisada.

Para destacar os dados, foi realizado um cruzamento das informações referentes à faixa etária, ao gênero e o grau de dependência I, II e III (DP I, II e III).

Tabela 12 - Distribuição por grau de dependência por gênero e faixa etária

IDADE	HOMEM			MULHER		
	DP - I	DP - II	DP - III	DP - I	D - II	DP - III
64-69	-	03	-	01	01	01
70-79	01	06	03	02	06	01
80-89	01	07	01	02	03	02
90-98	-	-	-	02	06	03
Total	02	16	4	07	16	07

Fonte: Lar São Rafael - Fichas de solicitação de vaga de 2011

Como podemos observar, dos 48 idosos, 43 apresentam maiores graus de dependência, principalmente a partir dos 70 anos de idade. Salvo duas mulheres que mesmo sendo muito idosas são dependentes I, isto é, conseguem realizar suas atividades de autocuidado, mesmo que requeiram equipamentos de autoajuda.

Os idosos que apresentam grau de dependência I não foram acolhidos pelo Lar São Rafael em decorrência da indisponibilidade de vaga no corrente ano. Foi observado que as mulheres, por viverem mais, permanecem mais tempo na instituição e as vagas são abertas com menos frequência do que em relação aos homens. Há idosas que residem nessa instituição por cerca de 20 anos, incluindo aí uma idosa centenária.

Conforme os números acima é considerável a quantidade de idosos com dependência II. Chamamos a atenção para esse grupo de 32 idosos (sendo 16 homens e 16 mulheres), porque a tendência de evoluir para a dependência III é muito grande caso não exista tratamento e cuidado adequados.

Diante do perfil apresentado por essa demanda reprimida coube aos profissionais da instituição apresentar ao poder público e ao conselho municipal do idoso uma solicitação de providência para a garantia de proteção social a esses idosos, uma vez que o Lar São Rafael não teria condição, por toda situação já

mencionada, de garantir esse direito a esses 48⁶⁸ idosos. Tão pouco o município conta com um serviço público, ou mesmo de caráter filantrópico, para atender essa demanda de idosos dependentes II e III.

Com o objetivo de buscar informações quanto à questão do idoso dependente, foi realizado também uma pesquisa documental no CMI de Presidente Prudente (SP). Esta pesquisa foi autorizada pela presidente do conselho. Para tal, analisaram-se as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias de 2011 e 2012.

Em 2011, não se encontrou nenhuma discussão, apenas um comentário sobre a lista com o nome dos idosos que procuraram a ILPI e que em decorrência do seu grau de dependência e a ausência de vagas não foram acolhidos.

Nos documentos de 2012, em duas atas foi identificado apontamentos sobre a velhice dependente. Nas duas situações essa discussão foi levantada por alguns conselheiros que colocaram sobre a necessidade de ILPI para idoso dependente. No entanto, não consta, nessas atas ou em outras, qual a providência tomada pelo conselho, nem se tomou alguma providência.

Em entrevista, o representante do CMI, a esse respeito, disse que

[...] isso está nas mãos do MP. (Fala do representante 4)

Já o Ministério Público, logo na primeira reunião realizada, em 2011, com os serviços que atuam no segmento idoso, se prontificou a buscar junto aos municípios vizinhos a disponibilidade de vagas em hospitais e ILPIs para os idosos com maior comprometimento. No entanto, tem se deparado com a realidade da falta de vaga também na região.

A respeito da lista, em nossa entrevista, um dos representantes do poder público fez a seguinte afirmação:

[...] vou montar um inquérito civil das listas. [...]. Então, vamos estudar essas filas, caso por caso. Aqueles casos que entendermos que a família pode tutelar, com apoio público, nós vamos exigir. Se não tem jeito, vamos exigir do outro lado: ILPI. Sempre nesse sentido. Creio que se fizermos isso nós temos condição melhor de dar suporte legal ao idoso de Prudente (Fala do representante 1).

⁶⁸ Importante destacar, mesmo já comentado anteriormente, que esses 48 idosos são os que solicitaram vaga em 2011 e que já havíamos encaminhado uma lista ao Ministério Público com o total de 62 idosos que apresentavam a mesma condição, mas que solicitaram vaga em 2010.

Considerando o aspecto legal da primazia no atendimento ao idoso e a necessidade de proteção aos idosos que compõem a lista, esse estudo ao qual o representante se refere já deveria ter ocorrido ou estar em andamento, visto que a primeira (lista) foi encaminhada no início de 2011 e a segunda foi encaminhada no início de 2012. Mas há a discussão dessa demanda, o que pode ser considerado um avanço.

Pode-se observar que nas duas situações mencionadas pelo entrevistado 1 – do idoso tutelado pela família ou por ILPI – o entrevistado menciona que exigirá do apoio público.

Sobre o idoso que não tem família ou que não tem condições de conviver com a família, esse mesmo representante diz que:

[...] a recomendação é que seja inserido em ILPI, ainda que de caráter temporário. Então, vamos pedir judicialmente a medida protetiva, no sentido de que o Estado Juiz determine que o gestor público, na ponta, sua prefeitura, custeie a internação em ILPIs privadas (Fala do representante 1).

Essa é uma forma de obrigar o poder público, no caso, representado pelo gestor municipal, a tomar alguma atitude diante da situação da velhice dependente.

As medidas de proteção estão previstas no artigo 43 do Estatuto do Idoso e se aplica quando os direitos dos idosos forem ameaçados ou violados: “I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento; III – em razão de sua condição pessoal” (BRASIL, 2003).

O artigo 45 do Estatuto do Idoso estabelece que o Ministério Público ou o Poder Judiciário poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas específicas:

- I – encaminhamento à família ou curador, mediante termo de responsabilidade;
- II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III – requisição para tratamento de sua saúde, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar;
- IV – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, ao próprio idoso ou à pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação;
- V – abrigo em entidade;
- VI – abrigo temporário. (BRASIL, 2003)

Considerando a existência de apenas duas ILPIs filantrópicas e ambas com perfil voltado ao idoso com grau de dependência I, o entrevistado 1, na fala acima, propõe então como estratégia a medida protetiva de abrigo em entidades privadas do município custeadas pela prefeitura. Quanto maior a dependência do idoso, maior o valor cobrado pelas ILPIs privadas de Presidente Prudentes (SP), algumas chegando aos valores mensais de quatro mil reais. Essa medida foi tomada a partir do estudo das listas e se comprovada a necessidade de abrigamento desses idosos. Como resposta imediata, a prefeitura de Presidente Prudente (SP) firmou um convênio com o Lar São Rafael referente à disponibilização de cinco leitos para acolhimento de idosos dependentes. A prefeitura se encarregou de fornecer subsídios para esse atendimento.

Nesse sentido, o representante 1 menciona que

[...] o Lar, hoje, tem um papel fundamental interessante substitutivo do poder público” (Fala do representante 1).

Ou seja, uma instituição filantrópica acaba assumindo parte da responsabilidade do poder público, do Estado. Todavia, cinco leitos não supre a necessidade da demanda, uma vez que na última lista encaminhada ao Ministério Público continha uma relação de 48 idosos, como já discutido anteriormente.

Além do mais, outros serviços de atenção e proteção ao idoso também estão identificando a demanda do idoso dependente. Observamos na fala dos representantes a preocupação com idosos acamados (grau de dependência III).

O representante da saúde afirma que o SAUDI (Serviço de Atendimento Universal Domiciliar ao Idoso) tem uma demanda reprimida, mas que não sabe quantificar. Já o representante da assistência social menciona que mesmo não sendo o perfil da maioria dos idosos atendidos no serviço, vem crescendo o número de idosos acamados, principalmente daqueles que dependem do cuidado de outro idoso. Esse representante verbaliza ainda que:

Temos uma nova realidade [...], do idoso acamado que reside sozinho, não tem rede familiar ou a rede familiar está muito distante, ou não possuem filhos [...].Hoje eu te digo, sem medo de errar: o idoso acamado é uma demanda para Presidente Prudente sim. [...] A questão do idoso acamado é um grito no escuro, nosso (assistência social) e da saúde, porque tanto eles chegam às casas e identificam idosos sozinhos, fechados dentro da casa, quanto nós. E o que fazer com essa demanda?(Fala do representante 3)

Esta entrevistada complementa sua fala dizendo que

hoje, Presidente Prudente não possui um escoamento para você realizar o abrigamento de pessoas idosas acamadas. (Fala do representante 3)

Assim, diante do perfil dos idosos levantado na pesquisa documental realizada nas fichas de solicitação de vaga de 2011 do Lar São Rafael, foi constatado que são idosos que precisam e tem direito à proteção social. Somado a essa demanda evidente de idosos acamados, identificada nos serviços de saúde e assistência social do Presidente Prudente (SP), concluiu-se o município está atrasado na prestação de cuidado e atenção ao idoso.

Ainda há muito a fazer para alcançar e acompanhar a evolução do envelhecimento no município e a proteção que esse segmento necessita.

3 VELHICE DEPENDENTE: CUIDADOS E CUIDADORES FAMILIARES

Neste capítulo discute-se a questão da velhice dependente, com ênfase nos cuidadores familiares que assumem a responsabilidade pelo cuidado.

3.1 VELHICE DEPENDENTE E CUIDADOS

No primeiro capítulo foram apresentados aspectos relacionados à velhice dependente. Este subitem pretende refletir sobre a velhice dependente e cuidados.

Diversos autores, dentre os quais podemos citar Karsch (2003), Mendes (2004) Goldfarb (2006), Neri (2011), Queroz (2010), Camarano, Pasinato e Lemos (2011), Teixeira (2011), Yuaso (2007) e Batista et al (2008), discutem a velhice dependente e a relacionam à situação de fragilidade do idoso, por vezes denominada de *síndrome da fragilidade*. Assim, a literatura assinala diversos conceitos explicativos da fragilidade na velhice.

Goldfarb (2006, p. 74) relata que “além do declínio biológico e vulnerabilidade social, fatores subjetivos e culturais contribuem na montagem da situação de fragilidade” do idoso.

Já Queroz (2011, p. 113), fundamentada em Fried et al (2001), concebe

[...] a fragilidade como uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, caracterizada pela diminuição de reservas de energia e pela resistência reduzida aos estressores como resultado do declínio acumulativo dos sistemas fisiológicos.

Diante de tais indicações e do estudo realizado na pesquisa contida nesta dissertação, entende-se a fragilidade do idoso como consequência de fatores multidimensionais, isto é, fatores que atingem diversas dimensões da vida do idoso, como os econômicos, os sociais, os culturais, os psicológicos e os biológicos, que incidem sobre si e o colocam em uma condição de vulnerabilidade em tal grau que o faz necessitar de cuidados.

Para a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), Lei nº 2.528 de 19 de outubro de 2006,

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente 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. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais. (BRASIL, 2006)

A velhice é um estágio da vida que requer cuidados, a começar no que diz respeito à diminuição da capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária (AVD)⁶⁹ e de vida prática. Esta diminuição acrescida de doenças, internações hospitalares, situações de violência, o não acesso à renda, isolamento social, e assim por diante, são aspectos constitutivos da fragilidade do idoso.

A própria normativa, ao tecer suas considerações sobre o idoso frágil, deixa em aberto os critérios elegidos justamente porque a situação de fragilidade pode variar de acordo com o processo de envelhecimento que, como já assinalado anteriormente, não é único. A Lei faz referência até mesmo ao critério etário, pois quanto mais idoso, maior a fragilidade, a vulnerabilidade.

O grau de fragilidade ou de vulnerabilidade, com maior ou menor intensidade, pode conduzir o idoso a uma situação de dependência física, emocional e/ou cognitiva.

O idoso com doenças crônicas e neurodegenerativas, como demências causadas pelo Alzheimer e Parkinson, bem como, por exemplo, em estado de confusão, provavelmente se tornou dependente de terceiros, dada a manifestação da limitação da capacidade funcional.

Batista et al (2008, p. 15) discutem que a situação de vulnerabilidade do idoso pode conduzi-lo à fragilidade, assim, “a incapacidade física, psíquica ou intelectual constitui um aspecto da vulnerabilidade, o qual caracterizam a situação de dependência”. Os autores esclarecem que a dependência está associada à redução ou falta das capacidades citadas e que por este motivo, necessitam de ajuda para a realização das atividades de vida diárias básicas (AVD), como tomar banho, vestir-

⁶⁹ Relaciona-se as atividades de vida diária (AVD) ao auto cuidado, mobilidade, alimentação, higiene pessoal, vestir-se, despir-se, calçar sapatos. Já as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são as que permitem à pessoa gerir sua casa e sua vida, integrar-se à comunidade. São exemplos de AIVD: ir às compras, gerir o dinheiro, limpar, cozinhar, utilizar o telefone, utilizar meios de transportes.

se, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, locomover-se; e para a realização das atividades instrumentais ou da vida prática, como fazer compras, pagar contas, cozinhar, manter compromissos sociais, cuidar de sua segurança, etc.

Se a velhice por si só requer a atenção dos familiares, da sociedade e do Estado, a velhice dependente necessita ainda de cuidados específicos – prestados por um ou mais cuidadores.

YUASO (2007, p. 714) esclarece que:

A intensidade de ajuda oferecida varia ao longo de um contínuo, dependendo do grau de incapacidade funcional do idoso. O ônus físico, psicológico, social e financeiro que recai sobre o cuidador vai depender do grau de dependência do idoso [...]. Os mais onerosos para o cuidador, do ponto de vista físico e emocional, são os que envolvem a sobrevivência física e os que envolvem o manejo de déficits comportamentais e de distúrbios cognitivos.

Segundo a autora, a atividade do cuidado deve ser desenvolvida a partir da necessidade do idoso dependente. Cabe lembrar que nem sempre o idoso está preparado para receber ajuda, principalmente se sempre foi independente e se a capacidade cognitiva está preservada. Dependendo do tipo de ajuda requerida, o idoso tem sua intimidade⁷⁰ e privacidade exposta e isso não é fácil.

A esse respeito, Mendes (2004, p.187) coloca que o fato de o cuidador adentrar em uma esfera muito pessoal e íntima do idoso pode desencadear uma “relação de estranhamento”, tanto para o cuidador familiar quanto para o idoso que tem sua fragilidade, sua limitação, seu corpo adoecido exposto para o outro. Por vezes, o constrangimento pode desencadear comportamentos de agressividade, de intolerância ao cuidador. O idoso que se torna dependente também precisa aprender a *ser dependente*, isto é, entender que precisará do apoio de outras pessoas para realizar suas atividades, por mais invasivas e vexatórias que possam ser, como o banho, a troca de fraldas, a exposição do corpo; perceber ainda que a dependência não lhe extrai o direito a convivência social e comunitária.

Há de se considerar que a velhice por si só apresenta uma diminuição da capacidade de adaptação, que se manifesta pela dificuldade em aceitar e administrar situações de perda, de mudança de ambientes, de horários

⁷⁰ Leme (2007, p.218) diz que a intimidade é o que define o ser humano como pessoa, é o ambiente interno, de decisões livres e íntimas, onde cada pessoa escreve sua história de vida de forma única.

(LEME, 2007). E isso deve ser considerado no cuidado diário, pois não dá para esperar que o idoso que tem sua rotina toda alterada por conta do cuidado não sofra os impactos dessas mudanças.

Torna-se fundamental compreender que o cuidado existe para preservar também a autonomia do idoso. Portanto, mesmo diante das mudanças, o idoso precisa ser reconhecido como alguém cuja autonomia está comprometida. Isto não quer dizer que os cuidados devem assumir a condução da vida do idoso, mas conduzir somente aquilo que diante da perda da autonomia deve ser feito ou executado.

Yuaso (2007) destaca, ainda na citação anterior, que o ônus físico, psicológico e social do cuidador é maior quando envolvem transtornos de comportamento e de entendimento. É imprescindível que o cuidador familiar e o idoso – quando ainda demonstra capacidade de entendimento – sejam informados sobre a doença, seus sintomas, suas manifestações, o tipo de cuidado exigido, pois em algumas doenças, especialmente as que levam o idoso à demência, como o Alzheimer, o idoso pode apresentar comportamentos que à primeira vista, ou nos estágios iniciais e intermediários da doença, o faça parecer outra pessoa. Vai perdendo sua autonomia, diminuindo sua convivência familiar, social e comunitária e isso tudo é sofrido para o familiar e para o idoso.

Quando se reflete sobre o cuidado de um idoso dependente, é importante ter claro que este cuidado envolve um conjunto de tarefas, dentre as quais podemos citar: realizar mudanças de decúbito (mudar a posição) para evitar úlceras de pressão⁷¹, se é acamado; ajudar a sair da cama; ajudar a sentar na cadeira; ajudar na locomoção; ajudar no cuidado pessoal, realizando tarefas como banhar, realizar a higiene do idoso, escovar os dentes, pentear os cabelos, cortar as unhas; ajudá-lo a se vestir; preparar e dar-lhe comida adequada a seu tipo de dieta e na hora certa, administrar a medicação; manter a higiene e organização do dormitório do idoso; fazer compras; pagar contas; realizar transações bancárias; levar e acompanhar o idoso ao médico e em exames; fazer companhia; escutá-lo; manter a hidratação da pele, etc.

Nesse sentido, os cuidadores familiares entrevistados relatam o cuidado demandado pelo idoso dependente:

⁷¹ Lesão na pele, escaras.

[...] era banho, trocar fralda, remédio, [...] A alimentação era diferente porque ela tem diverticulite e a comida tinha que ser batida [...] Não podia tomar leite... (Fala da cuidadora 1)

Então, ele usava fralda, tinha que dar comida na boca, não fazia nada, ele ficou bastante tempo na cama. Para tomar banho, tinha que colocar ele em uma cadeira e duas pessoas levar essa cadeira arrastando (Fala da cuidadora 2)

Hoje ela está totalmente dependente: é trocar, pôr fralda, pôr na cadeira dar banho, é tudo eu. Precisa dar comida na boca porque se não ela não come [...] a deglutição dela já não está mais boa. Com o próprio Alzheimer, ela não diz coisa com coisa [...]. Virou um bebê (Fala da cuidadora 3)

Dou isso, dou aquilo, ajudo no banho... tudo! (Fala da cuidadora 4)

Em todas as falas, as cuidadoras descrevem os cuidados como a higiene do idoso: dar banho, trocar a fralda, dar comida na boca. Tais coisas são necessárias porque o idoso apresenta perda da capacidade motora ou porque a capacidade cognitiva e mental está tão prejudicada que o idoso já não sabe mais como realizar esta atividade. A cuidadora 3 chega a verbalizar que a idosa “virou um bebê”, tamanha a dependência e necessidade de ajuda. Fica claro que as ações dos cuidadores estão relacionadas às atividades de vida diária e prática. É importante observar que algumas dessas AVDs, como higiene pessoal, requer um processo de aproximação e de intimidade entre idoso e cuidador que, muitas vezes, não existia antes da dependência.

As atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como o preparo dos alimentos e a limpeza da casa, são também formas de cuidado (YUASO, 2007; BATISTA ET AL, 2008). Quando a cuidadora 1 verbaliza que a alimentação era diferente devido ao problema da idosa, ela está evidenciando que o trabalho de cozinhar era dobrado, pois precisava fazer comida para a família e para a idosa separada, todos os dias, com o devido cuidado no tipo de alimento para não prejudicar ainda mais a saúde da idosa.

Netto; Luders; Klein (2007) afirmam que quando as manifestações da doença pioram, tanto no aspecto físico quanto no cognitivo, a necessidade de supervisão direta do idoso aumenta.

O idoso dependente exige cuidados também no que se refere à estrutura física, pois, quanto mais barreiras arquitetônicas houver na casa em que habita, maior a dificuldade do idoso em se deslocar de um cômodo a outro, além do risco de quedas, que podem aumentar o grau de dependência e da necessidade de

cuidados. Pode-se considerar barreira arquitetônica o tamanho da porta, o espaço entre a cama e o guarda roupa, móveis que atrapalham a locomoção dentro da casa, a falta de corrimão nos corredores e banheiro, degraus, tapetes que podem ser escorregadios ou que apresentem riscos para que o idoso tropece. Tais barreiras dificultam a atividade do cuidado e a própria convivência com a família, pois a tendência, nessas situações, é que o idoso fique só, em seu quarto.

Quando a cuidadora 2 menciona, na fala acima, que duas pessoas precisavam levar a cadeira arrastando, ela está se referindo a uma cadeira normal, porque “a cadeira de rodas não passava na porta” (fala da cuidadora 2). Assim, o esforço para levar o idoso ao banheiro é ainda maior do que transportá-lo em uma cadeira de rodas.

As barreiras arquitetônicas e ambientais fora da residência também dificultam a acessibilidade do idoso, podendo acarretar a diminuição da frequência deste aos lugares de convivência social, a igrejas, a mercados para fazer compras, a bancos e lotéricas para receber o próprio benefício. Quando a dependência do idoso é de ordem física e seu cognitivo está preservado, comumente lhe é retirada a autonomia das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) devido à dificuldade de acessibilidade e, por consequência, produz impactos na qualidade de vida e sociabilidade do idoso. Nesse sentido, Lopes (2006, p. 131) relata que é a família quem “intermedeia as relações do idoso com o Estado e deles para com o mercado”. Na maioria das vezes é a família do idoso dependente que acaba recebendo o benefício do idoso, acionando a rede de serviços e atenção ao idoso.

Independente de o idoso ser dependente ou não, a inacessibilidade à rede de serviços pode aparecer como elemento dificultador. Tais serviços incluem: exames, consultas, cirurgias, leitos para a hospitalização do idoso, sobretudo do idoso dependente. É o que se observa nas seguintes falas:

Ela tem um câncer de pele, então, eu tinha que levar no particular mesmo porque se você for esperar tudo pelo Estado você morre, sabe por quê? Eu marquei uma consulta e depois de três anos fui atendida [...] (Fala da cuidadora 1)

Ele tem um problema no coração e o médico que ele vai é no AME e ele demora muito tempo pra consultar. Às vezes pede exame, daí ele faz e quando volta pra consultar já faz tanto tempo que eu nem sei se o exame vale mais... (Fala da cuidadora 2)

De acordo com a legislação de proteção ao idoso, fica estabelecida a prioridade no atendimento. Nem sempre a doença espera o a data marcada para a consulta para se agravar ou até mesmo levar o idoso a óbito.

Algumas famílias, mesmo sem condições de assumir o custo financeiro do tratamento, buscam alternativas de tratamento particular diante da necessidade e urgência do idoso em ser atendido. Além de todas as atribuições exigidas no cuidado diário, o cuidador familiar, por vezes, tem a preocupação de buscar estratégias para o atendimento ao idoso. Do mesmo modo que a cuidadora familiar 1, as cuidadoras entrevistados 3 e 4 também afirmam ter recorrido a médicos particulares para dar suporte aos tratamento direcionado aos idosos sob o seu cuidado:

nós a levamos em uma geriatra particular e ela instruiu, passou os remédios [...] (Fala da cuidadora 3)

Eu tive orientação porque eu paguei. [...] Quando eu precisei de fisioterapia para o A.⁷², um ano e meio ou mais, eu paguei para o fisioterapeuta vir fazer a fisioterapia em casa. (Fala da cuidadora 4)

Percebe-se nas falas que as cuidadoras foram orientadas quanto à doença e ao tipo de cuidado que deveria ser prestado quando pagaram consulta para o idoso. Convém mencionar que todas as famílias entrevistadas vivem com rendimentos decorrentes de aposentadoria e/ou pensão, girando entre um a três salários mínimos nacionais. A cuidadora familiar 1 chega a mencionar que os vizinhos ajudaram, e a cuidadora familiar 4 diz que a filha é quem ajudava financeiramente. As cuidadoras entrevistadas afirmam receber ajuda financeira de vizinhos e de familiares para suprir as necessidades dos idosos

Não podemos esquecer que o acesso aos serviços também está relacionado às filas de banco e a morosidade no atendimento, falta de esclarecimento e informações aos idosos etc.

A questão do transporte urbano também merece reflexão. Nem todos os ônibus são adaptados, ou seja, não basta ter assentos destinados aos idosos, são também importantes outros acessórios, como plataforma de elevação e cintos de segurança. O idoso que apresenta dificuldade na marcha e perda de equilíbrio provavelmente evitará este meio de transporte. Quem cuida do idoso

⁷² Inicial do nome do idoso.

dependente também terá dificuldades para utilizar este serviço com o idoso. A ausência de tais adaptações levará a utilização de transporte especializado, como ambulância, em uma situação que poderia ser resolvida de outra forma.

Agora você pensa, sair daqui em uma ambulância que nem ventilador tem e nesse calor de Prudente! Olha que desgastante para ela (idoso). (Fala da cuidadora 3)

Esta cuidadora verbaliza o desgaste físico e emocional sofrido tanto por ela mesma quanto pelo idoso e descreve de forma detalhada a situação:

Porque você leva, já é estressante, ai chega lá, faz a fisio e você tem que ficar esperando a ambulância, desgasta a criança, o doente, o idoso, porque é cansativo. Aí vai entregando paciente por paciente. Saio daqui às 13 horas e chego em casa às 17:30, 18:00 ou até 19:00 horas. (Fala da cuidadora 3)

É notório, por esta fala, que essa rotina pode ser extremamente estressante. Se por um lado a fisioterapia contribui para a reabilitação do idoso, por outro, o tempo excedente de espera e o próprio meio de transporte podem ser prejudiciais à saúde física e psíquica do idoso e do cuidador. Estes aspectos vão revelando a complexidade do cuidado.

Ainda sobre esse assunto, a cuidadora 4 diz que:

O ponto negativo é o camburão, mas isso aí é normal, todo mundo tem que se sujeitar a isso aí, porque não é só eu, é muita gente que precisa. Levava, fazia e voltava. Quer dizer, esperava, mas todo mundo tem que esperar[...] É porque aquela ambulância é um camburão. (Fala da cuidadora 4)

Esta fala é carregada de significados ou resignificados, onde o serviço de atendimento de ambulância, para esta cuidadora, é visto como um peso e talvez como humilhação. A determinação do uso da ambulância, nesta situação, não decorre da condição de saúde do idoso, mas da ausência do transporte adaptado.

Estas falas fazem-nos pensar na qualidade e na manutenção do equipamento. É necessário ter o equipamento, mas é de igual importância mantê-lo em condições adequadas para transportar tanto o idoso dependente quanto outros pacientes.

Essas e outras situações que se manifestam nas vivências cotidianas geram impactos nas políticas públicas, que precisam estar preparadas

para o atendimento ao idoso dependente. Impactam consideravelmente a vida do idoso que, além de perder sua independência física para realizar suas AVDs, ainda tem sua autonomia limitada ou até mesmo anulada, e acaba por ficar sujeito às decisões de terceiros, especialmente de seu cuidador.

3.1.1 O Cuidado e o Cuidador

De acordo com a recente Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), aprovada pela Portaria 397 de 09 de outubro de 2002, a ocupação de cuidador é inscrita sob o código 5162 e definida como a pessoa que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”.

O cuidador é, então, a pessoa que presta cuidados ao indivíduo que apresenta dependência temporária ou permanente, podendo ser prestado em âmbito domiciliar privado ou institucional, por profissionais e não profissionais. Ou seja, a atividade do cuidado pode ser exercida por cuidador formal: trabalhador que é remunerado para prestar o cuidado tem formação específica para a função; ou informal: quando o cuidado é prestado voluntariamente por alguém da família, um amigo ou pessoas da comunidade. Sendo o foco desta pesquisa os cuidadores familiares, não será objeto de discussão o cuidador formal.

Na maioria das vezes o cuidado informal é realizado na esfera domiciliar.

Os critérios utilizados para identificar esses cuidadores, no entanto, não são claros, havendo múltiplas definições. Algumas delas se restringem os cuidadores domiciliares à esfera das relações familiares, ou seja, o cuidador domiciliar é definido pelos vínculos parentais existentes com a pessoa cuidada. Outras definições são baseadas no tipo de cuidados prestados ao idoso dependente, podendo ser caracterizado, como cuidador, desde aquele que dá apenas uma retaguarda até aquele que oferece dedicação exclusiva por longos períodos. (MENDES, 2004. p. 172)

É comum encontrar na literatura nacional e internacional a denominação cuidador domiciliar, que é aquele que presta o cuidado no domicílio. De acordo com Mendes (2004), utilizamos nesta pesquisa o termo cuidador familiar, por entender que geralmente é o familiar quem assume esse cuidado no domicílio.

Karsch (2003) e Yuaso (2007) mencionam os termos: *cuidador principal ou primário* e *cuidador secundário*. Esclarecem que o primeiro é quem assume toda a responsabilidade no provimento dos cuidados e o segundo, geralmente, é a pessoa – ou pessoas – que presta favores ao cuidador principal, não tendo responsabilidades importantes. Neri e Sammerhalder (2012, p. 29) citam ainda o cuidador terciário, que atua esporadicamente no cuidado.

A pesquisa comprova que o cuidador principal é um familiar que assume toda a responsabilidade do cuidado. Durante as entrevistas, todos os cuidadores entrevistados, ao descreverem o cuidado, verbalizam que são responsáveis por tudo: “é tudo eu” (fala da cuidadora 4), “tenho que fazer tudo sozinha” (fala da cuidadora 3), “ele precisava de ajuda para tudo” (fala da cuidadora 2). Ainda que por vezes contassem com ajuda de outras pessoas, o peso da rotina do cuidado é evidente nas falas dos sujeitos.

Observa-se que algumas das cuidadoras familiares entrevistadas contam com apoio de cuidadores secundários e até mesmo terciários:

Mas quem ajudava e tinha mais carinho com ela era a minha filha. [...] Ainda bem que quando eu estava mais nervosa a minha filha me ajudava... Ela é um verdadeiro anjo na minha vida! Eu não daria conta de cuidar sozinha (fala da cuidadora 1)

Meu marido não saía mais de casa por isso, me ajudava a dar banho, a trocar a cama, a passar álcool na cama, sabe? (Fala da cuidadora 2)

Nestas falas, tanto a filha da cuidadora 1 quanto o marido da cuidadora 2 são cuidadores secundários e prestam cuidados complementares ao(à) idoso(a), apoiando de forma direta o idoso e os cuidadores principais.

É possível perceber também o cuidador terciário como apontam NERI e SAMMERHALDER (2012):

[...] um vizinho que é bombeiro aposentado e se prontificou a ajudar. (Fala da cuidadora 2)

minha filha buscava e levava o fisioterapeuta. [...] Ela sempre ajuda a gente no financeiro... (Fala da cuidadora 4)

Tanto na fala da cuidadora 2 quanto na da cuidadora 4, percebemos que o vizinho e a filha, respectivamente, ajudam esporadicamente, de forma direta ou não com o idoso.

A cuidadora 4 traz um aspecto interessante no que se refere ao cuidado, que é a questão financeira. O cuidado demanda recursos: os equipamentos de autoajuda (cadeira de rodas, cadeira de banho, bengala, muleta, andador), cama hospitalar, medicamentos, transportes para consulta médica e realização de exame; e nem sempre é possível conseguir estes recursos pela rede pública, o que de outro modo envolveria um custo. Embora a filha da cuidadora 4 não prestasse o cuidado diretamente em contato com o idoso, ela contribuía financeiramente e materialmente para que o cuidado fosse proporcionado.

Assim, de acordo com Mendes (2004), o cuidado acontece basicamente no espaço doméstico onde a vida transcorre juntamente com importantes acontecimentos e relações significativas. A restrição do cuidado ao espaço doméstico apresenta impactos na convivência familiar e social do idoso e do cuidador familiar.

É este espaço que, para se prestar o cuidado ao idoso dependente, é reorganizado e tem sua dinâmica cotidiana alterada em função do mesmo. As alterações realizadas a partir dessa reorganização trazem implicações na dinâmica familiar, que tem sua rotina modificada em decorrência de uma situação, muitas vezes imprevisível e de difícil aceitação dos envolvidos, uma vez que seja pouco provável que alguém escolha ser dependente ou ser cuidador de um idoso familiar dependente. As implicações se estendem às áreas sociais, emocionais, financeiras e na qualidade de vida do idoso e do cuidador. Frequentemente as implicações vivenciadas no cuidado doméstico são ignoradas pela sociedade que não consegue, ou não quer, visualizar as múltiplas faces e exigências do cuidado.

No entanto, “nos países desenvolvidos, os cuidados domiciliares já são visíveis e considerados como necessidade social, portanto, estão inscritos na esfera pública” (MENDES, 2004 p. 171). Visibilidade, por sua vez, ainda não alcançada no Brasil, por falta de investimentos, de estudos aprofundados sobre o cuidado e o cuidador e de legislações que reconheçam e garantam a proteção social ao cuidador familiar.

Federici (2011) diz que alguns dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE⁷³ tem adotado medidas para

⁷³ A OCDE é um “órgão internacional e intergovernamental que reúne os países mais industrializados e também alguns emergentes como México, Chile e Turquia. Por meio a OCDE, os representantes se reúnem para trocar informações e alinhar políticas com o objetivo de

aumentar o financiamento para atendimento domiciliar e oferecer consultoria e serviços para os cuidadores. Em países como a França, Espanha, Reino Unido e Suécia, além de considerarem a obrigação do Estado na proteção aos idosos dependentes, reconhecem a importância do cuidador familiar e desenvolvem políticas e programas que contribuem na prestação desse cuidado doméstico por meio de ações de formação e necessidade de apoio, e, com exceção da Suécia, com transferência de benefícios monetários aos cuidadores. A Alemanha e Estados Unidos também oferecem políticas voltadas ao cuidador informal, como treinamentos, substituição temporária do cuidador e serviços de apoio (BATISTA et al, 2008).

Estes são alguns exemplos de países que têm desenvolvido ações diretas ao cuidador informal. Tais ações foram criadas a partir da identificação da dependência como um fator de risco para o aceleração do processo de adoecimento do cuidador decorrente do próprio processo de cuidar, fator oneroso ao Estado não apenas por causa do idoso dependente. Essa situação de adoecimento do cuidador já é realidade no Brasil, no entanto, ainda há a necessidade de pesquisas direcionadas ao tema.

É comum que a responsabilidade do cuidado recaia sobre um único membro da família, que se torna cuidador principal. Nem sempre este papel é assumido por escolha própria, mas por circunstâncias como: a de ser o cônjuge, morar perto do idoso, ter disponibilidade de tempo, ser mulher. É o que afirma Yuaso (2007, p. 712) “a necessidade de cuidar de um idoso decorre de uma imposição circunstancial mais do que de uma escolha”.

Sobre este último item, grande parte dos autores que estudam a velhice – Lopes, 2006; Queroz, 2010; Camarano; Pasinato; Lemos 2011; Neri; Sommerhalder, 2012, dentre outros – destacam que a mulher é quem mais assume o papel de cuidador. Nesse sentido, Camarano; Pasinato; Lemos (2011, p. 131) alertam que a “responsabilidade pelo cuidado tem um forte viés de gênero”. As autoras fundamentam esta afirmação e informam que dados de uma pesquisa⁷⁴

potencializar seu crescimento econômico e colaborar com o desenvolvimento de todos os demais países membros”. Informações disponíveis em: <
<http://www1.fazenda.gov.br/sain/pcn/PCN/ocde.asp>>.

⁷⁴ “Estudo do suporte Domiciliar aos Adultos com Perda de Independência e Perfil do Cuidador”. Esta pesquisa foi realizada no município de São Paulo durante os anos de 1992 a 1997, com o objetivo de traçar o perfil do cuidador. Os resultados da pesquisa foram publicados por Karsch (1998), pela PUC-SP.

realizada em São Paulo nos anos de 1992 a 1997 para identificar o perfil do cuidador familiar revelam que 92,9% eram do sexo feminino.

Dos quatro cuidadores familiares que participaram desta pesquisa, 100% são mulheres. Apenas uma é aposentada, mas considera que a renda necessária para a manutenção da casa procede do marido. As outras 3 não possuem renda própria. São assim mulheres que se declaram dependentes financeiramente.

Pode-se dizer que esse recorte de gênero na prestação do cuidado é também cultural. Em uma sociedade patriarcal como esta, por muito tempo prevaleceu a ideia de que o homem era o responsável pela manutenção da família, e para tanto ele era incumbido de sair para trabalhar para prover o sustento da casa. Em contrapartida, a mulher daria todo o suporte doméstico e familiar necessário para o marido ter condições de manter a família. Então, cuidava da casa, das roupas, da alimentação, dos filhos. O cuidado acaba sendo interpretado como uma atribuição feminina, haja vista que desde criança a mulher é estimulada e preparada para o cuidado por meio das brincadeiras de casinha, de mamãe e filhinha, ou seja, a menina é, de forma lúdica, condicionada ao papel de cuidadora atribuído à mulher, criado histórica e culturalmente, quando brinca de arrumar a casinha, de fazer comidinha e dar comidinha, de cuidar de bebezinho.

Muitas vezes a mulher assume o cuidado como um dever. Este aspecto foi identificado na seguinte fala:

Apesar das dificuldades que a gente enfrentou [...] apesar de tudo, o cuidado deu certo e meu irmão está bem. Enquanto eu tiver saúde, quer dizer, um pouco de saúde vou cuidar do meu irmão e do meu marido porque é meu dever! (Fala da cuidadora 2)

Muitas mulheres carregam esse dever como uma norma estabelecida, como uma regra que deve ser seguida. Federici (2011) alerta que se trata de uma imposição social na qual a mulher deve assumir o cuidado de modo natural, como uma tarefa que faz parte do trabalho doméstico. A mulher é treinada, desde criança, para ser cuidadora da casa e dos que precisam de cuidados dentro da casa.

Yuaso (2007, p. 711) diz que muitos cuidadores “vêm o cuidado como uma extensão das relações pessoais e familiares” o que, não raras vezes, impede de enxergar o cuidado como um papel social específico.

Neri e Sommerhalder (2012) ordenam a prestação do cuidado feminino do seguinte modo: as mulheres apresentam maior expectativa de vida, a primeira a assumir o cuidado geralmente é a esposa. Se esta estiver ausente ou não ter condições de prestar o cuidado, a segunda que assume a posição é a filha, provavelmente a mais velha, seguida da viúva e da solteira.

Isso pode ser observado na fala do representante 3:

[...] outra realidade muito triste são de mulheres solteiras que ficam na residência cuidando da mãe e a rede de irmãos entende que, por ela ser solteira, não ter marido, não ter renda e ser sozinha, é dela a obrigação do cuidado. (Fala do representante 3)

Esta é uma forma não saudável e discriminatória de forçar a responsabilidade do cuidado principal para uma das pessoas que compõem a rede familiar. Na verdade, a organização da família para o cuidado e a escolha dos cuidadores deve ser feita por meio de diálogo e de forma conjunta pelos familiares, inclusive em consenso com o idoso, pois o idoso deve ter o direito de participar do processo de decisão desta escolha, desde que sua capacidade de entendimento esteja preservada, afinal, é sobre a vida dele que estão discutindo.

Nesta pesquisa, apesar de todos os cuidadores familiares serem mulheres, cada uma delas possuía diferentes graus de parentesco, porém parecem seguir essa ordenação indicada por Neri e Sommerhalder (2012), a saber: a cuidadora 1 é a filha mais velha da idosa que já é viúva; a cuidadora 2 é a única irmã do idoso que é solteiro, ou seja, a única mulher na família, que por sua vez também é idosa (70 anos de idade); a cuidadora 3 é nora da idosa viúva e que só teve filhos homens; a cuidadora 4 é esposa do idoso. Assim, esta pesquisa e a revisão de literatura confirmam que o cuidado direcionado a velhice dependente é predominantemente realizado na esfera doméstica, especialmente por mulheres.

Nesse sentido, para contribuir com as reflexões sobre o cuidado no âmbito doméstico e familiar, é preciso pensar a família no seu desenvolvimento histórico e contemporâneo.

3.1.2 O Cuidado e a Família

Segundo Áries (1975, p. 231), a família, até o século XV, era “uma realidade moral e social, mais do que sentimental”. A partir desta afirmação, pode-se dizer que não havia sentimento de família, isto é, vínculo afetivo e emocional, apenas responsabilidades morais entre os membros.

Observa-se, na literatura sobre o tema, que a família sempre foi considerada como espaço de cuidado, onde seus membros são responsáveis uns pelos outros. Esta característica se destaca, sobretudo, a partir do desenvolvimento capitalista.

A família, desde o início do sistema capitalista, apresenta uma divisão e definição de papéis atribuídos ao homem – provedor, que sai para trabalhar e sustenta a casa – e a mulher – responsável pelo cuidado do lar e dos membros deste.

Segundo Miotto (2008, p. 132), o capitalismo impõe às famílias uma nova lei moral por meio de um molde a ser seguido, como a organização dos espaços, a limpeza, saúde e higienização dos corpos que, por sua vez, “inauguram nas famílias uma relação intrínseca entre ‘cuidador’ e ‘cuidado’”. Nesse sentido, “a família passa a ser o ‘canal natural’ de proteção social” (MIOTTO, 2008 p. 132). É o que se observou nesta pesquisa, principalmente por meio das falas dos representantes do poder público e do sistema de garantia de direitos, que afirmam ser da família a responsabilidade primeira do cuidado, e dos cuidadores familiares que relatam o processo de tornar-se cuidador.

Diante da necessidade de assistência das famílias pobres, principalmente no final do século XIX e início do século XX, aos poucos, burguesia e Estado começaram a oferecer “ajuda”⁷⁵ a tais famílias.

Após a Segunda Guerra Mundial, a proteção social passa a ser discutida como direito, especialmente no Estado de Bem Estar Social, quando o Estado assume parte da responsabilidade na garantia da proteção social.

Ao analisar a família nos sistemas de proteção social, a partir do Estado de Bem Estar Social nos seus diferentes modelos, Esping-Andersen (1991) utiliza dois conceitos: familismo e desfamiliarização.

⁷⁵ Grifo nosso.

O familismo (ou modelo familista) é um modelo em que a proteção social deve ser garantida de forma máxima pela família, pelo princípio de solidariedade, só havendo interferência do Estado quando nem a família e nem a comunidade conseguem viabilizar a proteção social de seus membros. O familismo é característico de países da Europa cujo Estado de Bem Estar segue o regime conservador ou mediterrâneo (como já mencionado anteriormente).

Já a desfamiliarização está relacionado a um modelo no qual o Estado e a sociedade assume maior responsabilidade na proteção social às famílias. A desfamiliarização é mais freqüente nos países escandinavos, de regime social democrata (ESPING-ANDERSEN, 1991; SUNKEL, 2006; MIOTO, 2008).

Mioto (2008, p. 141) afirma que o Brasil se aproxima mais do tipo de proteção familista e que, na contemporaneidade, “assiste-se, então, um processo de supervalorização da família, especialmente no âmbito das políticas públicas”. Esta supervalorização aparece como um desdobramento do caráter familista.

Segundo Carvalho (2007), tanto a família quanto as políticas públicas são fundamentais e se correlacionam para garantir a proteção social. No entanto, nota-se um discurso em que se coloca a família como espaço central da proteção social. O exemplo disso são os programas e projetos que enfatizam a família, tais como o “Programa de Saúde da Família”, o “Programa Bolsa Família”, a “matricialidade sócio-familiar” enquanto diretriz do SUAS, bem como as legislações direcionadas a velhice e criança e adolescente, onde a família aparece como espaço de proteção e direito de todo cidadão.

Pode-se dizer que historicamente a família é o espaço privado privilegiado da proteção social e do cuidado de seus membros.

Assim, no que se refere ao idoso que precisa de cuidados, comumente é a família que exerce o papel de cuidador, seja por um aspecto afetivo e cultural, segundo o qual os pais, que cuidaram e proveram as necessidades dos filhos, agora na velhice, invertem os papéis com estes; seja pelo dever legal, conforme prevê o artigo 229 da Constituição Federal de 1988: “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” (BRASIL, CF, 1988).

O artigo 229 reforça a ideia de que os filhos têm o dever de ajudar e amparar seus pais idosos, e esta responsabilidade atribuída pela lei maior é também uma forma de prevenir situações de abandono de idoso.

Contudo, a mesma carta constitucional, a PNI e o Estatuto do Idoso prevêm essa responsabilidade de forma partilhada:

Tabela 13 – Distribuição por grau de dependência por gênero e faixa etária

Constituição Federal 1988	Política Nacional do Idoso Lei nº 8.842/94	Estatuto do Idoso Lei nº 10.741/2003
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.	Art 3º: [...] I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.	Art. 3º: É obrigação da família, comunidade, sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Fonte: compilação da autora

Estas três legislações estabelecem que a responsabilidade pela garantia e efetivação dos direitos dos idosos seja feita pela família, pela sociedade e pelo Estado. O Estatuto do Idoso utiliza, inclusive, o termo obrigatoriedade para enfatizar este dever.

Portanto, o Estatuto não impõe a obrigatoriedade do cuidado apenas à família, mas o fato de a família ser a primeira citada nas referidas legislações, por uma questão interpretativa, pode sugerir que a responsabilidade primeira é dela. Se assim for, não seriam levados em consideração a história de vida dessa família, o contexto e dinâmica familiar vivenciados ao longo dos anos, nem a situação de fragilidade de vínculos afetivos e de vulnerabilidade da família muitas vezes imposta por sua condição social.

Pode-se dizer que a família se torna cuidadora em função das necessidades experienciadas pelos seus membros. Por muito tempo, o cuidado ao idoso estava restrito apenas ao âmbito familiar, visto que a família é “o núcleo primeiro de dependência do idoso” (LOPES, 2006, p.131), pois é aí que a dependência se manifesta e é percebida pelos mais próximos.

É no âmbito familiar que se identifica, a princípio, a necessidade de ajuda ao idoso dependente. É na esfera doméstica que se inicia o processo do familiar em se tornar cuidador, conforme podemos observar nas falas dos cuidadores familiares:

A minha mãe morava comigo [...], mas na época ela era lúcida, ela andava. Ela foi ficando doente [...] diverticulite, [...] Alzheimer. (Fala da cuidadora 1)

Ele estava aparentemente bem e passou mal [...] o médico fala que foi um derrame que deu nele (Fala da cuidadora 2)

Ela morava sozinha e aos poucos ela foi ficando doente e eu e meu marido fomos percebendo e como nenhum outro filho se prontificou a cuidar dela, aí trouxemos ela pra cá [...] (Fala da cuidadora 3)

Ele teve derrame [...], no braço ele já colocou platina, já quebrou a bacia, já colocou pino, daí necrosou e então colocou prótese no fêmur. Tudo isso porque ele ia se locomover e caía. Teve câncer na bexiga, aí tirou e colocou a bolsinha (Fala da cuidadora 4)

Observa-se pelas falas que o processo de tornar-se cuidador ocorre no âmbito domiciliar a partir das necessidades que começam a se apresentar no dia-a-dia da família. Mendes (2004, p. 175) afirma que “o processo de tornar-se cuidador pode ser mais imediato ou gradual”, de acordo com o desencadeamento do processo de dependência. É exatamente o que as cuidadoras revelam nas falas acima: alguns idosos estavam bem e adoeceram de forma brusca, por exemplo, por causa de AVE (Acidente Vascular Encefálico), como citam as cuidadoras 2 e 4. Outros foram adoecendo ou tendo cada vez mais complicações em seu estado de saúde, devido ao Alzheimer, como as idosas cuidadas pelos familiares 1 e 3.

Cabe dizer que muitas vezes, o cuidado nessa esfera domiciliar é socialmente desvalorizado, uma vez que não é reconhecido como um trabalho, mas como obrigação familiar, pois culturalmente é aceita a ideia de que o cuidado familiar é algo natural, isto é, é natural que a família cuide de seus membros. No entanto, o tornar-se cuidador exige suporte e preparo para o exercício da função.

O fato da família ser considerada o núcleo primeiro, conforme Lopes (2006), não significa ser o único núcleo ou o único responsável pelo cuidado ao idoso.

Ainda assim, percebeu-se, por meio das entrevistas com os representantes do poder público, que alguns dos serviços de proteção e atendimento ao idoso, no município de Presidente Prudente (SP), caminham na direção da responsabilização da família pelo cuidado:

[...] as pessoas que vêm aqui para que [...] interne o pai e a mãe [...] Eu digo: não, o responsável pelo idoso é você, não é o Estado. Porque essa é a tônica do Estatuto: o responsável pelo idoso é a família”. (Fala do representante 1)⁷⁶

⁷⁶ Para esclarecimento, a internação a qual o entrevistado faz menção é a institucionalização do idoso em ILPI.

Percebe-se nesta fala a desresponsabilização do Estado, que transfere o seu dever para a família com o argumento de que a responsabilidade da família é que dá o tom legal do Estatuto do Idoso, quando, na verdade, a tônica do Estatuto do Idoso está nos direitos fundamentais na velhice, que devem ser assegurados pela família, sociedade civil e Estado. Portanto, é sim, o cuidado ao idoso um dever da família, mas é também um dever do Estado.

Cabe refletir ainda: em que condições econômicas, sociais e emocionais se encontra a família que vai solicitar intervenção ao poder público e aos órgãos de proteção e garantia de direitos ao idoso? Será que a intenção desta procura é de abandono e desresponsabilização da família? Ou será que a família está assinalando que não tem condições de cuidar do idoso dependente?

Esta pesquisa evidencia a partir da identificação do perfil dos que buscam abrigo no Lar São Rafael, em Presidente Prudente (SP) e a partir das entrevistas com os cuidadores familiares, que a procura a tais órgãos e instituições está vinculada à dificuldade em prestar o cuidado ao idoso dependente e não por questão de abandono ou desresponsabilização da família.

PERRACINE e NERI (2012) colocam que:

[...] antes o cuidar era um papel e um conjunto de tarefas que, além de raro, era restrito ao domínio da família, hoje ele se torna cada vez mais frequente, público e oneroso, com tendência a exigir providências de natureza formal no âmbito da assistência à saúde do idoso e do apoio à sua família. (PERRACINE; NERI, 2012 p. 137)

Com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, o cuidado ao idoso não é mais algo raro e as novas configurações de família, a redução da taxa de fecundidade, a mulher no mercado de trabalho – como já discutido no primeiro capítulo – tornam o cuidado e a necessidade de assistência a tal tarefa cada vez mais públicos.

Nesse sentido, os serviços de atenção e proteção ao idoso estão sendo mais acionados pelas famílias e sociedade em geral e, portanto, precisam estar preparados para assumir sua responsabilidade ante esta demanda.

O entrevistado 2 verbaliza que:

Nós acompanhamos, damos respaldo de orientação, fornecemos material, mas quem vai cuidar é a família, a responsabilidade do cuidado é da família. (Fala do representante 2)

Embora este entrevistado afirme que a responsabilidade do cuidado é da família, o fato de o serviço oferecer subsídios para o cuidado familiar por meio de orientação, acompanhamento e material necessário para o cuidado, como ataduras, gaze, sondas, dentre outros, já é um indício do entendimento de que o cuidador familiar precisa de respaldo e de que é da competência do poder público, enquanto tal, o cuidado, devendo ele ser corresponsável.

Contudo, é perceptível, por meio das falas dos entrevistados representantes do poder público e da literatura da temática, que a família é efetivamente a primeira rede de cuidados ao idoso, especialmente, ao idoso dependente.

Além de toda a reflexão sobre o cuidado e o cuidador, é preciso estar atento, ainda, às modificações que vêm ocorrendo no seio familiar e suas consequências para o cuidado com o idoso dependente.

Camarano et al (2011) esclarecem que as transformações demográficas vêm acompanhadas por mudanças nos padrões de nupcialidade e nos arranjos familiares, bem como por alterações nos padrões de mortalidade e fecundidade. E complementam:

Estas se expressam pelo adiamento na idade ao casar, pela redução na proporção das pessoas que se casam, pelo incremento dos divórcios e dos múltiplos casamentos, pelo declínio da fecundidade, pela diminuição do tamanho médio da família, pelo aumento da proporção de mulheres sem filhos, pela entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho. (CAMARANO; PASINATO; LEMOS, 2011, p.128)

Ou seja, a sociedade apresenta diversos arranjos familiares e alteração dos papéis sociais de seus membros. Além de o tamanho médio das famílias ter diminuído, muitas mulheres optam por não ter filhos, ou por tê-los mais tarde. Além disso, ainda há a luta da mulher pela inserção e/ou permanência no mercado de trabalho.

Tais transformações contemporâneas impactam o cuidado e a proteção ao idoso. Influenciam até mesmo a escolha do cuidador familiar principal.

Quanto à escolha do cuidador familiar, o entrevistado 1 diz que:

[...] sugerimos que ele (idoso) fique com uma pessoa só: aquele que mais gosta, que tem mais afinidade, mais disponibilidade, mais caridade. São soluções prioritárias. Primeiro a família. (Fala do representante 1)

Observa-se por esta fala como o cuidado ainda está revestido de uma visão de ajuda e de caridade àquele idoso que necessita de um cuidador para garantir sua qualidade de vida. A valorização da família como cuidadora está relacionada a uma questão cultural. Nota-se, ainda, que a fala reforça a responsabilização da família no cuidado. O fato de a família assumir o cuidado, não exime o Estado da responsabilidade, que tem de preparar a família para o cuidado de idosos dependentes.

Assim, considerando os impactos da responsabilidade do cuidado ao idoso dependente sobre a família e sobre o cuidador familiar, e a ausência da responsabilização do Estado no cuidado direto desse idoso, um dos entrevistados, representante do poder público, relata que em várias situações precisou orientar as famílias no sentido de organização e distribuição de tarefas referentes ao cuidado:

[...] algumas vezes o atendimento psicossocial vai ser separado entre os irmãos, outras serão juntas para conseguirmos traçar estratégias de cuidado. Houveram casos de montarmos uma planilha de cuidado e horário: quem vai dar comida, quem vai dar medicação, quem vai dar banho. Todos têm que assinar e levar a planilha para casa [...] (Fala do representante 3)

Entende-se que a permanência do idoso (dependente ou não) no núcleo familiar é importantíssimo para preservação dos vínculos afetivos familiares, para o desenvolvimento do sentimento de pertencimento àquele espaço, da confiança e respeito por estar sendo cuidado por uma pessoa com a qual possui afinidade e sentimentos de afeto e estima.

Entretanto, Yuaso (2007, p.714) alerta que:

Quando a avaliação familiar ou individual não consegue encontrar alternativas viáveis, ou quando as habilidades e os recursos familiares são insuficientes para o manejo da situação, há uma forte tendência para a desorganização familiar e individual e isso traz consequências negativas para o cuidado.

É necessário fazer a ressalva do risco de uma leitura romântica sobre a família como a principal e, na maioria das vezes, a única cuidadora do idoso dependente. Dependendo do contexto vivenciado por essa família, a possibilidade de cuidado e proteção ao idoso dependente é mínima. É preciso analisar o contexto e as situações que envolvam esse cuidado, isto é, identificar se família e, de modo particular, o cuidador principal têm condições físicas e emocionais para prestar o

cuidado e que impactos são sentidos na vida da pessoa que cuida.

3.1.3 O Cuidado e Impactos na Vida do Cuidador

A tarefa de cuidar de um idoso dependente é acompanhada por impactos na vida do cuidador familiar.

A começar pelos impactos financeiros, como já foi dito anteriormente, o cuidado ao idoso dependente demanda tempo do cuidador e de recursos materiais, pois o idoso pode precisar de equipamentos, como cadeira de roda, cadeira de banho, cama hospitalar, calção apropriado, medicações e materiais para procedimentos de curativo, sondas, fraldas, alimentação de qualidade, enfim, a velhice dependente tem um custo que deve ser considerado, pois ainda que o idoso receba um benefício, este é insuficiente para arcar com todas as despesas necessárias para o cuidado.

É o que relata o cuidador familiar 1:

E o salário da minha mãe era muito pouco [...] e isso não supria as necessidades. Eu precisava trabalhar em dobro, dia e noite [...] a despesa que eu tinha com ela era de R\$ 1.000,00 à R\$ 1.500,00 por mês, fora as despesas de casa. (fala da cuidadora 1)

[...] eu já estava doente, piorei tive que sair do trabalho e a dificuldade aumentou. (fala da cuidadora 1)

Falei que precisava de ajuda, pelo menos financeira porque não estava agüentando mais. (fala da cuidadora 1)

Ela tem aposentadoria, mas se for ver remédio, gastos, eu cuido por amor mesmo. (Fala da cuidadora 3)

Eu paguei dois anos de fisioterapia em casa, eu tinha um dinheirinho porque eu tinha vindo do Japão, [...] quando o negocio apertou, porque aperta rápido, né!? Porque a gente sempre foi pobre. (Fala da cuidadora 4)

Estas falas mostram que o cuidado exige recurso financeiro tanto no que se refere à atividade em si quanto à necessidade de o cuidador familiar deixar o emprego em função do papel de cuidador que assume.

Netto, Luders e Klein (2007) mencionam que as famílias que apresentam maiores dificuldades financeiras terão menos recursos e menores opções de apoio. Quando se tem boas condições financeiras, os equipamentos utilizados para o cuidado serão de melhor qualidade, será possível a contratação de

cuidadores formais, de empregados domésticos que auxiliam no cuidado com a casa e na companhia para o idoso. Sem recurso financeiro ou material, nada disso é fácil de se obter.

Pode-se dizer, então, que o cuidado também impacta financeiramente a vida do cuidador familiar. Contudo, o cuidador sofre ainda outros impactos a partir desse papel assumido.

Percebeu-se, por meio das falas dos entrevistados e do referencial teórico acerca da velhice, que a tarefa de cuidar geralmente se transforma em um peso para o cuidador familiar, desencadeando situações de estresse, de conflito familiar e até mesmo de violência contra o idoso.

No que se refere ao estresse do cuidador, três dos representantes do poder público e do sistema de garantia de direitos, mesmo sem serem questionados, falam sobre isso:

[...] você (cuidador) fica privado de várias coisas, pois o cuidado é extremamente desgastante. (Fala do representante 1);

No início, as demandas que mais recebíamos eram de cuidadores com alto grau de estresse. [...] ficou claro para nós que o cuidador estava tão adoecido quanto o idoso [...]. (Fala do representante 3);

[...] ele (cuidador) já chega com um estado emocional bem abalado. [...] a equipe anterior identificou que o cuidador falecia antes do idoso, por estresse, pela preocupação, pela situação toda. (Fala do representante 2).

Observa-se, nestas falas, que o poder público e o sistema de garantia de direitos têm claro que o cuidador sofre consequências negativas decorrentes da tarefa de cuidar, inclusive reconhecem situações de óbito do cuidador. Isso revela que o cuidado com o cuidador deve ser tratado com toda seriedade pelo Estado e pela sociedade em geral.

O cuidado ao idoso dependente demanda esforço físico, equilíbrio emocional, conhecimento da doença, disponibilidade de tempo e renúncias que, na maioria das vezes, o cuidador familiar precisa fazer, como renúncia à vida social, ao lazer, ao tempo para o auto cuidado, ao trabalho, às realizações pessoais e etc.

Netto et al (2007, p. 334; p. 342) observam que, diante das perdas físicas e mentais dos idosos, os cuidadores sofrem efeitos adversos. Alertam que lidar com idoso dependente pode gerar um “desgaste emocional insuportável” e,

muitas vezes, os próprios familiares cuidadores tornam-se doentes, pois “passam a viver a vida do paciente” dia e noite.

É o que comprova a pesquisa, por meio das entrevistas com os cuidadores familiares:

[...] mas é tão desgastante que acaba deixando a pessoa que cuida doente também (Fala da cuidadora 3)

Olha, o cuidado é 24 horas por dia. Não vou falar que é lindo maravilhoso não, porque não é, é cansativo, é sofrido, é estressante, mas você vai fazer o que? Vai abandonar? (Fala da cuidadora 3)

Ah, minha filha, não é fácil não. [...] Sou eu que faço tudo. (Fala da cuidadora 4)

Não sei quanto tempo durou, só sei que foi tão intenso que parece ter sido muito. Na época eu estava tão desesperada eu não sabia se chorava, se falava [...] (Fala da cuidadora 2”)

Não é que eu não queria cuidar, mas eu não tinha condição de cuidar. (Fala da cuidadora 1)

Quanto maior a dependência, maior a probabilidade de o cuidador viver a rotina de cuidado do idoso. Muitos precisam deixar seu emprego para cuidar do idoso, e as atividades de lazer cedem lugar a um novo cotidiano e uma nova rotina construída a partir de e decorrentes do cuidado.

Conforme revela o cuidador 1:

Antes eu trabalhava, mas por motivo de não ter com quem deixar minha mãe saíram duas pessoas do serviço, eu e minha filha (neta da idosa), porque éramos só nós duas que cuidávamos da minha mãe. (fala da cuidadora 1)

O cuidador corre o sério risco de isolamento social, de interromper ou congelar seus projetos de vida, de adoecer e até mesmo – como fala o representante entrevistado 3 – ir à óbito antes do idoso dependente que recebia seus cuidados.

O fato é que dificilmente alguém está preparado para ser cuidador de um idoso dependente, salvo profissionais com competência técnica para isso, obviamente.

Geralmente, o familiar se torna cuidador sem entender o que é a velhice, o que é a doença manifestada, nem como se apresentam os sintomas e efeitos no idoso. Como fazer um curativo, colocar uma sonda de forma correta sem

orientação? Como lidar com a situação de ver quem você ama sofrendo? Tudo isso pesa sobre o cuidador. Tanto quando a dependência vai se instalando gradativamente, como também quando acontece de forma rápida.

A cuidadora 2 conta que o idoso estava bem, até que teve um AVE e ficou totalmente dependente por um período, e verbaliza:

Eu estava em pânico mesmo, porque não sabia como ia cuidar dele. (Fala da cuidadora 2)

Quando o idoso se torna dependente de modo inesperado pode provocar desespero, falta de equilíbrio emocional. No contexto desta fala todos são idosos, o dependente (73 anos) e a cuidadora (70 anos).

Perracini e Neri (2012) dizem que

os cuidadores de idosos frágeis e dependentes são desafiados por múltiplas demandas, algumas previsíveis e outras imprevisíveis, mas todas geradoras de ônus físico, psicológico e social. (PERRACINI E NERI, 2012, p. 138)

O cuidador familiar pode ter interesse, disponibilidade e afeto, mas isso não é suficiente para a prestação do cuidado, por exemplo, se o cuidador não sabe fazer a manobra com o idoso para colocá-lo na cama, na cadeira, enfim, isso pode ser prejudicial à saúde de ambos, idoso e cuidador. Do primeiro porque a inadequação do movimento realizado pode ocasionar uma fratura ou uma lesão; e do segundo porque também pode ter sérios problemas de saúde por não executar a manobra de modo correto. A medicação administrada em horários errados pode fazer com que o idoso sofra efeitos adversos, inclusive de distúrbios de comportamento, entre outros revéses que dificultam ainda mais o cuidado e exigem uma carga de responsabilidade maior do cuidador. É importante considerar que a ausência de apoio dos serviços públicos especializados pode também contribuir para a sobrecarga de atividades e de estress decorrentes do cuidado.

Neri e Sommerhalder (2012, p. 32) mencionam que a sobrecarga do cuidador pode estar relacionada a variáveis que antecedem o cuidado como: “idade, raça e renda; relações com o idoso; coresidência; característica da doença do idoso e necessidades de cuidado do idoso”. O cuidador familiar, antes de assumir o cuidado, tem sua história de vida e outras implicações relacionadas à sua sociabilidade e relacionamento com o idoso.

Em outro texto, as autoras destacam fatores que decorrem do cuidado: “cansaço, insônia, irritabilidade, ansiedade, depressão, fragilidade física e psicológica são condições que somadas e intensificadas pelos estressores, podem levar o cuidador ao esgotamento físico e mental” (SOMMERHALDER; NERI, 2012, p. 100). Fatores que podem levar ao adoecimento do cuidador

Quem cuida sofre, não tem vida própria, não tem nada. Nós deveríamos ter um salário do governo pra cuidar, [...]. Vou falar a verdade para você, acho que eu to precisando de um remédio pra cabeça, porque é tanta coisa que eu vou falar viu, não é só o marido, é tudo [...](Fala da cuidadora 4)

[...] eu fui ficando doente, a carga era muito pesada, era muito grande [...] acho que juntou tudo o que aconteceu [...] um monte de coisa que eu acabei ficando doente e já fui internada três vezes no hospital psiquiátrico. Minha primeira internação foi de 15 dias, a segunda foi de 25 dias e a terceira foi de 45 dias [...] na época eu emagreci 20 kg, [...] tive uma depressão profunda e faço tratamento até hoje. (Fala da cuidadora 1)

Tais falas demonstram que o cuidado não é um fato isolado na vida do cuidador e não o eximem de outras situações de dificuldades, conflitos, problemas pessoais. Na verdade, a carga dispensada para o cuidado é somada a outros problemas do cotidiano.

Todos esses fatores, aos quais o cuidador está suscetível, acarretam implicações diretas no cuidado ao idoso dependente. A falta de preparo e a sobrecarga e o estresse do cuidador podem conduzir o cuidado a uma direção oposta da proteção e do cuidado ao idoso dependente, ou seja, pode ocorrer o inverso: a desproteção desse idoso.

Existem situações em que os cuidadores familiares, ao invés de prestarem os cuidados necessários, acabam descontando no idoso suas frustrações, mágoas e até raivas pelas abdições feitas em razão do cuidado. Resultado: negligência, maus tratos, violência.

Quando o caso chega aqui, é porque esta combinação familiar não surtiu efeito e aí gerou uma situação de violência, por negligência, por abandono, por maus tratos, por alto grau de estresse do cuidador (Fala do representante 3).

Não pode ser desconsiderada a história de vida e o relacionamento do idoso com o cuidador familiar, pois se o vínculo sempre foi fragilizado ou se as agressões foram instaladas desde a infância do cuidador por parte dos pais, agora

idosos e dependentes de cuidados, como evitar ou quebrar a reprodução da violência?

Karsch (2003) alerta que, quando se indica o cuidado familiar, é preciso examinar a família na sociedade e na cultura em que se desenvolveram o cuidado ao idoso dependente.

Nesse sentido, Falcão e Bucher – Maluschke (2010, p 137) alertam que “é crucial levar em consideração os acontecimentos anteriores à doença, pois não é recomendável acreditar que o idoso é sempre a vítima e que os parentes são sempre os vilões.” Netto, Luders e Klein (2007) também discutem que mesmo com o envelhecimento e dependência, a família carrega consigo sentimentos, histórias, marcas vivenciadas no relacionamento familiar. Dizem ainda que:

Mesmo com os esclarecimentos sobre o que e como será o decorrer da doença, a angústia, assim como o medo, a raiva, a culpa, a depressão e outros sentimentos acompanharão os familiares a cada mudança de fase da doença. (NETTO; LUDERS; KLEIN, 2007. p. 342)

Assim, culpabilizar o cuidador familiar é senso comum, até porque as relações familiares conflituosas dificultam ainda mais o cuidado, principalmente se envolve circunstâncias de violência. A ocorrência da doença, como os autores citam, ou qualquer outro motivo que tenha levado o idoso à dependência, não apaga o passado vivenciado por ambos, cuidador e idoso.

Situações de violência se perpetuam por muito tempo e deixam marcas muito profundas [...]. Como é que eu chego para ele (cuidador) e digo que existe um Estatuto, uma política que deixam claro que ele tem que cuidar? (Fala do representante 3).

Este representante expõe a delicadeza deste assunto e a dificuldade em cobrar de alguém algo que nunca lhe foi oferecido.

Exigir o cuidado nessas situações é um risco para a proteção ao idoso dependente. Por isso, o dever não é só da família, mas também da sociedade civil e do Estado.

Muitas vezes, a violência⁷⁷ contra a pessoa idosa é uma reprodução social vivenciada pela família. Não se trata de defender o agressor, longe disso. Mas

⁷⁷ A partir da definição de violência contra a pessoa idosa da Rede Internacional de Prevenção de Maus Tratos à Idosos, Minayo (2008) conceitua como “ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional das pessoas desse grupo etário e

de chamar a atenção para o fato de que a violência, de modo particular a doméstica, pode ter iniciado há muito tempo, antes mesmo da pessoa se tornar idosa e do filho se tornar adulto.

O representante 3 mencionou que, por tais dinâmicas familiares conflituosas e comprometidas, a equipe do serviço substituiu o termo agressor por cuidador que praticou a violência:

[...] percebemos que o agressor faz parte desse cotidiano de violência, porque em muitos casos, a pessoa que pratica a violência foi agredida por esse idoso ao longo da vida (Fala do representante 3).

Este representante descreve, a partir do perfil identificado no serviço, a pessoa que pratica a violência contra o idoso como:

[...] um cuidador que pertence à rede familiar, na maior parte são homens, com idade superior a 35 (trinta e cinco) anos e que em algum momento da vida no presente, fizeram ou fazem uso de substância alcoólica ou substância química. [...] geralmente do homem (filho) em relação à mãe. [...] grande parte são homens [...] que voltaram para a residência dos pais, mas retornaram não só pela questão da habitabilidade, mas também pela dependência financeira (Fala do entrevistado 3)

Esta interessante informação reveladora do perfil do agressor ao idoso de Presidente Prudente (SP) acompanha o perfil do agressor descrito no Plano de Enfrentamento à violência, a saber:

Por ordem de frequência estão em primeiro lugar, os filhos homens mais que as filhas; em segundo lugar, as noras e os genros e, em terceiro, o cônjuge. A caracterização do agressor revela alguns perfis e circunstâncias: (1) ele vive na mesma casa que a vítima; (2) é um filho(a) dependente financeiramente de seus pais de idade avançada; (3) é um familiar que responde pela manutenção do idoso sem renda própria e suficiente; (4) é um abusador de álcool e drogas, ou alguém que pune o idoso usuário dessas substâncias; (5) é alguém que se vinga do idoso que com ele mantinha vínculos afetivos frouxos, que abandonou a família ou foi muito agressivo e violento no passado; (6) é um cuidador com problema de isolamento social ou de transtornos mentais. (BRASIL, 2005, p. 18)

impedindo o desempenho de seu papel social. A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva dos idosos em relação às pessoas e instituições que os cercam (filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral)".

É possível identificar, a partir dessa descrição, várias expressões da questão social⁷⁸: a violência doméstica; a violência estrutural relacionada a uma estrutura social excludente enviesada pelo desemprego e desestruturação do trabalho; questão da saúde pública ligada à dependência química e etílica e saúde mental.

Assim, enfrentar a violência contra a pessoa idosa exige muito mais que um plano e campanhas de conscientização. Demanda atenção do Estado às inúmeras expressões da questão social que se relacionam com a violência ao idoso.

Por fim, às situações de violência contra a pessoa idosa requer a efetividade de políticas sociais voltadas às famílias, ao trabalho, à educação, à saúde do dependente químico e àquele que possui transtornos mentais.

Não é objeto deste trabalho a violência contra o idoso, mas pretende-se, por meio desta breve discussão, levantar a possibilidade da violência contra o idoso ser fruto de relações familiares conflituosas e comprometidas. E o cuidado, nesse sentido, pode provocar a desproteção ao idoso dependente e ser um desencadeador da violência. Desse modo, pensar sobre o idoso dependente exige uma reflexão cautelosa sobre o cuidador, que também passa a precisar de cuidados.

O representante entrevistado 3 relata que:

[...] nossa dinâmica de trabalho é: mostrar para o cuidador que ele precisa cuidar, mas dentro das possibilidades que ele tem e da melhor forma possível. Em alguns casos, você acaba chegando à conclusão de que, infelizmente, a institucionalização é o mais pertinente [...] porque, às vezes, é tão complicado você envolver o cuidado naquela situação que não há o que se resgatar (Fala do representante 3).

Se a tarefa de cuidar não é fácil para o cuidador familiar que possui laços afetivos com o idoso dependente, o que se dirá do cuidador familiar que não possui vínculo afetivo algum com idoso.

Na fala acima, o entrevistado deixa claro que há situações que tornam o cuidado prestado por um familiar inviável, e manter o idoso sob responsabilidade desse cuidador é garantir sua desproteção diante de uma relação conflituosa e de violência instalada.

⁷⁸ Segundo Iamamoto (2007, p. 27) a questão social é “apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura”.

Contudo, há ainda situações em que a dificuldade na execução do cuidado familiar não é perpassada por relações conflituosas entre os membros da família, mas por uma questão de violência estrutural.

Um dos entrevistados diz que, em alguns casos,

[...] não é o idoso que é vulnerável, é a família toda (Fala do representante 1).

Ou seja, não somente o idoso, mas a família inteira precisa de proteção social, muitas vezes por se encontrar em situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social, originados a partir da violência que sofrem de um sistema político e econômico que é excludente e desigual. Se a família é vulnerável, como terá condições de prover o cuidado e a proteção?

Um dos cuidadores conta que estava tão adoecido quanto à idosa e que chegou ao extremo do apelo ao poder público:

Quando um dia não agüentei mais, coloquei minha mãe num carro e fui até a procuradoria. [...] Eu falei: E.⁷⁹, faz alguma coisa por mim se não eu não vou agüentar, ou você faz ou não sei o que vai acontecer comigo porque eu não tenho mais condições de cuidar da minha mãe [...] não dá mais. Ou é hoje ou vou ter que abandonar, [...] eu não agüento! Já procurei no Estado... Não sei mais o que fazer, aonde eu procuro mais? Eu falei: vai lá no carro pra você ver a situação da minha mãe... Ela só gemia, gemia o tempo todo...Ele nem foi no carro, só me deu um papel e disse: já liguei lá, sua mãe vai lá para o PAI (Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental) pra ficar internada até quando agente arrumar uma vaga⁸⁰. [...]Sei que minha mãe ficou lá 4 meses até arrumar uma vaga no Lar São Rafael. (fala da cuidadora 1)

Este é um exemplo claro de que a família precisa de proteção. A cuidadora já estava adoecida, com depressão profunda, já havia procurado ajuda nos serviços existentes no município e só obteve resposta quando expôs, de modo impetuoso, sua vida e a da idosa em um órgão de garantia de direitos, no qual ela já havia procurado ajuda. Além disso, o órgão já havia recebido relação de idosos não atendidos no Lar São Rafael em 2011 em decorrência da dependência, na qual consta o nome e informações para contato da idosa em questão.

⁷⁹ Inicial do nome da pessoa que a atendeu no Ministério Público.

⁸⁰ Diante da ausência de ILPI pública ou filantrópica no município, a idosa ficou internada em unidade de saúde mental por 4 meses, aguardando vaga. A idosa foi institucionalizada no Lar São Rafael, em 2013, por meio de medida protetiva.

Outro complicador que também merece atenção, especialmente do Estado, é aquele idoso que não tem uma rede familiar. Como já discutido, na contemporaneidade observa-se que muitas pessoas optam por não ter filhos, e quando têm a quantidade é diminuída. Em Presidente Prudente (SP), por exemplo, de acordo com o último censo do IBGE (2010), a quantidade de filhos por família é de 1,5. Observam-se, ainda, idosos que nunca se casaram ou que são viúvos e que não tiveram filhos.

Nestas condições, quando o idoso que vive só perde sua independência e autonomia, o Estado tem o dever de assumir essa responsabilidade, mesmo porque não há para quem ele jogar essa responsabilidade como tem feito com as famílias.

Verifica-se que, na maioria das vezes, constrói-se “na figura do ‘cuidador familiar’ um campo de intervenção social sem o devido apoio público” (SANTOS; RIFIOTIS, 2006, p. 160). A velhice dependente apresenta especificidades que demandam atenção da família, da sociedade e do Estado, no sentido de garantir os direitos fundamentais do idoso, bem como sua proteção, seja no seio da família, seja em uma instituição.

Por essas e outras razões, pensar em proteção social e cuidado ao idoso dependente exige necessariamente pensar no cuidador familiar desse idoso. Para tanto, é imprescindível a existência de uma rede de apoio para o cuidador.

3.1.4 O Cuidado a as Interfaces com a Rede de Apoio

Prestar o cuidado ao idoso dependente exige preparo. Há uma tendência de imaginar o envelhecimento dos que nos cercam simplesmente como um processo natural de um envelhecimento normal, marcado tão somente pelo aparecimento de rugas, o cabelo branco – uma velhice saudável e independente.

A senescência, ou seja, a diminuição da capacidade funcional e mental que se espera, é manifesta de forma lenta e gradual. Em contrapartida, a velhice dependente apresenta uma acentuação da diminuição da capacidade funcional, acompanhada de patologias e doenças crônicas que intensificam a necessidade de cuidados.

Fratezi; Gutierrez; Falcão (2010) discutem que as doenças crônicas em idosos atingem a dinâmica familiar e apresentam vários desafios, como falta de

conhecimento da enfermidade, falta de apoio formal e/ou informal, conflitos intrafamiliares decorrentes do próprio processo de cuidar, dificuldades socioeconômicas, sobrecarga do cuidador, e assim por diante.

Muitas vezes não há uma rede de apoio formal, ou seja, de órgãos, instituições e profissionais que auxiliem e orientem acerca da doença manifestada no idoso dependente, os procedimentos do cuidado, possíveis providências legais que podem ser tomadas para a garantia da proteção social ao idoso. Quando há essa rede, nem sempre o cuidador familiar conhece ou sabe como solicitar esse apoio.

Nesse sentido, a cuidadora entrevistada 2 diz que não sabia da existência dos serviços e diz que: “não fui atrás de nada, até porque ele (o idoso) não podia ficar sozinho”.

A cuidadora 1 comenta:

Sabe como fiquei sabendo que tinha essas coisas de idoso, o CREAS, a delegacia do idoso...? [...] Quando a gente ia dar banho nela, ela gritava dizendo que a gente estava batendo nela, gritava que fazia 4 dias que não comia, que ninguém dava comida pra ela. Então um vizinho, e não sei que vizinho que foi, denunciou. Quando me denunciaram, aí vieram aqui... Eu tive que ir a delegacia do idoso, foi quando eu conheci o delegado... Eu não sabia que tinha nada daquilo... Eu fiquei sabendo de um monte de coisas que não conhecia. [...] Eles vieram aqui fazer visita⁸¹, viram como eu dava banho, as coisas que comprava pra ela, mas também não fizeram nada. (Fala da cuidadora 1)

Em outro momento da entrevista, a cuidadora chega a agradecer por ser denunciada, ainda que não houvesse situação de violência, pois essa foi a via para conhecer os serviços disponíveis no município, tamanha a desproteção do Estado e a falta de informação.

Durante a entrevista, a mesma cuidadora relata que depois de ser informada sobre a existência dos serviços, passou a buscá-los, porém repete por várias vezes que não recebeu nenhum tipo de ajuda do município ou do Estado:

[...] e a gente não tinha apoio de nada do município, da prefeitura, de nada! Fui a tudo quanto é lugar que eu podia ir [...] Comecei a procurar as coisas, buscar ajuda do Estado, mas nada resolveu. (Fala da cuidadora 1)

No entanto, essa cuidadora complementa que:

⁸¹ CREAS e a Delegacia de Proteção ao Idoso.

No posto de saúde eu fui atrás de fralda [...] Uma vez veio uma assistente social aqui do Cambuci⁸² [...]Uma vez veio a geriatra aqui, lá do Centro de Referência, mas veio uma vez só. Para ser sincera, não tive ajuda nenhuma deles. (Fala da cuidadora 1)

Nota-se que essa família recebeu, pelo menos, algum tipo de atendimento do CRAS, do CREAS, do SAUDI (por meio do Centro de Referência da Feliz Idade, mantida pela Secretaria de Saúde), da UBS, da Delegacia de Proteção ao Idoso.

Entretanto, a ênfase que esta entrevistada dá em não ter recebido apoio de uma rede de proteção está profundamente ligado ao fato de que a necessidade não estava sendo atendida, isto é, a cuidadora descobriu vários serviços que não conhecia, foi atendido, mas o problema não havia sido resolvido. A cuidadora coloca que recebeu visita de vários órgãos, teve sua privacidade exposta, mas não teve clareza da finalidade das visitas domiciliares, ou ainda das atividades que poderiam ser desenvolvidas pelos profissionais de modo a contribuir nas ações do cuidados, pois, para ela, nada mudava.

Esta situação nos leva a refletir não apenas o tipo de serviço ofertado, mas a forma de oferta, nos instrumentais utilizados e na real necessidade do idoso dependente e do cuidador familiar. Mais uma vez, evidencia-se a necessidade de um trabalho articulado em rede.

Ainda sobre o apoio formal, a cuidadora 3 relata que

O PSF vem aqui. Eles passam a medicação, veem a pressão, vem o clínico geral e o pessoal todo... Eles vêm uma vez por mês. (Fala da cuidadora 3)

A presença da equipe de saúde transmite certa confiança para o cuidador em relação a atividade do cuidado. Contudo, ainda não é o bastante para este entrevistado que verbalizou que a idosa dependente precisa fazer fisioterapia, e diz que

É muito fácil mandar vir alguém aqui visitar e ver qual caso é e mandar para algum lugar para tratar... E tem que levar! Ah, não é só isso: leva e pronto! E como você vai ficar levando em uma ambulância daquela, olha o meu tamanho, imagina eu ficar colocando e tirando da ambulância, me desgasta e se eu morrer? Ele (prefeito) vai cuidar dela? [...] Olha o desgaste dela! (Fala da cuidadora 3)

⁸² Um dos Núcleos de CRAS do município.

Esta fala expressa a dificuldade de sair de casa com o idoso totalmente dependente, mesmo tendo acesso à rede de apoio formal. O encaminhamento para algum serviço é visto como mais uma tarefa, mais um peso na atividade do cuidado. É interessante esclarecer que esta cuidadora familiar é também uma pessoa idosa (61 anos) e coloca de forma clara a sua limitação física.

Como sugestão para este tipo de situação, esta cuidadora verbaliza

O que eu realmente acho, com toda a sinceridade, é deveria ter fisioterapeutas estarem atendendo os acamados em casa. (Fala da cuidadora 3)

A cuidadora 4, por exemplo, teve que pagar um fisioterapeuta para atender o idoso em casa, pois, na ocasião em que o idoso precisou da fisioterapia, a cuidadora familiar, também idosa (64 anos), estava se recuperando de uma cirurgia e não tinha condições de levá-lo.

Mais uma vez, reforça-se a ideia de que toda política, programa e projeto devem ser pautados na realidade. É imprescindível a investigação e avaliação antes, durante e depois do processo.

Além da atuação de uma rede de apoio formal, é importante também a presença de uma rede de apoio informal.

A rede de apoio informal – formada por outros familiares, vizinhos, comunidade, inclusive empregadas domésticas (quando há) que auxiliam esporadicamente, fazendo companhia ao idoso, ajudando o cuidador familiar em situações de dificuldade – também é importante para o cuidador familiar e para o idoso.

Dos quatro cuidadores familiares entrevistados, três mencionaram receber ajuda, ainda que esporádica, de uma rede informal:

Quem me ajudava eram meus amigos [...] Foi ajuda da minha filha, dos vizinhos e da igreja. (Fala da cuidadora 1)

Então, logo que ele recebeu alta, veio um vizinho que é bombeiro aposentado e se prontificou a ajudar. Então, quase sempre ele ajudava na hora do banho. Graças a ele, porque se não, só nós seria muito mais difícil.[...] É bom saber que tenho uma vizinhança boa. (Fala da cuidadora 2)

Tenho duas filhas e um filho. Graças a Deus, qualquer hora do dia ou da noite, se precisasse era só chamar meus filhos. (Fala da cuidadora 4)

Percebeu-se nas entrevistas que essa rede de apoio informal ajuda, alivia, mas não diminui o peso real do cuidado e que também não acontece com frequência, pois depende de um ato voluntário do sujeito que se propõe a ajudar.

Dois dos cuidadores entrevistados destacam a falta de apoio e não participação da família na atividade do cuidado:

porque minha irmã não quer saber de nada [...] na época [...]a gente ficou até de mal por causa disso.[...] Agora que ela (idosa) foi para o Lar São Rafael⁸³ eu voltei a conversar com a minha irmã. [...] a gente voltou a conversar e a partir daí ela passou a visitar a minha mãe, porque até então acho que fazia uns dois anos que ela não via a minha mãe. (Fala da cuidadora 1)

os outros filhos me tratam como se eu fosse uma empregada, dizem que eu tenho mais que cuidar mesmo porque estou com ela e cuido da aposentadoria dela. Eles acham que não têm que dar nenhum auxílio, não têm que ajudar em nada... Eu, sinceridade, vii, me decepcionei muito com eles, porque com pai e mãe não pode fazer uma coisa dessas. [...] nem estamos conversando mais porque eles maltratam. No máximo, quando ela estava boazinha, eles lembravam dela no final do ano e vinham trazer um sabonete, um edredom, só que eu acho que um pai e uma mãe não é só disso que precisa, né!? (Fala da cuidadora 3)

As falas revelam que, não raras vezes, o cuidador familiar se vê sozinho na prestação do cuidado por não ter com quem contar ou dividir o cuidado. Ainda que haja outras pessoas que compõem a rede familiar, são poucos os que se dispõem a ajudar, e isso pode gerar conflitos intrafamiliares.

Para NETTO, LUDERS e KLEIN (2007, p. 346),

A família e os amigos deveriam seriamente enfrentar o desgaste do cuidador, apoiando-o não só emocionalmente, mas também lhe proporcionando períodos de folga, com a finalidade de que o mesmo possa viver sua própria vida, e tenha a oportunidade de realizar outras tarefas.

O cuidador precisa de descanso, de apoio e quando não encontra isso na família e nos amigos, nota-se que o cuidado pode desencadear conflitos familiares quando estes não se dispõem a contribuir ou até mesmo pelo próprio peso da atividade, como pode-se observar:

Na época meu marido ficou muito estressado com a situação. Mas só a mão de Deus para ajudar.(Fala da cuidadora 2)

⁸³ A idosa foi acolhida no Lar São Rafael, encaminhada pelo Ministério Público, como medida protetiva.

Porque até o meu marido estava quase se separando de mim (fala da cuidadora 1)

Além da falta ou limitação do apoio oferecido, o cuidador familiar tem que gerir o cuidado com o idoso dependente, com os cuidados da casa e com os papéis sociais que desenvolve de mãe, de esposa, como citam as cuidadoras entrevistadas.

Diante do que foi discutido, observa-se que é possível prestar o cuidado sem apoio formal ou informal. Porém, nessas condições, é impossível que o idoso dependente e o cuidador não sofram impactos negativos em suas vidas.

Está mais do que comprovada a necessidade de uma rede de apoio formal e informal na tarefa do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura para a construção deste trabalho apontou que não há um único conceito de velhice, tão pouco uma única forma de envelhecer. Há, portanto, velhices e processos de envelhecimento.

Em termos legais, no Brasil, o marco inicial para caracterizar essa etapa da vida é a partir dos 60 anos de idade; nos países desenvolvidos é considerado idoso quem tem 65 anos ou mais. Esta caracterização é, na verdade, uma construção histórica identificada na modernidade, que, ao dividir a vida em estágios cronológicos, estabelece papéis sociais para cada grupo etário, tal qual a infância, a juventude, a vida adulta e a velhice.

A velhice é percebida através de alterações físicas como as rugas e o cabelo branco, por exemplo. Contudo, isso ainda não é suficiente para conceituá-la.

As ciências sociais, a partir do século XX, têm construído teorias sociológicas para explicar o envelhecimento. Cada uma delas traz contribuições para a reflexão, mas suas explicações apontam para processos de envelhecimento distintos.

Nas ciências biológicas, o envelhecimento é definido como normal ou patológico. O envelhecimento normal é aquele que ocorre com a diminuição da capacidade funcional de forma lenta e gradual. No patológico, este declínio funcional é intensificado e acelerado em decorrência de doenças ou de agravantes que podem levar o idoso a um grau de dependência.

Afirma-se, então, que o processo de envelhecimento ocorre de modo particular de pessoa para pessoa, sendo esse o resultado de uma história e condições de vida, de hábitos desenvolvidos, de relações sociais estabelecidas, de contextos sócio-históricos vivenciados, a falta ou acesso à saúde e de incidências ocorridas como manifestação de doenças e acidentes. Pode-se dizer, então, que existem apenas aproximações conceituais da velhice.

O destaque que se dá à velhice em termos conceituais, reflexivos e normativos, sobretudo a partir de meados do século XX, decorre de um fenômeno mundial conhecido como envelhecimento populacional. Em séculos anteriores o envelhecimento era pontual, porém, desde o século passado, o contingente de pessoas idosas aumentou nitidamente.

Pesquisadores da área afirmam que este fenômeno é resultado de várias conquistas sociais e científicas que possibilitaram ao indivíduo viver por mais tempo. Segundo Veras (2003), no início do século XX, a média de vida no Brasil era de 33 anos de idade, atualmente, dados censitários de 2010 (IBGE, 2010) revelam que a expectativa média de vida da população brasileira é de 73 anos. Isso significa que em um século a longevidade país aumentou 40 anos.

Não há como negar que tanto o envelhecimento populacional, quanto a longevidade produzem impactos em vários setores e nas políticas sociais do país. Assim, este segmento adentra a agenda pública. As discussões sobre a velhice no Brasil destacam-se a partir da década de 1970.

Todavia, é por meio da Constituição Federal de 1988 que a velhice adquire espaço no texto constitucional, sendo reconhecido o direito de proteção social através do sistema de seguridade social firmado no tripé previdência social, saúde e assistência social.

De acordo com a evolução histórica dos direitos à pessoa idosa, é na esfera da previdência social que são criadas as primeiras legislações e políticas voltadas ao idoso, antes mesmo da Constituição de 1988, remontando às primeiras décadas do século XX. Inicialmente, a preocupação não estava na velhice, mas no trabalhador que envelhece. Por ter uma característica contributiva, só tinham direito a essa política os que contribuía para a mesma. Atualmente, diante do envelhecimento populacional e do aumento da expectativa de vida, pesquisadores alertam para uma necessidade de reforma do sistema previdenciário, visto que em um futuro próximo este sistema pode ter um número maior de beneficiários e uma quantidade menor de contribuintes. Para alguns pesquisadores isso pode gerar um colapso no sistema.

A política de saúde, no que se refere à saúde do idoso, avançou após a carta constitucional de 1988, quando foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa política, foram originadas legislações que tratam da saúde do idoso como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto pela Saúde, especificadamente no que se refere ao pacto pela vida. Uma importante via de atendimento ao idoso e sua família dessa política é o Programa de Saúde da Família, cuja equipe que constitui a ESF é composta por múltiplos profissionais que realizam atendimento domiciliar no território ao qual está equipe está vinculada. Convém destacar que, ao seguir as indicações da OMS – as quais propõem uma

melhora da qualidade de vida da população idosa e sua condição de saúde –, a política de saúde brasileira tem incentivado o envelhecimento saudável, por meio de estilo de vida saudável e ativo, com alimentação adequada, práticas de atividade física, participação do idoso em centros de referência de saúde e convivência. Esse envelhecimento saudável e ativo contribuiria para a diminuição dos gastos do SUS, uma vez que os idosos são os que mais utilizam os serviços de saúde para consultas, exames e internações.

Por fim, a mais nova política que compõe o tripé da seguridade social, a assistência social, também apresenta importantes passos em direção à proteção social ao idoso, tanto por meio de suas normativas quanto de seus serviços, pois a assistência social deve ser prestada a quem dela necessitar. Com a LOAS de 1993 é regulamentado o BPC e a PNAS/2004 destaca em seus objetivos a centralidade na família e o direcionamento de ações voltadas também para a pessoa idosa. Com a criação do SUAS e sua regulamentação e organização por meio da NOB-RH/SUAS, Tipificação dos Serviços Socioassistenciais e a Lei 12.435/2011 que altera a LOAS, é trazida a questão da velhice, dos serviços direcionados a este segmento e equipes referenciadas para atuação nos serviços de atenção de proteção ao idoso.

Além do sistema de seguridade social, o Brasil teve um salto no que se refere a normativas e políticas sociais específicas para a população idosa, que são, inclusive, transversais às demais políticas sociais. Dentre estes avanços legais destaca-se a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso.

É inegável que após a Constituição de 1988 o Brasil apresentou importante progresso em relação aos direitos da pessoa idosa. Entretanto, considerando ser o envelhecimento um processo multifacetado, o país ainda precisa avançar especialmente no que tange à proteção direcionada à velhice dependente.

De acordo com o que foi apresentado e analisado no corpo deste trabalho, a velhice dependente é caracterizada pela condição de saúde e de fragilidade e/ou vulnerabilidade da pessoa idosa, ou seja, está relacionada ao declínio acentuado da capacidade funcional que dificulta o desenvolvimento de AVDs, ao contexto sócio-histórico, ao não acesso à renda, à saúde, à instalação de situações de violência, dentre outros fatores multidimensionais que incidem na fragilidade do idoso. As situações de fragilidade e vulnerabilidade física, social e emocional podem acarretar a dependência do idoso.

O grau de dependência do idoso revela limites físicos e cognitivos, o que contribui para a diminuição de sua independência. Pode acarretar inclusive a perda de autonomia, seja por incapacidade cognitiva ou por cerceamento do cuidador, que conclui que, uma vez que o idoso é dependente, ele não tem mais direito ou capacidade de escolha e de decisão.

A velhice dependente requer cuidados específicos de acordo com seu grau de dependência. Geralmente, a responsabilidade da prestação desse cuidado recai sobre a família, ainda que legalmente seja atribuído à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparo aos idosos a fim de assegurar-lhes seus direitos fundamentais e atender suas principais necessidades. Deve-se observar que o fato de a família assumir o cuidado ao idoso não significa que esse cuidador familiar tenha preparo para desenvolver tal tarefa.

A carga do cuidado pode ser tão pesada que o cuidador familiar que assume a responsabilidade principal do cuidado, se não tiver respaldo de uma rede formal e/ou informal, pode vir a ter problemas de saúde de ordem física, psicológica e social. As entrevistas com os representantes do poder público, do sistema de garantia de direitos e com os cuidadores familiares mostraram que os cuidadores familiares apresentam alto nível de estresse, sobrecarga física, financeira e emocional e adoecimento.

Vale dizer que situações de conflitos familiares, intensificadas pela tarefa de cuidar e de violência familiar instalada, é um forte indício de que a família não tem condições de assumir sozinha a responsabilidade do cuidado, ao passo que contextos de violência ocasionam a desproteção ao idoso.

Ao responsabilizar a família como única cuidadora, o Estado se exime de sua responsabilidade e não resolve a questão e, dependendo das relações familiares e da vulnerabilidade da família, este encargo contribui para o surgimento e instalação de outras expressões da questão social.

Estas situações, e também aquelas em que o idoso dependente não possui rede familiar ou comunitária, necessitam da intervenção direta do Estado no sentido da garantia do cuidado e da proteção ao idoso.

No que se refere à institucionalização do idoso – ainda que as legislações estabeleçam que esta é a última alternativa e só dever ser realizada quando esgotadas as possibilidades de cuidado e proteção ao idoso na família – a partir das últimas décadas do século XX até os dias atuais, identifica-se

modificações sociais e culturais contemporâneas como: novos arranjos familiares, redução do número de filhos, opção por não casar-se ou casar-se mais tarde, intensificação da mulher no mercado de trabalho, longevidade, envelhecimento populacional. Soma-se a estes aspetos o envelhecimento do cuidador. Tais alterações sociais têm contribuído para a demanda de serviços de acolhimento institucional.

Diante deste contexto, as ILPIs passam a ser reconhecidas como possibilidade de cuidado e proteção ao idoso. Contudo, a pesquisa realizada por Camarano e Kanso (2010) revelam que no Brasil 65% das ILPIs são filantrópicas, principalmente de caráter religioso, enquanto que as ILPIs públicas, geralmente municipais, somam 6,6%. Verifica-se a omissão do Estado no cuidado. Talvez isso justifique o discurso da responsabilização da família, quando não podemos perder de vista que questões relacionadas à velhice são de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado.

Sendo Presidente Prudente a delimitação geográfica desta pesquisa, verifica-se que não há, no município, uma ILPI pública, apenas 2 filantrópicas e 7 particulares. As particulares são de difícil acesso às famílias mais vulneráveis, as filantrópicas, dentre elas o Lar São Rafael, que foi co-participante desta pesquisa, têm como critério para o acolhimento idosos com grau de dependência I.

Na busca de atingir o objetivo desta pesquisa de identificar as estratégias utilizadas pelo poder público e pelas famílias cuidadoras para atender as necessidades decorrentes de idosos dependentes, especificamente em grau II e III, foram obtidos alguns resultados parciais.

Como resultado desta pesquisa foi possível construir o perfil – já detalhado no segundo capítulo – e destes dados destacam-se: a procura por institucionalização é maior para mulheres; as mulheres apresentam maior longevidade; quase a metade das solicitações é composta por idosos muito idosos; é considerável o número de idosos solteiros, viúvos e divorciados; cerca de 23% desses idosos residem sozinhos; a maior solicitante de vaga para o idoso é a família; apenas 26 das fichas informavam sobre o cuidador, destas 24 dos cuidadores eram mulheres e 2 eram homens. Este perfil acompanha a discussão apresentada sobre a literatura pesquisada no que se refere ao aumento da expectativa de vida, à feminização da velhice, a novos arranjos familiares e à incidência do cuidado recair sobre a mulher.

Para identificar as estratégias do poder público foram realizadas pesquisas documentais no CMI e entrevistas com representantes do poder público (Secretaria de Assistência Social e Secretaria de Saúde) e do sistema de garantia de direitos (MP e CMI).

Identificou-se que para a velhice dependente o município oferece o serviço de atendimento domiciliar aos idosos acamados, realizado pela secretaria de saúde, via Centro de Referência do Idoso; curso para cuidador familiar, desenvolvido pelo CRI em parceria com o CREAS e com a Delegacia de Proteção Social ao Idoso e, dentro do serviço de proteção e atendimento ao idoso vítima de violência familiar, realizado pela secretaria assistência social, por meio do CREAS, identificou-se ações de atividades como reuniões e cursos de pintura para os cuidadores familiares que praticaram violência contra o idoso. Convém ressaltar que o CRI, o CREAS e a Delegacia de Proteção ao Idoso são serviços considerados recentes no município, fundados em 2010.

Porém, de acordo com os entrevistados, a demanda reprimida para acesso a tais serviços e ações é grande, isso é, a demanda de idosos dependentes que não são atendidos nestes serviços é quase que a mesma proporção dos idosos atendidos.

Constata-se a falta de investimento em ações voltadas à velhice dependente, tanto para o auxílio dos cuidadores quanto de ILPI para os que necessitam. Sobre este último aspecto, um dos entrevistados mencionou que é crescente o número de idosos acamados vivendo sozinhos e que, portanto, precisam de cuidados. Reafirma-se a necessidade de ILPI, pública ou filantrópica, para idosos dependentes em Presidente Prudente (SP).

Quanto às listas encaminhadas ao MP e CMI, a estratégia que o MP pretende utilizar é estudar essa relação, a real condição e necessidade desses idosos e cobrar do poder público, como medida protetiva de abrigo em entidade privada, custeadas pelo poder público e, nas situações que há alternativa à institucionalização, exigir suporte profissional para os cuidadores familiares.

Em caráter de urgência, foi firmado um convênio com o Lar São Rafael para a disponibilização de cinco leitos para idosos dependentes, que seriam mantidos pelo poder público. Percebe-se mais uma vez que uma ILPI filantrópica acaba substituindo o poder público.

Apesar deste quadro de escassez de investimento em serviços dirigidos aos idosos dependentes e seus cuidadores familiares em Presidente Prudente (SP), nota-se um movimento do município que revela a preocupação tanto dos gestores como da população com as questões relacionadas à velhice. Este movimento é identificado na recente regulamentação do CMI, importante via de participação popular e pressão política para a garantia de direitos da pessoa idosa e da Coordenadoria do Idoso, que somados ao início da formação de uma rede de atenção e proteção ao idoso, são possibilidades de planejamento, organização e implementação de políticas públicas dirigidas ao idoso dependente.

Considera-se, diante do exposto, que a velhice dependente é uma demanda real para Presidente Prudente (SP) e as ações voltadas para este público ainda são pontuais e que, portanto, ainda carece de estratégias eficazes para dar respostas a esta demanda.

Quanto à pesquisa junto aos cuidadores familiares identificou-se o seguinte perfil: todas são mulheres e cuidam de idosos com mais de 70 anos; apenas uma não é idosa⁸⁴, apenas uma é aposentada, mas tanto essa quanto as demais declaram que a renda para a manutenção da casa procede do marido; todas possuem problemas de saúde, tais como hipertensão arterial, artrose, artrite, depressão.

Este perfil confirma o que a literatura tem mostrado no sentido da predominância da atividade do cuidado ser exercida por mulher. Assiste-se a feminização da velhice acompanhada pela feminização do cuidado. Como já discutido, revela o forte viés cultural e de gênero.

Concorda-se que o cuidado no espaço doméstico é importante para o idoso dependente por nutrir lembranças de sua história, pela preservação dos vínculos afetivos e comunitários.

Contudo, não podemos ser ingênuos em declarar que é assim que deve ser, pois devem ser considerados vários aspectos que envolvem esse cuidado domiciliar como, por exemplo, a estrutura física da casa, o tipo de relacionamento entre seus membros, a condição do cuidador, enfim, dentre outros fatores que precisam ser pensados ao afirmar que o idoso deve ser cuidado pela família.

⁸⁴ A cuidadora 1 tem 48 anos e cuida de idosa de 80 anos. A cuidadora 2 tem 70 anos e cuida do idoso de 73 anos. A cuidadora 3 tem 61 anos e cuida da idosa de 92anos. A cuidadora 4 tem 64 anos e cuida do idoso de 73 anos.

Observou-se por meio da revisão de literatura e legislações sobre a velhice, que há um incentivo muito grande por parte do Estado para que o idoso dependente seja cuidado pela família. Este quadro não é particular ao Brasil, mas se repete em vários países, inclusive os mais desenvolvidos. É claro que faz também parte de uma estratégia em diminuir os gastos que o Estado tem com a velhice dependente, sobretudo nas áreas da saúde e assistência social.

Entretanto, nos outros países o cuidador principal vem sendo reconhecido e também assistido como foco de políticas públicas e programas específicos. Essa preocupação decorre de outro ônus gerado ao Estado: a saúde do cuidador. Ou seja, outra demanda, mas originada da primeira – velhice dependente. Assim, tais países utilizam como estratégia o atendimento ao cuidador, repasse monetário, assistência técnica, equipamentos de autoajuda, substituição do cuidador (geralmente em instituições de residência de curta duração), acompanhamento sistemático.

O Brasil, e de modo particular Presidente Prudente (SP), tem desenvolvido ações voltadas ao cuidador, mas ainda há muito que se fazer como melhorar essas ações por meio de recursos materiais e humanos, realizar mais pesquisas para identificar a real necessidade das famílias que cuidam de idosos dependentes e antes disso, criar estratégias para identificação dos idosos que se tornam dependentes, talvez como um banco de dados que possa ser alimentado por todas as instituições que compõem a rede de atenção e proteção ao idoso.

O que não pode mais é perder tempo com um empurra – empurra de responsabilidades sendo que a velhice é transversal a varias políticas e a responsabilidade é partilhada.

No decorrer das entrevistas com os cuidadores familiares foi possível observar que quando as famílias conhecem os serviços existentes, elas procuram apoio da rede formal, algumas vezes são atendidas, mas como o atendimento é fragmentado a sensação é de que esse apoio é frágil ou não serve para “resolver o problema”.

Nesse sentido, para os cuidadores entrevistados, o apoio da rede informal, prestado por familiares e vizinhos é a estratégia que produz melhor resultado.

Por fim, a reflexão já problematizada neste trabalho sobre o cuidado em diferentes aspectos, quais sejam: como proteção social, como direito, como

previsão normativa, como uma questão cultural, como uma questão dirigida à família, como prerrogativa feminina e a questão do cuidador, revela-se como um campo que ainda precisa de estudos mais aprofundados e de ações mais eficazes.

Evidencia-se ainda, a necessidade de que o Estado assuma sua responsabilidade na proteção social dirigida à população idosa e à família.

REFERÊNCIAS

- ABIGALIL, A.P.C. MENDONÇA, J.M.B. **Processo de construção e implementação da política do idoso no Brasil**. In: Netto, M. Papaléo. Tratado de Gerontologia. 2ª ed., rev e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.
- ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Dissertação de Mestrado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Faculdade de Educação, 2003.
- ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas, SP: Alínea, 2004.
- ALMEIDA, V.L.V. Modernidade e velhice. In: Serviço Social e Sociedade, ano XXIV – nº 75, setembro de 2003, p.35-54.
- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005.
- ARAÚJO, C.L.O.; SOUZA, L.A.; FARO, A.C.M. **Trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil**. Disponível em: <www.abennacional.org.br/centrodememoria/.../n2vol1ano1_artigo3.pdf>. Acesso em: 30 jul 2013.
- ARIÈS. P. **História social da criança e da família**. Tradução: FLAKSMAN, D.. 2ª ed. Rio de Janeiro: TCLE, 1978.
- BATISTA, A.S. JACCOUD, L.B. AQUINO, L. EL-MOOR, P.D. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Coleção Previdência Social, v. 28. Brasília: MPS, SPPS, 2008.
- BERZINS, Marília Anselmo V.S.. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XXIV – nº 75, setembro de 2003. p. 19-34.
- BEHRING, E.R. BOSCETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.
- BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade. In: VERAS, R. (org). **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro, Reelumé-Dumará, 1995.
- BORGES, M.C.M. O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. In: SIMSON, O.R.M.V. NERI, A. L. CACHIONE, M. (org). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. 2ª ed. Campinas, SP: Alínea, 2006. p. 79-104.
- BOURGUIGNON, J.A. **A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social**. Rev. Katál. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 46-54 2007
- BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

_____. **Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social**. Decreto nº 55 de 11 de março de 1991.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social**, nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de 8 de dezembro de 1993.

_____. **Regulamentação da Profissão**. Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993.

_____. **Política Nacional de Assistência Social**. Resolução nº 145 de 15 de outubro de 2004. (DOU 28/10/2004).

_____. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

_____. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Portaria 1.395/ GM, em 10 de dezembro de 1999. Ministério da Saúde.

_____. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Portaria 397 de 09 de outubro de 2000. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação.

_____. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003.

_____. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Brasília, 2005.

_____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Lei nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME, CONSELHO NACIONAL DE ASSISTENCIA SOCIAL. **Resolução nº 269 de 13 de dezembro de 2006**. Aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica: envelhecimento da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 7, de 10 de setembro de 2009**. Brasília: 2009.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Institui a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Brasília: 2009.

_____. Lei nº 12.435 de 06 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742 de dezembro de 1993 que dispõe sobre a organização da Assistência Social.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRUNO, Marta Regina Pastor. Cidadania não tem idade. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XXIV – nº 75, setembro de 2003, p. 74-83.

CALDAS, C.P. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: NETTO, M.T. **Tratado de gerontologia**. 2. Ed., rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p.77 – 84.

CAMARANO A. A. PASINATTO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.A. (org). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

_____. KANSO, S. MELLO, J.L. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros. In: CAMARANO, A.A. (org). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

_____ et al. **Como vive o idoso brasileiro**. In: CAMARANO, A.A. (org). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

_____. KANSO, S. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**. v. 27, n. 1. Rio de Janeiro: jan./jun. 2010, p. 233-235.

_____. Especialista do IPEA comenta a situação da população do futuro e o seu envelhecimento. Disponível em <http://memoriadodae.wordpress.com/2010/05/14/ana-amelia-camarano-especialista-do-ipea-comenta-a-situacao-da-populacao-do-futuro-e-o-seu-envelhecimento/> publicado em 14/05/2010. Acesso em: 11 out. 2011.

_____. PASINATO, M.T. LEMOS, V.R. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? In: NERI, A. L. (org). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011. p. 127-149.

CARDOSO JR, J.C.; JACCOUD, L. Políticas Sociais no Brasil: Organização, Abrangência e Tensões da Ação Estatal. In: JACCOUD, L. (org). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005, p. 181-260.

CARVALHO, M.C.B. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A.R; VITALE, M.A.F. (org). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP, 2007 p. 267-274.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Trad. Iraci D. Poleti. Petrópolis: Vozes, 1998.

CONFERENCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA. Brasília: 2006. Disponível em: <www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/i_conferencia_idoso.htm>. Acesso em: 13 mai. 2013.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: BARROS, M. L.(Org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas/SP: UNICAMP, 1998. p.09-29.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas fazer welfare state. Lua Nova, n.24. São Paulo, setembro 1991, p.85-116.

FEATHERSTONE, M. A velhice e o envelhecimento na pós-modernidade. In: **A terceira idade**, ano X, nº 14, São Paulo: Sesc, 1998.

FEDERICI, S. Sobre El trabajo de cuidados de las personas mayores y los limites Del marxismo. In: CARRASCO, C.; BORDERÍAS, C.; TORNOS, T. (eds.). **El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas. Colecion economia crítica e ecologismo social**. Madrid: Catarata, 2011. p.390-411.

FERREIRA, I.S.B. As políticas brasileiras de seguridade social – saúde. In: Capacitação em serviço social e política social. Brasília: Centro de Educação Aberta, Continuada e à Distancia UnB (CEAD).2000.

GORDILHO, Adriano. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UNATI, 2000.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 11ª ed. São Paulo: Cortez, 2007

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos & Pesquisas: Informações demográfica e socioeconômica, Nº27, Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1>. Acesso em: 30 set. 2011.

_____. **Idosos**. Disponível em

<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/preocupacao_futura.htm>. Acesso em: 13 set. 2011.

_____. **Brasileiro vive 25 anos a mais que em 1960**. IBGE: 2012. Disponível em

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170&id_pagina=1>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Censo Demográfico 2010. IBGE. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?codmun=354140&idtema=1&search=sao-paulo|presidente-prudente|censo-demografico-2010:-sinopse->>>. Acesso em: 10 jul 2013.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. v. 20. Brasília: Ipea, 2012.

KARSCH, U.M. Cuidadores familiares de idosos: parceiros da equipe de saúde. In: *Serviço Social e Sociedade*, ano XXIV – nº 75, setembro de 2003, p. 103-113.

_____. **Idosos dependentes: famílias cuidadoras.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mai-jun, 2003 p. 861-866.

LEME, L.E.G. O idoso e a família. In: NETTO, M.T. **Tratado de gerontologia.** 2. Ed., rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p.217-223.

LOPES, A. Dependência, Contratos Sociais e Qualidade de Vida na Velhice. In: SIMSON, O.R.M.V. NERI, A. L. CACHIONE, M. (org). **As múltiplas faces da velhice no Brasil.** 2ª ed. Campinas, SP: Alínea, 2006.p.129-140.

MARSIGLIA, R.M.G. Orientações Básicas para a pesquisa. In: MOTA, A.E; et AL (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2009. Versão digital disponível em: <<http://poteresocial.com.br/blog/?p=190>>. Acesso em: 06 maio 2012.

MENDONÇA, J.M.B. ABIGALIL, A.P.C. Processo de construção e implementação da política do idoso no Brasil. In: NETTO, M.T. **Tratado de gerontologia.** 2ªed., rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p. 637-644.

MENDES, P.B.M.T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U.M.S (org). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.** São Paulo: EDUC, 2004 p. 171-197.

MERCADANTE, E.F. Velhice e a identidade estigmatizada. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XXIV – nº 75, setembro de 2003. P. 55 – 73.

MESTRINER, M. L. **O Estado entre a filantropia e a assistência social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Visão antropológica do envelhecimento humano. In: **Velhices: reflexões contemporâneas.** São Paulo: SESC: PUC, 2006. P. 47-60.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIOTO, R.C.T. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I. et al. **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2008 p. 130-147

MONTEIRO, P.P. Espaços internos e externos do corpo: envelhecimento e autonomia. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XXIV – nº 75, setembro de 2003. P. 143 – 152.

NERI, A.L. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: NERI, A.L. (org). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** Campinas: Papirus, 2001. p. 161-200

_____. Bem estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura.** 7ª ed. Campinas: Papirus, 2007 p. 237-285.

_____. Feminização da velhice. In: NERI, A. L. (org). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. p. 47 – 64.

_____. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, A. L. (org). Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011. p. 13-59.

_____. SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. 3 ed. revisada. Campinas, SP: Alínea, 2012. p. 11 – 68.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da Questão Social. In: Associação Brasileira de pesquisa e ensino em Serviço Social – ABEPSS. **Temporalis**, ano II nº 03. Brasília: ABEPSS, 2001.

NETTO, M. P. Processo de envelhecimento e longevidade. In: NETTO, M.T. **Tratado de gerontologia**. 2. Ed., rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p. 3-14.

_____. LUDERS, S.L.A. KLEIN, E.L. Demência II: impacto sobre cuidador, família e sociedade. In: NETTO, M.T. **Tratado de gerontologia**. 2. Ed., rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p.339-368

ONU. A ONU e as pessoas idosas. Disponível em <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>> Acesso em: 30 abr. 2012.

ORLANDI. E.P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 3 ed. Campinas: Pontes, 2005.

PEREIRA, P. A. P. Política de Assistência Social para a Pessoa Idosa. Biblioteca Eixos Temáticos. Disponível em: <<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/eixo.php>>. Acesso em 06 fev 2013.

PERRACINI, M. R. NERI, A. L. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (org). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. 3ª ed. revisada. Campinas, SP: Alínea, 2012. p. 137-166.

PNUD; IPEA; FJP. Perfil do Município de Presidente Prudente – SP. In: PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. P. 1-15. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013> . Acesso em 11 set 2013.

PRESIDENTE PRUDENTE. Lei nº 3.909/94 de 04/03/1994. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal do Idoso e dá outras providências. Presidente Prudente: 1994.

_____. Lei nº 5.005 de 17 de dezembro de 1997. Institui a Codificação das Leis Municipais e dá outras providências. Presidente Prudente: 1997

_____. Lei nº 5.869 de 13 de dezembro do 2002. Dispõe sobre a criação da Coordenadoria do Idoso. Presidente Prudente: 2002.

_____. Lei Ordinária de Presidente Prudente/SP, nº 7904/2012 de 13/11/2012. Dispõe sobre nova regulamentação do Conselho Municipal do Idoso, do Fundo Municipal do Idoso e dá outras providências. Presidente Prudente: 2012.

_____. Coordenadorias fortalecem políticas da Juventude, do Idoso e da Pessoa com Deficiência. Notícias, 09 de janeiro de 2013. Disponível em: <<http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/noticias.xhtml?cod=22230>>. Acesso em 28 jul. 2013.

_____. Estratégia de Saúde da Família – ESF. Presidente Prudente: 2012. Disponível em: <http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/unidades/sms_esf.xhtml;jsessionid=7D56D2923A66D28366227F602DD65DB1>. Acesso em: 29 jul. 2013.

QUEROZ, N. C. Aspectos do conhecimento psicogerontológico para a atenção à família, ao cuidador e às instituições de idosos fragilizados. In: FALCÃO, D. V. S. (org). **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade**. Coleção Vivacidade. Campinas, SP: 2010.

RESENDE, M.C. NERI, A.L. Envelhecer com deficiência física: possibilidades e limitações: In: NERI, A. L. (org). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011. p.231-250.

SANTOS, S.M.A. RIFIOTIS, T. Cuidadores familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre o cuidado e o papel dos conflitos na dinâmica da família cuidadora. In: SINSON, O.R.M.V. NERI, A.L. CACHIONI, M. **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. 2ª ed. Campinas, SP: Alínea, 2006. p.141-164.

SÃO PAULO. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. **Consolida a legislação relativa ao idoso no Estado de São Paulo**. Lei nº 12.548 de 27 de Fevereiro de 2007.

SILVA, J. C. Velhos ou idosos? In: Revista **A Terceira Idade**. Vol. 14 nº 26, SESC – SP, jan 2003, p. 94-111.

SILVA, M. O. S.; YAZBEK, M. C.; GIOVANNI, G. **A Política Social Brasileira no Século XXI: a prevalência dos Programas de Transferência de Renda**. 4. ed. São Paulo:Cortez, 2008

SILVEIRA, T.M. CALDAS, C.P. CARNEIRO, T.F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: ago, 2006, p. 1629-1638.

SIQUEIRA, M.E.C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: NERI, A.L. (org). **Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas, SP: Papirus, 2001 (Coleção Vivacidade), p. 73- 112.

_____. MOI, R.C. Estimulando a memória em Instituições de Longa Permanência. In: SIMSON, O.R.M.V et al (org). **As múltiplas face da velhice no Brasil**. 2ª ed. Campinas, SP: Alínea, 2006. 165 – 186.

SOMMERHALDER, C; NERI, A.L.. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. 3 ed. revisada. Campinas, SP: Alínea, 2012. p. 137-166.

SOUZA, G.M.A. **Proteção social ao idoso: conquistas e desafios**. Salvador: UCSal. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação, 2009.

SUNKEL, G. El papel de la familia en la protección social en América Latina. CEPAL, Serie Políticas Sociales, n. 120. Santiago de Chile, 2006 p. 3-58

TEIXEIRA, S.M. **Envelhecimento no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, I. N. DA. O. Fragilidade biológica e qualidade de vida na velhice. In: NERI, A. L. (org). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011. p. 151 – 171.

VERAS. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. **A terceira idade**, v. 14, n28, p. 6-9, 2003.

VIANA, A.L.A. LEVCOTIZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, A.L. A. LEVCOTIZ, E. IBAÑEZ, N. (org). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15 -57.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução: Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

YUASO, D. R. Cuidadores de idosos dependentes no contexto domiciliário. In: NETTO, M.T. **Tratado de gerontologia**. 2. Ed., rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p. 711-717.

APÊNDICES

APÊNDICE A - 1

Modelo: Ofício Para Solicitação De Autorização Para Realização Da Pesquisa Documental

Prezado (a) Senhor(a),

Nome

Cargo/ Instituição

Solicitamos autorização para que a aluna Ana Paula S. Giroto Alves, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, em nível de Mestrado da Universidade Estadual de Londrina, sob o nº de matrícula xxxx, possa realizar uma pesquisa documental na referida instituição, referente ao período que corresponde ao ano de 2011.

Trata-se de pesquisa que subsidiará e atenderá as exigências para elaboração de sua Dissertação de Mestrado, orientada pela Profª Drª Mabel Mascarenhas Torres, lotada no Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina.

Os objetivos da pesquisa são: conhecer quais são as estratégias de atendimento utilizadas pelas famílias e poder público para atender as necessidades decorrentes da dependência II e III no município de Presidente Prudente (SP). Mapear quais são os programas e serviços ofertados no município de Presidente Prudente à população idosa. Elaborar o perfil dos idosos com grau de dependência II e III que compõem a relação de solicitação de vaga do Lar São Rafael de Presidente Prudente. Identificar os fatores que revelam as necessidades de atendimento específico ao idoso dependente II e III que compõem a relação de solicitação de vaga do Lar São Rafael de Presidente Prudente. Conhecer quais as estratégias utilizadas pelas famílias para o atendimento dos idosos dependentes. Conhecer quais as estratégias utilizadas pelo poder público para a garantia de atendimento aos idosos com dependência II e III. Conhecer quem são os cuidadores dos idosos com grau de dependência II e III

Para a execução desta pesquisa a aluna necessita estabelecer contato para marcação da pesquisa documental que subsidiará a construção da dissertação de mestrado.

Desde já agradecemos a atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos pelo telefone (43) 3371-4693.

Atenciosamente

Profª Drª Vera Lúcia Tieko Suguihiro
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social
da Universidade Estadual de Londrina

Profª Dra Mabel Mascarenhas Torres
Orientadora da Dissertação

APÊNDICE A - 2

Modelo: Ofício Para Solicitação De Autorização Para Realização Da Pesquisa

Prezado(a) Senhor(a),

Nome

Cargo/ Órgão

Solicitamos autorização para que a aluna Ana Paula S. Giroto Alves, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, em nível de Mestrado da Universidade Estadual de Londrina, sob o nº de matrícula xxxx, possa realizar pesquisa com um profissional responsável pelos serviços de atendimento ao idoso, dessa secretaria.

Trata-se de pesquisa que subsidiará e atenderá as exigências para elaboração de sua Dissertação de Mestrado, orientada pela Profª Drª Mabel Mascarenhas Torres, lotada no Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina.

Os objetivos da pesquisa são: conhecer quais são as estratégias de atendimento utilizadas pelas famílias e poder público para atender as necessidades decorrentes da dependência II e III no município de Presidente Prudente (SP). Mapear quais são os programas e serviços ofertados no município de Presidente Prudente à população idosa. Elaborar o perfil dos idosos com grau de dependência II e III que compõem a relação de solicitação de vaga do Lar São Rafael de Presidente Prudente. Identificar os fatores que revelam as necessidades de atendimento específico ao idoso dependente II e III que compõem a relação de solicitação de vaga do Lar São Rafael de Presidente Prudente. Conhecer quais as estratégias utilizadas pelas famílias para o atendimento dos idosos dependentes. Conhecer quais as estratégias utilizadas pelo poder público para a garantia de atendimento aos idosos com dependência II e III. Conhecer quem são os cuidadores dos idosos com grau de dependência II e III

Para a execução desta pesquisa a aluna necessita estabelecer contato para marcação da entrevista que subsidiará a construção da dissertação de mestrado.

Desde já agradecemos a atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos pelo telefone (43) 3371-4693.

Atenciosamente

Profª Drª Vera Lúcia Tieko Suguihiro
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social
da Universidade Estadual de Londrina

Profª Dra Mabel Mascarenhas Torres
Orientadora da Dissertação

APÊNDICE B

Modelo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a):

- Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “**Proteção social na velhice: dependência e cuidados**”, realizada em “**Presidente Prudente**”. O objetivo da pesquisa é “conhecer as estratégias utilizadas pelas famílias e poder público para atender as necessidades decorrentes da dependência II e III no município de Presidente Prudente (SP)”. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: por meio de entrevista com perguntas sobre o tema, essa entrevista será gravada e depois transcrita. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são dar visibilidade à questão da velhice dependente em Presidente Prudente e as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores desses idosos, bem como identificar estratégias que possibilitem a proteção social de tais idosos.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar **(Nome da pesquisadora, endereço, telefone e e-mail)**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada, entregue a você.

Presidente Prudente, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador Responsável – Ana Paula S. Giroto Alves

RG:

--

(Nome) _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE C
Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu **Ana Paula Santana Giroto Alves, brasileira, casada, assistente social, inscrita no CPF/ MF sob o nº xxxx**, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Idosos dependentes: protegidos ou excluídos” a que tiver acesso nas dependências das instituições: Conselho Municipal do Idoso; Lar São Rafael; Ministério Público; Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Municipal de Assistência Social, todos localizados na cidade de Presidente Prudente.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita à, informação relativa às operações, processos, planos ou intenções.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, 25/03/2013

Pesquisador(a) Responsável

APÊNDICE D -1

Modelo: Roteiro para Entrevista com representante do poder público

Data: / / .

Instituição/ Órgão:

Letras iniciais do nome do representante: _____

Profissão: _____ **Cargo/ função:** _____

- 1) Quais os serviços prestados neste órgão direcionado à população idosa?
- 2) São oferecidos serviços específicos para idosos dependentes? Como é desenvolvido?
- 3) Qual a capacidade de atendimento?
- 4) Quais demandas o órgão recebe?
- 5) Recebe encaminhamentos de outros serviços? Quais serviços?
- 6) Qual (is) os procedimentos utilizados no que se refere aos encaminhamentos recebidos/ enviados?
- 7) Esse serviço tem dotação orçamentária? Quais as fontes de orçamento destinadas aos serviços dirigidos a população idosa?
- 8) A que nível de complexidade se vincula o serviço? (atenção primária, secundária ou terciária se for da saúde/ proteção básica ou especial de média e alta complexidade se for da assistência social).
- 9) Quais são os impactos dos serviços prestados por este órgão na qualidade de vida da população idosa?

APÊNDICE D - 2

Modelo: Roteiro para Entrevista com os cuidadores familiares

Data entrevista: / / . Data contato: / / .

1. Identificação

Letras iniciais do nome: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Estado Civil: _____

Profissão/Ocupação: _____

Renda própria: () Sim () Não

De onde/quem procede da renda familiar: _____

Grau de parentesco com o idoso: _____

Idade do idoso: _____ Escolaridade do/a idosa/a: _____

Estado Civil do/a idoso/a: _____

2. Roteiro para a entrevista

- 1) Como é ser cuidador? Fale sobre sua experiência de ser cuidador.
- 2) Conte como foi o processo de se tornar cuidador. (relacionamento entre idoso e cuidador antes e atualmente, como foi a escolha)
- 3) Você mora com o/a idoso/a? Quem mais reside com vocês? - Se não, com quem o/a idoso/a reside?
- 4) Possui empregada domestica? () Sim () Não
- 5) Há quanto tempo você tem cuidado desse (a) idoso (a)? Que tipo de cuidado ele necessita? (é possível identificar o grau de dependência atual do idoso)
- 6) Você reveza o cuidado com alguém? Com quem? Quando? Como?
- 7) Na sua opinião, quais são as coisas boas em ser cuidador? O que vocês acha que dificulta ser cuidador? (aspectos positivos e/ou negativos em ser cuidador)
- 8) Você recebeu algum preparo para ser cuidador?
- 9) Você recebe ou já recebeu orientações profissionais para a prestação do cuidado? De quais profissionais ou serviço?
- 10) Quais serviços você acessa para atendimento ao idoso/a.
- 11) O que você faz para se cuidar?
- 12) O que o/a levou a solicitar vaga para o/a idoso/a no Lar São Rafael? Já tinha conversado com ele sobre a institucionalização?