



UFRJ

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

SELMA REGINA PINHEIRO TALIM

**ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: O PAPEL SOLITÁRIO
DA FAMÍLIA NO CUIDADO**

Rio de Janeiro
Abril de 2022

SELMA REGINA PINHEIRO TALIM

**ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: O PAPEL SOLITÁRIO
DA FAMÍLIA NO CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sob a orientação de Mably Trindade.

Rio de Janeiro
Abril de 2022

SELMA REGINA PINHEIRO TALIM

**ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: O PAPEL SOLITÁRIO
DA FAMÍLIA NO CUIDADO**

TCC aprovado em _____ de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Mably Jane Trindade Tenenblat (orientadora)

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof. Dra. Joana Angélica Barbosa Garcia

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof.^a Dra. Leilah Landim Assumpção

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

DEDICATÓRIA

Para minha querida mãe com quem sempre aprendi a ser filha e, também, a ser mãe novamente em seus últimos meses de vida...

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Criador do Universo pela força, fé, energias positivas e por enviar pessoas especiais que sempre contribuíram em minha árdua caminhada.

A principal inspiração dessa monografia foi a minha mãe Delma Coelho Pinheiro, que viveu 91 anos dedicando a sua vida a mim, pois sou filha única, e, também, aos meus filhos, seus únicos netos. Essa baixinha paraense, determinada e com uma memória prodigiosa, ensinou-nos a importância de lutar pelos nossos sonhos até o fim.

Para além do cuidado com a minha mãe, é importante mencionar que as dificuldades, os desafios e a constatação de que a Rede Pública de Saúde da cidade do Rio de Janeiro está falida e todo o despreparo no trato com os(as) pacientes idosos também despertaram a minha indignação e o meu interesse em abordar esse tema tão relevante nos dias atuais.

Cuidar integralmente da minha mãe mudou a minha vida, pois, precisei parar tudo o que eu estava fazendo e todos os meus compromissos e sonhos para me dedicar exclusivamente ao seu bem-estar. Tal atitude fez-me constatar o quanto o amor pode prolongar a vida e amenizar as dores das doenças daqueles que amamos.

Em seguida, agradeço às minhas filhas Cristina e Patrícia pelo profundo incentivo e por vibrarem a cada conquista nesse período. Gratidão, também, ao meu filho Raphael que me ajudava nos cuidados com a sua avó.

Agradeço à minha família, em especial, a minha prima Sandra Pinheiro por me orientar a fazer o Enem e a realizar o sonho de ingressar na UFRJ após os cinquenta anos. Destaco aqui a minha querida tia Maria dos Anjos que continua acreditando e torcendo por mim.

A luta foi árdua, mas é com imensa alegria que chego a essa etapa final da minha graduação em Serviço Social nessa conceituada universidade. Embora eu não tenha sido uma aluna cotista, gostaria de destacar em meus agradecimentos as políticas sociais de inclusão no ensino superior, que abriram as portas a muitos(as) estudantes por meio do programa de cotas, realizando o sonho de inúmeros(as) discentes em adentrar no universo acadêmico, antes tão elitizado.

Sabemos que toda produção intelectual é fruto de esforços coletivos. Portanto, nunca estive sozinha nesse longo processo. Cada mestre que atravessou a minha jornada acadêmica inspirou-me e foi lembrado durante a confecção desse trabalho de final de curso.

Paulo Freire já dizia que “todo educador eterniza-se em cada ser que educa”. Nesse sentido, agradeço ao corpo docente da Escola de Serviço Social da UFRJ pelo comprometimento com a qualidade e excelência do ensino, assim como pelas profundas reflexões e aplicação dos saberes adquiridos em nossa profissão.

Assim, registro meus sinceros agradecimentos à minha primeira orientadora, a professora doutora Ana Izabel Moura de Carvalho Moreira pela dedicação, competência, paciência e compreensão num momento tão delicado que eu vivia durante os cuidados com a minha mãe doente de Alzheimer, precisando me ausentar de suas preciosas orientações. Entretanto, todos os seus ensinamentos foram aproveitados e utilizados nesse trabalho.

Gostaria de mencionar que quando a tristeza e o desânimo tomaram conta do meu ser, a minha atual orientadora acolheu-me, levantando a minha autoestima, perdida há algum tempo, e acreditando no meu potencial. Mably – que não gosta muito de formalidades e como prefere ser chamada pelos(as) estudantes – de maneira generosa, paciente e acolhedora ajudou-me a retornar às pesquisas, aos estudos e a elaborar esse trabalho. A ela agradeço, também, por todos os nossos encontros, ainda que virtuais, por não ter desistido de mim e pelo privilégio de ter conhecido uma pessoa dotada de tamanha generosidade, luz, empatia e afeto. Gratidão eterna a você, minha querida!!

Agradeço, ainda, à Coordenação do Curso – professora doutora Gracielly Costa e professora doutora Mirella Rocha – pelo incentivo neste longo e árduo processo. Agradecimentos à COAA por todo acolhimento e acompanhamento acadêmico ao longo dos últimos meses da graduação, em especial neste contexto pandêmico.

Será uma honra contar com as ilustres presenças das professoras doutoras Joana Garcia e Leilah Landim na minha banca de TCC para avaliação desse trabalho. Agradeço o aceite do nosso convite e as contribuições que, certamente, irão enriquecer este singelo, imperfeito e despretensioso trabalho.

Devo destacar o comprometimento dos servidores da Escola de Serviço Social, em especial, à equipe da Secretaria que tão bem resolve as nossas demandas e contribui para o bom andamento de nossas atividades. Agradeço, também, aos terceirizados responsáveis pela organização e limpeza do espaço que compartilhamos. A todos esses trabalhadores todo o meu respeito e gratidão.

Agradeço a equipe de assistentes sociais da Emergência do Hospital Federal do Andaraí pelo acolhimento, em especial, a minha primeira Supervisora de Estágio: Viviane Francisco que com a sua competência me treinou com muito carinho por dois períodos, passando preciosos ensinamentos que levarei para a minha profissão e para a vida.

Gostaria de agradecer, também, a excelente equipe de assistentes sociais do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) pela oportunidade de estágio, especialmente a minha supervisora Soraia Brandão do Ambulatório de Geriatria, por sua paciência, importantes ensinamentos, conhecimento no setor e compartilhamento de saberes.

Agradeço à professora doutora Maria Magdala pela Coordenação do Curso de Cuidadores de Idosos em conjunto com a Coordenação de Extensão da UFRJ, que foi muito importante nos cuidados durante a doença da minha mãe e auxiliou na confecção dessa monografia.

Jamais esquecerei dos meus colegas de curso Adim Reis, Cleide Regina, Marcos Abrahão entre outros que tanto me auxiliaram e tornaram leve a minha caminhada acadêmica. Gostaria de destacar a querida amiga Ana Mercedes por estar presente nos momentos difíceis, incentivando e colaborando para o meu sucesso nessa caminhada.

Por fim, mas não menos importante: à Universidade Federal de Rio de Janeiro (UFRJ) – uma das melhores universidades de toda a América Latina – por ter possibilitado de todas as formas possíveis a realização desse sonho...

TALIM, Selma Regina Pinheiro. Atendimento à saúde da população idosa: o papel solitário da família no cuidado. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, abril de 2022.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso aqui apresentado propõe algumas reflexões sobre a saúde da população idosa, buscando compreender como a família acaba sendo responsabilizada pelo cuidado deste segmento populacional em razão da omissão estatal. O objetivo geral deste estudo é, portanto, refletir sobre a articulação entre velhice e saúde, bem como analisar o papel do Estado no processo de desresponsabilização do cuidado com a saúde da população idosa. Para alcançar tal propósito, foram estabelecidos alguns objetivos específicos: a) estudar a Política Nacional do Idoso (PNI); b) pesquisar a política de saúde e as respostas às demandas do envelhecimento: do passado à atualidade; c) analisar informações que contribuam para a compreensão do papel da família diante da ausência estatal; d) e, por fim, destacar que o envelhecimento ocorre, obviamente, com todas as pessoas, entretanto, em diferentes contextos e circunstâncias, a velhice assume contornos bastante distintos. Cumpre mencionar, ainda, que a monografia guarda relação direta com a minha experiência no estágio, realizado em 2017, no ambulatório de geriatria, uma seção da Divisão de Recursos Humanos (DRH) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). A inquietação com a temática emergiu, também, a partir da minha própria vivência pessoal, enquanto cuidadora de minha mãe diagnosticada com Alzheimer, que dependia de uma rede pública de saúde bastante sucateada e omissa, no que diz respeito às linhas de cuidado com a pessoa idosa. Nesse sentido, com o objetivo de analisar o tema, a metodologia adotada privilegiou instrumentos e técnicas de investigação qualitativa, com análise bibliográfica sobre a temática a partir de artigos, dissertações e teses que abordam a saúde da população idosa. Além disso, foram utilizados, ainda, o diário de campo e alguns trabalhos elaborados para as disciplinas de Orientação e Treinamento Profissional (OTP).

Palavras-chave: População Idosa. Saúde. Política Nacional do Idoso (PNI). Omissão Estatal. Serviço Social

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADV	Atividade da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CDA	Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice
CER	Coordenação de Emergência Regional
CF	Constituição Federal
CFSS	Conselho Federal de Serviço Social
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DRH	Divisão de Recursos Humanos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério do Planejamento e Assistência Social
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OTP	Orientação e Treinamento Profissional
PADI	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
SESC	Serviço Social do Comércio
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
A escolha do objeto de pesquisa	11
Contextualização do tema de pesquisa	13
Metodologia de pesquisa	15
Estrutura do TCC	16
CAPÍTULO 1: VELHICE E FAMÍLIA: DELINEANDO ALGUNS CONCEITOS	18
1.1 O que é envelhecer num país como o Brasil?	18
1.2 Mudanças no perfil do envelhecimento da população brasileira	26
1.3 O peso do cuidado sobre a família.....	28
CAPÍTULO 2: POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE A POPULAÇÃO IDOSA	31
2.1 As tímidas respostas estatais às demandas do envelhecimento	31
2.2 A desresponsabilização estatal no atendimento ao idoso.....	34
2.3 A saúde da população idosa.....	35
2.4 A Política Nacional do Idoso – PNI (Lei nº 8.842 de 1994)	40
2.5 O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741) de 2003	42
2.6 O Conselho Municipal do Idoso	45
2.7 As políticas públicas para idosos da Prefeitura do Rio de Janeiro.....	47
CAPÍTULO 3:O OLHAR DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE A VELHICE NO BRASIL	51
3.1 A atuação do Serviço Social no ambulatório de geriatria do HU.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	60

INTRODUÇÃO

A escolha do objeto de pesquisa

O presente trabalho de conclusão de curso aqui apresentado versa sobre a saúde da população idosa, buscando compreender como a família acaba sendo responsabilizada pelo cuidado deste segmento populacional em razão da omissão estatal.

O objetivo geral deste estudo reside, portanto, em analisar a Política Nacional do Idoso (PNI). Para alcançar tal propósito, foram estabelecidos alguns objetivos específicos: a) estudar a referida política; b) pesquisar a política de saúde e as respostas às demandas do envelhecimento: do passado à atualidade; c) analisar as informações que contribuam para a compreensão do papel da família diante da ausência estatal; d) e destacar que o envelhecimento ocorre, por óbvio, em todas as pessoas, entretanto, em diferentes contextos e circunstâncias, a velhice, assume contornos bastante distintos.

Esta monografia guarda relação direta com a minha experiência no campo de estágio em 2017 no Ambulatório de Geriatria, uma seção da Divisão de Recursos Humanos (DRH) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

No decorrer do meu estágio no referido Ambulatório de Geriatria do HU – como é conhecido –, tive oportunidade de observar determinadas questões relacionadas com a atenção à velhice bastante precarizada no Estado do Rio de Janeiro. Famílias pauperizadas e despreparadas para os cuidados com o idoso, principalmente os acometidos de demências e outras comorbidades.

Nesse sentido, ao realizarmos entrevistas com familiares, em caso de conflitos em relação às questões financeiras e de cuidados com o idoso incapaz, era possível perceber o despreparo e o "peso" que aquela situação estava causando na família e, não raramente, presenciei acaloradas discussões entre os membros, chegando a ameaça de resolverem no Judiciário questões dos cuidados do idoso.

A Geriatria do HU presta um atendimento multidisciplinar de excelência, contando com médicos/professores/pesquisadores da área de Geriatria,

Psiquiatria, Neurologia, Nutrição, Odontologia e o Ambulatório do Serviço Social, especializados no tratamento da terceira idade.

Mensalmente, a minha supervisora Soraia Brandão, realizava uma reunião com os cuidadores e, por vezes, o idoso estava presente por não ter com quem ficar durante as reuniões. Nesta atividade, havia muita troca de experiências, acolhimento e podíamos observar o extremo desgaste dos(as) cuidadores(as), que precisavam de atendimentos psicológicos e até psiquiátricos. Tal experiência auxiliou-me nos cuidados com a minha mãe idosa que, naquele momento, havia sido diagnosticada com Alzheimer.

É importante mencionar que o meu interesse pela temática do envelhecimento deve-se a vários fatores, sobretudo, ao fato de eu ter ingressado na universidade aos 50 anos e cuidar da minha mãe diagnosticada, como dito, com Alzheimer. Portanto, estes dois fatores por si sós já despertaram, desde o início da graduação, o meu desejo de discutir questões relacionadas a esta temática.

Sabemos que o envelhecimento é um fenômeno causado pelo avanço da Medicina, das novas tecnologias que aumentaram a longevidade, bem como da qualidade de vida das pessoas e, também, do autocuidado. A atuação da geriatria, pesquisando sobre as prevenções de doenças senis e qualidade de vida na terceira idade, também, propiciaram um avanço do envelhecimento saudável.

Infelizmente, contudo, nem todas as pessoas têm acesso a esses cuidados e a uma saúde integral, preconizados e defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saúde integral como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades” (OMS, 1946).

Como filha única, precisei dedicar-me integralmente aos cuidados da minha mãe, enfrentando as inúmeras dificuldades de uma saúde pública bastante falida, não obstante o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se do melhor e mais abrangente sistema de saúde do mundo, mas, sem o investimento intensivo e necessário do governo está sendo sucateado e precarizado com nítidas intenções de privatização.

Ao fazer um curso de cuidadora de idosos pela UFRJ e estagiar no setor de geriatria do HU, o meu objetivo era adquirir conhecimento para elaborar a minha monografia e, também, utilizar esse importante aprendizado nos cuidados com a minha mãe. Com a ausência (e omissão) do Estado, que presta um devido atendimento à saúde, temos uma população que envelhece com sérias e inúmeras deficiências, como falta de lazer, acesso a bons médicos, medicina preventiva e qualidade de vida em geral.

Em síntese, entrar na universidade na meia idade, estagiar no HU e cuidar da minha mãe idosa foram as principais razões que despertaram o meu interesse na temática do envelhecimento.

Contextualização do tema de pesquisa

Delimitamos que a temática seria abordada em seus vínculos com o Serviço Social, pois a “questão da velhice”, ou seja, seus limites e dificuldades têm comparecido no nosso cotidiano profissional de maneira intensa e recorrente.

Mas, quem pode ser classificado(a) como idoso(a)? O mais comum para que venhamos demarcar o que venha ser um(a) idoso(a) é ter como base o limite etário. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais residentes em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais aquelas que residem em países desenvolvidos.

Sousa (2008) destaca que, na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento foi um processo, seguido de crescimento econômico contínuo durante muitas gerações. Em países emergentes, tal processo está sendo reduzido em duas ou três décadas. É possível constatar que, enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecer, os emergentes estão envelhecendo antes de obter um aumento substancial em sua riqueza.

Para Renato Veras e Célia Caldas (2004), o século XX caracterizou-se por profundas e radicais transformações, destacando-se o aumento do tempo de vida da população como o fato mais significativo no âmbito da saúde pública mundial, pois de acordo com os referidos autores (idem), uma das maiores conquistas da humanidade foi à extensão do tempo de vida.

É importante ressaltar que a noção de velhice como etapa diferenciada da vida emergiu no período de transição entre os séculos XIX e XX. Dois fatores destacam-se como fundamentais e determinantes para o surgimento da velhice: a formação de novos saberes médicos sobre o corpo envelhecido e a institucionalização das aposentadorias (SILVA, 2008).

A velhice era tratada como uma fase da vida caracterizada pela decadência, decrepitude e pela ausência de papéis sociais, sendo o envelhecimento associado ao deterioramento do corpo, delimitado por estudos biológicos e fisiológicos (UCHÔA *et al.*, 2002).

Na esteira de Uchôa (*idem*), Dias (1998) assinala que existem algumas diferenciações em torno destes conceitos, pois o envelhecimento é compreendido enquanto um processo; a velhice, por sua vez, é uma fase da vida, e a pessoa idosa é o sujeito social que vivencia esse ciclo.

Ademais, sabe-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno que acontece em ritmo acelerado em todos os países do mundo. Para Renato Veras (2007, p. 2464):

O Brasil é um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. O número de idosos passou 3 milhões em 1960, para 7 milhões, em 1975, e de 17 milhões em 2006 - um aumento de 600% em menos de cinquenta anos.

Nesse sentido, um dos objetivos da presente pesquisa é propor uma reflexão que envolva a articulação entre velhice e saúde, bem como analisar o papel do Estado no processo de desresponsabilização do cuidado com a saúde da população idosa. Pretende-se, assim, discutir e analisar informações que contribuam para a compreensão do papel da família nessa ausência estatal.

Nessa esteira, é importante destacar que o(a) assistente social, enquanto profissional que busca compreender os fenômenos recorrentes da sociedade, pode contribuir para desmistificar o estigma que envolve o envelhecimento, por meio de ações educativas e reflexivas que contribuam para o conhecimento sobre esse processo.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2017, atualmente temos expectativa de vida de 76 anos. A partir das próximas décadas, contudo, a percepção desse envelhecimento será mais nítida. Com isso, teremos mais idosos do que crianças nos lares, o que trará, por conseguinte, profundos impactos em várias áreas: social, econômica, cultural, psicológica e física.

Em âmbito mundial, pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – sobre o aumento da expectativa de vida – apontam que em meados de 2025, essa expectativa aumentará de 67 anos para 73 anos. A Organização das Nações Unidas (ONU) caracterizou o envelhecimento populacional como a “Era do Envelhecimento”, pois houve um crescimento de 54% do número de idosos nos países desenvolvidos e 123% nos países em desenvolvimento entre 1970 a 2000 e, que, essa demanda conduziu ao desenvolvimento de políticas públicas para idosos na América Latina (CRISPIM, 2014).

A diminuição das capacidades, algo natural com o avançar do ciclo vital e o aumento das doenças crônicas, conduzem a uma perda de autonomia e aumento da dependência de terceiros para a satisfação das mais elementares necessidades diárias e manutenção da qualidade de vida.

A prestação destes cuidados pode ser extremamente desgastante e, normalmente, acarreta um aumento do *stress* e da sobrecarga por parte de quem os exerce. Por outro lado, os(as) cuidadores(as) enfrentam um conjunto de desafios constantes, pois necessitam se organizar e se preparar adequadamente para, assim, exercerem esse papel de forma saudável e satisfatória. Nessa esteira, torna-se importante o estudo do envelhecimento e de como os(as) cuidadores(as) informais – como os(as) familiares – são invisíveis neste processo, tanto para a sociedade como para o Estado (SILVA, 2008).

Metodologia de pesquisa

Para a elaboração do presente estudo, foi utilizada uma pesquisa bibliográfica e documental, constituída de livros e artigos periódicos, oriundos da internet, revistas e jornais, principalmente para o embasamento teórico e histórico que deu apoio a toda argumentação desenvolvida no estudo.

Escolheu-se o método qualitativo devido à interação do pesquisador ao fenômeno investigado, permitindo conhecer de perto a realidade social nas suas particularidades, extraídas das falas ou convivência com os sujeitos, processo essencial para que se possa interpretar e/ou compreender a totalidade do objeto a ser estudado. Segundo Minayo (2012:21), a pesquisa qualitativa:

[...] responde a questões muito particulares [...] ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Foram utilizados, ainda, o meu diário de campo onde registrei as principais anotações oriundas do meu campo de estágio e alguns trabalhos elaborados para as disciplinas de Orientação e Treinamento Profissional (OTP).

Estrutura do TCC

Cumpra mencionar, inicialmente, que apesar de ser uma estudante de 60 anos, estou no início da minha trajetória acadêmica e me sinto cheia de sonhos, energia e de vida. Passei por inúmeras dificuldades ao longo da graduação e, diante de tantos desafios enfrentados na construção da presente monografia, confesso que, em muitos momentos, duvidei que eu conseguisse integralizar o curso, pois foi um processo bastante doloroso e difícil.

É importante assinalar que o presente trabalho de conclusão de curso foi estruturado em: introdução ao tema e ao objeto de pesquisa; três capítulos e as considerações finais.

No primeiro capítulo, intitulado “Velhice e família: delineando alguns conceitos”, discute-se o fenômeno do envelhecimento, destacando-se a mudança no perfil do envelhecimento no Brasil e as dificuldades de se envelhecer no país como o nosso, no qual o poder estatal, por vezes, é omissivo no que se refere ao cuidado com a população idosa, especialmente a população mais pobre e exposta às condições de vulnerabilidade social. Nestas circunstâncias, a família acaba sendo sozinha responsabilizada pelo cuidado.

Ademais, o referido capítulo traz, ainda, em linhas gerais, as noções de velhice/velho e envelhecimento, buscando identificar a determinação histórica subjacente a essas noções e conceitos.

No segundo capítulo “Políticas públicas e legislação sobre os idosos no Brasil”, por sua vez, analisa-se brevemente a proteção Social no Brasil, com ênfase na origem das políticas sociais de proteção ao idoso. O capítulo trata, também, das tímidas respostas estatais às demandas do envelhecimento. Aborda os instrumentos normativos referidos à população idosa, construídos a partir das lutas sociais que culminaram com a promulgação da Constituição Federal de 1988, fazendo, também, uma análise “exploratória” de alguns programas e ações da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, voltados para a população idosa.

O terceiro capítulo “O olhar do Serviço Social sobre a velhice no Brasil” apresenta um esforço de síntese sobre a atuação do Serviço Social junto ao segmento idoso no ambulatório de geriatria, uma seção da Divisão de Recursos Humanos (DRH) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), instituição onde fiz estágio.

As considerações finais destacam a minha experiência no campo de estágio, algumas questões pessoais enfrentadas enquanto cuidadora de minha mãe com Alzheimer, bem como a importância de se investir neste tão relevante tema de pesquisa, a fim de fomentar o debate acerca do papel estatal no atendimento à população idosa, pois, o Estado precisa pensar estratégias de propiciar maior qualidade de vida à população de um país como Brasil, considerado jovem, mas que está envelhecendo e envelhecendo sem planejamento, sem cuidados e sem condições dignas de vida.

CAPÍTULO 1

VELHICE E FAMÍLIA: DELINEANDO ALGUNS CONCEITOS

Os estudos sobre velhice e envelhecimento no Brasil começam a ganhar força e relevância somente a partir da década de 1970. Contudo, de acordo com Mariele Correa (2007), apenas a partir dos anos 1980 a velhice passa a ter maior visibilidade e a surtir efeitos em termos de políticas sociais e de consumo dos mais velhos, sendo, então, utilizada como objeto de diversas áreas do conhecimento, do Estado e de investimentos do mercado capitalista.

Tal visibilidade, assinalada pela autora (*idem*), realça a questão do consumo e do entretenimento para a população idosa, porém, pretende-se destacar que a preocupação precípua desse estudo reside na garantia de acesso a direitos sociais, pois o foco da monografia é demonstrar o necessário fortalecimento das políticas públicas voltados para a população idosa pobre, periférica e de baixa renda.

Trata-se de uma parcela da população reconhecidamente mais vulnerável, que, na ausência ou impossibilidade dos familiares, devem ter assegurados a proteção e o amparo legal, preconizados pela Constituição Federal de 1988, pela Política Nacional do Idoso (PNI) e pelo Estatuto do Idoso de 2003.

Nesse sentido, o presente capítulo aborda questões relacionadas ao fenômeno do envelhecimento, como este se configura no Brasil e a atual mudança no perfil da população idosa brasileira nos últimos anos. Trata, ademais, da responsabilização familiar sobre o cuidado com o idoso.

1.1 O que é envelhecer num país como o Brasil?

Nas sociedades ocidentais, não são raras as situações nas quais a pessoa velha é marginalizada, humilhada, menosprezada, abandonada pela família e, por vezes, entregue à “própria sorte”.

O Brasil integra as chamadas sociedades ocidentais e sua população vem envelhecendo. Logo, resta-nos questionar de que maneira a sociedade, a cultura brasileira e, sobretudo, as políticas sociais públicas vêm “enfrentando” a questão do envelhecimento e, mais ainda, como têm sido construídos os

programas, os projetos e as ações voltados à população idosa, especialmente, para os segmentos pauperizados e com frágeis mecanismos de proteção social.

Sabemos que envelhecer é fato, assusta e, às vezes, nos imobiliza. Decerto que há nessa monografia fortes elos com a nossa história de vida e, como não poderia ser diferente, também há alguns “atravessamentos” com o “nosso” objeto de estudo.

Da parte da temática velhice, velho e processos de envelhecimento, destaca-se que esta monografia não tem a pretensão de cobrir o debate teórico-analítico. Pretende-se, como mencionado, tão somente situar a noção de velhice e envelhecimento nos marcos da sociedade brasileira, buscando compreender como a família acaba sendo responsabilizada pelo cuidado deste segmento populacional em razão da absoluta omissão do Estado.

Reconhece-se que a velhice, ou ainda, os processos de envelhecimentos são construídos social e culturalmente. Decerto que todos nós envelhecemos, mas os aportes materiais e imateriais das diferentes sociedades tornam o envelhecer mais ou menos sofrido, mais ou menos saudável, mais ou menos prazeroso.

Quando falamos em aportes materiais, pensamos nas condições de acesso a bens e serviços coletivamente produzidos, que são necessários para nos mantermos vivos, saudáveis e em condições de “nos preparamos” para envelhecer. Ademais, não se pode ignorar a importância do acesso aos requisitos básicos de sobrevivência, como moradia, alimentação, saúde, trabalho, lazer, dentre outros.

Nesse sentido, trazemos à discussão os “princípios e diretrizes” que, criados a partir das lutas e movimentos populares ao longo da década de 1980, resultaram na promulgação da Constituição Federal de 1988. Na sequência, emergiu a nova Seguridade Social brasileira, com forte apelo para garantia de direitos sociais, dentre eles, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estatuto do Idoso.

Insistir na reafirmação dos “ganhos constitucionais” dirigidos à preservação da vida e da dignidade humana é dever do(a) assistente social. Dessa maneira, destacamos a importância de se conhecer os princípios e diretrizes da formação em Serviço Social, a direção social da profissão e, à luz

do Código de Ética Profissional de 1993, corroborarmos com a insistência pela defesa dos direitos sociais conquistados a partir da Constituição de 1988 e, sobretudo, o necessário engajamento da categoria profissional na luta pela garantia dos direitos da população idosa, referenciados no Estatuto do Idoso.

Sabe-se que a temática da velhice e do envelhecimento é vasta e diversificada. Por conseguinte, escapa dos limites dessa monografia percorrer de maneira exaustiva os seus caminhos analíticos, com entradas em diferentes campos disciplinares.

Assim, apoiamo-nos nas formulações de Alves (2011, p. 12) para situar historicamente a velhice na “vida moderna”, quando na “virada do século XIX para o XX teria sido o momento histórico de edificação da velhice como um período distinto do curso da vida e dos velhos como uma população identificável socialmente”.

Ainda seguindo Alves (idem), identificamos que as transformações em diferentes dimensões da vida social – econômica, política, social e cultural – ao longo do século XX, trouxeram consequências distintas para sociedades e culturais em escala mundial.

Evidentemente, em países “dependentes e periféricos” e com elevado nível de desigualdade social, os efeitos das alterações nos processos de produção e reprodução do capital, são mais perversos para o conjunto dos trabalhadores.

O Brasil, ainda que seja um país de “porte continental”, com reservas naturais estratégicas, grande contingente populacional, padece de um nível de desigualdade social absurdo¹. Das fraturas estruturais referidas à formação social e cultural do país, sobressai a desigualdade fundiária, a baixa escolaridade, inclusive a qualificação profissional, o precário acesso à saúde, moradia, transporte, lazer, enfim, acesso a bens e serviços coletivamente produzidos.

¹ “Entre os países para os quais existem dados disponíveis, o Brasil é o que mais concentra renda no 1% mais rico, sustentando o 3º pior índice de Gini na América Latina e Caribe (atrás somente da Colômbia e de Honduras). Em relação à renda, o 1% mais rico da população recebe, em média, mais de 25% de toda a renda nacional, e os 5% mais ricos abocanham o mesmo que os demais 95%. Informações extraídas da obra “A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras” (OXFAM/Brasil, 2017, p. 21).

Assim, constatamos na quase totalidade dos municípios brasileiros, precárias, ou mesmo inexistentes condições adequadas de reprodução material e espiritual para amplas parcelas da população. Sabemos que as crianças, mulheres e idosos são os segmentos mais vulneráveis, ou seja, as fragilidades históricas dirigidas aos sistemas de proteção social afetam tais segmentos e se tornam ainda mais agressivos quando olhamos pela perspectiva de raça e etnia. (OXFAM/Brasil, 2017).

Dito de outro modo, o conjunto da população idosa e as mulheres negras, certamente, são as mais penalizadas. Entretanto, mesmo que não recorramos ao corte de gênero/etnia/raça, não podemos deixar de registrar que o processo de pauperização no Brasil tem algumas particularidades: a mulher idosa negra é, quase que, invariavelmente, mais vulnerável.

Nesse sentido, como mencionado, o envelhecimento ocorre com todas as pessoas; entretanto, em diferentes contextos e circunstâncias, a velhice, assume contornos diferenciados.

Sabe-se que envelhecer é inevitável, porém, há formas e formas de vivenciar a velhice. Os vínculos de afeto, de pertencimento e de acolhida podem ser muito importantes na trajetória individual do envelhecimento, pois, entendemos que as relações familiares, de amizade, de vizinhança e de trabalho podem ser acionadas para “minimizar” os impactos físicos, psíquicos e espirituais da velhice.

Mas, também, compreendemos que não é suficiente insistir em leituras ingênuas e romantizadas sobre tais relações, pois sabemos que há determinantes sociais e históricos que são implacáveis quando olhamos para os segmentos pauperizados e, por isso mesmo, são os mais vulneráveis. Esta é a principal razão pela qual a solidariedade e interdependência entre as várias gerações deverão ser princípios chaves num envelhecimento positivo (Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, 2002).

Cumpramos mencionar que as políticas sociais públicas são indispensáveis para garantir a reprodução material e espiritual dos indivíduos. Com escopos diferenciados, a depender do “poder do Estado” e da participação da sociedade civil, os programas, projetos e ações voltados para “o social”, assumem

configurações diferenciadas nas diferentes sociedades e culturas e, se alteram historicamente.

Olhando para a população idosa, ou mesmo para as sociedades em processo “recente” de envelhecimento (como é o Brasil), percebemos que a qualidade de vida do velho depende, necessariamente, dos investimentos públicos dirigidos à saúde, moradia, transporte, lazer, entretenimento, dentre outro. Nessa monografia, analisamos, ainda que de maneira “exploratória”, alguns programas e ações da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, voltados para a população idosa.

Como mencionado anteriormente, o presente trabalho de conclusão de curso pretende contribuir com o debate sobre velhice/envelhecimento, com o foco na legislação específica e, também, na atuação do Serviço Social.

A partir de leituras realizadas ao longo da graduação, especialmente, aquelas referidas à conformação da questão social no Brasil, à história da política social brasileira, a nova Seguridade Social, a partir da Constituição Federal de 1988, bem como os instrumentos normativos voltados para a população idosa (Estatuto do Idoso, 2003, por exemplo), buscamos dialogar com a direção social da profissão por meio do Código de Ética de 1993 e, assim, almejamos contribuir com a luta intransigente dos direitos sociais, indispensáveis à melhoria da qualidade de vida das(os) velhas(os) no Brasil.

De acordo com Myriam Lins de Barros (1998, p. 7), “a velhice assusta” e a certeza da finitude da vida sempre foi um tema de filósofos, religiosos, pensadores, mulheres e de todos os homens. A referida frase da autora (idem), considerada no campo da Antropologia pioneira dos estudos sobre envelhecimento no Brasil, é emblemática, ou seja, a temática da velhice, ou ainda, o processo de envelhecimento instiga-nos e, ao mesmo tempo, nos amedronta.

Trata-se de constatar o inexorável de nossa existência, de nos colocar diante da vida e da morte, das verdades, das certezas, enfim, diante dos limites e das possibilidades, das formas de sociabilidade e de convívio em situações distintas, ao longo dos diferentes estágios de nossa existência.

Barros (ibidem), também, nos alerta que os estudos sobre velhice e processos de envelhecimento no Brasil estão em construção em vários campos

disciplinares (gerontologia, medicina social e psicologia) e, que somente a partir da década de 1990, a temática ganhou visibilidade e força no campo da antropologia, quando:

nas duas últimas reuniões da Associação Brasileira de Antropologia (1994 e 1996) a temática da velhice foi debatida em grupos de trabalho por pesquisadores de diferentes centros de pesquisa do país e mostrou que novos pesquisadores estão se somando à primeira geração de antropólogos que, no Brasil, transformaram a velhice em objeto de estudo (BARROS 1998, p. 8).

As definições, contudo, são sempre “incompletas”. Mas, são “necessárias” para que possamos internalizar as coisas, os processos, os fenômenos; pois, “nomear” nos possibilita compreender o mundo no qual estamos inseridos.

Podemos “definir” velhice/idoso de várias formas, com diferentes enfoques teóricos e perspectivas políticas distintas. Tomamos, assim, a definição da OMS: “idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais.

Todavia, para efeito de formulação de políticas públicas, esse limite mínimo pode variar segundo as condições de cada país. A própria OMS reconhece que, qualquer que seja o limite mínimo adotado, é importante considerar que a idade cronológica não é um marcador preciso para as alterações que acompanham o envelhecimento, podendo haver grandes variações quanto a condições de saúde, nível de participação na sociedade e nível de independência entre as pessoas idosas, em diferentes contextos”.

A OMS também alerta que não há uma idade fixa que seja capaz de “enquadrar” o idoso, ou seja, a delimitação está sujeita a determinantes históricos e sociais, que têm a ver com as condições de vida de cada povo nas diferentes sociedades culturais. Assim, nos países desenvolvidos o corte etário é 65 anos, em contrapartida, nos países subdesenvolvidos, a pessoa com 60 anos já é considerada idosa.

Já as definições de velhice/velho recolhidas em dicionário são sugestivas e permitem diferentes interpretações. O que mostra o quão pantanoso pode ser o terreno que discute o processo de envelhecimento.

Vamos a elas: velhice: “1. Fase da vida que segue à maturidade: depois dos quarenta, logo a velhice está chegando. 2. Condição de velho: antes de ficar doente, o bisavô já dava sinais de velhice [...]”. Velho: “1. Que tem muita idade, em relação à duração média da vida; idoso: Ele se sentia um homem velho diante

de seus jovens alunos [...]”. (Dicionário Escolar da Língua Portuguesa, ABL, 2008. p. 1278). Desse modo, esse conceito não aponta uma idade específica para velhice diferente da OMS, com isso tendo variação de pensamento.

Na esteira do senso comum e, inclusive no campo da chamada “sabedoria popular”, as noções de velhice/velho/envelhecimento adquirem diferentes significados. Há, por exemplo, a conceituação de velho por motivos de doenças, ou seja, quando se está velho começam a surgir algumas doenças típicas da idade, por exemplo, a demência e o Alzheimer, com isso classificando velho aquele que está doente pela idade avançada. Ainda que saibamos que estudos comprovam que tais doenças não estão, necessariamente, associadas à dita idade avançada.

Outra conceituação refere-se à dimensão social e laboral. Geralmente, a pessoa velha já está aposentada e não participa da vida econômica ativa, com isso muitas vezes dependendo do Estado para prover sua sobrevivência. A difusão de tal conceituação tem sido extremamente perversa para os trabalhadores brasileiros, pois, em tempos de retrocessos no campo dos direitos sociais e trabalhistas, o acesso no mercado de trabalho, as condições de permanência no “emprego” e, sobretudo, as possibilidades de conquistar a aposentadoria parecem cada vez mais distantes para amplos segmentos da população brasileira (BARROS, 1998).

E, aqui, a experiência do envelhecimento, certamente, será muito mais sombria, sendo agravada à medida que o Estado se retrai diante de suas responsabilidades de proteção social, quando se alia aos interesses mercantis, propagados pelo ideário do neoliberalismo.

Desde o nascimento, já começamos a envelhecer. Essa constatação, aparentemente óbvia, está impregnada de interpretações e significados, pois o envelhecimento, ainda que seja, um processo “natural” e progressivo, é também histórico e cultural. Ou seja, em diferentes sociedades e culturas, envelhecer, assim como nascer e morrer, tem particularidades e singularidades historicamente determinadas (BARROS, *idem*).

No Brasil, o processo de envelhecimento é relativamente recente. Assim, como também são recentes às experiências de acesso a direitos sociais, se consideramos a partir da Constituição de 1988. E ainda que “inscritos e

normatizados” na Constituição, sabemos que a trajetória, da maioria dos brasileiros, rumo a garantia de acesso a direitos, é árdua, incompleta e, em algumas situações, pode mesmo ser inexistente. Se olharmos para a população idosa, veremos que não são raras as situações de abandono, sofrimento e falta de cuidados a que são submetidos (MARRACHINHO, 2014).

Segundo Marrachinho (idem), envelhecer representa um processo ativo, universal, que evolui gradualmente com transformações no organismo e que se inicia no nascimento e irá terminar com a morte. O envelhecimento é um processo universal complexo e contínuo que acompanha a pessoa humana ao longo da sua vida, relaciona-se, pois, com um fenômeno normal, inerente à própria vida, com evolução mais rápida e notória, que se observa nas últimas fases da vida das pessoas.

De acordo com OMS, à medida em que a pessoa envelhece a sua qualidade de vida é fortemente marcada pela capacidade em manter autonomia e independência, uma vez que autonomia é caracterizada pela possibilidade de tomar decisões por si, sobre como deverá viver diariamente em concordância com as suas próprias regras e preferências, tendo a independência que ver com a capacidade de realizar atividades relacionadas com a vida diária.

No que diz respeito ao processo de envelhecimento, Mincato e Freitas (2007), acredita-se que a sociedade deverá entender que este processo é dinâmico, progressivo distinguindo-se por manifestações a nível biológico, psíquico e social que sucedem ao longo da vida do indivíduo de modo diferenciado.

Pode-se, também, conceituar velho a partir da definição de Simone de Beauvoir:

É uma certa categoria social, mais ou menos valorizada segundo as circunstâncias. É, para cada indivíduo, um destino singular – o seu próprio. O primeiro ponto de vista é a dos legisladores, dos moralistas; o segundo, o dos poetas; quase sempre, eles se opõem radicalmente um ao outro. [...] Os ideólogos [referindo-se aos primeiros] forjam concepções da velhice de acordo com os interesses de sua classe. (BEAUVOIR, 1990, p. 109).

Pinheiro Júnior (2004, p. 6), por seu turno, assinala:

A categoria idoso é concebida pela sociedade como sinônimo de gastos e complicações principalmente nos setores da previdência e saúde pública. Se, em muitos casos, a violência dessa exclusão não se manifesta de forma concreta, em tantos outros ela se faz simbólica, ou seja, revestida de um caráter assistencialista que, em muitas

situações, obriga o idoso a se “retirar para morrer na montanha”, como em algumas sociedades históricas. Entender o processo de Alteridade parece ser um dos caminhos para a compreensão do mecanismo de exclusão social a que o idoso está sujeito, para assim se extrair do fenômeno do envelhecimento algumas respostas sobre a sua inserção, por exemplo, nas universidades da terceira idade e sua relação com a (re) inclusão desse grupo.

No que se refere ao envelhecimento social, Marrachinho (2014) aponta que este tipo de envelhecimento diz “respeito ao papel, estatutos e hábitos do indivíduo, relativamente aos outros. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e história de um país.” Quando a autora se refere ao nível sócio-cultural, esta entende “que o idoso é caracterizado pelo isolamento e pela solidão sentida, por vezes mesmo quando vive acompanhado por familiares e outros. A solidão e isolamento sentidos muitas vezes são criados pela impossibilidade de intimidades nas relações” (MARRACHINHO, *idem*, p. 114).

1.2 Mudanças no perfil do envelhecimento da população brasileira

A população idosa tende a crescer no Brasil nas próximas décadas. Segundo a projeção do IBGE, atualizada em 2018, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3%.

A partir de 2047, a população deverá parar de crescer, contribuindo para o processo de envelhecimento populacional, quando os grupos mais velhos ficam em uma proporção maior comparados aos grupos mais jovens da população. A relação entre a porcentagem de idosos e de jovens deve aumentar de 43,19%, em 2018, para 173,47%, em 2060.

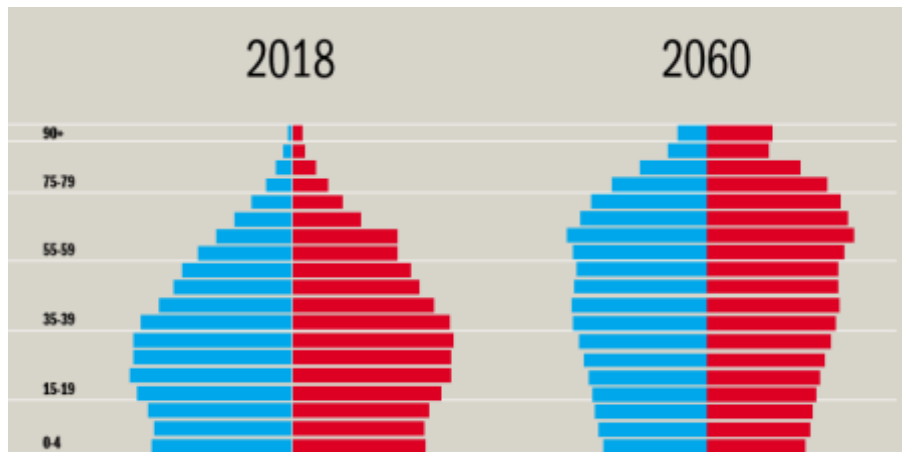


Figura 1 – Projeções da população Brasileira para 2060.

Fonte: IBGE (2018)

De acordo com Ana Amélia Camarano (2004), o aumento da população idosa no Brasil pode ser explicado por dois processos. A autora ressalta (idem) que um fator importante para tal crescimento, explica-se na alta taxa de fecundidade das décadas passadas, principalmente entre 1950 a 1960, que comparadas com as taxas atuais que apresentam quedas consideráveis. Outro fator a considerar, é a redução da mortalidade da população idosa, que trouxe como consequência o aumento do tempo vivido pelos idosos.

Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população elevaram a média de vida do brasileiro. As pessoas estão vivendo mais, conseqüentemente, os idosos tendem a compor uma porcentagem cada vez maior da população.

A sociedade brasileira, em sua grande maioria, marginaliza a população idosa, diferentemente do que ocorre em outras culturas, em que o idoso é integrado à vida social.

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento décadas atrás vinha sendo tratado como questão da vida privada, por representar ônus para a família, como assunto de caridade pública, no caso dos pobres e indigentes, e, de forma bastante reducionista, como questão médica. É claro que essa visão continua confirmada pelas práticas sociais de cuidado com os idosos. Mas o rápido crescimento dessa faixa da população passou a preocupar também muitas outras instituições sociais (MINAYO, 2012).

O aumento expressivo da população idosa se reflete, principalmente, no crescimento das demandas econômicas e sociais, ou seja, o envelhecimento populacional embora seja reconhecido como importante conquista para a humanidade, na medida em que as pessoas passaram a viver mais, representa também um desafio para as políticas públicas, no sentido de possibilitar que, mais do que viver muitos anos, as pessoas possam vivê-los com qualidade.

1.3 O peso do cuidado sobre a família

Ao longo da presente pesquisa ficará evidente – nas próximas páginas – que não obstante as tímidas ações estatais no que dizem respeito às linhas de cuidado com a população idosa, o Estado tem cada vez mais – e com a desfaçatez que lhe é peculiar – transferido a responsabilidade dos cuidados dos idosos para a sociedade civil, principalmente, para a família.

Família esta que, por vezes, não tem condições de pagar um cuidador; oferecer uma alimentação digna e de qualidade; arcar com gastos de suplementos e remédios não oferecidos nas redes públicas; transporte com acessibilidade de cadeira de rodas e um familiar com condições de se dedicar integralmente aos cuidados daquele idoso.

Tais fatos acarretam desgaste físico, mental e emocional entre os familiares, levando, muitas vezes, o cuidador direto a um processo de depressão, ansiedade e angústia, enquanto muitos familiares afastam-se com a desculpa de não ter tempo, nem para pequenas visitas, não dando qualquer assistência financeira, conforto emocional e colaboração nos cuidados com aquele idoso. Logo, é importante que todos os idosos tenham acesso aos programas e políticas sociais.

Na análise de Paim (2003), apesar da existência de um arcabouço jurídico-normativo, ainda competem distintas concepções no espaço da formulação e implantação de políticas de saúde:

O "SUS democrático", desenhado pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB); o "SUS formal", juridicamente estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e todo aparato legal decorrente; o "SUS real", refém dos desígnios da chamada "área econômica" do clientelismo e da inércia burocrática que favorece o mercado para seguro – saúde, e o "SUS pobre" centrado numa medicina simplificada para gente simples mediante "focalização".

Podemos inferir, a partir das reflexões de Paim (2003), que as disputas ideológicas em torno do SUS comprometem a qualidade dos serviços prestados, colocando em xeque a materialidade das ações de saúde e deixando vulneráveis quem delas precisam, especialmente a população idosa.

Cumpra mencionar que artigo 3º do Estatuto do Idoso assinala que “é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, prioritariamente, 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”.

Entretanto, o poder público exime-se de tal responsabilidade, repassando-a à família e, por vezes, à sociedade civil, principalmente ao chamado Terceiro Setor, com parcos repasses financeiros e quase nenhum controle dos serviços prestados, aumentando casos de abusos e negligência com a população idosa.

É muito comum, porém, que o idoso não mencione a negligência sofrida, as agressões e nem os abusos que sofre, seja por medo de retaliações, seja por constrangimento de se sentir vulnerável e sem condições de se defender. Por isso, todos em sua volta devem estar muito atentos a possíveis sinais, como machucados e mudança de comportamento.

De acordo com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), 27.178 denúncias de “abusos contra a pessoa idosa” foram registradas só em 2014. E ela não é limitada à agressão física: a negligência foi a principal forma de violência com idosos praticada no Brasil nos últimos três anos. Apesar de ser a mais comum, a negligência com a terceira idade não é a única forma de violência. Vejamos os principais tipos:

- Violência física: é o tipo mais visível, pois em geral deixa marcas no corpo, na qual o idoso sofre maus tratos ou abusos físicos. Entre as formas estão empurrões, tapas, beliscões e até mesmo agressões com cintos e armas de fogo.

- Violência sexual: obriga o idoso a participar ou mesmo presenciar alguma forma de atividade sexual contra a sua vontade.

- Econômico-financeira: quando alguém usufrui de forma imprópria dos bens do idoso ou usa seus recursos financeiros, está praticando esse tipo de violência.

- Psicológica: menosprezo, preconceito, discriminação e desprezo estão entre os casos de violência psicológica. Qualquer ação que humilhe, assuste ou isole o idoso do convívio também é considerada violência. É o segundo tipo mais comum e está ligada às causas de depressão, solidão, tristeza e sofrimento mental.

- Autonegligência: quando o idoso ameaça a própria saúde ou sua segurança, recusando receber os cuidados necessários, por exemplo, está praticando autonegligência. Isso pode ser causado por doenças como depressão ou demência senil.

Todas essas questões só demonstram a omissão do Estado, evidenciando que o peso do cuidado com a população idosa recai sobre a família.

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE A POPULAÇÃO IDOSA

Este capítulo trata das políticas sociais no Brasil voltadas, especificamente, para a população idosa, que são recentes e sofreram influências de organismos internacionais na sua elaboração e implementação, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

De acordo com Ana Amélia Camarano e Maria Teresa Pasinato (2004), os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações dos países desenvolvidos começaram a ganhar espaço em 1970, tendo como objetivo a conservação do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da possível perda de sua autonomia.

Já no Brasil, como em outros países em desenvolvimento, as referidas autoras (idem) consideram que o envelhecimento populacional somou-se a uma vasta lista de questões sociais mal resolvidas, como a pobreza e a exclusão social de alguns grupos, e aos altos níveis de desigualdade existentes nessas sociedades, tornando as respostas políticas voltadas ao envelhecimento populacional no país ineficientes e limitadas.

2.1 As tímidas respostas estatais às demandas do envelhecimento

Cumprir mencionar que a sociedade civil empenhou-se bastante e teve fortes influências na implementação de duas iniciativas da década de 1960, que merecem destaque devido ao seu impacto no desenvolvimento das políticas brasileiras estatais para a população idosa (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A primeira delas foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em 1961, que passou a estudar este processo levando em conta todos os aspectos biopsicossociais do envelhecimento e não somente os fatores físicos, e estimulou iniciativas de apoio à velhice formando parcerias com

outras organizações interessadas na temática. A segunda iniciativa ocorreu em 1963 por influência do Serviço Social do Comércio (SESC) contra o desamparo e a solidão entre os idosos. A ação revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo determinante na deflagração de uma política direcionada a esse segmento populacional (CAMARANO; PASINATO, idem).

A partir de 1970, dá-se início a uma movimentação mundial em prol das garantias sociais e de uma tutela estatal mais eficiente para a população idosa (ALONSO, 2005).

Nesse sentido, o Brasil, a partir da referida década, passou a promover e a implementar gradativamente sua rede de proteção social voltada para a população idosa. Os ministérios do Planejamento e Assistência Social (MPAS) e a Secretaria de Direitos Humanos passaram a elaborar programas sociais e políticas públicas de atendimento ao idoso.

Até este momento, as políticas do governo federal para a população idosa brasileira consistiam no provimento de renda para a população idosa que trabalhou de alguma forma e de assistência social para idosos necessitados e dependentes. A visão que parece ter predominado nas políticas é a de vulnerabilidade e dependência do segmento. Mudanças constantes nessa visão foram tomando corpo ao longo dos anos 1980 por influência do debate internacional (CAMARANO E PASINATO, 2004).

A década de 1980 foi marcada por intensa mobilização social, política e cultural. No contexto recessivo do ponto de vista econômico, a sociedade civil “foi às ruas”, os movimentos populares encamparam lutas e formas de resistência, que culminaram com a promulgação da Constituição de 1988.

No ano de 1982, em Viena, ocorreu a Primeira Assembleia Mundial da ONU sobre envelhecimento, com o objetivo de traçar diretrizes básicas a serem adotadas pelos países em relação a população idosa, que culminou na elaboração do Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento, em que constavam 62 recomendações para as políticas públicas de tratamento a população idosa (ALONSO, 2005).

O Plano Internacional sobre Envelhecimento, de 1982, instituiu diretrizes para as políticas dirigidas aos idosos centradas na: promoção da independência

e autonomia do idoso, reconhecendo-o como novo ator social, considerando suas necessidades e especificidades (CAMARO E PASSINATO, 2004).

Em 4 de janeiro de 1994, foi instituída no Brasil a Lei nº 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), a primeira lei no país que dispõe exclusivamente sobre os direitos sociais da pessoa idosa.

A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, Lei nº 8.842, 1994).

Em 1º de outubro de 2003, instituiu-se a Lei nº 10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, com o intuito garantir e assegurar os direitos da pessoa idosa, como explicito nos artigos 1º, 3º e 4º:

Art.1o É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Art.3o É obrigação da família, da comunidade, da 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. Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentando aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. (BRASIL, Lei nº 10.741, 2003).

Nesse sentido, a referida lei notifica que nenhum indivíduo com 60 anos ou mais deve sofrer nenhum tipo de maus tratos nem violação de direitos. Neste contexto, fica destinado ao Estado a função de cuidado integral do idoso em situação de vulnerabilidade que ponha em risco a saúde ou a vida das pessoas que atingirem a velhice. Explicito no artigo 9º do Estatuto do Idoso:

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. (BRASIL, Lei nº 10.741, 2003).

A partir de então, emergem em âmbito mundial, programas sociais, instituições e legislações voltadas para a proteção do idoso e para sua inserção da sociedade. O Brasil, também se insere neste contexto e acompanha a conscientização para esse problema global: a realidade da explosão demográfica da população idosa e a necessidade urgente de se preparar um suporte estatal que esteja adequado às demandas dessa população (ALONSO, 2005).

2.2 A desresponsabilização estatal no atendimento ao idoso

O item anterior evidenciou o grande avanço nas últimas décadas na proteção à população idosa. Os direitos prestados à mesma estão regulamentados na sociedade brasileira. Contudo, faz-se necessário implementar estas políticas de forma mais eficiente, para que sejam efetivados os direitos preconizados em lei.

O idoso passou a ter direitos sociais como a garantia de um salário mínimo e ter programas destinados à velhice, pois antes não existiam programas que cuidassem dessa questão.

Pode-se afirmar, contudo, que em relação ao idoso o reconhecimento foi tardio, ou seja, para a quase totalidade dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiras, o acesso a direitos, historicamente, sempre teve a marca da incompletude, do descaso e da “confusão estratégica” entre direito e favor/tutela/benesse, etc.

No que se refere à população idosa, especificamente, tal descaso tende a se agravar quando pensamos que a “memória de uma geração” é insumo para a construção das gerações subsequentes, pois, se não cuidamos das pessoas, como seremos capazes de pensar em projetos de vida futura?

Sabemos que os limites à concretização dos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 ainda persistem no solo da sociedade brasileira: autoritária, excludente, conservadora e violenta. Sabemos, também, que a pobreza no Brasil vem sendo criminalizada e, por consequência, os idosos pobres são implacavelmente atingidos pela omissão do Estado frente à implementação de ações, programas e projetos dirigidos a este segmento populacional.

Nessa esteira, destacamos que somente com a Constituição Federal de 1988 (a chamada “Constituição Cidadã”), o idoso foi citado, pela primeira vez, como indivíduo portador de direitos:

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.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. (Constituição Federal, 1988).

Logo, o grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi engendrado pela Constituição Federal de 1988, que levou em consideração algumas orientações da Assembleia de Viena, ao introduzir o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania.

Na Constituição de 1988, ressalta-se que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar a sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito à vida. Além disso, garantiu alguns direitos específicos para os idosos, como por exemplo: a gratuidade nos transportes coletivos urbanos e a regulamentação da aposentadoria por idade.

Destacam-se, assim, a noção de proteção social do indivíduo na sua totalidade e, também, sua inserção nos direitos providos pelo Estado, vinculados ou não a sua inserção no mundo do trabalho.

É fato inconteste que a consolidação da seguridade social ocorreu na Europa no período pós II Guerra Mundial. Mas, no Brasil, sequer houve qualquer iniciativa de se construir um Estado de Bem-Estar Social semelhante ao modelo europeu, com uma seguridade social eficiente. Pelo contrário, houve no país um Estado de Mal-Estar Social, como assinala o professor José Paulo Netto. Trata-se de defender os interesses econômicos e neoliberalismo em detrimento de políticas sociais, com a indisfarçável convivência estatal.

2.3 A saúde da população idosa

No que diz respeito à saúde da população, a Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 196, assinala que:

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.

Nesse sentido, o Estado brasileiro instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), uma imensa conquista não somente para os idosos, como para toda população brasileira, no que se refere à saúde no país.

Oliveira *et al* (2017, p. 38) aponta que o direito à saúde busca abarcar os critérios socioculturais que venham a contribuir com a saúde das pessoas,

incluindo o acesso a todos os serviços de saúde, melhores condições de trabalho, moradia, alimentos de boa qualidade nutricional, bem como o direito ao lazer, tendo em vista as questões de saúde mental que afligem, atualmente, a população como um todo. Desta maneira, percebe-se que o direito à saúde é um direito que está diretamente ligado aos direitos humanos fundamentais, como a não discriminação, acesso à informação e participação nas decisões, entre outros.

A Organização Mundial de Saúde preconiza a saúde não só como ausência de doença, mas, também, como completo estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Este recente conceito demonstra que o processo de saúde-doença vai além do tratamento da doença em si, mas de forma que o indivíduo possa ser “tratado” integralmente.

Na perspectiva da integralidade, a Constituição Federal assegura a atenção integral à população idosa por meio do SUS, impondo o acesso universal e igualitário, como apresentado no artigo 15º:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, Lei nº 10.741, 2003).

Nesse sentido, o direito à saúde assegura a proteção integral, tendo como princípios: a não discriminação no atendimento; maior prioridade aqueles idosos em estado grave de saúde; não diferenciação de valor de plano de saúde em virtude da idade; visita domiciliar, atendimento geriátrico e de gerontologia em ambulatórios e em residência para evitar traumas; cadastro da pessoa idosa por base territorial e se o idoso não tiver condições de optar pelo tratamento cabe à família decidir, e caso não haja um curador, em último caso, deve-se acionar o Ministério Público.

Assistentes sociais que atuam na área de saúde devem estar bem capacitadas e atualizadas. E ao suspeitar de casos de violência contra o idoso deve denunciar as instâncias cabíveis, como o Conselho Municipal do Idoso, Estadual e a autoridade policial, conforme artigos 15, 16, 17, 18 e 19 do Estatuto do Idoso.

Outra ação importante emergiu em fevereiro de 2006, quando foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto

pela Saúde que contemplou o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso apareceu como uma das seis prioridades estabelecidas pelo governo, sendo apresentada uma série de ações que visaram à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. Além disso, também foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, através da Portaria GM/MS nº 2.528.

No que diz respeito aos processos de doença, cumpre mencionar que as doenças dos(as) idosos(as) possuem um caráter multifatorial e, portanto, contêm diversas denominações. Os profissionais da saúde, incluindo assistentes sociais, devem estar atentos as mudanças socio-comportamentais dos pacientes, pois se faz rotineira tal mudança nessa fase da vida, uma vez que o idoso precisa de proteção, promoção e recuperação em sua saúde.

Em síntese, de acordo com Luana Andrade (2012, p. 9), como política de saúde, temos:

1. A Lei nº 8.142 Sistema Único de Saúde (SUS) de 1990;
2. O Decreto 4.227- 2002 do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos;
3. O Estatuto do Idoso Lei 10.741- 2003;
4. A Portaria 399/GM (Diretrizes do Pacto pela Saúde);
5. A Portaria 2.528/06 (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa) que revoga a Portaria 1.395/99¹⁴ (Política de Saúde do Idoso).

A Política Nacional do Idoso prevê saúde para pessoa idosa em tempo integral (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). A criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (1999) veio para substituir a portaria 1.395/99 porque a mesma não atendia mais as necessidades das demandas que os idosos apresentavam, por exemplo, enfraquecimento físico.

Em 2002, foi sugerido uma rede de assistência à saúde do idoso, com isso criando os Centros de Referência em Atenção à saúde do idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003 mesmo com a criação do Estatuto do Idoso, o SUS não atendia de maneira integral o idoso.

Em 2006 com a Portaria nº 399/ GM foi lançado o “Pacto pela Vida” no qual a promessa seria uma integralidade na saúde do idoso, mas também ficou

apenas na teoria. Mas houve um pequeno avanço o que já foi animador. O SUS precisava dar respostas eficazes em relação à população idosa:

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (Portaria nº 528, 2006).

Podemos classificar os idosos, conforme seu grau de mobilidade e dependência/independência, nas quais:

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos comporão a base da pirâmide. Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva –, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior frequência. 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 (Portaria nº 528, 2006).

O custeio da saúde dos idosos perpassa pelo Distrito Federal, Estados e municípios. Os mesmos são responsáveis pela verba para executar as políticas de saúde para o idoso.

Sabe-se que a qualidade da saúde está bastante relacionada ao contexto social em que o idoso vive e, por vezes, sem o real interesse de qualquer intervenção por parte do Estado. A política de saúde não tem como resolver uma situação na qual idoso, por exemplo, não possui uma situação digna de bem-estar ou está deprimido em razão de conflitos familiares. Mas, pode cuidar da saúde mental e emocional, ofertando esse serviço na rede pública. Uma das referências neste tipo de serviço no Rio de Janeiro é o IPUB. Todavia, são necessários investimentos públicos na instituição e contratação de novos profissionais que possam dar conta da demanda que chega, uma vez que, atualmente, os atendimentos são realizados semestralmente em razão da escassez de profissionais.

Em 2002, foi criada uma rede de assistência à saúde do idoso, instituindo-se os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso por meio da Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002. Mas, se trata de um serviço insuficiente e bastante sucateado como todas as políticas sociais, demonstrando a inequívoca omissão estatal, em tempo de neoliberalismo (e ultraliberalismo).

Em 2003, mesmo com a criação do Estatuto do Idoso, o SUS não atendia de maneira integral esta população, não resolvendo, por conseguinte, as questões atinentes à saúde desta população.

Em 2006, com a Portaria nº 399/GM foi lançado o “Pacto pela Vida”, no qual a promessa seria uma integralidade na saúde do idoso, mas, também, ficou apenas na teoria (e no papel). Houve um pequeno avanço, porém, o SUS precisa dar respostas eficazes à população idosa:

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (Portaria nº 528, 2006).

É evidente que a proteção e a promoção são objetivos a serem perseguidos pelo SUS, pois, em relação a saúde, os idosos ainda estão com poucas opções, uma vez que o SUS não cobre integralmente as necessidades deste segmento populacional, como já ressaltado neste trabalho.

Infelizmente, a gerontologia ainda é pouco explorada pelos assistentes sociais, sendo um campo a mais de emprego, já que existe a escassez de profissionais qualificados na área. A justificativa de insistir tanto em uma política de qualidade para pessoa idosa é que a população está vivendo mais, ou seja, envelhecendo mais.

É necessária uma abordagem global, multiprofissional e interprofissional na questão social do idoso. A abordagem mais eficiente é a avaliação funcional individual ou coletiva.

Para evitar doenças é aconselhável ter mais lugares com gerontólogos e geriatras, reuniões em grupo, grupos socioeducativos e grupos de auto-ajuda, praticar esporte e lazer, mexer com tecnologia para ativar o cérebro e a participação ativa do idoso nas decisões do SUS, por meio dos Conselhos.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, na prática ainda é bastante

insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Por fim, a proteção ao idoso deve ser reconhecida como meio para que esta população possa alcançar os seus direitos, e para que a visão negativa sobre a velhice e o descaso sejam superados.

2.4 A Política Nacional do Idoso – PNI (Lei nº 8.842 de 1994)

Apesar de constar na Constituição Federal direito para a pessoa idosa, somente em 1994 foi instituída uma política destinada a esse público. Uma política tardia já que o debate sobre envelhecimento estava em pauta durante a elaboração da Constituição Federal.

Vejamos alguns princípios da Política Nacional do Idoso:

- 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;
- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei (Lei nº 8.842/1994, p. 6).

A finalidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é:

é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (Portaria nº 528, 2006).

No Artigo 2º da PNI, considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade. Em seu Artigo 3º dentre seus princípios, reforça a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado com relação ao idoso e a proteção contra qualquer tipo de discriminação:

- 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;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza (BRASIL, Lei nº 8.842, 1994).

O capítulo IV trata das ações governamentais, ou seja, das ações voltadas para assegurar que os idosos tenham acesso ao que lhes for de direito.

O Art. 10 determina que:

Artigo 10 - Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos: 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, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; c) promover simpósios, seminários e encontros específicos; d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso; e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso (BRASIL, Lei nº 8.842, 1994).

Ainda se referindo ao Capítulo IV Política Nacional do Idoso, as ações governamentais no que diz respeito a saúde:

II- na área de saúde: a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso (BRASIL, Lei nº 8.842, 1994).

É bem evidente que a proteção e promoção é um objetivo a ser perseguido pelo SUS, os idosos em relação a saúde ainda estão com poucas opções. Pois, o SUS não cobre integralmente as necessidades dos idosos como já foi dito aqui neste trabalho.

A justificativa de insistir tanto em uma política de qualidade para pessoa idosa é que a população está vivendo mais, ou seja, envelhecendo mais. Com isso, teremos uma população velha. É necessária, portanto, uma abordagem global, multiprofissional e interprofissional na questão social do idoso. A abordagem mais eficiente é a avaliação funcional individual ou coletiva.

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi ganhando força a partir do entendimento do envelhecimento no país, enquanto processo natural, mas que precisa de amparo, ou seja, de políticas públicas eficazes.

Como mencionado anteriormente, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa trouxe como finalidades primordiais recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Tais diretrizes são:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Lei nº 2.528 de 19 de outubro de 2006).

2.5 O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741) de 2003

Como mencionado, ao longo desse capítulo, o Estatuto do Idoso foi criado para ratificar o que contém na Política Nacional do Idoso, mas de uma forma mais esmiuçada. É uma política inovadora que busca garantir os direitos dos idosos, vejamos o que diz o Estatuto:

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (Estatuto do Idoso, 2003).

O Estatuto assinala que a sociedade, a família e o Estado são responsáveis pelos cuidados com os idosos, dessa maneira são três esferas diferentes, a sociedade de modo geral não intimamente, a família de maneira íntima e o Estado penetrando com as políticas públicas para este usuário.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da 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 (Estatuto do Idoso, 2003).

O Serviço Social está ligado diretamente a essas garantias, pois deve lutar para que esses direitos sejam cumpridos de maneira efetiva e satisfatória. O(a) assistente social deve estar preparado para atender esse tipo de demanda que vai ser muito mais corriqueira com o envelhecimento da população brasileira.

São assegurados ao idoso:

- I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;
- II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;
- III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;
- IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;
- V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;
- VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;
- VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;
- VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.
- IX – prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda (Estatuto do Idoso, 2003).

Podemos observar que há uma série de direitos que devem ser respeitados, sendo muitos desconhecidos pela população. Nesse sentido, o Serviço Social pode atuar na divulgação de tais direitos, promovendo o acesso à informação, que, também, é um direito, bem como encaminhando os cidadãos à aquisição desses respectivos direitos.

Ainda acerca do que tem sido preconizado no Estatuto do Idoso (2003), os idosos com idade acima de 80 anos terão atendimento prioritários e nenhum idoso deve sofrer opressão, violência e nem agressão, seja física ou psicológica.

Os idosos têm direito, ainda, à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, aos alimentos, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, à profissionalização e ao trabalho, à Previdência Social, à Assistência Social, à habitação e ao transporte. Tais direitos já estavam garantidos na Constituição Federal, no entanto, o Estatuto foi criado como instrumento de reforçar tal garantia, determinando de forma evidente e precisa os direitos da população idosa.

É, portanto, obrigação do Estado propiciar o direito à vida à pessoa idosa por meio de políticas públicas (Artigo 8º do Estatuto do Idoso, 2003, p. 10).

É obrigação do Estado e da sociedade civil o respeito à liberdade e à dignidade da pessoa idosa. A liberdade pressupõe o direito de ir e vir, de participação ativa na vida política e civil. Ser respeitado como pessoa humana de maneira digna, isenta de qualquer tipo de violência seja ela psíquica ou física (Artigo 10º do Estatuto do Idoso, 2003, p. 10- 11).

Do direito à educação, ao esporte, à cultura e ao lazer ao idoso: o Estado deve ser provedor de material e local apropriado para educação da pessoa idosa e, também, promover o lazer e a cultura com 50% de desconto nas entradas dos locais e acesso preferencial. E cabe, também, ao Estado incentivar a prática de esportes a terceira idade (Artigos 20, 21, 22, 23,24 e 25, Estatuto do Idoso, 2003, 17- 18).

Da profissionalização e do trabalho: o idoso tem direito ao trabalho sem qualquer tipo de discriminação e, também, de fazer trabalhos peculiares a suas condições. Logo, o Estado criará condições para profissionalização de idosos. (Artigos 26, 27 e 28, Estatuto do Idoso, 2003, 19- 20).

Do direito a Previdência Social: o valor deve ser calculado com base nas contribuições feitas no período de trabalho e tem reajuste sempre quando há reajuste do salário mínimo. Há aposentadoria por idade 65 anos e aposentadoria por tempo de contribuição, ou seja, são 180 contribuições. (Artigos 29, 30, 31 e 32, Estatuto do Idoso, 2003, p. 20- 21).

Do direito a Assistência Social: deverá ser viabilizada com base na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), na Política Nacional do Idoso (PNI) e no Sistema Único de Saúde (SUS). O benefício é para aqueles que necessitam e que não podem prover o próprio sustento, nem mesmo com a contribuição da família. Aquele idoso com idade acima dos 65 anos recebe um salário mínimo, comprovando que a renda por pessoa da família é de ¼ por pessoa. Vale ressaltar que benefícios sociais não entram para cálculo (Artigos 33, 34, 35 e 36, Estatuto do Idoso, 2003, p. 22- 23).

Do direito à habitação: todo idoso tem direito a um lar, seja em instituição pública ou privada, no seio da família e, até mesmo, desacompanhado. O idoso desassistido não fica sem lar, vejamos:

§ 1.º 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 (Estatuto do Idoso, 2003, p. 24).

As instituições que mantêm idosos devem ter o mínimo de condições adequadas para moradia dos idosos, seja de higiene, condições físicas, etc. (Artigos 37, e 38, Estatuto do Idoso, 2003).

Do direito ao transporte: “Art. 39. Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços (Estatuto do Idoso, 2003, p. 25).

Nos transportes coletivos intermunicipais ficam asseguradas 2 vagas ou se, se esgotarem as vagas gratuitas, o idoso tem direito a um desconto de 50% no valor da passagem basta comprovar ter até 2 salários mínimos. Tem direito a 5% de vagas em estacionamentos e prioridades no atendimento (Estatuto do Idoso, 2003, p. 25- 26- 27).

Ademais, discriminar a pessoa idosa configura crime com pena de reclusão de 6 meses a 1 ano e multa. O mesmo ocorre para quem menosprezar ou humilhar o idoso pela sua idade a pena aumenta em 1/3. Deixar de prestar socorro ou omitir também são crimes com pena 6 meses a 1 ano e multa. Abandono de idoso em qualquer local também é passível de pena de 6 meses a 3 anos e multa. Ameaçar a saúde do idoso também é crime passível de pena de 2 meses a 1 ano e multa. Reter cartão de aposentadoria ou pensão do idoso é crime também com pena prevista de 6 meses a 1 ano e multa.

Podemos ver que existem leis que protegem os idosos não deixando os mesmos desamparados e o Serviço Social luta por essa causa para que os direitos sociais, a cidadania, do idoso seja respeitada.

2.6 O Conselho Municipal do Idoso

O conselho Municipal do Idoso é um órgão importantíssimo para defesa dos direitos da população idosa. Vejamos sua função a seguir:

O Conselho Municipal do Idoso é um órgão de representação dos idosos, e de interlocução junto à comunidade e aos poderes públicos na busca de soluções compartilhadas (Conselho Municipal do Idoso, 2000).

Dessa forma, é importante toda cidade ter um conselho, pois é preciso garantir os direitos dos idosos. Além disso, deve estar interligado com as

políticas públicas nacional e estadual, com a finalidade de ambas falarem e a mesma língua. O conselho não deve estar interligado a nenhum partido político, pois deve ser livre para tomar suas decisões, estando sempre aberto a novas ideias, promovendo debates sobre as necessidades dos idosos:

O Conselho municipal deve promover amplo e transparente debate das necessidades e anseios dos idosos, encaminhando propostas aos poderes municipais, principais responsáveis pela execução das ações. O papel do Conselho é consultivo, normativo, deliberativo e formador de políticas dirigidas a pessoa idosa (Conselho Municipal do Idoso, 2000).

Com a contribuição do conselho nacional e estadual, deve, ainda, lutar para garantir e estabelecer uma sociedade mais justa para a população idosa, estimulando os idosos a participarem da formulação da Política Municipal do Idoso. Ademais, deve-se:

Sensibilizar os Poderes Públicos Municipais quanto às responsabilidades no atendimento das demandas dos segmentos em conformidade com as políticas públicas do idoso. Procurar formas de parcerias que promovam os direitos dos idosos. Estimular a organização de idosos e sua efetiva participação social, visando a sua integração e exercício da cidadania; Fortalecer o Papel do Conselho Municipal enquanto órgão interlocutor entre a Sociedade e o Poder Público. Formular, implantar, supervisionar e avaliar a Política do Idoso. Incentivar e apoiar ações concretas em favor dos idosos, visando assegurar sua continuidade (Conselho Municipal do Idoso, 2000).

A criação do Conselho Municipal do Idoso ocorre por meio de fórum, levando o projeto até o prefeito, para debater sobre o mesmo e escolher os conselheiros que têm funções a serem cumpridas, tais como:

Conhecer a Política Municipal do Idoso em todas as áreas com as quais o Idoso está envolvido. Conhecer o papel do Conselheiro representante do Poder Público. Fazer o levantamento da realidade do Idoso no Município. Manter contato com Entidades, Sociedade de Amigos do Bairro, Asilos e pessoas dedicadas aos idosos. Promover e participar de atividades e iniciativa de interesse do Idoso. Apresentar relatórios escritos e, oralmente, nas reuniões sobre a atividades realizadas. A principal tarefa do Conselheiro representante da Sociedade Civil é representar o cidadão idoso, muitas vezes excluído e impossibilitado de exercer sua cidadania. Levar ao conhecimento do idoso do Município propostas e soluções legais de interesse comum. Apresentar ao Conselho Municipal do Idoso as propostas e os projetos de interesse Municipal, Regional e Estadual para a devida apreciação. Participar das decisões tomadas pelo Conselho Municipal do Idoso, tendo em vista o interesse do idoso em nível municipal. Participar dos grupos de trabalho e de comissões instituídas pelo Conselho Municipal do Idoso (Conselho Municipal do Idoso, 2000).

É possível observar, assim, a importância dos conselheiros que trabalham na defesa dos interesses da população idosa.

2.7 As políticas públicas para idosos da Prefeitura do Rio de Janeiro

Neste item, são destacados alguns programas da prefeitura do Rio de Janeiro voltados à população idosa, tais como:

1. Academia Carioca: Desde 2009, é um espaço no qual há promoção da saúde o idoso. Por meio de ação comunitária e multisetorial, com centralidade nas práticas esportivas em unidades básicas de saúde.

A Academia Carioca propõe promover uma melhora física, mental e social do idoso do século XXI, com isso busca-se uma sociedade velha mais saudável. Como está o programa atualmente:

Hoje o programa Academia está presente nas 10 áreas de planejamento, vinculadas às suas unidades básicas de saúde, por meio de sua equipe de profissionais de educação física. O êxito do programa se deve a compreensão de que a atividade física é uma importante ação da saúde pública, capaz de contribuir para a relação de doenças crônicas não transmissíveis e de agravo à saúde (Prefeitura do Rio de Janeiro – Secretaria Municipal de Saúde, 2019).

Podemos dizer que esse programa veio de maneira tardia, sendo que a atividade física é fundamental para o idoso ativo ou aquele com doenças. A iniciativa da prefeitura do Rio de Janeiro é ótima, porém, é necessário fazer a manutenção dessas academias ao ar livre.

Os serviços oferecidos são:

- Ginástica nos aparelhos;
- Grupos de caminhada;
- Ginástica de alongamento;
- Dança de salão;
- Capoeira;
- Ginástica laboral;
- Atividades culturais;
- Educação permanente;
- Atividades integradas Às equipes de saúde (NASF) ²;
- Desenvolvimento de materiais educativos.

Então, a ginástica no aparelho funciona como forma de musculação e exercícios aeróbicos, já os passeios coletivos são realizados ao ar livre. Há, também, alongamento que é importantíssimo após qualquer atividade física, a

² Núcleo de Apoio de saúde da família.

dança de salão que é algo que os idosos gostam muito porque ajuda a arejar a mente, além de tocar músicas que remetem ao tempo deles.

A capoeira como desenvolvimento do corpo, a ginástica laboral quando os mesmos estiverem sem seus ambientes de trabalho, seja em casa ou na empresa, atividades culturais são importantíssimas na vida do idoso, pois a partir dela do que já foi vivido constrói-se hábitos e costumes.

Tem também a educação permanente que é a oportunidade de idosos voltarem aos estudos, atividades integradas às equipes de saúde (NASF) são importantes porque conversa com outras políticas, por exemplo, a política de educação, assim quem ganha é o usuário do serviço, já o desenvolvimento de materiais torna-se relevante porque ensina à população sobre temas relacionados à velhice.

2. Hospitais especializados: existem também hospitais especializados que atendem a geriatria, ou seja, o público idoso. Mesmo tendo essas opções os números de hospitais é pouco, com isso não atendendo à população inteira.

3. Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI): foi lançado em 2010 e serve para visita médica aqueles idosos que por algum motivo não podem ir até o posto de saúde, a abaixo as doenças que o PADI cuida:

O PADI cuida de pessoas com doenças crônicas agudizadas, portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente, pacientes oriundos de internações prolongadas e/ou recorrentes, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, pacientes em cuidados paliativos e outros agravos passíveis de recuperação funcional. Os principais benefícios são a aceleração da recuperação, a redução do tempo médio de internação hospitalar, a liberação dos leitos hospitalares para outros pacientes, a independência funcional, a melhora na capacidade de se cuidar e de ser cuidado no ambiente domiciliar (Prefeitura do Rio De Janeiro-Secretaria Municipal de Saúde, 2019).

Uma ótima alternativa da Prefeitura porque esvazia leitos para aqueles que estão em estado de maior gravidade, é um programa tardio porque poderia ser implantado antes, mas que bom que mesmo tardio ele apareceu.

Abaixo os profissionais envolvidos e onde funciona o serviço:

[...] As equipes são compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. As equipes estão instaladas nos hospitais municipais Miguel Couto, Salgado Filho, Paulino Werneck, Lourenço Jorge, Pedro II e Francisco da Silva Telles, onde realizam a busca ativa nas enfermarias, com o intuito de identificar os pacientes com perfil para atendimento domiciliar (Prefeitura do Rio De Janeiro-Secretaria Municipal de Saúde, 2019).

Seria bom se esse serviço se estendesse por mais regiões, principalmente as de difícil acesso, outros lugares da Zona Oeste, Zona Sul e Zona Norte. O paciente deve procurar a unidade mais próxima de sua casa e entrar pelo SISREG.

4. Saúde do idoso: o Rio de Janeiro tem a segunda população de idosos do Brasil de acordo com o último censo (2010). Trata-se de um percentual de 14,9%. Para lidar com as modificações desse fenômeno, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) criou gerência da área técnica de saúde:

Área responsável pela gestão, planejamento e acompanhamento de ações voltadas para a atenção integral à saúde da pessoa idosa. Essas ações são desenvolvidas tendo a Atenção Primária como a ordenadora do cuidado, nas Clínicas da Família e nos Centros Municipais de Saúde, mas se estendem também às policlínicas, unidades de pronto atendimento (UPA), Coordenações de Emergência Regionais (CER) e hospitais. Tais ações são voltadas para a manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas, ou seja, são centradas na produção da autonomia e da não dependência, promovendo um envelhecimento com mais saúde e qualidade de vida (Prefeitura do Rio De Janeiro-Secretaria Municipal de Saúde, 2019, 2019).

O idoso tem inúmeras vulnerabilidades, razão pela qual deve ter seus direitos humanos garantidos, assim como consta no Código de Ética do Assistente Social de 1993 a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio do autoritarismo”.

5. Centro de Doenças de Alzheimer e outras desordens mentais na velhice (CDA): apesar de não ser do município os pacientes do município são encaminhados para lá, é um setor multidisciplinar voltado para os idosos a partir de 60 anos, abaixo está o que trata e quais profissionais atendem no CDA:

[...] qualquer tipo de problema na esfera psicológica, psiquiátrica e neuropsiquiátrica- demências, depressão, ansiedade e psicoses com aparecimento posterior a esta idade. A equipe é composta por médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeira, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, nutricionista e secretários. (Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 2019).

Como podemos observar, há uma gama de oportunidades de tratamento para o idoso com problemas de saúde. E como o atendimento é gratuito, a população idosa economiza com consultas médicas.

É realizada uma triagem com assistente social e enfermeiro para avaliar se o caso é psiquiátrico de fato, caso não seja é encaminhado ao local devido.

Se for um caso psiquiátrico ou de demência senil é feito o acolhimento a esse idoso:

São acolhidos para tratamento no CDA todo e qualquer paciente com queixas cognitivas ou psiquiátricas, de aparecimento após 60 anos de idade, na avaliação inicial com MEEM igual ou maior que 12 pontos e CDR menor ou igual a 1,5 pontos, moradores da AP2 sul e que não estejam restritos a cadeira de rodas. O CDA não atende casos de alcoolismo ou abuso de drogas (Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 2019).

Esses são os programas e políticas públicas mais relevantes no município do Rio de Janeiro. Todavia, espera-se que o município produza mais políticas, projetos e programas públicos para esses usuários, pois somos a segunda maior população idosa do Brasil e a tendência é aumentar com a expectativa de vida se elevando cada vez mais.

Por conseguinte, o Rio de Janeiro tem que preparar a cidade para os futuros idosos que serão muitos, pois haverá mais velhos em casa do que crianças e, dessa forma, é uma realidade que não podemos fingir que não estamos vendo. É preciso melhorar a saúde, o transporte, as vias públicas, as calçadas, dentre outros.

CAPÍTULO 3

O OLHAR DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE A VELHICE NO BRASIL

Neste capítulo, pretende-se analisar a atuação do Serviço Social junto ao segmento idoso no serviço do ambulatório de geriatria, uma seção da Divisão de Recursos Humanos (DRH) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), onde fiz estágio.

3.1 A atuação do Serviço Social no ambulatório de geriatria do HU

Gostaria de destacar, neste item, alguns pontos relevantes acerca da minha experiência de estágio no ambulatório de geriatria, uma seção da Divisão de Recursos Humanos (DRH) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), que me levou a escolha da temática do envelhecimento.

A região onde o referido Hospital encontra-se inserido é na área programática 3.1, conforme definição da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Este integra o Complexo Hospitalar da UFRJ, e está situado no Campus da Ilha do Fundão.

Conforme consta no site da instituição, o HU constitui-se como um hospital de nível terciário e quaternário, inserido no sistema de referência e contrarreferência do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Suplementar. Segundo o seu regimento, está definido como órgão suplementar do Centro de Ciências da Saúde (CCS) sendo, portanto, vinculado ao Ministério da Educação.

O horário de atendimento do Serviço Social é de segunda a sexta-feira, de 7h00 as 19h00; sábados, domingos e feriados, de 7h00 as 17h00. As assistentes sociais trabalham 40 horas semanais e, atualmente, as formas de contratos são: concursados, extraquadros e desvio de função³.

No HU há uma sala própria para o Serviço Social, desde a Emergência (subsolo) ao CTI (13º andar). Os recursos materiais, como telefone, computador, impressora, papéis, estão sendo disponibilizados dentro das possibilidades.

Sobre o ambulatório geral de geriatria, setor onde estagiei durante todos os níveis de Estágio (I, II e III), é importante mencionar que o supracitado setor

³ Informações extraídas da “Análise Institucional”, elaborada para a disciplina de OTP 1.

atende a pacientes externos, ou seja, aqueles que não se encontram internados no hospital.

Além disso, a avaliação preliminar do idoso é feita por uma equipe mínima, composta pelo Serviço Social, pela Enfermagem e pelo profissional médico que, por meio da aplicação de instrumentos padronizados, faz o diagnóstico clínico, social, funcional e cognitivo deste indivíduo, que se apresenta com determinada queixa.

De posse deste diagnóstico amplo, a equipe formula um conjunto de instruções coordenadas, consulta outras disciplinas do serviço (Nutrição, Neuropsicologia, Fisioterapia) e estabelece um plano estruturado frente aos problemas detectados.

A equipe mínima abre-se, então, para formar o núcleo do atendimento de Geriatria, ou seja, um grupo multidisciplinar do qual a participação constante e sem interrupção é imprescindível (profissional médico, profissional de enfermagem, serviço social, medicina física e reabilitação, neuropsicologia, nutrição e outros que futuramente se façam necessários).

Este núcleo geriátrico é maleável, aberto em interrelações de consultas e depende da participação eventual de diversas outras especialidades médicas e afins ou outras que, futuramente, deverão se dirigir sempre que possível ao núcleo físico da Geriatria para a comodidade do paciente idoso (oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia, psiquiatria, cardiologia, neurologia, serviços cirúrgicos, odontologia, educação física, geriatria, dentre outros.)

Os objetivos do Setor de Geriatria compreendem:

- ✓ Propiciar a pessoa idosa melhores condições de vida na sociedade, colaborando para o aumento da expectativa de vida;
- ✓ Compreender os juízos formulados pelas pessoas idosas a respeito da sua saúde;
- ✓ Informar os idosos sobre os recursos sociais disponíveis;
- ✓ Criação de grupos de discussão dentro da instituição sobre estratégias de organização.

Como mencionado ao longo da presente monografia, o idoso tem direito à liberdade preconizada pela Constituição Federal de 1988 e, também, pelo Código de Ética do Assistente Social (Lei nº 8662,1993) – atualmente, em vigor

– que reconhece a liberdade como valor ético central, incentivando a autonomia dos indivíduos e a sua plena expressão, fundamentais para a população idosa.

Ao idoso deve ser assegurada, também, a sua autonomia, relacionando-se, inclusive, com a garantia da democracia, autonomia e emancipação humana, pois sabemos que a população idosa sente-se muito melhor ao participar da sociedade de forma ativa.

O Código de Ética defende, ainda, a erradicação da exploração do trabalho e sabemos que o idoso sofre exploração com baixos salários ou, por vezes, pelo próprio núcleo familiar.

Cumprir destacar, ainda, que o mundo moderno tem deixado as pessoas mais distantes e mais conectadas à Internet e isto, obviamente, não faz bem ao idoso, que está acostumado com as relações físicas.

Como já mencionado ao longo desse estudo, o idoso tem direito à vida e isto, por óbvio, também consta da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto do Idoso, não sendo, desta forma, tolerado nenhum tipo de violência à pessoa idosa, mas, infelizmente, na prática, ainda observamos idosos sendo vítimas de violência doméstica, seja física, psicológica ou moral.

Isto é reprovável, pois fere princípios básicos dos direitos humanos. Ademais, o autoritarismo, também, é uma forma de agressão ao idoso, assim como assinalado na citação abaixo:

O autoritarismo caracteriza-se como uma conduta em que uma instituição ou pessoa se excede no exercício da autoridade de que lhe foi investida, podendo ser caracterizado pelo uso do poder e da autoridade, confundindo-se, por não raras vezes como despotismo. (BARROCO; TERRA, 2012, p.125).

Ainda em relação ao autoritarismo, pode ocorrer da própria família com o idoso, em situações como os filhos tendo uma postura mais autoritária, assertiva e agressiva com os pais em idade mais avançada. Além disso, muitos não têm paciência com as debilidades do próprio envelhecimento.

Os idosos devem ter a garantia dos seus direitos civis, sociais e políticos. Logo, não é porque se aposentou que o idoso não pode participar da vida ativa da sociedade, como votar, por exemplo. É, nesse sentido, função do(a) assistente social amparar a população idosa na consolidação de sua cidadania:

O Serviço Social encontra-se totalmente comprometido no processo de ampliação e consolidação da cidadania pelo conflito trabalho e capital e pelos reflexos da reprodução da desigualdade, presentes nos espaços socio-ocupacionais (BARROCO; TERRA, 2012, p.125).

O Serviço Social do HU provocava e fomentava políticas sociais para o segmento idoso, considerando a autonomia da população idosa e buscando fazê-la sentir-se mais útil e participativa da vida em sociedade.

Cumprir, também, que a democracia é algo fundamental para o idoso, pois se trata de um direito constitucional assegurado. O nosso Código de Ética em seu artigo IV assinala a “defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida” (BARROCO; TERRA, 2012 p.126).

Para o idoso, a socialização da riqueza seria fundamental para sua vida, pois garantiria uma velhice com maior conforto e segurança, mesmo não participando do processo produtivo. Numa maior e melhor distribuição de renda, todos saem ganhando. Nesse sentido, é imprescindível que todos os idosos tenham acesso aos programas, benefícios e às políticas sociais.

É, também, competência fundamental do cotidiano do(a) assistente social a garantia da equidade e justiça social:

Reafirmamos que a equidade e a justiça social devem ser componentes cotidianos da atuação do assistente social, porém na perspectiva de superação da ordem burguesa, na medida em que tais valores são apenas formalmente, afinal, as desigualdades não permitiam a sua efetivação (BARROCO; TERRA, 2012 p.127).

Assim, os assistentes sociais devem buscar sempre garantir o direito às políticas sociais aos idosos e a outros usuários também, buscando reinventar-se para atender as necessidades impostas no cotidiano profissional.

Conforme mencionado anteriormente, o preconceito e a discriminação perseguem o segmento idoso, o que nos exige a defesa intransigente dos princípios do nosso Código de Ética:

“VI Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças” (BARROCO; TERRA, 2012 p.128).

Nesse sentido, a obrigação do(a) assistente social em caso de discriminação ou preconceito é denunciar aos órgãos responsáveis. Para atender as demandas de usuários(as) e, também, da população idosa, o(a) assistente social deve estar sempre aprimorando-se intelectualmente, pois os as expressões da questão social estão sempre em constante mudança e transformação.

Ademais, profissionais do Serviço Social (e de outras áreas) têm o dever de atender o idoso de maneira não discriminatória e com qualidade, pois muitos idosos já estão debilitados e, por vezes, podem apresentar dificuldades na compreensão de determinados encaminhamentos.

É importante mencionar, também, que a solidão e a falta de sociabilidade podemos interferir, sobremaneira, na qualidade de vida e na saúde da população idosa:

Socialização” é um termo amplo que indica que o ser humano, desde que nasce, não apenas está sujeito às influências da sociedade de que participa e ajuda a construir, como também a influencia. É universal nas sociedades com elevados níveis de mudança social, que obrigam seus membros de qualquer idade a uma constante assimilação de conhecimentos e de formas de atuar (PINHEIRO JÚNIOR, 2004, p. 101).

Podemos perceber que esse processo de sociabilidade é fundamental entre os idosos, pois a sociabilidade permite a realização de sonhos.

O Estado tem a obrigação de aumentar o número de programas e projetos sociais para idosos, pois os mesmos propiciam maior qualidade de vida, melhoram a saúde mental e oportunizam novas amizades, porque estando no convívio social o idoso transforma-se em protagonista da sua própria vida, ou seja, assume um novo papel perante a sociedade sendo uma pessoa ativa.

Desse modo, os grupos de convivência são fundamentais:

A socialização é a meta central dos centros e grupos de convivência de idosos, que utilizam como estratégia o trabalho coletivo, com atividades regulares e permanentes que incentivam o convívio, desenvolvendo habilidades nas relações interpessoais. Estruturadas de acordo com o interesse comum ou propostas pelos coordenadores, as atividades permitem adquirir novos conhecimentos, muitas vezes sobre a terceira fase da vida e as contínuas mudanças da realidade. Possibilitam trocar experiências, estabelecer vínculos de amizade, partilhar preocupações e sentimentos, viver situações inéditas. Transformam as histórias individuais compartilhadas em história coletiva, construída com base em um novo conceito sobre envelhecimento e velhice. Exercem poder restaurador da afetividade e da autoestima e servem até de estímulo para retorno ao mercado de trabalho. Evitam o isolamento e a solidão e criam espaço para a participação, para a integração social (PINHEIRO JÚNIOR, 2004, p. 102).

Ademais, os idosos devem continuar lutando pelos seus direitos, exigindo políticas públicas que atendam às suas necessidades, pois é um grupo muito discriminado pela sociedade. Nessa esteira, a família tem o dever e a obrigação de ser menos autoritária e propiciar o protagonismo ao idoso,

permitindo que ele deixe de ser coadjuvante da própria vida e comece a tomar as próprias decisões e a cuidar de si mesmo – evidente que com todo apoio e orientação possíveis.

Uma situação muito comum de autoritarismo emblemático ocorre quando a pessoa idosa vai ao médico e somente o cuidador ou familiar se manifesta, ou seja, todos os sintomas são descritos por outra pessoa e o idoso não é sequer questionado. Como estes, vários outros exemplos apontam para casos de depressão em idosos que são tratados, por vezes, como crianças.

O Serviço Social trabalha com a perspectiva que os direitos dos idosos sejam respeitados, buscando denunciar quaisquer formas de discriminação e preconceitos, como o etarismo, por exemplo. A discriminação etária ocorre contra indivíduos ou grupos etários com base em estereótipos associados à idade. Tem sido uma realidade vivida por pessoas mais velhas em diversos espaços da vida em sociedade e, por consequência, também quando da relação familiar.

Trata-se, assim, de um tipo de preconceito que pode assumir muitas formas, desde atitudes individuais até políticas e práticas institucionais que perpetuam a discriminação etária.

Fran Winandy (2021)⁴, psicóloga e consultora na área de Diversidade Etária, assinala que a primeira manifestação de etarismo é a que temos contra nós mesmos. A especialista afirma, ainda, que o preconceito pode se manifestar de diversas formas e, quase sempre, de maneira sutil e quase imperceptível:

A promoção do autojulgamento e, conseqüentemente, o julgamento com outras pessoas como velhas demais para alguma coisa. A relação discriminatória de empresas ao não selecionar pessoas com mais de 45 anos para novos cargos. A falta de políticas públicas de incentivo à diversidade etária, a discriminação com estudantes mais velhos (as) e a exclusão desse segmento etário da vida universitária pode ser chamado de etarismo institucional (WINANDY, idem).

É, também, o caso, por exemplo, da aposentadoria compulsória⁵, uma norma presente em algumas organizações e empresas as mesmas obrigam as

⁴ Informações disponíveis em: <https://institutodelongevidademag.org/longevidade-e-trabalho/carreira/etarismo#:~:text=A%20especialista%20afirma%20que%20o,velhos%20demais%20para%20alguma%20coisa>. Último acesso em 04 de abril de 2022.

⁵ A aposentadoria compulsória é aquela que deve ocorrer independentemente da vontade da Administração e do servidor público, uma vez que, ao se alcançar a idade determinada, o servidor obrigatoriamente será aposentado. É por esta que popularmente ficou conhecida como “aposentadoria expulsória”.

peças com idade se aposentar e sair da instituição a qual são empregadas, independentemente de suas vontades, pontua Winandy (ibidem) ao falar de formas institucionais de expressar o preconceito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os alicerces que estruturam nossa sociedade são pautados, infelizmente, em pressupostos arraigados de discriminação, sejam contra pessoas pretas, pardas, pobres, gordas, LGBTQIA+, com alguma deficiência (física, mental ou intelectual) e, por óbvio, também contra idosos.

Assim, o etarismo tem sido uma realidade vivida por pessoas mais velhas em diversos espaços da vida em sociedade e, por consequência, também durante o cuidado por profissionais de saúde, que ora os infantiliza; ora os hostiliza. Logo, na condição de assistentes sociais, faz-se necessário repudiar e combater quaisquer formas de preconceitos, estigmas e discriminações.

Além do preconceito etário, finalizo a minha monografia mencionando mais uma vez a importância do meu estágio no ambulatório de geriatria do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

Ao acompanhar os atendimentos da minha supervisora Soraia Brandão, foi possível presenciar todas as dificuldades dos familiares na compreensão das doenças e debilidades que ocorrem na velhice, especialmente a falta de acesso às políticas públicas voltadas para os idosos, assim com os inúmeros desafios no acesso às unidades de saúde, encontrando superlotação e grandes filas na rede de regularização, como o Sistema de Regulação (SISREG).

A assistente social do HU prestava um atendimento profissional, competente e, ao mesmo tempo, humanizado, mantendo sempre uma postura ético-política e utilizando os instrumentos necessários como a entrevista social, que possibilitava perceber a realidade em que esse idoso estava inserido.

Por vezes, nos era narrado o estado de muita pobreza, moradia em comunidades violentas e que traziam profundos traumas por insegurança no próprio lar, que acabavam contribuindo para uma evolução mais rápida da doença.

No HU era realizada a avaliação funcional simples em que são observadas a mobilidade, a função cognitiva e a capacidade para executar Atividade da Vida Diária (ADV) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

Eram realizadas, ainda, análises socioeconômicas e, após conhecer a realidade do usuário idoso, era possível observar a sua real situação e o grau de vulnerabilidade que o mesmo estava exposto.

Em alguns casos, pude observar o pouco comprometimento da família, sobrecarregando apenas um ente que, por vezes, também era idoso e debilitado. Houve ocasiões em que se fazia necessário reunir os familiares para uma séria conversa e assinalar que a responsabilidade daquele idoso deveria ser de todos os familiares, tanto em relação às questões financeiras, quanto nos cuidados diários ou pelo menos que se revezassem nos fins de semana e, caso não houvesse um consenso, era orientado procurar a justiça.

Cumprir mencionar que o Serviço Social trabalha considerando que os direitos dos idosos sejam respeitados. Muitas vezes, estes são lesados e vilipendiados financeiramente, profundamente desrespeitados e agredidos (física e/ou verbalmente), necessitando de uma ação mais enérgica contra aquele familiar, chegando em algumas situações mais graves, inclusive, a esfera policial. A perspectiva do Serviço Social é, portanto, lutar contra todos os processos de opressão, exploração ou alienação do idoso.

Gostaria de destacar que na minha vida pessoal dediquei-me, de forma exclusiva, como filha única que sou, aos cuidados da minha mãe deficiente visual que, nos últimos anos, apresentou demência por doença de Alzheimer, que a debilitou gradativamente, ficando dependente dos meus cuidados, o que me levou à exaustão física, mental e emocional.

Durante tais cuidados, pude vivenciar a falta de acesso às políticas públicas voltadas para os idosos, uma vez que existem no papel, mas, na prática, poucas funcionam. Como exemplo, posso citar que não há disponibilidade de geriatras, de saúde mental de qualidade e nenhum atendimento psiquiátrico de emergência.

Vivenciei uma triste situação na qual a minha mãe entrou em surto psicótico e ficou três dias acordada gritando e, ao ligar para emergência do Pinel,

fui orientada a aguardar a consulta de rotina do IPUB, que se dava semestralmente.

Nos últimos dias de vida da minha mãe, mais uma vez pude presenciar a precariedade da saúde pública do pronto atendimento em que ela foi atendida na Coordenação de Emergência Regional (CER) do Centro do Rio de Janeiro, onde, após dezoito dias, ela veio a óbito.

Após passar por várias situações de descaso, ambiente inóspito e superlotado em plena pandemia, nós familiares precisávamos levar máscaras e na próxima visita, encontrávamos os nossos idosos sem máscara e jogados à própria sorte. Havia falta de matérias e alguns remédios que precisávamos comprar, sem contar com a realidade dos profissionais de saúde exaustos e muitos com os pagamentos atrasados há meses.

É nesse cenário que compreendemos a importância da profissão do Serviço Social para lidar com essa realidade que estamos vivendo. É preciso abordar essa temática, que envolve a saúde da população idosa, sob o prisma a omissão estatal e repasse do cuidado com para a responsabilidade familiar para que seja possível pensar estratégias para manutenção da saúde e qualidade de vida do segmento idoso.

Não obstante as progressivas limitações (físicas, mentais e emocionais) que possam ocorrer, as pessoas idosas podem redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade e alegria possíveis. Tal possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

Como futura assistente social, pretendo lutar pelo cumprimento das políticas públicas e emancipação humana por meio da busca por justiça social no processo de materialização do acesso aos direitos, para enfrentamento das demandas sociais, amenizando as desigualdades e fazendo cumprir os princípios do nosso Código de Ética.

Espera-se com esse despretensioso trabalho ter contribuído com algumas reflexões e informações sobre essa temática, assinalando a

importância do reconhecimento e, sobretudo, do respeito para com as pessoas deste segmento etário em nossa sociedade.

Ademais, é sempre importante investir na produção de mais estudos sobre esse tema para que sejam possíveis a ampliação e o fortalecimento de políticas públicas voltadas ao direito à saúde da população idosa a partir de um modelo de política centrado, preferencialmente, na figura e na responsabilidade do Estado e não na família, quase sempre sem condições de atender todas as inúmeras demandas do segmento idoso.

REFERÊNCIAS

ALONSO, F.R.B. O idoso ontem, hoje e amanhã. Rev. Kairós, 82. São Paulo: Educ. 2005.

ALVES, Andrea Moraes. "O corpo no tempo: velhos e envelhecimento". In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Marcia (org.). História do corpo no Brasil. São Paulo: Editora Unesp, 2011, pp. 430-432.

ANDRADE, Luana et. al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n12/3543-3552/> Último acesso em 19 de abril de 2022.

BARROCO, Maria Lúcia da S. Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos. São Paul: Cortez, 2001.

_____. Barbárie e Neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. In: Revista Serviço Social & Sociedade. 106. Abril/Junho de 2011. Educação, Trabalho e Sociabilidade.

BARROS, Myriam Moraes Lins de. Velhice ou Terceira Idade. Editora FGV. Rio de Janeiro, 2007.

BEAUVOIR, Simone de. A velhice. São Paulo. Difusão Europeia do Livro, 1970.

BRASIL. Lei n. 10.741, 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 de out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Último acesso em 19 de abril de 2022.

BRASIL. Lei n. 8.842, 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 de jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm Acesso em 07 jul.2019. Último acesso em 19 de abril de 2022.

Brasil. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do idoso. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 19 out. 2006. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Último acesso em 19 de abril de 2022.

CFESS Manifesta. 30 Anos do Congresso da Virada. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/congresso.pdf>. Último acesso em 30/01/2017.

CFESS/CRESS. Neoconservadorismo e Serviço Social no cenário atual: começa o 44º Encontro Nacional CFESS/CRESS, Rio de Janeiro, 2015.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. Os novos idosos brasileiros: muito além dos, v. 60, n. 1, p. 253-292, 2004.

CORREA, Mariele Rodrigues. Uma Cartografia do Envelhecimento na Contemporaneidade: a velhice e a terceira idade. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista. Assis, 2007.

CRISPIM, M. C. M. (2014) Envelhecimento bem-sucedido: uma análise dos fatores de proteção e vulnerabilidade. Universidade Federal da Paraíba. Instituto Federal do Mato Grosso. Programa de Doutorado Interinstitucional. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/7705>. Último acesso em 19 de abril de 2022.

DURIGUETTO, Maria; MARRO, Katia. Serviço Social, lutas e movimentos sociais: a atualidade de um legado histórico que alimenta os caminhos de ruptura com o conservadorismo. In: SILVA, M. L. (Org.). Serviço Social no Brasil histórias de resistências e de ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2016. p. 97-118.

DAL RIO, Maria Cristina. Perspectiva social do envelhecimento / Maria Cristina Dal Rio, Danilo Santos de Miranda; [coordenação geral Áurea Eleotério Soares Barroso]. -- São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

DE LIMA, P. M. R. (2016). “Velhice? Acho Ótima, considerando a Alternativa”: Reflexões sobre Velhice e Humor. Revista Subjetividades, 11(4), 1597-1618.

DE OLIVEIRA CAMPELO, Sálvea, et al. Envelhecimento saúde e trabalho no tempo do capital. Cortez Editora, 2016.

DE SOUZA LIMA, J., MATSUDO, S. M. M., DE ARAÚJO, T. L., & MATSUDO, V. K. R. (2016). Caracterização do estado de humor de mulheres fisicamente ativas e sua relação com a idade cronológica e com o índice de massa corporal. Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde), 14(49), 19-26.

DIAS, A. C. G. Representações sobre a velhice: o ser velho e o estar na terceira idade, In: CASTRO, O. P. (Org.). Velhice, que idade é esta? Porto Alegre: Editora. Síntese Ltda, 1998.

Estatuto do Idoso. Brasília –DF 3ª edição, 2ª reimpressão, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf

FACO, Vanessa; MELCHIORI Lígia. Conceito de família. Valle, TGM. Org. aprendizagem e desenvolvimento humano: Avaliações e intervenções [online]. São Paulo: Cultura Acadêmica: 2009. 222P. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/krj5p/pdf/valle-9788598605999-07.pdf>

GENTILI, Pablo. Universidades na Penumbra: Neoliberalismo e reestruturação universitária. São Paulo. Cortez, 2001.

GOIN, Mariléia; BARAVESCO, Letícia. Instrumentalidade profissional do Serviço Social: as mediações da prática profissional. [S.l.: s.n., 2000?]. Disponível em <http://www.fema.com.br/sitenovo/wp-content/uploads/2016/09/4-Instrumentalidade-Profissional-do-Servi%C3%A7o-Social-As-Media%C3%A7%C3%B5es-da-Pr%C3%A1tica-Profissional.pdf>.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional – 9ª Ed. – São Paulo: Cortez, 2005.

GENTILI, Pablo. Universidades na Penumbra: Neoliberalismo e reestruturação universitária. São Paulo. Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela; Carvalho, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. – 23ª ed. – São Paulo. Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na cena contemporânea. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Cortez, 2009.

_____. Serviço Social em tempo de capital fetiche. Capital financeiro, trabalho e questão social. 6ª edição: Cortez, 2011a, cap. 1 e 3.

_____. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social – 11ª Ed. – São Paulo: Cortez, 2011b.

_____. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 128, p. 13-38, jan./abr. 2017 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.09>. Último acesso em 16 de janeiro de 2018.

IANNI, Otávio. A Questão Social. Revista USP, setembro, outubro e novembro. São Paulo, 1997.

LIMA, K. R. de S. Contrarreforma da educação superior: de FHC a Lula. São Paulo. Xamã, 2007.

MARRACHINHO, Ana Luísa Vicente. Qualidade De Vida e Solidão no Idoso Institucionalizado. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação e Escola Superior de Saúde de Faro. Faro, setembro de 2014.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social. Identidade e alienação. São Paulo: Cortez, 1991.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Manifesto do Partido Comunista. Lisboa. Avante, 1975.

MARX, Karl. "A lei geral da acumulação capitalista" In: O Capital. Contribuição à Crítica da Economia Política. São Paulo: Nova Cultural, 1985, cap. XXIII.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro. Vozes, 2012.

MINCATO, Paula Cristina & FREITAS, Cíntia de La Rocha. Qualidade de Vida dos Idosos Residentes em Instituições Asilares da cidade de Caxias do Sul (RS). Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.122>. Último acesso em 20 de abril de 2020.

OLIVEIRA, M. R., de Oliveira Araújo, M. H. P., SILVA, M. I., & de Amorim, B. M. O. Invisibilidade e solidão: a figura do homossexual idoso no Brasil, 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de Saúde no Brasil, 2003.

PINHEIRO JÚNIOR, Gilberto. Sobre alguns conceitos e características de velhice e terceira idade: uma abordagem sociológica, 2004. Disponível em? <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1255-Texto%20do%20artigo-2059-1-10-20070110.pdf>. Último acesso em 21 de abril de 2022.

SILVA, Luana. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. v.15, n.1, p.155-168, 2008.

SOUSA, Jailson L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da Aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. Doenças sexualmente transmissíveis, p. 59-64, 2008.

SOUZA, Mariana de et al. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. Saúde e Sociedade, v. 24, p. 936-944, 2015.

VERAS, Renato Peixoto. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: Cad. Saúde pública, 2007.

VERAS, Renato Peixoto.; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciências e Saúde coletiva, v. 9, n. 2, p. 423-432. 2004.

UCHÔA, Elizabeth et al. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. *Antropologia, saúde e envelhecimento*, p. 25-36, 2002.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. In: CFESSABEPSS. *Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 4*. Brasília: UNB/CEAD, 2000.