



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA CLÁUDIA DA CONCEIÇÃO SILVEIRA

**FAMÍLIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA: Um Estudo Junto
a Equipe Interdisciplinar do Lar dos Idosos de Cruz das Almas/BA.**

CACHOEIRA-BA

2017

ANA CLÁUDIA DA CONCEIÇÃO SILVEIRA

**FAMÍLIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA: Um Estudo Junto
a Equipe Interdisciplinar do Lar dos Idosos de Cruz das Almas/BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao colegiado do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Msc. Márcia da Silva Clemente

CACHOEIRA-BA

2017

NOME DA DISCENTE
Ana Cláudia da Conceição Silveira


Família e institucionalização da pessoa idosa: um estudo junto a equipe
interdisciplinar do Lar dos idosos de Cruz das Almas

Cachoeira – BA, aprovada em 23/01/2017

BANCA EXAMINADORA


Prof. Msc Márcia da Silva Clemente
(Orientador – UFRB)


Prof. Dr Wilson Rogério Pentado Jr
(Membro Interno – UFRB)


Profª Msc. Fernanda Ferreira de Jesus
(Membro Externo)

DEDICATÓRIA
A MINHA FAMÍLIA...

AGRADECIMENTOS

Existem pessoas em nossas vidas que nos deixam felizes pelo simples fato de haverem cruzado nossos caminhos. Algumas percorrem ao nosso lado, vendo muitas lutas passarem, outras, vendo apenas entre um passo e outro, mas todas de alguma forma tornam-se especiais.

Dessa forma, tento lembrar e agradecer a todos que, de alguma forma, contribuíram e fizeram-se especiais em minha trajetória, porém, aos que aqui não forem citados, deixo os meus mais sinceros agradecimentos.

Agradeço, então, a Deus, que, em sua infinita grandeza, guiou-me e proporcionou-me caminhos maravilhosos, aprendizados necessários, deu-me força, saúde, coragem, vontade e fé, para que eu pudesse concluir esse curso.

A minha amada Mãe, minha genitora, que me ensinou a lutar por meus objetivos, me deu coragem, estímulo e muito carinho nos momentos que mais precisei; aquela que sempre luta, mesmo não tendo mais forças, e ainda consegue me proporcionar tudo de melhor.

Aos meus irmãos, em especial Adeline, que contribuíram me dando entusiasmo, e sempre acreditando que eu iria conseguir, e que de alguma forma estão sempre presentes em minhas conquistas.

Ao meu querido e amado noivo Carlos, por sempre me incentivar e compreender nos momentos que não lhe dei a devida atenção, principalmente nesta reta final do curso.

As minhas queridas e amadas amigas de curso. Em especial a Tateane Maia, Milene Nascimento, Vilmaci de Jesus, Cely Neves, Iara Santos, que me apoiaram, me aconselharam, me deram forças, contribuíram para o meu ensino e me ensinaram, acima de tudo, que sem amigos nós não somos nada.

Aos meus amigos que de alguma forma sempre estão me apoiando em tudo que faço.

A minha querida e amada orientadora Prof^a. Msc. Márcia da Silva Clemente que teve papel fundamental na elaboração deste trabalho.

A Banca Examinadora: Wilson Penteado e Fernanda Ferreira, pelo carinho, acolhida e incentivo.

À orientadora do campo de Estágio Jucinéa Barbosa da Silva, pelo profissionalismo e empenho. Aos funcionários do Lar dos Idosos de Cruz das Almas, que me abraçaram no período de estágio.

A Instituição UFRB, aos docentes que contribuiu e acrescentou, para minha formação acadêmica e profissional e que colaboraram de alguma forma para que este tão sonhado momento acontecesse.

Obrigada

A melhor idade

“Envelhecer é uma dádiva que deve ser encarada não como uma perda de habilidades, mas como uma oportunidade para transmitir os conhecimentos adquiridos ao longo da vida”.

(Autor Desconhecido).

RESUMO

O trabalho de conclusão de curso intitulado: **Família e Institucionalização da Pessoa Idosa: Um Estudo Junto a Equipe Interdisciplinar do Lar dos Idosos de Cruz das Almas/BA**. Apresenta como objeto de estudo as questões relativas ao envelhecimento e instituições de longa permanência. Tem como questão de investigação a seguinte indagação: Qual o olhar da equipe interdisciplinar do Lar dos Idosos em relação à família e a institucionalização da pessoa idosa? Para elucidar esta questão apresentamos como objetivo geral: Apresentar um estudo sobre família e institucionalização da pessoa idosa, a partir do olhar da equipe interdisciplinar do Lar dos Idosos de Cruz das Almas. Apresentamos como objetivos específicos: Apresentar os aspectos históricos relacionados à questão social e proteção social do idoso no Brasil; Identificar os marcos legais, as principais categorias teóricas que envolvem a discussão sobre família, institucionalização e interdisciplinaridade; Realizar uma pesquisa de campo junto a equipe interdisciplinar do Lar dos Idosos. No primeiro e segundo capítulo partimos da apreensão de categorias tais como serviço social, política de assistência social, questão social, família, trabalho interdisciplinar e as legislações pertinentes para o enfrentamento da questão social em relação à pessoa idosa no Brasil. No terceiro capítulo apresentamos os dados da pesquisa qualitativa realizada junto a sete profissionais da equipe interdisciplinar que atuam no Lar dos Idosos de Cruz das Almas. Como instrumento de coleta de dados, utilizamos a técnica do questionário para a análise dos dados, a técnica foi a de análise de conteúdo. Este estudo não pretende ser exaustivo nem conclusivo visa propiciar reflexões sobre a temática.

Palavras-chave: Família, Idoso, Institucionalização, Questão Social, Serviço Social.

ABSTRACT

The conclusion course work entitled: **Family and Institutionalization of the Elderly: A Study with the Interdisciplinary Team of Cruz das Almas Elderly Home in Bahia presents as a study object the issues related to aging and long-stay institutions.** It aims the following research question: What is the Elderly Home interdisciplinary staff view in relation to the family and the institutionalization of the elderly person? To elucidate this issue we present the general objective: To present a study about family and institutionalization of the elderly person, from the perspective of the interdisciplinary team of the Nursing Home in Cruz das Almas. We present specific objectives: To present the historical aspects related to the social question and social protection of the elderly in Brazil; to identify the legal frameworks, the main theoretical categories that involve the discussion about family, institutionalization and interdisciplinarity; to conduct a field research with the interdisciplinary team from the Elderly Home. In the first and second chapters, we start with the apprehension of categories such as social work, social assistance policy, social issue, family, interdisciplinary work and legislation relevant to the social question regarding the elderly in Brazil. In the third chapter we present the data of the qualitative research carried out with seven professionals from the interdisciplinary team who work in the Nursing Home in Cruz das Almas. The questionnaire technique was used for data collection and content analysis was used for data analysis. This study does not intend to be exhaustive or conclusive; it aims to provide reflections on the subject.

Keywords: Family, Elderly, Institutionalization, Social Issues, Social Services.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPs – Caixas Privadas de Aposentadorias e Pensões
CEAS - Centro de Estudos e Ação Social
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CRESS - Conselhos Regionais de Serviço Social
CF – Constituição Federal
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idoso
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
LBA – Lei Orgânica de Assistência Social
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização Mundial das Nações Unidas
PNAS – Política Nacional da Assistência Social
PNI – Política Nacional do Idoso
PNSI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSB - Proteção Social Básica
PSE - Proteção Social Especial
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. CAPÍTULO I: ASPECTOS HISTÓRICOS RELACIONADOS À PROTEÇÃO SOCIAL DO IDOSO NO BRASIL.....	16
2.1 Serviço Social, Questão Social e Pessoa Idosa no Brasil.....	16
2.2 Política de seguridade social: Assistência Social, Previdência e Saúde.....	28
2.2.1 Política de Assistência Social e a Proteção Social.....	30
2.2.2 Política de Saúde e Idoso.....	38
2.2.3 Política de Previdência e Idoso.....	44
3. CAPÍTULO II: FAMÍLIA, IDOSO E INTERDISCIPLINARIDADE.....	48
3.1 Marcos Legais de Proteção a Pessoa Idosa.....	48
3.2 Discussão sobre Família, idoso e institucionalização.....	54
3.3 O Trabalho Interdisciplinar Junto à Pessoa Idosa: a experiência de estágio no Lar dos Idosos de Cruz das Almas.....	65
4. CAPÍTULO III: A PESQUISA DE CAMPO JUNTO A EQUIPE INTREDISCIPLINAR DO LAR DOS IDOSOS DE CRUZ DAS ALMAS.....	76
4.1 Resultados da pesquisa.....	76
4.1.1 Sujeitos da pesquisa e perfil dos entrevistados.....	76
4.1.2 Análise das entrevistas.....	78
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: “Família e Institucionalização da Pessoa Idosa: Um Estudo Junto a Equipe Interdisciplinar do Lar dos Idosos de Cruz das Almas/BA” é resultado das experiências vivenciadas durante o período de estágio curricular obrigatório I e II do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB; junto à instituição Lar dos Idosos¹ de Cruz das Almas que me possibilitou realizar uma reflexão acerca do processo de envelhecimento, as formas de proteção social ao segmento idoso, sua institucionalização e a relação da família com esse idoso em nossa sociedade.

Importante lembrar que sou moradora de Cruz das Almas e desde a infância tive um olhar voltado para o Lar dos Idosos da minha cidade. O abandono que alguns idosos são relegados me sensibilizou e me fizeram buscar durante minha formação profissional leituras e pesquisa voltadas para a questão social que envolve a temática do envelhecimento.

Apresentamos como objeto de estudo as questões relativas ao envelhecimento em instituições de longa permanência. Tem como questão de investigação a seguinte indagação: Qual o olhar da equipe interdisciplinar do Lar dos Idosos em relação à família e a institucionalização da pessoa idosa? Para elucidar esta questão apresentamos como objetivo geral: Apresentar um estudo sobre família e institucionalização da pessoa idosa, a partir do olhar da equipe interdisciplinar do Lar dos Idosos de Cruz das Almas. Expomos como objetivos específicos: Apresentar os aspectos históricos relacionados à questão social e proteção social do idoso no Brasil; Identificar os marcos legais, as principais categorias teóricas que envolvem a discussão sobre família, institucionalização e interdisciplinaridade; Realizar uma pesquisa de campo junto a equipe interdisciplinar do Lar dos Idosos.

Devido ao crescimento do grupo populacional idoso, a velhice e o processo de envelhecimento humano vêm ganhando espaços cada vez maiores no cenário nacional ao longo da segunda metade do século XX. O expressivo aumento da longevidade aponta para a necessidade de se compreender a velhice e suas consequências, não

¹Instituição filantrópica, fundada em 05/04/1987, que tem por finalidade acolher pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, em vulnerabilidades sociais, carentes de recursos socioeconômicos e sem vínculo familiar, através da modalidade de longa permanência.

apenas no âmbito individual, mas também no social. Dentre essas consequências, pode-se citar o processo de institucionalização, pois apesar de a legislação brasileira estabelecer que o principal responsável pelo cuidado ao idoso é a família, a dinamicidade do contexto social e a atual fluidez dos relacionamentos familiares tem reconfigurado essa prerrogativa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar no ranking mundial de pessoas com mais de 60 anos. Neste sentido, a questão do envelhecimento sugere reflexões no sentido de que os governantes possam pensar e direcionar ações que deem conta das especificidades deste grupo, ou seja, é de suma importância que se discuta formas de cooperar com o envelhecimento saudável e, acreditamos que, a convivência social e familiar é um dos meios para isso.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, artigo 230: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar garantindo-lhe o direito a vida” (BRASIL, 1988).

A temática sobre envelhecimento demanda uma análise dos fatores culturais, sociais, políticos e econômicos, ação que equacionam a história dos indivíduos. Embora seja um processo cultural, que este condicionado pelo biológico, o assunto tem se tornado um desafio para toda a sociedade, devido ao crescimento da população acima de 60 anos em relação às outras faixas etárias. Assim sendo, e tendo em vista as dificuldades enfrentadas na atual conjuntura, nunca se pensou tanto em envelhecimento.

Além disso, a respeito do processo de envelhecimento populacional, Lesbaupin e Malerb (2006) afirmam que:

Tanto o indivíduo quanto sua família enfrentam desafios importantes na adaptação à terceira idade. As mudanças decorrentes da aposentadoria, da morte do cônjuge, do fato de se tornar avô/avó e das consequências físicas do processo de envelhecimento requerem o apoio familiar para o ajustamento às perdas, reorientação e reorganização das mudanças. O convívio social é fundamental na manutenção do senso de pertinência do ser humano, uma vez que garante sua conexão com o mundo. Através de relações de trocas mútuas, o idoso poderia continuar agregando significados a sua construção pessoal, mantendo a integridade da imagem que faz de si mesmo. (LESBAUPIN E MALERB, 2006, p. 55).

Nessa perspectiva o envelhecimento é compreendido como uma das fases que compõe o ciclo de vida do ser humano, caracterizados por mudanças graduais na estrutura e funcionamento do organismo que ocorrem com passar do tempo. A Organização Mundial de Saúde - OMS (1994) define velhice como “prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiofórmicas e psicológicas a ação do tempo sobre as pessoas”.

Já o estudo em Gerontologia Social² (MORAGAS, 2010) entende o processo de envelhecimento como parte da vida de todo ser humano e ainda segundo Moragas (2010), o processo de envelhecimento, ou a velhice, pode ser conceituado de três formas principais: velhice cronológica, definida pelo fato de se ter atingido os 65 anos e causando o afastamento do trabalho; velhice funcional, compreendendo o termo “velho” como sinônimo de “incapaz” ou “limitado”. Este termo é considerado errôneo, uma vez que a velhice não representa necessariamente uma limitação ou incapacidade. E temos a velhice como etapa vital, este termo concebe uma visão moderna da velhice, entendendo-a como uma etapa a mais da experiência humana, e, portanto, pode e deve ser uma fase positiva do desenvolvimento individual e social.

Essa experiência despertou-me o interesse em conhecer, por meio de uma pesquisa, a conjuntura da institucionalização da pessoa idosa, o processo de envelhecimento e a maneira como a intervenção profissional no campo da interdisciplinaridade se dá junto ao segmento idoso e seus familiares.

Realizamos uma pesquisa de cunho qualitativo com a finalidade de materializar os objetivos da pesquisa despontando os significados e determinações da realidade que não pode ser quantificado. A coleta de dados se deu através da entrevista semi-estrutura junto a sete profissionais, que trabalham diretamente com os idosos. De acordo com Minayo (2002):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, (...) o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002, p.21).

²Gerontologia Social trata dos fenômenos humanos associados ao fato de envelhecer, processo inerente a todo ser humano. Este estudo iniciou-se na década de 1990 (MORAGAS, 2010).

Cabe destacar que este trabalho encontra-se estruturado por três seções, que procuram compreender a dinâmica do processo de envelhecimento e as relações familiares perante a necessidade do cuidado.

Na primeira seção fizemos um breve contexto histórico sobre o Serviço Social, Questão Social e o Idoso no Brasil, e traz ainda as contribuições da política de seguridade social (Assistência social, previdência e saúde) para a vida dos idosos.

Na segunda seção, apresentaremos inicialmente, alguma consideração sobre as leis que amparam os idosos e debatemos sobre a questão da família e suas transformações ao longo do tempo, apresentando ainda o surgimento das instituições de longa permanência, situamos o campo de pesquisa e por fim uma discussão acerca da importância do trabalho interdisciplinar junto à pessoa idosa.

A terceira seção dispõe sobre o percurso percorrido para a realização da pesquisa de campo, uma análise das respostas obtidas através das entrevistas. Importante destacar, neste momento o percurso metodológico da pesquisa de campo.

Após as orientações da pré-banca, de posse do instrumento de coleta de dados, fui a campo primeira quinzena de fevereiro. Neste período entregue o ofício solicitando da direção, autorização para a realização, da pesquisa de campo, que é do tipo qualitativo, que segundo Minayo, esse tipo de pesquisa “responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, [...] com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, [...] o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (2002, p.21).

O instrumento de coleta de dados se configura numa entrevista semi-estruturada, Minayo (2008, p. 64) a define como a “combinação de perguntas abertas e fechadas, no qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender as indagações formuladas”. No apêndice deste trabalho encontra-se o roteiro da entrevista que esta composta por questões abertas e fechadas.

As entrevistas foram realizadas com os profissionais que atuam diretamente com os idosos, que são no total de 13 (treze) profissionais, assim descritos: 1 Assistente Social, 1 Enfermeira, 1 Médico Geriatra, 7 Técnicos de Enfermagem e 3 cuidadores. Neste período de coleta de dados entrevistei 7 (sete) profissionais, sendo eles dois de

nível superior, (Assistente Social e Enfermeira), dois técnicos (técnicos de enfermagem) e 3 cuidadores.

Em relação ao médico geriatra, no momento a instituição encontra-se sem o profissional. Dos cuidadores consegui entrevistar todos e dos técnicos pude entrevistar duas, uma de cada turno o que me favoreceu uma visão abrangente do olhar dos profissionais do Lar dos Idosos de Cruz das Almas.

Vale ressaltar que a princípio os idosos, também seriam participantes da pesquisa, mas devido algumas dificuldades e a falta de tempo hábil para a realização, não foi possível trazer, as falas desses sujeitos.

As dificuldades para a realização da pesquisa dizem respeito ao semestre atípico da UFRB, que houve desde setembro pelo menos duas interrupções, uma a partir da greve dos discentes e outra do recesso. Causando algumas desmobilizações no campo das orientações, lacunas que vem sendo superadas na escrita desse trabalho. Cabe ressaltar que 2016 foi um ano de eleições municipais e o campo de pesquisa também sofreu retrações, a exemplo da demissão do geriatra que ainda não foi substituído, motivo este que a entrevista não pode ser realizada com o mesmo.

Estas dificuldades só mim fizeram mobilizar esforços no sentido de garantir um trabalho de qualidade no final de minha graduação, contei com o apoio da supervisora de campo e da orientadora que me acompanhou do estágio até este trabalho de conclusão de curso.

Através da técnica de análise de conteúdo procedemos ao tratamento dos dados coletados. Conforme Minayo (2008, p.84), “[...] através da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”. Desse modo, busca-se uma interpretação mais aprofundada sobre a fala do entrevistado, indo além da mera descrição.

Por fim apresentamos algumas explicações que visam pontuar o que foi encontrado de significativo na pesquisa e buscamos possíveis horizontes que se abrem a partir de então. Sendo assim o presente trabalho de conclusão de curso, não tem a intenção de ser conclusivo, tendo em vista que apenas aponta caminhos para ampliar a discussão acerca da família e a pessoa idosa em contexto institucional.

2 CAPÍTULO I: ASPECTOS HISTÓRICOS RELACIONADOS À PROTEÇÃO SOCIAL DO IDOSO NO BRASIL

Nesta seção, pretende-se realizar breves considerações sobre o surgimento do Serviço Social, de como a questão social (objeto de estudo do Serviço Social), que permeia a condições da vida social do idoso no Brasil, esta sendo trata e ainda, apresenta os benefícios alcançados pelos idosos, por meio da política de seguridade social.

2.1 Serviço Social, Questão Social e Pessoa Idosa no Brasil

O serviço social no Brasil surge na década de 1930, em meio o processo de industrialização e concentração urbana, marcada por conflitos de classe, pelo crescimento da classe operária, pelas lutas sociais contra a exploração do trabalho e pela defesa dos direitos de cidadania.

Segundo Iamamoto e Carvalho (2008), ele nasce vinculado aos movimentos da ação social numa proposta de dinamização da missão política de apostolado social junto as classe subalternas, particularmente junto a família operaria. Ou seja, o alvo predominante do exercício profissional é o trabalhador e a sua família em todo espaço ocupacional. Iamamoto e Carvalho descrevem sobre esse processo (2008):

A implantação do Serviço Social não é [...] um processo isolado. Relaciona-se diretamente às profundas transformações econômicas e sociais [...]. Seu surgimento se dá no seio do bloco católico, que manterá por um período relativamente longo um quase monopólio de formação dos agentes sociais especializados, tanto a partir de sua própria base social, como de sua doutrina e ideologia. O Serviço Social não só se origina do interior do bloco católico, como se desenvolve no momento em que a igreja se mobiliza para a recuperação e defesa de seus interesses e privilégios corporativos, e para a reafirmação de sua influência normativa na sociedade. [...]. O Serviço Social começa a surgir como um “departamento” especializado da Ação Social e da Ação Católica, num momento extremamente importante para a definição do papel da Igreja dentro das novas características que progressivamente vai assumindo a sociedade brasileira. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008, p. 213-214).

Deste modo, a Igreja Católica teve sua importância na conformação da identidade que marca a origem do Serviço Social no Brasil, sendo responsável pelo seu ideário inicial, seu campo de ação, pelas agências de formação dos primeiros Assistentes Sociais. De acordo com Iamamoto e Carvalho (2008), o Serviço Social;

[...] esteve diretamente ligado à questão social nas décadas de 1920 e 1930. Assim as protoformas do Serviço Social, se dão com o agravamento da questão social, pelo desenvolvimento do capitalismo, que levou a alienação do trabalho e se estabeleceu claramente o antagonismo entre burguesia e proletariado [...] (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008).

Foi a partir da revolução de 1930 e a destituição do Presidente Washington Luís pelo Golpe de Estado, por Getúlio Vargas, deu-se início um período caracterizado pelo aumento da ação intervencionista do Estado. Referente a este período, identificamos em Silva (1995, p. 24), a citação abaixo:

O Estado Novo, então instituído, defronta-se com duas demandas: absorver e controlar os setores urbanos emergentes e buscar nesses mesmos setores, legitimação política. Para isso adota uma política de massa, incorporando parte das reivindicações populares, mas controlando a autonomia dos movimentos reivindicatórios do proletariado emergente, através de canais institucionais, absorvendo-os na estrutura corporativista do Estado. (SILVA, 1995, p. 24).

É em meio a esse, quadro político conflituoso que surgiram as primeiras escolas de formação profissional. O Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), em 1932, formou sua primeira turma e, em 1937, no Rio de Janeiro, a segunda. Todas, inclusive suas sucessoras, foram fortemente influenciadas pela doutrina social da Igreja, que marcou a origem do Serviço Social no militantismo católico, Iamamoto e Carvalho (2008) assevera:

O Serviço Social surge num momento em que o modo de produção capitalista define a sociedade em que a Igreja se insere. É também um momento em que a ideologia das classes dominantes não é mais a da Igreja. Não é mais ela quem cria e difunde ideologia dominante. Esta

passa a ser produzida e difundida por outras instâncias da Sociedade Civil e Política, que são monopolizadas e controladas pelos grupos e classes que mantêm o monopólio dos meios de produção. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008, p. 230).

Desde o ano da criação das primeiras escolas de Serviço Social até 1945, são definidos três eixos para a formação profissional do assistente social, Silva (1995) aponta que são os seguintes:

- 1-Formação científica, no qual era necessário o conhecimento das disciplinas como Sociologia, Psicologia, Biologia, Filosofia, favorecendo ao educando uma visão holística do homem, ajudando-o a criar o hábito da objetividade;
- 2-Formação técnica, cujo objetivo era preparar o educando quanto sua ação no combate aos males sociais; e a;
- 3-Formação moral e doutrinária, fazendo com que os princípios inerentes à profissão sejam absorvidos pelos alunos. (SILVA 1995, p.12)

Com a expansão da economia norte-americana na América Latina resultou na adoção do Brasil pelo desenvolvimentismo que abarcava a economia e a política, influenciando também no Serviço Social. Foi baseado na influência norte-americana que introduzimos, progressivamente, os métodos de Serviço Social de Caso, Serviço Social de Grupo, Organização de Comunidade e, posteriormente, Desenvolvimento de Comunidade.

No início da década de 1940, agregada à participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial, o serviço social é institucionalizado, sobretudo no campo da assistência social, com criação da Legião Brasileira de Assistência – LBA, referindo-se a “campanhas assistencialistas e de forma a provocar a sensibilização da sociedade civil para doações aos intitulados pelo governo de mais necessitados”. (MEDEIROS, 2012, p. 19).

Nesta ocasião, a questão social é vista a partir do pensamento social da Igreja, apreendida como questão moral, permeada por conjunto de problemas que culpava a ação individual dos sujeitos, estes, colocados nas relações capitalistas. Assim, evidencia-se nesta época:

O conservadorismo católico que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro começa, especialmente a partir dos anos 1940, a avançar tecnicamente ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho permeado pelo caráter conservador da teoria social positivista. (YAZBEK, 1995, p. 131).

A profissão insere-se no conjunto de mecanismos reguladores na esfera das políticas socioassistenciais, essa inclusão coloca o assistente social numa relação de trabalhador assalariado, pois o integra no mercado de trabalho como autor responsável pela execução de políticas no âmbito do Estado, direcionado para o atendimento da questão social, o que vai conferir um caráter não liberal ao exercício profissional, apesar do reconhecimento legal como profissão liberal pelo Ministério do Trabalho pela Portaria nº 35 de 19 de Abril de 1949. (YAZBEK, 1995).

Com a ditadura militar, instituída em 1964, não apenas sufocou o debate sobre os rumos do Serviço Social, como isolou a categoria profissional do movimento de revisão crítica vivido na América Latina.

Estevão (1992) cita que com a implantação do desenvolvimentismo o Serviço Social sente necessidade de se modernizar, sendo que na década de 60 ele buscava a neutralidade, impassibilidade, distanciamento para refinamento de métodos; na década de 70, se pautava pelo respeito à pessoa humana, respeito à dignidade humana e considerar que todo ser tem capacidade de se aperfeiçoar e se desenvolver, sendo hoje um intelectual orgânico, que no dizer de Gramsci, coloca seu saber a serviço de outro, atuando nos direitos/cidadania, considerando o sujeito capaz de modificar sua realidade.

Em meio a esse contexto surge assim, o movimento de reconceituação, cujo objetivo da atuação profissional do Serviço Social consistir-se em os problemas estruturais da sociedade, não somente pautados nos problemas individuais, grupais e comunitários. Aparece com o movimento de reconceituação a constituição de uma teoria e de uma prática, compromisso com a realidade latino-americana, ação profissional, posição ideológica engajada na luta com a classe oprimida e explorada.

As conquistas do movimento de reconceituação foram à interação profissional continental que respondessem as problemáticas comuns da América Latina sem as tutelas confessionais ou imperialistas, críticas ao modelo tradicional e inauguração do pluralismo profissional.

O profissional do Serviço Social procura no início da década de 80, novas técnicas para atender camadas populares. Iniciam-se novas discussões em relação à gênese profissional, currículo e a questão metodológica (IAMAMOTO, 1999). Com a Constituição Federal de 1988, inicia-se um novo período em que a sociedade civil avança em busca da legitimação dos seus direitos e o assistente social deixa de ser um agente da caridade e caminha em direção à execução das políticas públicas, atuando no desenvolvimento de práticas auxiliares como pesquisa, aconselhamentos, esclarecendo aos seus usuários os seus direitos e deveres.

A conjuntura da década de 1980 no Brasil se fundou como campo fértil para repensar a profissão nos marcos da sociedade capitalista, uma vez que é neste período em que houve a eclosão dos movimentos sociais na luta por direitos. É nesse ritmo que os assistentes sociais retomam o debate do Movimento de Reconceituação, frustrado na ditadura militar, e as críticas a respeito das bases tradicionalistas e conservadoras da profissão, que impunha ao assistente social exclusivamente o papel de executor terminal das políticas sociais.

Para Netto (2007), a perspectiva modernizadora presente no “Movimento de Reconceituação” revelou a reiteração da ordem sociopolítica do pós 64 e a ação do Serviço Social continuava a corresponder aos apelos de adequação da sociedade. Assim, como afirma José Filho (2002, p.57), que o Serviço Social;

No decorrer das últimas décadas, evoluiu no processo de pensar-se a si mesmo e à sociedade, produzindo novas concepções e autorrepresentações como “técnica social”, “ação social modernizante” e posteriormente “processo político transformador”. Atualmente põe ênfase nas problematizações da cidadania, das políticas sociais em geral e, particularmente, na assistência social. (JOSÉ FILHO, 2002, p.57).

Averiguou-se que as décadas de 1980 e 1990 foram de extrema relevância para: os rumos técnicos, os acadêmicos e políticos do serviço social, exemplificam-se a criação do Código de ética profissional do Assistente social em 1993 e também a regulamentação da profissão de serviço social, veem-se nesta ocasião várias reformas ao que se refere à ação social.

Na concepção de Iamamoto (1982 e 1992), a profissão só pode ser abarcada a partir das relações sociais entre Estado e sociedade civil, já que compartilha do processo de produção e reprodução. Assim, a autora salienta que:

O Serviço Social, como instituição componente da organização da sociedade, não pode fugir a essa realidade. As condições que peculiarizam o exercício profissional são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade, em determinadas conjunturas históricas. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2008, p. 81).

É notório que a expressão “questão social” é um termo cotidiano nos debates e produções acadêmicas do Serviço Social, surgido na Europa no século XIX, para designar o fenômeno do pauperismo crescente entre os membros da classe operária. Nesse período, a pobreza passou a se constituir como um problema, a ser intervido.

Verifica-se que com o processo de urbanização, junto ao da industrialização, deu-se origem ao empobrecimento do proletariado, mas ao mesmo tempo, consciencializou essa classe da sua condição de explorados e levou à contestação da mesma. Por isso, a questão social atingiu contornos problemáticos, em especial para a sociedade burguesa, que para enfrentá-la recorreu à implementação de políticas sociais (HEIDRICH, 2006, p. 1). Segundo Iamamoto (1999), a questão social pode ser definida como:

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 1999, p. 27).

Sabe-se que a questão social foi constituída em torno das transformações econômicas, políticas e sociais, entretanto, as transformações societárias que vêm ocorrendo nas economias capitalistas desde a década de 1970, têm alterado o tratamento teórico da questão. Para Netto (1992):

Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da ‘questão social’ de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora sistema de consenso variáveis, mas operantes.(NETTO, 1992 p. 30).

No Brasil, a “questão social” se torna evidente com as aglomerações urbanas, no final do século XIX, com a exploração do trabalho no início do século XX e as consequências quanto à carência de recursos para sobrevivência dos trabalhadores. Conforme Almeida (2006):

[...] a questão social torna-se visível no Brasil desde o final do século XIX, mas ainda camuflada pelo processo de industrialização, bem controlado e articulado pelos importadores e exportadores vinculados ao capital internacional. Permaneceu por várias décadas na ilegalidade e por tal razão foi pensada como desordem, incriminando o sujeito e sendo enfrentada via aparelhos repressivos do Estado. Somente no pós 1930, em meio a forças sociais pró- conservação e pró-mudança, a questão social deixa a ilegalidade, passando a ser reconhecida sob explicações e/ou democratas como questão política ou de política. (ALMEIDA ET Al, 2006, s/p).

A temática sobre a pessoa idosa no Brasil vem recebendo ênfase com a comprovação de que o país esta se tornando velho, que sua população esta envelhecendo. Conforme o levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), os idosos passaram a representar cerca de 12% da população total do Brasil. A tendência de envelhecimento da população brasileira é fruto da redução da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida no país. Segundo avaliações de probabilidades em 2025, o número de idosos no Brasil vai chegar a 32 milhões e será o sexto país mais populoso do mundo em números de idosos.

Em nossa sociedade, eram comuns que os indivíduos que envelheciam passassem a viver num processo de isolamento, alguns pela fragilização das relações sociais quando deixavam o mundo do trabalho e outros, em geral mulheres, pela diminuição das obrigações familiares à medida que os filhos conquistavam sua independência. (DAL RIO, 2009). Ainda hoje, a questão do envelhecimento é pouco debatida, contudo ganhou visibilidade política com a promulgação da Constituição

Federal, (BRASIL, 1988), que tem em seus fundamentos as garantias de prioridades no atendimento e acesso á serviços aos idosos.

Diante disto, deve-se considerar que o processo de envelhecimento é inseparável ao momento histórico presente, entendendo que as mudanças que ocorrem na sociedade refletem na vida de toda população. Segundo Corazza (2001), “o envelhecimento é um processo complexo que envolve muitas variáveis (genética, estilo de vida e doenças crônicas) que interagem influenciando a maneira pela qual envelhecemos”.

Nos países em desenvolvimento, no qual o Brasil se insere, começa a evidenciar o aumento da expectativa de vida em meados dos anos 60, devido aos avanços tecnológicos na área da saúde, aliados a taxa de fecundidade, que permitiu o aumento demográfico da população. Perante esse crescimento demográfico, o envelhecimento se destaca como uma problemática social, pois o que se percebe, é que a sociedade não está preparada para essa radicalização, embora se tenha aumentado à expectativa de vida da população, a qualidade de vida ainda não alcança toda a sociedade, e esse agravamento ocorre devido à desigualdade social existente nos países, destacando aqui o Brasil.

Ao se tratar do envelhecimento, por muito tempo usou-se o termo velho, com conotação negativa, apontando para uma fase da vida marcada pela decadência e ausência de papel social. Todavia com o avançar dos estudos a respeito da questão do envelhecimento e a necessidade de não ver essa população com o estereótipo negativo, o termo velho foi banido dos textos oficiais e passou-se a utilizar uma nomenclatura mais sutil, substituindo o termo pela categoria idoso. (PEIXOTO, 1998).

A Política Nacional do Idoso – PNI (1994) e o Estatuto do Idoso (2003) entendem por idosos, pessoas com idade igual ou superior a 60(sessenta) anos. Sendo que a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002) define o idoso a partir da idade cronológica, sendo assim idosa é aquelas pessoas com 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (BRASIL, 2005).

Araújo e Silva (1999) garantem que a situação do idoso, no Brasil, deve ser ponderada no contexto de marginalização a que a sociedade impõe a todas as populações excluídas do processo produtivo. Para esses autores o homem velho ao perder a capacidade de produzir objetos materiais, que servem à satisfação das necessidades humanas, é excluído do processo produtivo e submetido à condição de ser incapaz inútil e senil.

Assim, deve-se considerar o processo de envelhecimento como inerente ao momento histórico presente, compreendendo que as mudanças que ocorrem na sociedade refletem na vida desses indivíduos, suas famílias e comunidades onde estes vivem. Os idosos nas sociedades capitalistas sofrem as consequências das desigualdades sociais e de classes que assolam o país, dadas às transformações próprias deste sistema, onde tanto os idosos, quanto suas famílias se veem obrigados a buscar meios de sobrevivência no mercado de trabalho, tirando-lhes as condições de cuidados especiais das famílias para com seus idosos.

Conseqüentemente, o processo de envelhecimento, como problemática social e expressão da questão social dar-se início a com o envelhecimento dos primeiros trabalhadores que batalharam por melhores condições de trabalho e reivindicaram, por meio de movimentos operários, direitos como a aposentadoria, melhores salários, redução de jornada de trabalho, férias, entre outros. Essas lutas buscavam respostas para melhoramentos nas condições de vida e trabalho que foram atingidas pelo sistema capitalista.

Nestas condições é que as sequelas da questão social se transformam em objeto de intervenção por parte do Estado, que torna-se permeável às demandas das classes subalternas perante as suas reivindicações. É a partir das lutas operárias e seus mecanismos de organizações que o envelhecimento do trabalhador ganha visibilidade política e rompe com sua dimensão privada, sob a responsabilidade da família e outros, para assumir a dimensão de problema social, consubstanciando em proteção social.

Para Salgado “a questão social da velhice no Brasil teve durante muitos anos, encaminhamento semelhante das demais questões sociais, ou seja, as ações propostas eram de natureza assistencialista, objetivando suprir algumas carências básicas dessa população” (apud ARAÚJO, SILVA, 1999, p. 18). Entretanto, por força dos movimentos da sociedade civil organizada e dos movimentos ligados aos idosos, a Constituição de 1988 dará um maior reconhecimento ao idoso, colocando-o como cidadão e portador de direitos humanos e sociais.

De acordo com a Política Nacional da Assistência Social - PNAS o serviço social é uma profissão que vem propor ações em conformidade com o projeto ético político tais como: equidade, justiça social, garantia de direitos, visando à emancipação dos atores sociais envolvidos nas questões sociais, este tratamento deve ser feito de forma igual para qualquer faixa etária da sociedade.

O desafio que a velhice mostrar-se ao Serviço Social está diretamente ligado a uma cultura socialmente construída que segrega os idosos no âmbito de suas famílias, que censura moral e religiosamente seus relacionamentos, afetivo-sexuais e os marginalizam economicamente com uma aposentadoria/benefício assistencial que não atende suas reais necessidades, além do desrespeito cotidiano contra seu direito de ir e vir e ser bem atendido nas instituições em que solicitam serviços.

Teixeira (2008) aponta que o envelhecimento ganha a conotação de questão social à medida que se abrangem as demandas dos idosos pelos serviços de saúde, previdência e assistência social, acarretando grandes ônus para o Estado.

Sendo assim, o trabalho do Assistente Social deve contribuir para a efetivação dos direitos dos idosos, em reconhecimento da sua cidadania e plenitude do que está na Lei. Através do Estatuto do Idoso em 2006, o envelhecimento passou a ser objeto de atenção do Serviço Social, o qual procura efetivar ações que beneficiem e forneçam autonomia ao idoso.

Compreende-se que a partir do Movimento de Reconceituação na década de 1960, houve grandes transformações teóricas e política no Serviço Social. Na qual se fez necessário à construção de uma nova atuação profissional atrelada à participação política em oposição ao tradicionalismo. Neste sentido a intenção de ruptura deu início a uma direção comprometida com as classes trabalhadoras e, com isso, pauta-se em valores que dão sustentabilidade à construção do Projeto Ético – Político³ da profissão. Barroco (2008) afirma que:

No contexto da reorganização política da sociedade civil, em defesa da democratização e da ampliação dos direitos civis e sócio - políticos, os valores éticos - políticos inscritos no projeto profissional de ruptura adquirem materialidade, o que evidencia na organização política da categoria, na explicitação de ruptura com o tradicionalismo

³ Foi constituído entre os anos 1970 aos 1980, num processo de redemocratização da sociedade brasileira, este resultado do processo histórico intenso de construção constante em torno de implicações éticas na profissão. O Projeto Ético-Político do Serviço Social parte-se da ideia de que um projeto profissional perpassa questões teleológicas que indicam a direção que uma sociedade e/ou categoria constrói para concretizar o que idealizou. Propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração ou dominação de classe, etnia e gênero, ou seja, este projeto tem o propósito de transformação da sociedade brasileira. Sendo assim o Projeto Ético-Político do Serviço Social, implica compromisso com uma nova ordem social na qual busca-se competências profissionais que visem formação permanente e constante postura investigativa.

profissional e no amadurecimento da reflexão de bases marxistas. (BARROCO, 2008, p.168).

Sabe-se que o projeto ético-político do serviço social brasileiro esta vinculado a um projeto de transformação da sociedade, pois esta vinculação se dá pela exigência política que a intervenção profissional põe, ao atuarmos no movimento contraditório das classes, que imprime uma direção social, pois são as nossas ações profissionais que acabam favorecendo a um ou outro projeto societário, projeto esse que tem como compromisso, trazido por Netto como “a liberdade, como possibilidade de escolher alternativas concretas; por isso o seu compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais...” (1999, p.104).

De acordo com Yamamoto “Os projetos profissionais são indissociáveis dos projetos societários que lhes oferecem matrizes e valores que expressam um processo de lutas pela hegemonia entre as forças sociais presentes na sociedade e na profissão”. (2006, p. 184).

Neste sentido o Projeto Ético-Político deve ser compreendido como um conjunto de valores, fruto de aspirações coletivas, que dão significado a categoria profissional, bem como concepções ético-políticas que promova a sua organização política organizativa e normalize e legitime os seus pares.

O projeto ético-político articula em si mesmo, os seguintes elementos constitutivos: “uma imagem ideal da profissão, os valores que legitimam sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas, etc” (NETTO, 1999, p. 98). Além disso, podemos identificar os componentes que materializam no processo sócio-histórico da profissão. São eles: o primeiro esta relacionado com os princípios e valores ético-político; o segundo se refere a matriz teórico-metodológica; terceiro emana da crítica radical à ordem social vigente-que produz e reproduz a miséria e por fim o quarto se manifesta nas lutas e posicionamento político acumulado pela categoria através de suas formas coletivas de organização política.

O avanço do projeto nos anos 1980 deveu-se à construção do código de ética de 1986 e nele tivemos o coroamento da virada histórica promovida pelos profissionais, nesta mesma década, aferem-se avanços em torno do projeto no que concerne à produção teórica, trazendo temas fundamentais ao processo de renovação, tais como a questão da metodologia, as políticas sociais e os movimentos sociais.

Embasado em Teixeira e Braz, entende-se que para o serviço social, os desdobramentos não foram nada animadores, sendo que as consequências recaíram tanto sobre os usuários da profissão quanto sobre as condições de trabalho dos assistentes sociais, como as de todos os trabalhadores. Uma vez que as alterações capitalistas só chegaram ao Brasil a partir dos anos 1990, passando assim sentirmos os impactos dessas estratégias capitalistas, contraditoriamente foi nesta década também que o projeto ético-político se consolidou isto se deu por duas razões: primeiro, o processo de renovação do serviço social brasileiro, teve muitos avanços teóricos, intensificou sua organização política e reformula e atualiza seus estatutos legais; segundo, porque foi justamente na virada da década de 1980 para a de 1990 que os movimentos sociais das classes trabalhadoras brasileira, conseguiram galgar níveis de organização e de mobilização que envolvem amplos segmentos da sociedade, inclusive os assistentes sociais, portanto essa resistência, ancorado nos movimentos sociais, foi decisiva para o avanço do projeto ético-político.

Com uma perspectiva renovadora, o projeto profissional, foi pautado em três suportes basilares: um novo Código de Ética profissional (aprovado em março de 1993) cujos novos valores éticos acompanhassem a atual dinâmica da sociedade, tendo como base a liberdade, a cidadania e a justiça social; a Lei de Regulamentação da profissão (Lei 8.662/93) que indica as competências e atribuições do assistente social no seu cotidiano de trabalho; e a nova Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social, de 1996.

Vale ressaltar também que a categoria profissional deu um salto qualitativo no que se refere á ética e a fiscalização da profissão, uma vez que conta também com entidades representativas que têm o papel de fiscalizar, disciplinar e defender o exercício profissional do assistente social. São eles: o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), entidade que representa a categoria em âmbito nacional e atua como órgão fiscalizador e normativo de grau superior, conjuntamente com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e Seccionais; que por sua vez, são entidades que atuam em âmbito regional e estão presentes em todos os Estados do território nacional.

Enfim, pensar a profissão na atual conjuntura tem sido desafiadora e demandado cada vez mais a luta da categoria pela garantia e manutenção dos direitos garantidos na atual legislação, e, além disso, pela incorporação de novas conquistas para a profissão que possam refletir o compromisso em afirmar o seu Projeto Ético-Político Profissional.

Pode-se citar, uma das lutas atuais de grande evidência no âmbito do Serviço Social brasileiro foi à conquista pela redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais para assistentes sociais, por meio da aprovação da Lei 12.317/10 que alterou pioneiramente a Lei de Regulamentação da Profissão – Lei 8.662/93 incluindo um artigo sobre a redução da jornada para estes profissionais.

Em consonância com Netto (2007) e considerar o projeto profissional uma autoimagem da profissão, podemos concluir que, atualmente, o Serviço Social encontra-se renovado com valores ético-políticos voltados para a construção de uma sociedade livre e justa. Essa perspectiva vem sendo refletida nas lutas que a categoria tem travado cotidianamente em favor da classe na qual se inclui os assistentes sociais – a classe trabalhadora.

2.2 Política de seguridade social: Assistência Social, Previdência e Saúde

Socialmente, a Constituição Federal de 1988 proporcionou uma nova percepção das políticas públicas ao instaurar o tripé da Seguridade Social – Saúde, Previdência Social e Assistência Social.

Essas políticas ganharam um tônus de cidadania, na medida em que seus princípios e diretrizes, pautados na proteção e não no seguro social, tendem, de acordo com Marques e Mendes (2005), a ampliar a cobertura dos serviços; a dar paridade ao atendimento rural/urbano; a estabelecer a Saúde como direito universal; a destinar a Assistência Social a quem dela necessitar – sendo ambas ofertadas totalmente desvinculadas da relação contribuição- direito; e a propagar a previdência enquanto política contributiva de base atuarial como via de sustentabilidade, preconizando a uniformidade, equivalência e irredutibilidade dos benefícios ofertados (FLEURY, 2004).

Compreende-se que a Constituição Federal de 1988 constituiu-se um marco importante nesta trajetória, visto que introduziu em suas disposições o conceito de seguridade, fazendo com que a rede de proteção social modifica-se seu aspecto estritamente assistencialista e securitário passando a ter uma conotação expandida de cidadania. Conforme Luziele Maria (1999):

O sistema da seguridade social no País é um dos grandes avanços trazidos pela Constituição Federal de 1988, com diretrizes e artigos garantidores da universalidade da cobertura e atendimento, da uniformidade e equivalência de benefícios às populações rural e urbana, de natureza democrática trazida com o princípio da descentralização político-administrativa, e expressa às bases de um novo patamar de cidadania. (LUZIELE MARIA, 1999, p.27).

A Seguridade Social visa à proteção do indivíduo no acontecimento de infortúnios através da garantia de meios de subsistência básicos e condições dignas de vida. Foi neste sentido que a Constituição Federal de 1988 concebeu a seguridade social como um conjunto de ações do Estado, por meio das políticas públicas, no sentido de atender às necessidades básicas da sociedade nas áreas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social.

A seguridade social instituída pela Constituição de 1988, apesar de apresentar caráter inovador e intencionar compor um sistema ou um padrão amplo de direitos sociais, acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência). (BOSCHETTI, 2004, p. 113 - 114).

De acordo com Boschetti (2004) a Seguridade Social brasileira sofre influências do modelo alemão bismarckiano, cujo sistema de seguros recomenda a contribuição por parte do trabalhador para garantia da seguridade, tem caráter contributivo, ou seja, quem não contribuir não terá direito aos benefícios desta. Enquanto que o modelo inglês beveridgiano, tem como principal objetivo o enfrentamento da pobreza ao restringir a previdência aos trabalhadores contribuintes, universalizar a saúde e direcionar a assistência social ao público que dela necessitar.

Todas estas políticas estão sob os marcos do neoliberalismo as bases desta política se encontram, no Consenso de Washington⁴ desempenhou importante papel no desenvolvimento do ideário neoliberal na América Latina, por ser composto de orientações de cunho economicista, quais sejam: disciplina fiscal; redução dos gastos; reforma tributária; juros de mercado; câmbio de mercado; abertura comercial;

⁴ Expressão dita pela primeira vez pelo economista John Williamson do International Institute for Economy em 1989.

investimento estrangeiro direto; desregulação e direito de Propriedade⁵, que orientava esses países sobre os caminhos que deveriam adotar para atingirem eficácia fiscal que os possibilitaria, sobrepujar as dificuldades econômicas que se encontravam vivenciando.

A Constituição Federal de 1988 constituiu a Seguridade Social agrupando os serviços e benefícios nas áreas de saúde, previdência social e assistência social assegurando a todos os brasileiros o acesso à proteção social contributiva e não contributiva sob responsabilidade do poder público. Esta Constituição universalizou os benefícios de saúde, previdência e assistência social aos idosos, tornando-os um direito de todos aqueles que necessitam e um dever do Estado. Importante destacar que a seguridade social brasileira encontra-se ameaçada pelos cortes e congelamento de gastos oriundos da PEC55.

2.2.1 Política de Assistência Social e a Proteção Social

Historicamente, a concepção e a efetivação da prática de Assistência Social, estiveram atreladas à atividade voluntarista, clientelismo e das distintas expressões da cultura do favor. Uma vez que a filantropia e a caridade acabavam por despir o público alvo da assistência social da categoria de cidadão, de indivíduo capaz, ou seja, sujeito de direitos, transformando-o em incapaz, desprovido e necessitado da bondade dos mais abastados da sociedade.

No Brasil, até 1930 não se percebia a pobreza enquanto expressão da questão social, porém via como uma disfunção pessoal dos indivíduos. Tal fato é desvendado pelo atendimento social dado aos indivíduos, os quais eram conduzidos para o asilamento⁶ ou internação. A pobreza era tratada como doença. Como afirma Sposati (2007);

⁵ Dados obtidos no site www.funcex.com.br/bases/64 - Consenso%20de%20Wash - MN.PDF – 27.04.08. Consenso de Washington ou a Confusão de Washington. O Consenso Original de Washington de 1989 em: “What Whashington Means Policy Reform” in Jonh Williamson. 1990.

⁶ O termo asilamento vem de asilo, estabelecimento mantido por instituições filantrópicas, geralmente religiosas, destinados a amparar pessoas necessitadas, idosos ou inválidos, dependentes químicos que não tem onde morar. Geralmente sem família ou conhecidos, ou que não são amparados por outrem.

[...] os pobres eram considerados como grupos especiais, párias da sociedade, frágeis ou doentes. A assistência se mesclava com as necessidades de saúde, caracterizando o que se poderia chamar de binômio de ajuda médico-social. Isto irá se refletir na própria constituição dos organismos prestadores de serviços assistenciais, que manifestarão as duas faces: a assistência à saúde e a assistência social. O resgate da história dos órgãos estatais de promoção, bem-estar, assistência social, traz, via de regra, esta trajetória inicial unificada (SPOSATI et al., 2007, p. 42).

Nesse contexto, a assistência será incorporada pelo Estado sob duas formas: “uma que se insinua como privilegiada para enfrentar politicamente a questão social; outra, para dar conta de condições agonizadas de pauperização da força de trabalho” (SPOSATI et al., 2007, p. 41).

No ano de 1942, durante a Era Vargas e a partir da ação privada, foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), objetivando atender as necessidades das famílias cujos chefes tivessem ido para o combate na II guerra mundial. Instituição, gerida pela esposa do então presidente, demarcou uma inovação, ao passo que o governo com ela assumiu responsabilidade se, ao mesmo tempo, revelou a manutenção da concepção da assistência como boa vontade, não direito, colocando-a agora como ocupação de primeira-dama.

Segundo dissertam Iamamoto e Carvalho (1999), este foi o imaginário social em que se assegurou a materialização da Assistência Social influenciada pela Doutrina Católica. Neste contexto, funda-se a visão de que a miséria e a pobreza eram decorrentes da má formação social das coletividades, principalmente a classe operária, em que, estes poderiam colocar em risco a boa sociedade e gerar fissuras sociais, prejudiciais à manutenção da paz e da coesão.

Verifica-se que o caráter inicial da assistência social, desvendado pela história, foi, portanto, o da não obrigatoriedade estatal, que finaliza por provocar uma enorme e persistente dificuldade da sociedade de modo geral, concebê-la como direito, sendo corrente a sua interpretação como ajuda, mesmo depois da CF/88.

O modelo de proteção social existente até o final da década de 1980 configurava-se por dois modelos distintos: o modelo de seguro social, compreendendo a previdência e a saúde para a parcela inserida no mercado formal de trabalho e o assistencial com ações de caráter emergencial dirigida aos grupos de pobres mais vulneráveis.

No Brasil, o processo da estruturação da Assistência Social, começou a ser esquematizado a partir de mobilizações populares e na participação de parlamentares da esquerda que culminou com a promulgação da nova Constituição Federal de 1988, e com a mesma dar-se início a um período no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e o formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania (BOSCHETTI, 2009).

Verifica-se que, apesar da garantia constitucional da universalidade do sistema de proteção social brasileiro, os governos pós-constitucionais fizeram amplo uso de políticas sociais focalizadas.

Uma vez que, nos marcos de sua regulamentação a assistência social deparou-se com resistências decorrentes do contexto mundial adverso à universalização dos direitos sociais, uma vez que os países em desenvolvimento sofriam inflexões radicais de orientações de caráter neoliberais.

Embora a Constituição Brasileira assuma explicitamente cobertura e acesso universais a vários, serviços sociais, com a descentralização do financiamento, sem a adequada descentralização das competências, e sem mecanismos eficientes de controle mútuo e de coordenação entre os níveis de governo, os brasileiros não foram capazes de desfrutar plenamente de seus direitos.

Na busca de prover a proteção social aos trabalhadores, registrando-se na lista dos direitos sociais, com a implementação da Constituição Federal de 1988, as políticas de Seguridade Social são organizadas por ações compensatórias, para aqueles considerados inabilitados de prover o sustento por meio do trabalho, de cobertura de riscos do trabalho nos casos de doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário e permanência da renda do trabalho, seja por aposentadoria, morte ou interrupção temporária da atividade laboral (MOTA, 2000).

A Constituição Federal (1988) nota-se que ela é o marco legal para a compreensão das transformações e redefinições do aspecto histórico da assistência social no País, que a considera como política de seguridade social no art. 194:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único – Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social. Entende-se que neste artigo que a

seguridade social deve assegurar os direitos básicos do cidadão em forma da lei. (C F, 1988).

Para compreendermos melhor sobre o emprego do sistema de seguridade social propagado no nosso país é imprescindível refletir no olhar de Vianna (1999) sobre a seguridade social.

A Seguridade Social implica, assim: universalidade de cobertura de atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade das bases de financiamento; finalmente, gestão administrativa democrática e descentralizada, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados (VIANA, 1999, p.151).

Entende-se que no Brasil a partir do momento que a assistência social compôs o tripé da seguridade decorreu também um modelo de gestão, reordenando os mecanismos de planejamento, execução e financiamento das ações que propenderam assegurar o caráter universal, democrático e alteraram o conceito de direitos dos cidadãos. Penetramos a uma nova fase no contexto das políticas sociais, vinculadas à assistência social.

Deste modo a Assistência Social como política de proteção social configura-se como mecanismo de segurança de um padrão básico de inclusão social. Esta percepção de proteção supõe conhecer os riscos, as vulnerabilidades sociais das pessoas sujeitos de sua ação, bem como os recursos necessários para garantir segurança social. Nesta ótica, é imprescindível conhecer os riscos e as possibilidades de enfrentá-los.

Com a construção constitucional da assistência social como seguridade regida por um sistema único descentralizado e participativo de decisão e controle social é particularidade brasileira para a gestão da assistência social. Assim, no ponto de vista de Yazbek (1995), a assistência social é:

Trazida para um novo campo: o da Seguridade Social e da proteção social pública, campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal, iniciando um processo que tem como norte tornar visível a Política de Assistência Social como Política Pública de direito, pois visa garantir o atendimento as necessidades básicas. (YAZBEK, 1995, p.13).

Ainda conforme Yazbek (1995), a assistência social é apreendida:

Como política de Estado passa a ser um espaço para defesa e atenção dos interesses e necessidades sociais dos segmentos mais empobrecidos da sociedade, configurando-se também como estratégia fundamental no combate à pobreza, à discriminação e à subalternidade econômica, cultural e política em que vive grande parte da população brasileira. (YAZBEK, 1995, p.14).

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (2004), há uma nova forma de compreender a assistência social, partindo de “uma visão social capaz de entender que a população tem necessidades, mas também possibilidades ou capacidades que devem e podem ser desenvolvidas”.

É sabido que todas as sociedades de alguma forma desenvolveram sistemas de proteção aos riscos sociais de sua comunidade. Sendo que proteção social só passa a ser pensada enquanto política pública, de acordo a alguns analistas, com o processo de desenvolvimento do capitalismo e a conseqüente agudização das desigualdades sociais (VIANA & LEVCOVITZ, 2005). Por sua vez, para outros autores como Esping-Andersen (1991), a estruturação dos sistemas de proteção social estaria ligada ao aumento das lutas, mobilizações e conquistas da classe trabalhadora, aliadas à sua capacidade de consolidação de alianças políticas nos parlamentos e a franca expansão das massas médias urbanas.

Viana e Levcovitz (2005) informa que a proteção social se caracteriza enquanto sistema que se funda;

[...] na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionados com múltiplas situações de dependência [...] os sistemas de proteção social tem origem na

necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade (VIANA & LEVCOVITZ, 2005, p.17).

Sendo assim para atentarmos a análise da proteção social ao idoso, antes faz-se indispensável à caracterização do que se entende ser Sistema Brasileiro de Proteção Social. Neste sentido, tomamos por embasamento a caracterização entendida por Cardoso Jr e Jaccoud (2005).

[...] entende-se por Sistema Brasileiro de Proteção Social o conjunto de políticas e programas governamentais destinado prestação de bens e serviços e à transferência de renda, com o objetivo de cobertura dos riscos sociais, garantia dos direitos sociais, equalização de oportunidades e enfrentamento das condições de destituição e pobreza. (CARDOSO JR e JACCOUD 2005, p.194).

O surgimento das medidas públicas de proteção social no Brasil são marcadas pela estratificação do acesso a serviços e do público alvo. Neste formato, o atendimento das demandas se restringe ao lócus ocupacional, sendo assim os trabalhadores autônomos e os desempregados, ficavam a mercê das caridades, vindas à maioria das vezes da igreja católica.

Para demarcar a noção de proteção social, apoia-se a formulação de Giovanni (2008) que, por sua vez, toma de empréstimo a Niklas Luhman o seguinte conceito:

Assim, chamo de sistema de proteção social as formas – às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas – que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio ou as privações. Incluo nesse conceito também tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto de bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobre vivência e a integração, sob várias formas, na vida social. Incluo ainda, os princípios reguladores e as normas que, com o intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades (LUHMAN, [20--?] apud GIOVANNI, 2008).

Cooperando com Giovanni (2008), a proteção social não pode ser encarada apenas como um conjunto de medidas protetivas dirigidas aos despossuídos, os “miseráveis”, e sim como um sistema pensado, controlado e financiado por toda a sociedade, em benefício de todos, de acordo com as necessidades de cada segmento social, para garantir bem-estar em situações de normalidade, além de proteção especial, em situações de emergência ou crise.

Verifica-se que as primeiras ações governamentais voltadas para garantir proteção social aos cidadãos no Brasil datam dos anos 30 e 45, do século XX, com a aprovação pelo governo Vargas da legislação social trabalhista direcionada a regulamentação das relações de trabalho e reconhecimento de direitos dos trabalhadores, durante e depois de completada a jornada laboral. Vale ressaltar que os primórdios desta iniciativa ocorreu “em 1923, com a Lei Eloy Chaves, uma legislação precursora de um sistema protetivo na esfera pública, com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)” (YAZBEK, 2012, p. 9).

O Sistema de Proteção Social brasileiro desenvolveu-se e expandiu-se durante as décadas de 1970 e 1980, remetendo a expansão dos programas e serviços sociais um caráter de compensação junto à repressão aos movimentos sociais e ao movimento sindical. Este Sistema chega aos anos de 1990, influenciado pelo capital financeiro e neoliberal, com contradições no campo do bem-estar social, com a proteção social caracterizada como compensatória e residual (SILVA, YAZBEK e GIOVANNI, 2004).

Os sistemas de proteção social se estruturaram no capitalismo no contexto fordista/keynesiano sob condições de acesso do trabalho assalariado. Para Silva (2012, p. 446), “[...] a generalização do trabalho assalariado, com rendimentos elevados, foi determinante para a consolidação dos sistemas de proteção social, que tinha a seguridade social como eixo e o trabalho como via de acesso”.

Os direitos sociais foram utilizados como uma espécie de compensação pela perda dos direitos políticos e uma maneira de o governo obter a legitimidade necessária à manutenção do regime autoritário. Sob esse ponto de vista, a emergência de garantias sociais no Brasil é comparada à ação do seguro bismarckiano na Alemanha (BOSCHETTI, 2008, p. 70).

Apreender a importância desta política como função primordial no desenvolvimento da proteção social básica e especial, exige o entrosamento da definição destas. Deste modo, é contribuída pela Assistência Social, e dividida em dois níveis de atenção: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de média e alta complexidade. Deste modo, a Proteção Social Básica – PSB apresenta caráter preventivo, pois tem como objetivos:

Prevenir situação de risco através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e a fragilização de vínculos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, entre outras). (PNAS, 2004, p.33).

Vale salientar, que esta proteção social básica é desenvolvida nos equipamentos sociais denominados como Centro de Referência de Assistência Social – CRAS no qual, será ofertada de forma direta pelo CRAS, ou de forma indireta através de entidades e organizações de Assistência Social da área de abrangência do CRAS, sobre coordenação do órgão gestor da Política de Assistência Social tendo em vista, que se trata de unidade Pública.

O serviço da Proteção Social Especial – PSE oferece caráter protetivo, pois direciona a indivíduos e grupos que se encontram em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social, estes decorrentes do abandono, da privação, da perda de vínculos, da exploração e violência etc. Seus serviços estão divididos em:

I – de media complexidade: famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos.

II – de alta complexidade: são aquelas que “garantem proteção integral” – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos com seus direitos violados, que se encontram sem referência e, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar ou comunitário. (PNAS, 2004, p.38).

Enfatiza-se que esta proteção social especial é ofertada nos Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, bem como nos demais equipamentos de acolhimento, assim, os serviços devem ter articulação com o sistema de garantia de direitos, o que exige uma ação compartilhada com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações do Executivo. (PNAS, 2004).

A política de proteção aos idosos carentes iniciou-se, especialmente, com a Constituição de 1988 quando a Assistência Social passou a ser elemento da Seguridade Social devendo ser prestada a todos aqueles que dela necessitarem independente de contribuições, passando a ser ponderada como um direito de cidadania e reconhecida como política pública.

Adentrando a política pública da Assistência Social no atendimento ao idoso, requer uma democracia participativa onde a população deve participar na formulação e implementação da política, bem como no controle das mesmas.

Dados do ministério da justiça aponta ao que tange ao idoso, sobre a política pública de Assistência Social, constituir área estratégica de expressiva cobertura em todas as esferas governamentais⁷. Dessa forma é de suma importância no âmbito da assistência social um trabalho articulado em rede para que os direitos sociais historicamente conquistados pelos idosos sejam garantidos.

2.2.2 Política de Saúde e Idoso

Neste tópico trataremos da política de saúde e suas articulações, de acordo com Paim e Teixeira (2006) política de saúde, pode ser definida, como:

A resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das

⁷ a) Na União existe a transferência continuada de renda a idosos impossibilitados de prover a sua própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; e proteção social básica e especial à pessoa idosa. b) A esfera Estadual, Municipal e no Distrito Federal: ações desenvolvidas pelos governos que em parceria com o Governo Federal ou instituições privada, podem contemplar celebração de convênios para prestação de serviços especiais; distribuição de benefícios eventuais; criação e regulamentação de atendimentos asilares, realização de programas educativos e culturais; isenções fiscais de entidades particulares, dentre outros. (www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/eixos_tematico.doc).

populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas de saúde (Policy)*. (PAIM & TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Na visão de Baralhas (2008), o sistema de saúde em nosso país vem passando por muitas modificações no transcorrer dos anos, e a construção do Sistema Único de Saúde - SUS é consequência de grandes lutas política e ideológica ao longo de sua trajetória, tendo a participação de múltiplos grupos sociais. O direito à saúde é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas.

No Brasil, este direito somente foi reconhecido na Constituição Federal de 1988 e antes disso, o Estado apenas proporcionava atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e sua família, todavia as outras pessoas tinham acesso a estes serviços como um favor e não como um direito. Com a Constituinte de 1988 as responsabilidades do Estado são repensadas e promover a saúde para todos passa a ser seu dever (DIREITO À SAÚDE, 2009).

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 a promoção, proteção e recuperação. (DIREITO À SAÚDE, 2009).

Percebe-se que antes da criação do SUS, o Estado brasileiro era omissivo com relação à saúde da população. Na verdade o que se ponderava, era que o próprio sujeito deveria cuidar da sua saúde. Só havia uma intervenção estatal em casos graves que não pudesse ser resolvidos pelo próprio cidadão ou que representasse um risco de epidemia a população ou a economia.

Paim (2002) define o Movimento da Reforma Sanitária como a resultante de um longo movimento em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 representou um marco histórico para a política de saúde e para a construção do SUS, reafirmando as ideias do Movimento da Reforma Sanitária. A Conferência foi de suma importância, para a criação do SUS, ao colocar a saúde como direito de todos e dever do Estado e recomendar a organização de um Sistema Único de Saúde, descentralizado e democrático. Sendo assim a política de saúde brasileira está materializada, especialmente através do Sistema Único de Saúde – SUS. Com a promulgação da Carta Magna brasileira, e com a sua posterior regulamentação, o SUS é finalmente criado através da Lei 8.080/90 e da Lei 8.142/90, sendo a sua implantação e implementação um grande desafio.

A lei 8.080, traz no seu artigo 4º que, “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o sistema Único de Saúde (SUS)”. (BRASIL, 1990).

Para Figueiredo e Tonini (2007), o processo de criação do SUS teve início a partir das demarcações legais colocadas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde. O SUS é um sistema constituído por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado, que é contratado e conveniado, de maneira complementar, para suprir as necessidades de assistência, quando não existem serviços públicos para tal.

A lei 8.080/90 dispõe ainda os princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade, enquanto que os princípios organizacionais ⁸ são:

⁸ a) Universalidade: é a garantia de que todo e qualquer cidadão, sem distinção alguma, receberá atenção à saúde por parte do sistema;

b) Integralidade: as necessidades de saúde das pessoas devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria;

c) Equidade: este princípio assegura que as ações e serviços de todos os níveis independente de sua complexidade, sejam prestados a todas as pessoas, sem privilégios ou barreiras, ou seja, todas as pessoas devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde;

d) Hierarquização e regionalização: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade; o nível primário deve ser ofertado diretamente à população, enquanto os outros devem ser usados apenas quando necessário. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. O acesso da população à rede deve acontecer através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

e) Descentralização: é compreendida como uma redistribuição da responsabilidade pelas ações e serviços de saúde por cada nível de governo.

Regionalização, Hierarquização, Resolutividade, Descentralização e Participação dos Cidadãos. Tais princípios foram fundamentados e conceituados, a partir do art. 7º (BRASIL, 1990).

A Organização Mundial de Saúde, por sua vez, define a saúde como: “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (OMS, 1946, p.1).

Sabe-se que o século XX foi marcado por grandes avanços nas ciências do envelhecimento devido aos estudos dos pioneiros Metchnikoff e Nascher que estabeleceram os embasamentos da Gerontologia e da Geriatria. (FREITAS et al., 2002). Portanto, a Gerontologia caracteriza-se como um ramo da ciência que estuda o processo de envelhecimento e os múltiplos problemas que submergem a pessoa idosa. Já a Geriatria é a ciência que estuda os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde. Essa possui uma relação próxima com as ciências da área médica. (OHARA; SAITO 2008).

Segundo Castro e Vargas (2005), os gerontologistas destacam que o processo de envelhecimento começa desde a concepção. Tais autores afirmam ainda que a velhice é um processo contínuo onde incidem transformações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, levando a progressiva perda da capacidade de adaptação, maior vulnerabilidade, processos patológicos, que culminam por levá-lo à morte.

Percebe-se que a construção de uma política pública de saúde com foco no envelhecimento e na saúde da pessoa idosa institui uma dimensão indispensável às transformações da sociedade e a construção do Sistema Único de Saúde. O envelhecimento populacional mostrar-se como um fenômeno atual de ampla relevância em todo o mundo, já que à medida que as sociedades envelhecem os problemas de saúde entre os idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social.

Segundo Schraiber et. al. (2000), a política de saúde voltada aos idosos no Brasil surgem quando esse grupo é percebido como extrato de consumo importante e socialmente “visível”. Essas políticas começaram a consolidar-se nos anos 80, no

f) Resolutividade: baseia-se na exigência de que, quando uma pessoa procura pelo atendimento, o serviço prestado esteja capacitado para enfrentá-lo e resolver o problema até o nível de sua competência.

g) Participação dos cidadãos: é a garantia constitucional de que a população terá participação no processo de formação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todas as esferas de governo, tendo para isto entidades representativas formadas por pessoas diversas, inclusive cidadão comum.

processo de reformulação do sistema de atenção à saúde que resultou no SUS. A ampliação da atenção à saúde para os idosos se deu em uma organização de trabalho centrado no atendimento médico-individual às doenças crônico-degenerativas, como hipertensão e diabetes. Na década de 80, estas doenças tiveram grande expressão no Brasil dentro do processo denominado de transição epidemiológica.

São diante deste contexto, que em 2006 é instituída a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria 2.528/GM), que busca garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, sobretudo os considerados frágeis e/ou vulneráveis, estabelecendo importante papel para a equipe de saúde da família. Ainda neste ano foi divulgado o Pacto pela Saúde do SUS (Portaria GM/MS 399/2006) e a saúde do idoso é elencada como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo no SUS. São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (SAS, 2009) e do Pacto da Saúde⁹:

Modificações aconteceram gradualmente, a partir das políticas públicas criadas em benefício das pessoas idosas. Muitas mudanças sucederam e dentre elas podemos elencar o aumento da expectativa de vida e as campanhas de vacinação para pessoas idosas.

Uma velhice bem sucedida, com boa qualidade de vida, depende das chances do indivíduo quanto a usufruir de condições adequadas de educação, urbanização, habitação, saúde e trabalho durante todo o seu curso de vida, e também do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o qual lhe possibilita lidar, com diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento. (MASCARO, 2004, p 72).

Logo, podemos refletir que a população idosa teve alguns ganhos com a criação dessas políticas que contribuíram bastante para o aumento da expectativa de vida e a

⁹ Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
Manutenção e recuperação da capacidade funcional;
Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
Implantação de serviços de atenção domiciliar;
Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
Produção de conhecimento e capacitação intensiva dos profissionais de saúde da rede do SUS, para esse atendimento.

melhoria da qualidade de vida, e não podemos esquecer nos dias atuais se vive bem mais e melhor.

Vale ressaltar que a relação saúde e velhice não se dão simplesmente em razão do controle das doenças crônicas, mas especialmente pelo significado holístico que o conceito de saúde apresenta que, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se a um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social, incluindo a necessidade de considerar os vários determinantes do estado de saúde das populações (ALBUQUERQUE, 2008).

A promoção da saúde traz como foco os aspectos preventivos – por isso, age sobre os determinantes que influem diretamente sobre as condições de saúde da população, no entanto na velhice existe uma ampla incidência de pessoas já acometidas por um algum agravo de saúde, comumente por doenças crônico-degenerativas, como hipertensão arterial e diabetes, cujo agravamento será responsável pela maior causa de mortes a partir de 2025 (LITVOC e BRITO 2004). O Ministério da Saúde regulamenta que:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 1996).

Nesse sentido, a promoção da saúde na velhice não adota mais a linha de prevenir o aparecimento das doenças, mas sim evitar a ação incapacitante decorrente delas e uma diminuição do risco de adoecer e morrer. Conforme Brito e Ramos (2005), as ações de saúde voltadas para os idosos necessitam “procurar mantê-los com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio de suas famílias” (p. 394). Para isso, o idoso precisa ser analisado em toda sua complexidade social, visto que muitos dos problemas que influenciam em sua saúde e qualidade de vida estão diretamente ligados à situação socioeconômica do país.

Assis (2005) sinaliza que as ações educativas de promoção em saúde direcionadas aos idosos carecem ser construídas nos espaços de socialização, no qual

eles se encontram com outros idosos e estabelecem vínculos de afetividade e compartilham suas histórias de vida e saberes.

Estes espaços são propícios para a veiculação de informações correspondentes à saúde e cidadania. Podem ser trabalhados os seguintes eixos temáticos: “a dimensão positiva da saúde, a prevenção e o controle de doenças e agravos comuns, os direitos sociais dos idosos” (p. 08). Tais eixos são estratégicos na capacitação e na promoção da autonomia dos idosos, potencializando a condição de sujeito político na luta pela dignidade do envelhecer.

2.2.3 Política de Previdência e Idoso

A previdência social é uma das políticas estruturantes do Estado de Bem-Estar Social, nas suas versões clássicas, e também nos países de estrato dependente e periféricos mais desenvolvidos. Importante destacar que o Brasil não viveu ainda um Estado de bem estar social, estamos vivenciando os ajustes estruturais nos marcos da política neoliberal.

O desenvolvimento da política previdenciária no Brasil esteve relacionado a cada momento histórico, econômico e social vivido pelo país. Ficou articulada a cada política econômica implantada, apresentando como característica constitutiva a contradição entre a reprodução da força de trabalho e a incorporação de direitos sociais. Conforme Marquesi (2011, p. 41):

O sistema previdenciário, como uma política social no Brasil formou-se a partir de diversos movimentos sociais e, ao mesmo tempo constitui-se como estratégia do Estado no enfrentamento da questão social e, em razão da própria reprodução e manutenção do sistema capitalista. A previdência é uma política que se constitui como um direito de proteção social ao trabalho e ao trabalhador, sob forma de seguro social. (MARQUESI, 2011, p. 41).

Faleiros (1991) pondera que a Previdência Social foi efetivamente implantada no Brasil através da Lei Eloy Chaves, em 1923. Todavia, antes da promulgação dessa lei, diversos acontecimentos permearam a sociedade brasileira, mais precisamente a partir

da República Velha, os quais serviram como parâmetros para implantação da Previdência Social no país.

As primeiras décadas do século XX estiveram marcadas pelas acerbadas mobilizações populares na qual se sobressaem as greves que ocorreram em 1905, 1917 e 1919, assim como o Movimento Tenentista. A duas últimas greves, continham dentre suas pautas de reivindicações o cumprimento do Tratado de Versailles, segundo o qual era obrigatório que os países ocidentais constituíssem sistemas de proteção social. É nesta conjuntura social que se deu o marco inicial da Previdência brasileira como legislação social, em 24 de janeiro de 1923 (Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, 1995).

A Previdência Social começa a ganhar caráter público a partir da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs.) a partir de 1933. O que possuía de novo neste sistema era a estruturação sob um regime tripartite, com a inclusão do Estado como uma das instituições financiadoras, ao lado dos empregados e empregadores. Contudo, ficaram organizados da mesma maneira que as CAPs., ou seja, por categorias profissionais, ficando incorporadas inicialmente aquelas categorias com expressão econômica e política, excluindo-se aquelas cuja organização era precária, como os trabalhadores rurais e os empregados domésticos (MPAS, 1995).

Em 1960, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), esta “deu uniformidade aos benefícios e serviços previdenciários, permanecendo com os institutos pela complexidade de interesses em jogo” (MPAS, 1995, p.11).

Com o golpe militar em 1964 a Previdência Social assume o papel de política compensatória, assistencial e apolítica, funcionando sob a perspectiva da exclusão do trabalhador da cena política (CABRAL, 2004). Na conjuntura do militarismo, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que apresentava como finalidade um gerenciamento técnico-burocrático, com a retirada dos sindicatos e extinção dos conselhos administrativos dos aparelhos institucionais (MPAS, 1995).

Em 1977 é criado o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS) que representa uma modificação organizacional e de orientação da política previdenciária. Ratifica-se uma lógica baseada na relação contribuição-beneficiários (MPAS, 1995).

No final dos anos 1970, o regime militar começa a dar sinais de crise, crise provocada pela exaustão do milagre brasileiro e por instabilidades financeiras que se agravavam com a crise do capital no panorama internacional. A crise econômica

encarada pelo regime autoritário tornou-se uma crise política, ou seja, uma crise que afetou a própria estabilidade do próprio regime político.

A Previdência Social estabelecida sob o formato de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, é regulamentada constitucionalmente pelos Artigos 201 e 202, da CF/88 e atenderá, nos termos da lei, a;

I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; II - proteção à maternidade, especialmente à gestante; III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º. (ART. 201, CRFB/88).

A Previdência Social funda-se em um seguro público coletivo para aqueles que tributam com a previdência e visa cobrir riscos sociais como acidentes, morte, velhice, deficiência, maternidade, reclusão e desemprego.

Segundo Beauvoir (1990), até o século XIX, o trabalhador idoso que era excluído do seu local de trabalho, era abandonado à própria sorte, visto que não possuía um amparo devido para prover a sua subsistência nas idades mais avançadas.

Identifica-se que o primeiro modelo previdenciário direcionado a população idosa foi: a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs com a Lei Eloy Chaves, durante a década de 1920, que eram destinadas a ampara os trabalhadores em circunstância de doença, idade avançada e aos dependentes dos segurados no caso de morte.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, agrupando todos os Institutos. Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência Social, desvinculando questões previdenciárias e de aposentadorias das empresas e dos sindicatos. Os sindicatos perderam recursos financeiros, centrando suas lutas nos trabalhadores da ativa, deixando a questão das aposentadorias para o Ministério do Trabalho e o Ministério da Previdência (HADDAD, 2001).

Neste mesmo ano, ocorreu à implantação do Benefício da Renda Mensal Vitalícia - RMV, extinto em 1996, pela Lei nº 8.742/93, transferindo a responsabilidade para a área da Assistência Social, antes de responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). (REZENDE, 2008). Vale ressaltar que a RMV e a aposentadoria

rural, foram às primeiras políticas (não contributiva) para a proteção ao idoso necessitado no Brasil (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A instituição da Constituição Federal de 1988 trouxe consigo, vários avanços, especificamente com relação à política previdenciária aos maiores de 60 anos. Dentre estes avanços identificamos a equivalência dos benefícios destinados aos trabalhadores do meio rural e urbano e a redução de anos na idade mínima necessária para a aposentadoria por idade dos trabalhadores rurais. É ainda, assegurada à manutenção do valor real dos benefícios estabelecendo como piso mínimo para todos os benefícios previdenciários (um salário mínimo).

Vale salientar, que a década de 1980 foi marcada por muitos conflitos devido aos reajustes salariais abaixo do mínimo, comprometendo diretamente a questão dos aposentados. A crise de redução salarial dos aposentados desencadeou diversas lutas para a garantia de direitos dos idosos e dependentes da previdência social.

É sabido que a categoria dos/as Assistentes Sociais integrou, historicamente, o processo de luta para a constituição dos sistemas de políticas públicas no Brasil. Cooperando extraordinariamente para rompimento definitivamente com as práticas conservadoras, a partir de sua atuação cotidiana e de sua análise crítica, buscando sempre o seu direcionamento numa perspectiva democrática e de garantia de direitos sociais, lutando incansavelmente para a ruptura com a tutela, a subalternização, o assistencialismo, o clientelismo e a tecnocracia.

Diante da atual conjuntura brasileira, muitos direitos conquistados, pela classe trabalhadora, no qual os/a assistentes sociais estão inseridos, vêm sendo ameaçados, por um conjunto de medidas, proposto pelo governo interino, promovendo um desmonte de benefícios sociais e programas, tais como; seguro desemprego e pensão por morte. Direitos estes legitimados pela Constituição Federal de 1988.

Conforme o CFESS Manifesta (2016), edição especial: contra o desmonte da seguridade social, nos poucos meses do governo interino a “[...] seguridade social tem sido fortemente atacada, como estratégia para ampliar e socializar os custos da crise com a classe trabalhadora e reforçar as oportunidades de lucro para a burguesa”.

Nesse contexto tão complexo e difícil que estamos vivendo no Brasil, no qual a crise estrutural do capital (que não é nacional, mas internacional), vem manifestando seus ataques à classe trabalhadora. Devemos pensar como estão sendo feita a política em nosso país.

3 CAPÍTULO II: FAMÍLIA, IDOSO E INTERDISCIPLINARIDADE

No presente capítulo trataremos sobre a questão dos direitos aos idosos, principalmente em relação a sua real efetivação, pretendem-se tecer algumas considerações sobre as legislações que ampara o segmento idoso, discutido os benefícios destas políticas de proteção para vida dos idosos e como elas estão sendo efetivadas, trará também uma análise dos conceitos de família e as suas várias configurações na contemporaneidade, qual seu papel diante das demandas dos idosos e por fim uma abordagem sobre a importância do trabalho interdisciplinar junto à pessoa idosa.

3.1 Marcos Legais de Proteção a Pessoa Idosa

A legislação tem procurado defender os velhos contra a dureza e o descaso de sua progeneritura, substituindo uma situação de fato por uma situação de direito. (BEAUVOIR, 1970).

A questão do envelhecimento ganha evidência nas discussões e na elaboração das políticas sociais, a partir do debate ocorrido na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), realizada em 1982 em Viena, e desencadeando ainda no ano de 2002 a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri. Nesse evento foi elaborado o Plano de Ação para o Envelhecimento, um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos diversos aspectos que envolvem o processo de envelhecimento. Dentre as recomendações das ações aparecem como destaque à família, elemento central na proteção ao idoso e para sua referência; a criação de políticas sociais que realmente assegurem ao idoso uma assistência integral em aspectos psicológicos, físicos, econômicos, de saúde e sociais.

Durante a II Assembleia Geral sobre o Envelhecimento em Madri, o Brasil tornou-se um dos signatários do Plano de Ação para o Envelhecimento, conhecido também como Plano de Madri, que tem como objetivo básico servir como orientação à adoção de medidas normativas sobre a questão do envelhecimento nos países que

também se tornaram assinantes, em exercer influências políticas e programas nacionais para a população em questão, em especial aos países em desenvolvimento.

No Brasil, o processo histórico de organização e de reivindicações dos idosos, iniciado na década de 1970, mobilizou o país e fez com que o poder público atentasse para os anseios dessa população, criando e implementando legislações de amparo a este segmento; dentre as quais podemos citar a Lei Orgânica da Assistência Social (1993), a Política Nacional do Idoso (1994); o Estatuto do Idoso (2003), além dos direitos conquistados pela Constituição Federal em 1988.

Compreende-se que a partir da Carta Magna, a legislação brasileira avançou na assistência e defesa dos direitos da pessoa idosa e, estimulada pela necessidade de explicitar e garantir de forma mais pontual esses direitos. Camarano e Pasinato (2004, p. 266-267) diz que:

O grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição de 1998, que levou em consideração algumas orientações da Assembleia de Viena. Introduziu 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. O texto legal estabeleceu, como princípios básicos, a universalização, a equivalência de benefícios urbanos e rurais, a seletividade na concessão, a irredutibilidade dos valores das prestações previdenciárias, a fixação do benefício mínimo em um salário mínimo, a equanimidade no custeio e a diversificação da base de financiamento, a descentralização e a participação da comunidade, de trabalhadores, empregados e aposentados na gestão. (CAMARANO e PASINATO, 2004, p. 266-267).

A Constituição Federal universalizou os benefícios de saúde, previdência e assistência social aos idosos, tornando-os um direito de todos aqueles que necessitam e um dever do Estado.

Sabe-se que a Constituição Federal de 1988 define um modelo de proteção social configurado como um sistema de seguridade social. Que envolve a previdência social (elaborada nos moldes de seguro social), a assistência social (entendida como direito e não como filantropia) e a saúde. Ou seja, busca-se articular os direitos contributivos e transferências de renda não contributivas vinculadas à assistência social sob a égide dos direitos sociais. Sendo assim a proteção social ampliou-se e ganhou

novas formas de enfrentamento das vulnerabilidades pelas quais o segmento idoso enfrenta.

A Carta Magna, no seu, Art. 230, reconheceu “o dever da família, da sociedade e do Estado de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar social e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988). Advoga também que a atenção aos idosos precisa acontecer de preferência, nos seus lares, com o intuito de evitar sua institucionalização. A partir de 1990, essa prioridade se reafirma com a adoção de algumas medidas de políticas públicas por parte do Estado no sentido de garantir proteção social como direito de cidadania, principalmente àqueles idosos que não detinham os meios necessários para se auto sustentarem e nem à sua família.

Constata-se que no campo das políticas destinadas ao público idoso, foi promulgada em 1994 a Política Nacional do Idoso (PNI), que traz no seu art. 1º como objetivo a necessidade de se “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para prover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2010), tendo a família, a sociedade e o Estado iguais responsabilidades na provisão de condições que permita a esse segmento social o exercício pleno de sua cidadania.

A política é regida por princípios, como:

- a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito a vida, não sofrendo discriminação de qualquer natureza;
- o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- as diretrizes da política nacional buscam a viabilização de formas alternativas de convívio do idoso, integração às demais gerações, participação em organizações representativas, priorização do atendimento em órgãos públicos, entre outras. (ART. 3º).

A análise dos princípios expostos permite-nos afirmar que a lei acata à moderna compreensão de Assistência Social como política de direito, o que implica não apenas a garantia de uma renda, mas também vínculos relacionais e de pertencimento que assegurem mínimos de proteção social, visando à participação, a emancipação, a construção da cidadania e de um novo conceito social para a velhice.

No seu artigo 4º a PNI, elenca as diretrizes e nelas é referida a, “priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência”.

Com a vigência da PNI, foram implementadas várias modalidades de atendimento à população idosa, visando integrar o idoso com a sociedade, principalmente nos grandes centros urbanos, onde é mais difícil estabelecer relações sociais, razão principal das inúmeras queixas de solidão e abandono feitas pelos seus moradores longevos.

Compreende-se que as políticas públicas em relação ao idoso estão diretamente relacionadas à proteção, a liberdade, a cidadania, ao lazer e ao afeto. Estas prerrogativas legais estão bem presentes na PNI, outro instrumento que avança na luta em defesa dos direitos do idoso.

Antes da PNI, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, 1993), já reconhecia a pessoa idosa como um dos seus segmentos de atenção prioritária. Sendo assim a LOAS representou um marco de extrema importância para a assistência social, pois a reconheceu como direito dos cidadãos brasileiros para que possam usufruir de benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais.

No artigo 1º, a LOAS já prevê que:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993).

Nota-se que a LOAS foi uma inovação para a população fragilizada socialmente, pois trouxe proteção aos cidadãos incapacitados que não conseguiam se autossustentar, como no caso dos idosos e das pessoas com necessidades especiais. Contudo, apesar da conquista, existem dificuldades para que a pessoa usufrua desses direitos, mesmo que a Constituição Federal de 1988 tenha como objetivos o bem-estar, a justiça social e o acesso à assistência social, independente de contribuição; somente em 1993, a assistência social, através da LOAS, foi organizada.

A Loas designa no art. 2º, que a assistência social tem entre os seus objetivos: “a garantia de um benefício mensal de um salário mínimo á pessoa portadora de deficiência e ao idoso que não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família” (BRASIL, 2010).

Os direitos dos idosos assegurados na Constituição de 1988 foram regulamentados por meio da LOAS. Dentre os benefícios mais importantes proporcionados por esta Lei, constitui-se o Benefício de Prestação Continuada- BPC, regulamentado em seu artigo 20. Este Benefício consiste no repasse de um salário-mínimo mensal, dirigido às pessoas idosas e às pessoas com deficiência que não tenham condições de prover sua sobrevivência, trazendo como princípio central de elegibilidade a incapacidade para o trabalho, objetivando a universalização dos benefícios, a inclusão social. Para concessão do mesmo, é necessário que a renda mensal bruta familiar per capita seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo vigente.

O BPC, não pode ser acumulado com outros benefícios da seguridade social exceto com benefício de assistência a saúde e pensões especiais de natureza indenizatórios. Ele é financiado, coordenado, monitorado e avaliado pelo MDS, através da Secretaria Nacional de Assistência Social e é operacionalizado pelo INSS, vindo do orçamento da Seguridade Social é repassado diretamente ao usuário ou ao representante legal.

Silva (2006) traz que o grau de seletividade existente na LOAS faz com que muitos idosos não sejam incluídos nos benefícios, seja por estarem fora do patamar de pobreza ou da faixa etária estipulados pelos critérios da lei (65 anos), seja por não terem acesso aos documentos exigidos ou por não se encontrarem na condição de “incapazes para o trabalho”. Ante essa realidade, a autora acrescenta: para ter acesso ao benefício, a pessoa precisa estar numa condição vegetativa enquanto ser humano, embora haja várias formas de deficiências que não permitem a inserção nas relações de trabalho. Reforçando essa assertiva, destacamos que os idosos, pela falta de qualificação e/ou pela estigmatização cultural, são, no geral, menos competitivos no mercado de trabalho, o que não deixa de ser uma “incapacidade”, pois “os capazes” asseguram a própria sobrevivência.

Em relação à promoção da saúde, temos como desdobramento da lei Orgânica de Saúde, aprovada em 1990, que garantiu o direito universal e integral à saúde, com esse desdobramento foi estabelecida, a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), mediante Portaria Ministerial n. 1.395/1999 e regulamentada pela Portaria n. 2.528 de outubro de

2006 que a renomeou como Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituindo como uma de suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas.

Outra garantia importante foi consolidada com a criação em 2003 do Estatuto do Idoso, com o objetivo de regular os direitos assegurados às pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 (sessenta anos). O referido Estatuto prevê:

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

O Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa do país; a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos, e os demais membros da sociedade tornar-se-ão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas. Ele ainda veio contribuir com a promoção das políticas públicas na velhice, colaborando cada vez mais para que o idoso viva mais e cada vez melhor, fortalecendo que envelhecer bem é um direito sendo, portanto as políticas públicas um dever do Estado.

O Estatuto do Idoso ainda garante alguns direitos com relação à:

A Saúde, podemos destacar o Art. 15º que diz: é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, com ações articuladas e contínuas, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

A Assistência Social, devemos destacar o Art. 33º. “A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes”.

Habitação, destacamos o Art. 37º. “O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada”.

Transporte, Art. 39º. “Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares”.

Ao arcabouço legal composto pelas legislações LOAS, PNI e Estatuto do Idoso, vem somar-se em 2004, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em cujas diretrizes passa a figurar a proteção social básica e proteção social especial, propostas aos segmentos sociais prioritários entre os quais se inclui os idosos. As ações caracterizadas por esses dois níveis de proteção passam a ser reguladas pelo Sistema Único de Assistência Social, com atribuições e competências definidas em cada ente federativo e sob a supervisão geral do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). A PNAS vem solidificar o disposto no texto constitucional acerca da área da assistência social, política que integra junto à saúde e a previdência social o famoso tripé da seguridade social brasileira.

Enfim a articulação e a integração entre todas as políticas públicas constituem uma ação estratégica para assegurar a complementaridade da rede de atendimento às pessoas idosas, para que a população possa envelhecer com segurança e dignidade. Esse é o compromisso da Política Nacional de Assistência Social, que, em conformidade com o Estatuto do Idoso e com o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, reconhece a urgência da consolidação da rede de proteção e promoção social da pessoa idosa, na direção de uma sociedade para todas as idades.

3.2 Discussão sobre Família, Idoso e institucionalização

A família, ao longo da história, tem sido alvo de discussões dos mais diversos campos, sendo reconhecida, principalmente, sua importância no âmbito da proteção social. Neste sentido pensar a família no campo da proteção social implica reconhecer que a família na sua dimensão simbólica, na sua organização é importante à medida que subsidia a compreensão sobre o lugar que lhe é atribuído na configuração da proteção social de uma sociedade, em determinado momento histórico.

De acordo com Caldéron e Guimarães;

Não existe um único modelo familiar. A família, pela perspectiva histórica, tem se apresentado em diversas composições e características. Inclusive, num mesmo espaço histórico, têm coexistido, e ainda coexistem diversos modelos familiares, embora sempre haja um que predomine, isto é, que seja hegemônico. (CALDÉRON E GUIMARÃES, 1994, p. 23).

A família, nas suas mais diversas configurações constitui-se como um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída de formas diferentes em diversas culturas, como também em diferentes épocas, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, e outras esferas da sociedade. Deste modo, ela não é apenas uma construção privada, contudo também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos.

Verifica-se que transformações importantes ocorreram nas famílias, a partir da segunda metade do século XIX levando a um questionamento do modelo patriarcal e desencadeando-se, então, o que se chamou de família conjugal moderna. Assim explica Gueiros (2002, p. 106): “[...] a família moderna, genericamente, pressupunha a separação entre público e privado; ênfase na intimidade familiar; e privacidade dos indivíduos na própria família [...]”. Entretanto, a existência de traços da família patriarcal na família conjugal moderna persiste até o século XX, pois o processo de modernização se realizou de forma não linear.

Sabe-se que os estudos sobre a família mostram sua permanência na história da humanidade e revelam como as formas conhecidas atendem às necessidades de reprodução e socialização dos seres humanos (KONIG, 1981, p. 5). Padrões de família foram identificados nas mais remotas sociedades (LEVI-STRAUSS, 1980, p. 9), porém definir a família não é tarefa simples.

Conforme a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, “família é o grupo de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos ou de solidariedade”. (PNAS, 2004).

Sendo que atualmente, a família é compreendida não apenas baseada nos laços consanguíneos e de parentesco, mas nas relações de afeto e cuidado. Szymanski (2002) entende família como sendo “uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afetivas e assume um compromisso de cuidado mútuo e, se houver, com

crianças e adolescentes”, não levando em conta para isto, à existência de laços consanguíneos ou de parentesco.

Corroborando com Szymanski, partimos também da compreensão de família, exposta por Miotto (1997), que a define como um núcleo de pessoas que estabelecem certa convivência em um lugar determinado, por um lapso de tempo mais ou menos longo e, que se encontram unidas (ou não) por laços consanguíneos. Uma vez que a tarefa primordial da família é o cuidado e a proteção de seus membros.

Kaloustian (1985) também vê a família como o local indispensável para a garantia de sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral de todos os seus membros, independentemente dos arranjos familiares ou da forma como estejam estruturadas. Para Rocha-Coutinho;

A família, portanto, não deve ser entendida apenas como um conjunto de pessoas unidas por laços de consanguinidade ou dependência, mas como uma unidade composta por indivíduos de sexo, idade e posição social distintos que cotidianamente vivem um “jogo de poder” que se cristaliza na distribuição dos direitos e deveres a cada um de seus membros. Ela tem uma dinâmica própria que não pode ser entendida como simples soma dos indivíduos que a compõem. (ROCHA-COUTINHO, 2006, p.96).

Ao se remeter ao passado, observar-se-á que a organização familiar sofreu grande influência de determinados elementos que marcaram a formação da sociedade brasileira. Supõe-se que o próprio caráter da sociedade estratificada dificultava a tentativa de se buscar padrões semelhantes de vida e organização familiar.

Influências essas notas, principalmente na vida das mulheres, que antigamente, viviam num contexto doméstico, nos afazeres da casa e no cuidado dos filhos. Hoje há uma expressiva generalização do trabalho feminino, fora do espaço doméstico, ocasionando assim variações na organização familiar.

De acordo com Zamberlam (2001), conceituar família, tornou-se cada vez mais complexo ao longo dos anos, carecendo de uma atualização e de um remodelamento do pensar e entender esta entidade de suma importância para os seres humanos. Uma vez que a pluralidade dos arranjos tem marcado mudanças estruturais na família brasileira, com o advento de novas configurações familiares.

As muitas transformações que ocorreram nas relações familiares são indícios dos impactos da modernização da sociedade. A família tradicional brasileira baseada no modelo patriarcal vem se transformando rapidamente, sendo apontado o fenômeno da urbanização como um de seus elementos modificadores e também, a inserção da mulher no mercado de trabalho, fatores que influenciaram no declínio da fecundidade, o qual resultou na redução do tamanho da família atual (CORRÊA, 1984; GOLDANI, 1994; FONSECA, 1989; BERQUÓ, 1990).

A pessoa idosa está inserida neste momento singular que a sociedade brasileira vivencia de múltiplas gerações revelado nos vários formatos de famílias. Mesmo inserido nesse contexto, o idoso conserva a sua subjetividade como indivíduo, mas concebendo esse mesmo indivíduo como partícipe social, que compõe uma época e retrata costumes e valores.

Conforme Mito (1997), “a família é, portanto, vista como uma instituição social que garante a participação efetiva e a identificação de seus membros com o seu grupo social”.

O bem estar e a qualidade de vida são fatores que estão relacionados com a família. É no seio familiar que o idoso pode viver com mais dignidade e ter um melhor acesso aos direitos que o Estatuto do Idoso preconiza.

Portanto, a família é considerada um elemento central para o cuidado do idoso, considerando que é capaz de lhes proporcionar um envelhecimento saudável e que atenda suas necessidades básicas. (REDANTE, 2005). Enfim, é importante destacar também que se a família proporciona ao idoso uma participação ativa em sua vida, as doenças típicas da idade avançada tendem a diminuir. (SILVA, BOCCHI E BOUSSO, 2008).

As mudanças no modelo de família nuclear brasileira não significam o fim da família, mas uma reconfiguração, com tendência de casamentos tardios ou não casamentos, casais homossexuais, com ou sem filhos, do número de mães solteiras, de lares com filhos, mas habitados por apenas um dos pais, aumento de lares chefiados por mulheres, de lares unipessoais, de lares chefiados por idosos, casamentos de curta duração, co-residência de pais idosos e filhos, idosos cuidadores de crianças (netos) e responsáveis pelo trabalho doméstico (substituindo filhas ou noras que estão no mercado de trabalho), contribuição dos idosos com a renda familiar.

Dessa maneira concebemos a família como uma instituição social, historicamente condicionada, dialeticamente articulada com a sociedade, tendo como

tarefas primordiais o cuidado, a proteção e a garantia da sobrevivência dos seus membros, independentemente dos arranjos familiares ou da forma como estejam estruturadas e se definindo de acordo com a classe social na qual estejam inseridas.

Segundo Aquino e Cabral (2002:44):

Estudos recentes sobre suporte familiar aos idosos, realizados em diversos países e no Brasil também, indicam que um maior número de filhos vivos aumenta as chances desse apoio. Nesse sentido, é importante lembrar que um menor número de filhos não apenas diminui a probabilidade de que os pais venham a ser assistidos por eles, como também aumenta a carga, por filho, de assistência aos pais, em uma sociedade cada vez menos solidária. (AQUINO E CABRAL, 2002:44).

Compreende-se que as famílias estão inseridas nas relações sociais, com isso, historicamente se demudam junto com a totalidade social, expressando-se em distintas configurações, dentre as quais podemos citar: famílias reconstituídas, unipessoais, monoparentais, adotivas, homoafetivas, os casais sem filhos, entre outras formas de organização familiar. Estas vivenciam cotidianamente um processo de lutas contra o preconceito e a rejeição social, que ainda perduram na sociedade brasileira, uma vez que, a família nuclear burguesa se constitui cada vez mais numa experiência em decréscimo, fora dessa configuração às famílias ainda são taxadas de maneira recorrente na sociedade como “anormais” ou “desestruturadas”, uma vez que há a naturalização e universalização desse modelo no imaginário das pessoas (OSTERNE, 2001).

Entende-se que na contemporaneidade não é possível definir um único modelo de família assim como também uma única forma de trabalho com as mesmas. Já que cada família possui suas particularidades, apresentam formas diferentes de enfrentamento das consequências do processo de produção capitalista e das transformações da sociedade consumista que são determinadas pelo próprio sistema, repercutindo no consumo, na, dinâmica social, comunitária e familiar, na vida da classe social que a família é inserida (IAMAMOTO, 1994).

No entanto as famílias contemporâneas têm passado por transformações e tem se organizado e reorganizado de novas maneiras, não se limitando ao modelo de família nuclear. Por isso ao se discutir famílias não se deve pensar apenas no modelo

nuclear patriarcal, já que esta vem se modificando e construindo novas relações a partir de transformações vivenciadas pela sociedade. Para Szymanski (2002), as mudanças que acontecem no mundo acabam por influir e afetar a família de uma forma geral e de uma forma particular, a partir da formação, do pertencimento social e da história de cada um destes segmentos.

Já Kaloustian (1985) retrata que a família é o espaço da garantia da proteção integral e da sobrevivência, independente do arranjo familiar em que se baseie, mas apesar de entender a importância do cuidado dentro da família, este autor não expõe que esta instituição também pode ser violadora de direitos e protagonista dos conflitos e violências para com os seus.

Faz-se necessário, diante dessas novas mudanças, a elaboração de novos conceitos para dar conta das novas indagações que as famílias contemporâneas exigem. É necessário desorganizar para refazer a vida. Há a necessidade de desconstruir para acolher novos conceitos. Sendo assim, entender como as famílias pode ser a instância que transmite valores orientando o indivíduo na construção de sua organização subjetiva é essencial, pois, vê-se que, para além da família tradicional, outros arranjos familiares são compostos na contemporaneidade, e que estes cumpre a função que a sociedade destina à família- transmissão da cultura e formação de sujeitos.

A importância da família na vida social da pessoa idosa, merecedora da proteção do Estado, está explícita no artigo 16 da Declaração dos Direitos Humanos, que explana a família como o núcleo natural e fundamental da sociedade, e é apoiado no Estatuto do Idoso, que reafirma, em seu artigo 3º.

Em face ao acelerado crescimento populacional, verifica-se, também, o aumento da demanda com relação aos cuidados e garantia dos direitos da população idosa, no âmbito social, político e familiar. Vale mencionar, também nessa perspectiva, que a condição social atual e as exigências em relação aos compromissos sociais acarretam a dificuldade presente em muitos arranjos familiares em efetivar a devida atenção e cuidado aos seus idosos.

Diante desse contexto, onde cada membro familiar tem suas próprias preocupações e responsabilidades, podendo, conseqüentemente, não conseguir cumprir com seus devidos deveres, e sem possuir condições de realizar seu papel de cuidador para com o idoso, as famílias, em muitos casos, acaba optando por sua institucionalização.

Ao referir-se à institucionalização de idosos, precisamos, citarmos à família, pois, na maioria das vezes, é pela inexistência desta ou pela sua omissão ou falta de condições de cuidados, quer seja de origem econômica, operacional e outros, que surge a necessidade da instituição.

A família tem sido objeto de inúmeros estudos, não só por ser considerada célula básica da sociedade, mas também porque é nela que a história de cada indivíduo se define, traçando os caminhos que ele vai tomar. Ou seja, estudar a estrutura e a dinâmica da família é estudar o processo de constituição do indivíduo como sujeito e ser social. (VIEIRA, 2003, p. 35).

Nessa perspectiva, diante das questões que giram em torno das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's), vale realizar algumas discussões pertinentes à sua existência e função na sociedade.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2005):

ILPI's são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Entende-se ILPI como uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados. (ANVISA, 2005).

A respeito de seu surgimento, Mendonça (2006) aponta a origem dos asilos estava atrelada ao caráter filantrópico e sua grande maioria foi criada por iniciativa de instituições religiosas, mais precisamente, católicas. Essas instituições eram destinadas a prestar serviços aos pobres institucionalizados. A autora aponta, ainda, que “a primeira instituição asilar foi criada no Brasil em 1782, na cidade do Rio de Janeiro, pela Ordem Terceira da Imaculada Conceição, para atender trinta idosos” (MENDONÇA, 2006, p. 175).

De acordo com Freitas e Mincato (2007) os abrigos são o meio mais antigo e universal de assistência ao idoso fora do convívio familiar. Uma vez que a

institucionalização de idosos surgiu ao longo do século XIX, a princípio para atender demandas de idosos pobres sem família, ou com doenças mentais, entretanto com as novas políticas sociais da velhice, ampliou-se a ideia de institucionalização enquanto recolhimento a um asilo. A institucionalização passou então a incorporar a ideia de integração dos idosos na comunidade, buscando uma rede de amparo social extramuros institucional.

Em outras palavras, para Ribeiro (1999), a ILPI é um lar que deve representar conforto e bem estar, onde o idoso possa sentir-se estimulado e amparado, ao invés de abandonado. Esse ambiente consiste em um ambiente adequado para o idoso e deve demonstrar segurança para os mesmos.

O Estatuto do Idoso, Cap.II, Art. 49 prevê que:

As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:

- I. Preservação dos vínculos familiares;
- II. Atendimento personalizado e em pequenos grupos;
- III. Manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;
- IV. Participação do idoso em atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
- V. Observância dos direitos e garantias dos idosos;
- VI. Preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade. (BRASIL, 2003).

Rezende (2001), ao estudar o termo “institucionalizar”, pondera que a definição desta palavra na língua portuguesa não confere o seu significado real. “Institucionalização” é definida enquanto ato ou efeito de institucionalizar. Desse modo, “Institucionalizar” se refere a dar ou adquirir o caráter de instituição, o que não faria sentido, uma vez que o indivíduo não se transforma numa instituição, embora esteja submetido às regras e rotinas institucionais.

Ainda de acordo com Rezende (2001), para expressar a institucionalização do idoso é necessário usar um termo correspondente a “*institutionalization*”, que seria asilamento, enquanto ato de asilar, de recolhimento em um asilo (do latim *asylum*), que significa refúgio, local de amparo, proteção, de abrigo a possíveis agravos e danos de qualquer natureza.

Na visão de Jacob (2002) o sujeito está institucionalizado quando fica quase todo o dia ou parte deste entregue aos cuidados de uma instituição, que não a sua família. Quando a permanência destes se prolonga pelas 24 horas, passam a designar-se por idosos institucionalizados residentes. Para este autor, o serviço pode ser prestado de forma permanente (lares, hospitais e residências) ou parcial (centros de dia, centros de convívio, universidades ou academias para a terceira idade).

Goffman (1987) considera os asilos como instituição total, instituição esta que controla o ser humano, conduzindo e reprimindo o seu eu, prevalecendo a real necessidade de readaptação dos idosos a uma ordem administrativa disciplinadora com horários preestabelecidos, como horários de levantar, comer, tomar banho, deitar, etc. “Um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada (p.11)”.

De acordo com o autor, a vida nessas instituições totais implica em uma perda de autonomia e liberdade de ação, a tal ponto que há uma “mortificação do eu” nesses contextos institucionais. Entretanto, ele considera que quando a entrada nesses espaços é feita de forma voluntária, isso sugere que o indivíduo já se afastara parcialmente do seu mundo doméstico: “A mortificação ou mutilação do eu tendem a incluir aguda tensão psicológica para o indivíduo, mas para um indivíduo desiludido do mundo ou com sentimento de culpa, a mortificação pode provocar alívio psicológico” (GOFFMAN, 1974:49).

Conforme Gomes (apud CUPERTINO, 1996), a entrada do idoso em instituição pode constituir um trauma e pode resultar em maiores sentimentos de infelicidade, dificuldades de adaptação e comunicação com os outros, fatores que aceleram ainda mais o processo patológico do envelhecimento.

Para Pavarini (1996, p. 36), a decisão de institucionalizar ocorre porque as tarefas de cuidar tornam-se demasiadamente difíceis, tanto do ponto de vista emocional quanto físico, por causa da doença e da conseqüente dependência do idoso, da constante necessidade de hospitalização, da proximidade da morte, dos conflitos entre papéis profissionais e familiares do cuidador, das necessidades crescentes do idoso e das dificuldades de relacionamento entre o cuidador e o idoso.

Embora as ILP's atendam os idosos quanto às necessidades de moradia, higiene, alimentação e acompanhamento médico, há o inconveniente de afastar o idoso

de seu convívio familiar, favorecendo o isolamento e a inatividade física e mental, com consequências negativas à sua qualidade de vida. (HERÉDIA, 2004).

Nota-se que a família é vista como principal cuidadora, sendo dever legal cuidar dos seus membros que envelhecem. Em consonância com o Estatuto do Idoso, o idoso tem direito a moradia digna, no entanto, o mesmo estatuto recomenda a institucionalização somente para pessoas idosas sem famílias, colocando a institucionalização como último recurso. Como se pode observar no Estatuto do Idoso em seu capítulo IX:

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.
§ 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. (BRASIL, 2003).

Sendo assim as ILPI, é considerado o último meio de promover o bem-estar das pessoas idosas, uma vez que essas instituições são uma opção de cuidados para pessoas mais frágeis, muito dependentes ou que por razões médico-sociais não podem ficar em suas residências (BRITO e RAMOS 2002, p. 329).

Papaléo Netto (1996, p. 406) acentua que os principais motivos de inserção dos idosos em instituições são: a) abandono familiar (dificuldade de moradia, indigência, cárcere privado); b) precariedade ou ausência de recursos financeiros (baixa renda familiar, baixa renda do idoso, ausência de aposentadoria); c) rejeição familiar (ausência de afinidade com a família, dificuldades no convívio com os mais jovens da família, ausência de espaço nas relações familiares); d) inexistência de parentes de primeiro grau (viúvos, solteiros, ausência de irmãos, ausência de núcleo familiar); e) falta de recursos humanos (cuidadores) para assistência (todos os membros da família trabalham ou estão ausentes da casa durante um período prolongado); f) dependência física, exigência de cuidados especiais.

Diante disto, pode-se observar a predominância de questões sociais como determinantes da institucionalização, bem como da incapacidade assistencial familiar.

Ainda nessa perspectiva Espitia e Martins (2006) pontua que, existem diversos fatores, culturais, sociais, psicológicos e biológicos, para uma família optar pela

institucionalização de seu idoso dentre eles estão: pobreza, conflitos intergeracionais, ausência de familiares ao longo do dia devido a saída para o mercado de trabalho e o aparecimento de patologias, que podem gerar certo grau de dependência. Muitas vezes a falta de espaço para os idosos na casa dos filhos e os problemas financeiros é oriunda da necessidade de um cuidado relativo à saúde do idoso.

Carvalho e Dias (2011) referem à importância do idoso participar e colaborar na decisão e planejamento da institucionalização, pois o pleno conhecimento das medidas tomadas, bem como a relação do idoso com o espaço, contribui para uma melhor aceitação e adaptação. A qualidade de vida dos idosos institucionalizados dependera, primeiramente, do acolhimento na instituição e, de seguida, do convívio de pessoas próximas (familiares ou amigos), isto de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivenciam.

O processo de institucionalização da pessoa idosa é sem dúvida um fator de stress que propicia inúmeras alterações a nível psicossocial, ainda que o ambiente institucional tente oferecer uma base segura e adaptar-se às necessidades físicas e emocionais das pessoas idosas, deixando margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade (despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998; CARDÃO, 2009; SILVA et al, 2011).

Apesar das legislações sempre em mudança e com vista a melhorar esta rede formal de cuidados, ainda se continua a sentir tensão na sociedade sempre que se fala de lares de idosos, pois imperam as imagens negativas destas instituições, isto porque a institucionalização de idosos é muitas vezes um “tabu” assente em valores, responsabilidades, crenças e necessidades individuais, que pode gerar sentimentos de culpa partilhados pela família e dificuldades na adaptação ao meio institucional (BORN e BOECHAT In FREITAS et al, 2006; CARVALHO e DIAS, 2011), tal pode dever-se ao fato da grande maioria das instituições privilegiar as tarefas de rotina e a impessoalidade dos cuidados, privando o residente de estimulação, de atenção emocional e de vínculos afetivos (CARDÃO, 2009).

Beauvoir (1970) quando expõe sobre o processo de institucionalização dos idosos refere que;

Em tais condições, compreende-se que o ingresso num asilo representa um drama para o velho. A trama psicológica é

particularmente violenta para as mulheres, ainda mais apegado ao lar que aos homens. Manifestam sinais de ansiedade e tremores. Muitas acabam se resignando. Às vezes a hospitalização parece devolver ao velho o gosto pela vida: sente-se menos isolado, contrai amizades; passa a cuidar mais de si mesmo, por uma espécie de emulação. Mas é raro. (BEAUVOIR, p. 289).

Sendo que a pessoa idosa acostumada com o lugar onde mora, no qual viveu a maior parte de sua vida. A sua casa é a sua referência, possui sua rotina de vida, seus horários, suas amizades com a vizinhança, tem a sua privacidade e uma história de vida a ser preservada.

No entanto ao ir para uma instituição, qualquer que seja a forma de se institucionalizar, a pessoa idosa passará a perder o seu referencial, a sua identidade, o que pode ser comprovado através da fala de Zimerman (2000), quando diz:

Ao mudar-se para a instituição, terá que se habituar a um novo esquema, a uma nova rotina diferente com pessoas diferente, e horário preestabelecido para comer, dormir, tomar banho, etc. Ademais terá que aprender a nova localização de cada peça da casa. (ZIMERMAN, 2000, p. 96).

Neste sentido o apoio familiar é a alternativa mais indicada para o cuidado ao idoso fragilizado, contudo deve-se atentar para a noção de que, com as transformações ocorridas atualmente na estrutura familiar, a diminuição do número de seus membros e a inserção da mulher no mercado de trabalho, este apoio ao idoso fragilizado é dificultado.

3.3 O Trabalho Interdisciplinar Junto à Pessoa Idosa: a experiência do estágio no Lar dos Idosos de Cruz das Almas

Com a fragmentação do saber originou profissionais cada vez mais especializados, cujas competências isoladas não conseguem atender às exigências e complexidades dos problemas atuais. Desta forma, cresce, desde a década de 60, o debate que defende a necessidade de se atribuir um enfoque interdisciplinar à formação e à intervenção profissional. Nas décadas de 1970 e 1980, este debate cresceu de forma

lenta e ganhou maiores proporções apenas no final da década de 1990, adquirindo hoje ampla repercussão nos mais variados campos do conhecimento.

Diante das alterações demográficas, diminuição da mortalidade e da natalidade, no qual se ocasionou um aumento significativo no número de idosos, neste contexto cria-se uma nova demanda, a atuação de profissionais que trabalham junto à pessoa idosa com os demais profissionais. Sendo assim surgem à necessidade, por parte dos profissionais, de aprenderem mais do que os limites de sua própria formação, sem o objetivo específico de exercer novas atividades, mas com o propósito de interagir com maior conhecimento nas diferentes vertentes. E esta atitude é o que podemos chamar de interdisciplinaridade.

Para o termo interdisciplinaridade não existe um conceito fechado sobre a mesma, isto porque qualquer preocupação teórico-metodológica que venha constituir um único conceito deixaria de ser uma postura interdisciplinar. Deste modo, a interdisciplinaridade oferece um leque variado de conceitos e definições, e para facilitar a compreensão e discussão considera-se aqui como a “capacidade de integrar modos de pensar de várias disciplinas para produzir um avanço ou salto do conhecimento a um patamar que seria impossível de ascender por meios disciplinares”. (LEIS, 2011).

A interdisciplinaridade parece indicar um amadurecimento entre as áreas acerca da incompletude que cada uma delas carrega invariavelmente. Como lembra Fazenda (1995) à interdisciplinaridade se define como um regime de co-propriedade, de interação, que viabilizará diálogo entre os atores envolvidos.

a interdisciplinaridade, favorecendo o alargamento e a flexibilização no âmbito do conhecimento, pode significar uma instigante disposição para os horizontes do saber. (...) Penso a interdisciplinaridade, inicialmente, como postura profissional que permite se pôr a transitar o “espaço da diferença” com sentido de busca, de desenvolvimento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer. (RODRIGUES, 1998, p. 156).

Sendo assim para efetivar a chamada interdisciplinaridade é fundamental para qualquer profissão ater-se para o fato de que não se encontra isolada de outras profissões, além disso, ter a plena consciência de que para bem interagir com as

mesmas, é sempre necessário saber definir e ser competente em seu campo. Este é um elemento essencial para que haja, de fato, troca entre os saberes.

Japiassu (1997), ao discutir sobre a interdisciplinaridade, faz referências à distinção dos termos multiprofissional, multidisciplinar e transdisciplinar. Para ele as equipes multiprofissionais e multidisciplinares constituem etapas para a interação e para a interdisciplinaridade. Uma vez que nelas acontecem a justaposição e a integração de métodos, teorias e conhecimentos, e a decisão é sempre tomada pelo chefe da equipe. Já a transdisciplinaridade é o nível mais alto das relações iniciadas no plano multi, pluri e interdisciplinar, na qual se processa, neste caso, a transformação social. Na interdisciplinaridade, a decisão é compartilhada pelos membros da equipe e a liderança é rotativa.

A perspectiva interdisciplinar pode possibilitar o exercício de um trabalho mais integrador e articulado, tanto no que diz respeito à compreensão dos/as trabalhadores/as sobre o seu próprio trabalho, como no que diz respeito à qualidade do resultado do trabalho.

Nicolescu (1998) ressalta também que “a disciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, são as quatro flechas de um mesmo arco, o arco do conhecimento” (apud PATRICK, 2011, p.256), e o desafio profissional consiste justamente em separar, distinguir, mas também interagir, reunir, trocar, percebendo toda diversidade da questão social sem fragmentá-la, buscando religar os saberes, numa atitude paradoxal, pois poderá envolver incertezas em sua práxis, mas visando a possibilidade de unificar as fronteiras que impedem de existir as pontes entre, através ou além das áreas diferenciadas e das pessoas que são sujeitos nesta realidade de fenômenos complexos.

Nesse sentido a interdisciplinaridade não só permite a troca de saberes, mas amplia a parceria e a mediação dos conhecimentos ao possibilitar na prática profissional, a construção de um diálogo entre as ciências humanas e também com outras ciências, ao estabelecer espaços que favoreçam proximidades entre as ciências de forma dialética buscando uma mudança social de paradigmas pré-estabelecidos culturalmente.

Ao refletirmos sobre as necessidades da população idosa, verifica-se que um atendimento diferenciado, constituído por uma equipe multiprofissional, com enfoque interdisciplinar, que vise ao bem estar de forma integral, traz diversos benefícios para a vida do idoso. Nesse aspecto, Marin et al.(2008) referem que para trabalhar com a

população idosa é preciso basear-se na integralidade do cuidado e na lógica da vigilância, buscando a promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde.

Segundo Perim et al. (2003) , o trabalho interdisciplinar e seu impacto sobre a vida dos idosos decorrem da necessidade de conhecer melhor os aspectos sociais e emocionais do indivíduo, o que permite aos profissionais estarem mais conscientes das necessidades deste segmento populacional.

Nessa perspectiva para que haja a efetivação do trabalho interdisciplinar, é importante que os profissionais envolvidos no cuidado ao idoso possam reconhecer os múltiplos problemas que podem acometê-lo. Tais problemas podem estar associados ou combinados com fatores sociais, culturais, ambientais e comportamentais, que podem sobrecarregar a saúde do indivíduo idoso e sua família, causando impacto em sua qualidade de vida (FRANZEN et al., 2007).

Para a formação de uma equipe interdisciplinar na atenção à pessoa idosa, fazem-se necessárias a participação, análise conjunta do problema e integração de conhecimentos específicos de áreas diversas com o objetivo comum de promover e manter a saúde. Quando se pensa em promover a saúde dos idosos, uma equipe interdisciplinar torna-se uma ferramenta essencial para tal objetivo. Nesse sentido, os profissionais devem desenvolver suas competências e habilidades, de forma integrada, para operacionalizar as ações e ter como resultado a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Conforme Barros e Suguihiro (2003, p.8);

A interdisciplinaridade é um instrumento poderoso que permite intervir na realidade social, sobretudo porque diferentes campos do conhecimento se articulam, tendo o mesmo objeto de investigação: fenômenos da realidade. (BARROS E SUGUIHIRO, 2003, p.8).

Com isso, é de grande relevância que se atinja um trabalho interdisciplinar, pois o atendimento ao segmento idoso deve ser realizado de forma estruturada e organizada pela rede de serviços.

Partindo do pressuposto de que a "interdisciplinaridade como postura e como perspectiva de articulação dos conhecimentos é uma necessidade cada vez mais incontestável no mundo do trabalho" (RODRIGUES, 1999, p. 42), é impossível pensar a ação do assistente social fora dessa relação.

Sabe-se que o Serviço Social está ligado a outras áreas e, isto é, importantíssimo para seu desenvolvimento, pois o isolamento seria prejudicial para a abrangência de sua prática social. Pode-se dizer que a interdisciplinaridade o desenvolve, flexiona-o e viabiliza a interação com o diferente. Ela possibilita o rompimento dos vícios e preconceitos existentes na profissão. Ensina também a pensar e ver diferente a metodologia. Rodrigues (1995, p.157) acrescenta que:

Entendendo-se a interdisciplinaridade como 'postura profissional' e 'princípio constituinte da diferença e da criação' compreender-se-á que o Serviço Social — uma vez que articula diferentes conhecimentos de modo próprio, em um movimento crítico entre prática-teoria e teoria-prática — é uma profissão interdisciplinar por excelência. Assim, para o Serviço Social, a interação com outras áreas é particularmente primordial: seria fatal manter-se isolado ou fazer-se cativo. A interdisciplinaridade enriquece-o e flexiona-o, no sentido de romper com a univocidade de discurso, de teoria, para abrir-se à interlocução diferenciada com outros. Isto implica romper com dogmatismos muitas vezes cultivados no interior da profissão. (RODRIGUES, 1995, p.157).

Esta prática é também incentivada pelo Código de Ética do Assistente Social, no capítulo III, artigo 10, alínea d, no qual a participação em equipes interdisciplinares é apresentada como um dever profissional, a ser cumprido sempre que se apresentarem possibilidades. Esse dever relaciona-se com um dos princípios fundamentais deste Código, referente ao compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

O Assistente Social tem em seu trabalho influência de vários determinantes como o econômico, cultural, político, geográfico, além da sociedade civil e do Estado, que exigem do profissional um conhecimento detalhado da realidade na qual está inserido. Isto exige dos assistentes sociais uma intervenção prática que tem como requisito posse de informações e análise conjuntural. Os assistentes sociais devem ser críticos, propositivos; estar atentos a todas as possibilidades que o movimento da realidade apresenta estabelecer parcerias em concordância com o projeto político profissional mais abrangente da sociedade. Neste sentido, a postura interdisciplinar é condicional às atividades do assistente social. Por isso;

“é necessário que o profissional envolvido em trabalhos interdisciplinares funcione como um pêndulo, que ele seja capaz de ir e vir: encontrar no trabalho com outros agentes, elementos para a (re) discussão do seu lugar e encontrar nas discussões atualizadas pertinentes ao seu âmbito interventivo, os conteúdos possíveis de uma atuação interdisciplinar” (MELO E ALMEIDA, 1999: 235).

Sendo assim, o assistente social em uma equipe interdisciplinar, é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que ele está inserido, numa perspectiva de totalidade, passando a interpretar junto à equipe aspectos relevantes no âmbito social. Com isso, o mesmo utiliza-se de seus conhecimentos teórico-prático para ser um proponente de novas modalidades de enfrentamento das situações. Assim, Paiva (2000, p.81) afirma;

Como trabalhador especializado, o assistente social deve apresentar propostas profissionais que vislumbrem soluções para além da requisição da instituição, cujas demandas são apresentadas na versão burocratizada e do senso comum, destituídas da tradução ético-política ou interpretação teórico-metodológica. Portanto, cabe ao assistente social a responsabilidade de imprimir, na sua ação, os saberes acumulados pela profissão ao longo do processo de reelaboração das demandas a ele encaminhadas. (PAIVA, 2000, p.81).

Então, o assistente social deve atuar visando sempre os interesses dos usuários, viabilizando o acesso às garantias dos direitos sociais, pois Barros e Suguihiro (2003, p.8) afirmam que;

O profissional que não for capaz de captar essa realidade como uma realidade que expressa a dimensão totalizante da vida social dos sujeitos e permanecer insensível ao seu sofrimento, está fadado a trabalhar com os fatos caóticos da realidade, sem qualquer possibilidade de intervir na reconstrução de vidas destruídas. (BARROS e SUGUIHIRO, 2003, p.8)

Com isso, a interdisciplinaridade se insere como estratégia de fortalecimento das atividades integradoras de ensino, pesquisa e extensão, na medida em que abre espaço

para reflexão e troca de experiências valiosas para produção de conhecimentos e aprimoramento da qualidade da formação de profissionais, perspectiva da humanização, integralidade e resolutividade do atendimento.

Assim, a observação das ações do assistente social, nos diversos campos, permite afirmar que este profissional, segundo lamamoto (2002, p. 41):

Mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações. (LAMAMOTO, 2002, p. 41).

O que o torna uma "peça" importante no interior destas equipes. As exigências de características, conhecimentos e habilidades do assistente social para o trabalho interdisciplinar nos diferentes campos, são muito semelhantes às desenvolvidas no seu trabalho isolado. Portanto, a diferença é que, nesse caso, as exigências de aprimoramento e requalificação são maiores, em função da necessidade de estar continuamente preparado para interagir com o conhecimento das outras áreas do saber.

Percebe-se que a importância da equipe interdisciplinar dentro das ILPI's é pela busca em proporcionar aos idosos residentes um cuidado ampliado, visto que, segundo a Organização Mundial de Saúde (1946), a saúde é um bem estar físico/mental e social e não apenas a ausência da doença, ou seja, passa-se a ver o ser humano como um todo, um conjunto de necessidades e não apenas como uma peça de uma engrenagem e na velhice isso não é diferente, pelo contrário, as necessidades são grandes principalmente dentro dessas Instituições.

No contexto da equipe interdisciplinar estão inseridos os profissionais da área da Enfermagem (Cuidadores capacitados, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro), Médico Geriatra, Assistência Social, o apoio operacional (Assistente Administrativo, Recepcionista, Agente de Vigilância, Cozinheiras, Copeiras, Higienização, Lavadeiras).

O principal requisito para esses profissionais atuarem nas ILPI's é conhecer o processo de envelhecimento para determinar as ações que possam atender integralmente as necessidades dos idosos residentes e atendê-los respeitando os princípios da

autonomia, a fim de executar uma assistência com sensibilidade, segurança, maturidade e responsabilidade.

Conforme com Santos (2008), os cuidadores atuam realizando atividades simples e repetitivas planejadas e sob a supervisão do enfermeiro, como por exemplo, cuidados da higiene, alimentação via oral, prestar companhia aos idosos, promover movimentação e conforto aos acamados. O técnico de enfermagem auxilia na supervisão dos cuidadores, assim como também, observa, reconhece e descreve sinais e sintomas, promove cuidados de higiene e conforto, proporciona alimentação enteral, afere sinais vitais, administra medicações, dentre outros. O enfermeiro realiza cuidados de maior complexidade e que exige conhecimento científico, tem como responsabilidade a administração/ gerenciamento, a função cuidativa, educativa e de pesquisa. A gerência está relacionada a provimento de medicamentos e materiais de curativos e outros de acordo com a necessidade da Instituição; a elaboração de normas e rotinas; implantação e implementação do prontuário dos residentes, assim como de escalas mensais dos trabalhadores.

A Assistente Social, dentro da Instituição pode possibilitar e viabilizar conquistas de direitos pessoais dos idosos como, por exemplo, INSS e acesso a parte burocrática das requisições de medicamentos de alto custo requeridos ao Estado e solicitação de exames de alta complexidade, além de planejar e estudar o vínculo familiar, que é um tema bastante polêmico e muita das vezes julgados erroneamente. Sabendo que sem o conhecimento verdadeiro da situação que levou a família a internar o seu idoso, falsos conceitos podem ser formados de maneira negativa como, por exemplo, falta de amor e negligência, e se o próprio idoso não reconhece o verdadeiro motivo que o levou à institucionalização, o seu tratamento pode ser mais dificultoso. Logo, uma melhor qualidade de vida necessita desses aspectos trabalhados na vida do idoso residente em ILPI's.

A prática interdisciplinar é uma mudança de atitude de cada profissional, fato que implica uma nova visão de mundo, um novo olhar para com o outro e principalmente uma mudança no ambiente que os envolve. Não consiste apenas numa postura nova, mais principalmente numa atitude capaz de internalizar o diálogo, a troca de saberes, a diversidade. Tornando-se um processo dinâmico, consciente e ativo, de reconhecimento das diferenças e de articulação de objetos e instrumentos de conhecimento distintos, que contribui para a superação do isolamento dos saberes.

Por fim todas as atividades profissionais que demandem do trabalho humano, necessitam que sejam feitos com dedicação. A coletividade, o trabalho em equipe é fundamental para que qualquer tarefa seja realizada com determinação e dedicação.

O Lar dos Idosos de Cruz das Almas (antigo abrigo dos velhos) é uma instituição reconhecida nos âmbitos municipal e estadual como instituição filantrópica, construída e administrada pelo Lions Clube Cruz das Almas¹⁰, que é uma associação que presta serviços voluntários a comunidade e não possui filiação política ou sectária, sendo caracterizada como uma Organização Não Governamental (ONG), fundada em 05/04/1987, situada na Rua Lions Clube, s/n, bairro Santa Cruz, na cidade de Cruz das Almas – Bahia. Que tem por finalidade abrigar pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, em vulnerabilidades sociais, carentes de recursos socioeconômicos e sem vínculo familiar, através da modalidade de longa permanência.

Conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o Lar dos Idosos de Cruz das Almas, enquadra-se nos serviços de proteção social especial - alta complexidade, na modalidade de acolhimento para pessoas idosas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. De natureza provisória e excepcionalmente de longa permanência quando esgotadas as possibilidades de auto sustento e convívio com os familiares. Tendo como usuário dos serviços: Idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família; em situação de rua e de abandono; com vínculos familiares fragilizados ou rompidos e com vivência de situações de negligência familiar, institucional, de autonegligência, abusos, maus tratos e outras formas de violência, (BRASIL, 2012).

Esta instituição busca acolher os idosos obedecendo ao estatuto e normas internas além das leis vigentes do país, proporcionando uma vida saudável, integrada ao meio em que vive de maneira digna e positiva, sem se deixar arrastar pelas condições de isolamento e solidão, um ambiente alegre e acolhedor, não somente nas datas festivas como também no decorrer da sua permanência nesta unidade.

No intuito de corresponder ao desejo de solidariedade, a direção do Lar dos Idosos de Cruz das Almas, consciente do alto valor e grande alcance desta obra, vem

¹⁰ O Lions Clube Cruz das Almas, fundado em 07 /09/1964 e constituído em 15/11/1964, é um dos grupos do Lions Clubs International, Organização não Governamental com 1,4 milhão de associados em 210 países e regiões geográficas, onde todas tem o intuito de ajudar a comunidade. A Organização tem como principal objetivo a administração da instituição filantrópica Lar dos Idosos. Sua relação com a Prefeitura Municipal se faz através do convênio por meio da Política de Assistência Social, que repassa benefícios financeiros, para assistência aos idosos.

buscando, passo a passo, desempenhar sua tarefa observando os mais legítimos direitos de cidadania, respeito e defesa do idoso desprovido do seu ambiente familiar.

O Lar dos idosos de Cruz das Almas atende atualmente cinquenta e cinco idosos de ambos os sexos, sem distinção de cor, raça ou credo, em sua maioria carentes, cuja clientela constitui-se de 40 % de internos dependentes (acamados) e 60% de internos independentes (que se locomovem).

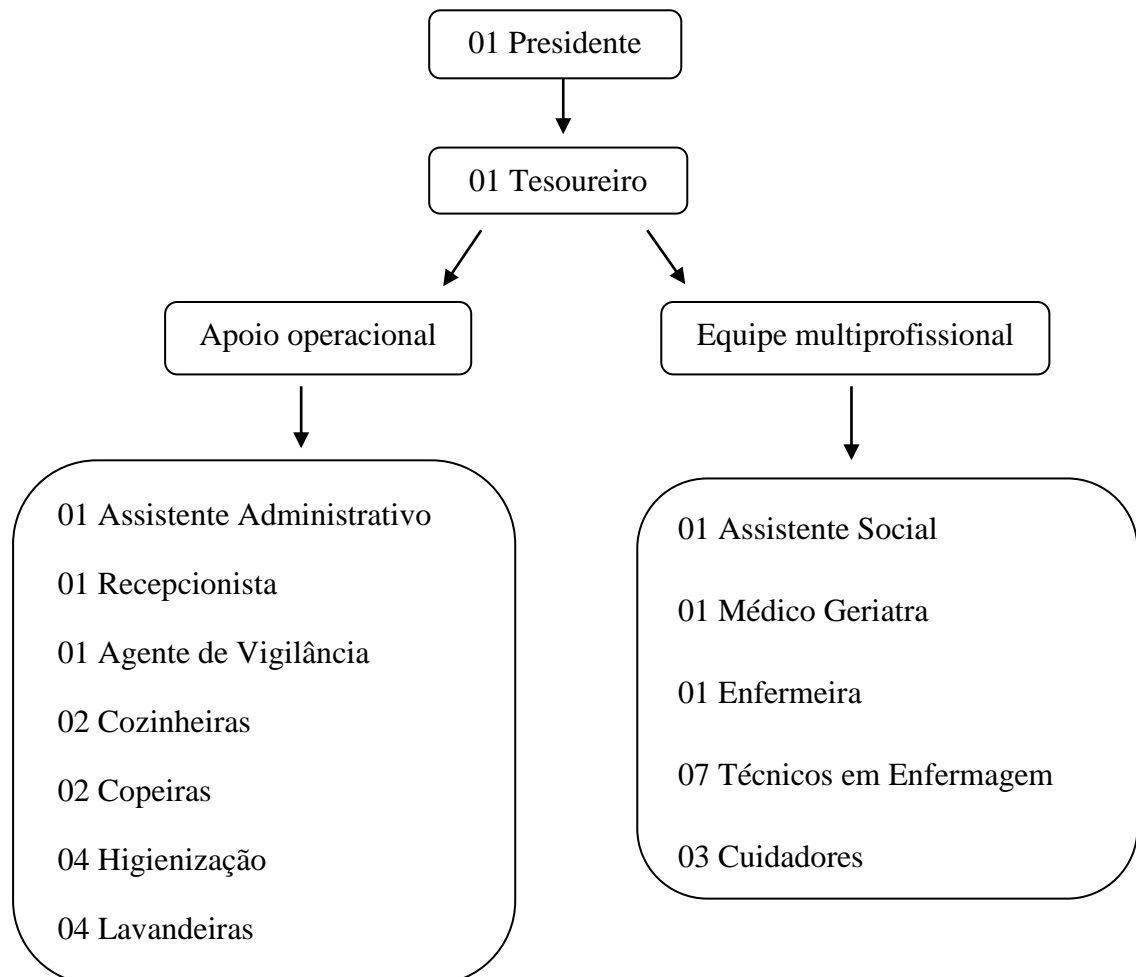
A instituição é mantida por doações financeiras e materiais, feita por representantes dos diversos segmentos da sociedade, contando ainda com o benefício de alguns idosos, aluguel de espaço para prefeitura, da lavanderia (que oferece serviços à comunidade e hospitais) e uma parcela de convênios repassada através da Secretaria de Ação Social do município e da sua nota é um show de solidariedade.

A instituição é construída em área própria de aproximadamente 3000 m² e sua estrutura física divide-se em:

Dez leitos com banheiros, que são normalmente para os internos acamados; cinco leitos sem banheiros, sendo que os quartos são compostos por 4 a 5 idosos; seis apartamentos com banheiro (individuais); um refeitório, com duas mesas de seis cadeiras, um conjunto de sofá, um rack e uma televisão; duas cozinhas, com fogão industrial, geladeira, freezer, armários, mesas, fruteiras, pias e utensílios domésticos; duas áreas de serviços; uma dispensa, com prateleiras para armazenar alimentos; um almoxarifado; uma farmácia com enfermaria; uma rouparia; três kinets; um quiosque, para recreação, com duas mesas de seis cadeiras, um conjunto de sofá, dois conjunto de cadeiras acopladas com cinco assentos, dois conjunto de mesas plásticas; dois banheiros coletivos (para banho e necessidades fisiológicas dos idosos); uma sala do presidente; uma sala da área administrativa; uma recepção; uma sala do Serviço Social; um banheiro social; um quarto para os funcionários com banheiro, armários; um depósito para materiais de limpeza e uma área verde, com pés de frutas e uma horta.

Durante o dia na instituição, são servidas cinco refeições para os internos de forma balanceada e orientada, com assistência médica realizada por um geriatra que atende quinzenalmente, além do acompanhamento diurno pelos técnicos de enfermagem e cuidadores.

O Lar dos Idosos de Cruz das Almas conta com a seguinte equipe para execução de suas atividades, demonstrado a partir do organograma:



Fonte: Lar dos Idosos.

O Lar dos Idosos, instituição de longa permanência, está situado no município de Cruz das Almas/BA, a seguir trataremos da pesquisa de campo realizada junto a equipe interdisciplinar do referido local.

4. CAPÍTULO III: A PESQUISA DE CAMPO REALIZADA JUNTO A EQUIPE INTERDISCIPLINAR DO LAR DOS IDOSOS DE CRUZ DAS ALMAS

4.1 Resultados da pesquisa

4.1.1 Sujeitos da pesquisa e perfil dos entrevistados

Como já foi dito anteriormente, o Lar está situado no município de Cruz das Almas, interior da Bahia. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), Cruz das Almas, possui uma população estimada em 2016 de 64.552 habitantes, e desses 10,2% idosos, enquanto em 2010 era de 58.606 habitantes, ou seja, nos últimos anos o aumento no número de habitantes vem se mantendo constante, assim como de idosos. Seu território é estimado em 145.742 km². Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2013), o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH do município é de 0,699. Atualmente o prefeito é Orlando Peixoto Pereira Filho.

O município de Cruz das Almas foi criado através da Lei nº 119 de 29 de julho de 1897, ele foi desmembrando do município de São Félix. Conforme relatos orais, o nome Cruz das Almas, faz referência aos antigos tropeiros que passavam pela região e que, ao chegarem à antiga vila de Nossa Senhora do Bonsucesso, encontravam no centro da vila uma cruz defronte a Igreja Matriz, onde paravam e rezavam para as almas dos seus mortos. Há, além disso, a suposição de que o nome possa ser em virtude de os portugueses terem uma cidade portuguesa de nome igual e, no período de colonização batizaram o vilarejo com o nome de Cruz das Almas.

Cruz das Almas tem sua economia voltada para a agricultura, com proeminência para plantações de: fumo, laranja, limão tahiti e mandioca. Sua economia também abrange o setor secundário, possuindo algumas indústrias, sendo as mais significativas as de calçados (infantis e femininos), a de fumo, dentre outras. No setor terciário, o município figura como o segundo maior polo de compras no varejo.

Em relação à saúde, Cruz das Almas conta com várias clínicas particulares, hospitais e postos, também conta com uma rede pública de atendimento básico que são as

UBS (Unidade Básica de Saúde). No entanto, no que se refere a lazer, há poucas opções, seja para os jovens, seja para os idosos¹¹.

Para a concretização deste trabalho, foi delimitado como sujeitos da pesquisa, a equipe interdisciplinar, do Lar dos Idosos de Cruz das Almas. Equipe está já citada acima. Sendo assim, no andamento das entrevistas, foi lido e entregue ao entrevistado duas vias (uma ficou sob posse do entrevistado e outra sob posse do pesquisador) do Termo de Consentimento, a serem assinadas por ele e contendo a assinatura do entrevistador. Deste modo, todos foram esclarecidos acerca da preservação da identidade, do livre arbítrio para responder ou não às questões, e a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa. Enfim, as entrevistas foram executadas nos locais de trabalho dos entrevistados.

Com o intuito de resguardar a identidade dos entrevistados, seus nomes verdadeiros foram substituídos por pseudônimos, a saber: Lúcia, Leila, Joana, Josefa, Maria, Milena e Marcio¹². Ainda que nem todos os profissionais, tenham participado da pesquisa, a preocupação central era não atribuir nomes iguais ou parecidos aos dos participantes.

Sobre o perfil dos entrevistados obtivemos as seguintes informações: seis do sexo feminino, e um do sexo masculino, no que se referem à idade, três dos entrevistados, possuem entre 28 a 38 anos, e os outros quatro de 43 a 46 anos. No quesito raça/cor, quatro pessoas se consideram pardas/mulata, dois declara ser negra e a outra pessoa amarela. No que concerne à naturalidade, quatro são naturais de Cruz das Almas, um de Recife, um de Sapeaçu e um de Gandu. Sobre a situação conjugal, cinco declaram ser solteiros, uma casada e uma divorciada. Em relação, há quanto tempo na instituição, três tem entre 06 meses a 3 anos, e três entre 9 a 11 anos.

Na sequência, realizamos uma análise sobre as falas dos entrevistados, com a finalidade de conhecer, como a equipe do Lar, percebe as expressões da questão social que permeia o processo de institucionalização da pessoa idosa e sua família.

¹¹ Informações obtidas pelo site oficial da Prefeitura de Cruz das Almas: www.cruzasalmas.ba.gov.br/cidade.

¹² Quando referir a Lúcia, falasse da Assistente Social; Leila da Enfermeira; Joana e Josefa tratassem dos técnicos de enfermagem e quando me refiro a Maria, Milena e Márcio, falo dos cuidadores.

4.1.2 Análise das entrevistas

Os sujeitos entrevistados, aos serem questionados a respeito do conhecimento do perfil das famílias dos idosos que se encontram institucionalizados, se posicionaram da seguinte forma:

Lucia: Não, pois normalmente o idoso chega à instituição acompanhada por uma pessoa da família, ou muitas vezes por não familiares (vizinhos, amigos, entre outros);

Leila: Não, por que sempre só um único membro da família visita o mesmo;

Joana: Não;

Josefa: Não, pois muitos dos familiares não vêm na instituição e quando vem são muito rápidas as visitas, assim não tem como saber o certo quem são essas famílias;

Maria: Não;

Milena: Não, não tem como saber ao certo quem são;

Márcio: Não sei informa;

Verifica-se a partir das falas dos profissionais, que as poucas famílias que vem a instituição, comparecem esporadicamente, tanto que nem sabem quem são essas famílias. Faz necessário um processo de investigação mais profundo para conhecimento desse perfil familiar. Uma vez que conhecer o contexto familiar que o idoso viveu, é de suma importância, para que as ações sejam planejadas para atender de forma adequada, as expressões da questão social, postas pela o processo de adaptação e convivência desse idoso na instituição.

O que se observam são as transformações nas formas de convivência familiar, supondo um processo de flexibilização do modelo tradicional e idealizado de famílias, em resposta às rápidas mudanças e as rupturas nos modos de vida em sociedade.

A família é considerada uma das mais confiáveis instituições da sociedade. A história e a demografia apontam diferentes formas de famílias em todas as camadas sociais e segmentos etários. As políticas públicas fazem incidir sobre as famílias a responsabilidade pela proteção aos indivíduos. Por outro lado, a Conferência da ONU sobre o Envelhecimento Populacional, realizada em Viena em 1982, definiu o trio Família – Comunidade – Estado como responsável pela proteção e bem-estar dos idosos.

Em relação à percepção que os participantes da pesquisa têm sobre as famílias dos idosos institucionalizados, foram obtidas as seguintes respostas:

Lucia: [...] Aos poucos que vem, percebo falta de carinho e amor para com o idoso [...];

Leila: Que sempre quer o melhor para seu familiar;

Joana: Que há falta de atenção para com idoso;

Josefa: A percepção que tenho é que , quando a família do idoso, chega à instituição, os tratam muito bem;

Maria: Alguns se preocupam;

Milena: Percebo que os poucos familiares que vem ao Lar, têm bastante atenção e os tratam com muito carinho;

Márcio: Não sei informar;

Foi percebido diante das falas acima citadas, que há uma contradição entre as falas, em relação às famílias desses idosos. Alguns entendem que mesmo o fato do familiar visitar o idoso, não demonstrar sentimento de carinho e amor pelos mesmos. Ao passo que outros familiares já demonstram atitude diferente durante a visita demonstrando que o idoso é alguém importante para eles. Essa percepção é bem peculiar e varia de família para família.

Os novos arranjos familiares hoje observados, ao redimensionarem o modelo nuclear de família, também redimensionam os vínculos afetivos com os mais velhos, tornando-os cada vez mais vulneráveis.

Ao serem questionados se conheciam as instituições que compõem as redes socioassistenciais¹³, os sujeitos da pesquisa relataram que:

Lucia: Sim, CRAS, CREAS, as clinicas especializadas, hospitais, os abrigos;

Leila: Sim, Secretaria de Saúde, regulação, hospitais;

Joana: Não conheço;

Josefa: Não;

Maria: Sim, CREAS, CAPS e o CRAS;

Milena: Sim, CRAS, CREAS, CAPS e o hospital;

Márcio: Não;

Em relação às instituições que compõem as redes socioassistenciais quase metade dos entrevistados não tem conhecimento das mesmas, dado importante para se pensar numa forma de maior acessibilidade do conhecimento dessas instituições para os

¹³“A rede socioassistencias é um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade.” (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – MDS/2005).

profissionais envolvidos no cuidado a pessoa idosa. Essa rede é indispensável para o atendimento humanizado e eficaz dos idosos. Segundo Sposati (2004);

Os Serviços da Assistência Social são importantes, quer para suprir demandas da reprodução social de segmentos sociais ainda que invisíveis dentre os brasileiros, quer para a desconstrução/reconstrução da sociabilidade cotidiana de várias camadas da população sob uma nova relação de igualdade/equidade de direitos perante o Estado brasileiro (SPOSATI, 2004, p. 32).

A rede de proteção social da assistência social tem compromisso com o direito à equidade e preservação da dignidade humana no combate às fragilidades dos arranjos familiares. Sendo assim:

A rede de proteção da assistência social tem por primeiro objetivo a proteção ao ciclo de vida [...] tem especializações por segmentos etários, o que a coloca em diálogo com os direitos de crianças, adolescentes, jovens e idosos. Opera, quer sob a matriz do direito ao desenvolvimento como do direito da experiência humana (SPOSATI, 2004, p. 42).

Verifica-se que a interação entre as redes socioassistenciais é de extrema necessidade para que o atendimento a população idosa seja efetuada com qualidade. Dessa forma Oliveira (2004) destaca:

Como fundamental o estabelecimento da interação entre as instituições que abrigam idosos e as Unidades de Saúde mais próximas, tudo para ampliar a possibilidade de apoio social. A promoção social e a educação são necessárias, para que sejam estabelecidas ações prioritárias, de acordo com os níveis de riscos encontrados. Isso significa a efetivação do apoio social, inclusive pautado na solidariedade (OLIVEIRA, 2004, p. 114).

O conhecimento da rede socioassistencial é essencial para o planejamento, execução e avaliação de qualquer política no campo da assistência social. O trabalho em rede pode favorecer uma maior aproximação das famílias com os idosos

institucionalizados, pois instituições como o CRAS e CREAS possuem projetos voltados para a recuperação dos vínculos.

Questionado aos entrevistados, se poderiam identificar os problemas sociais associados à institucionalização da pessoa idosa, os mesmo elencaram desta forma:

Lucia: Falta de quem cuide, por abandono, doenças físicas e mentais e maus tratos;

Leila: Abandono, maus tratos, impaciência, falta de cuidados, entre outros;

Joana: Maus tratos;

Josefa: Doenças; sem vínculo familiar;

Maria: Falta de tempo dos familiares para cuidar do idoso, é uma das principais causas para a institucionalização;

Milena: Maus tratos, falta de tempo para cuidar, abandono;

Márcio: Doenças, maus tratos e falta de quem tome conta do idoso;

Nota-se que há um consenso entre as falas dos participantes, como evidenciado, os problemas da institucionalização, podem ser inúmeras, sendo muitas vezes a conjugação destas diversas causas, e não apenas de uma ou de duas, que origina a escolha deste tipo de apoio social.

Constata-se que os motivos da institucionalização estão voltados, principalmente, para a incapacidade das famílias, assumirem a assistência aos seus idosos. Além de ser esta inviabilidade justificada pelo fator tempo, uma vez que o trabalho preenche o dia-a-dia dos familiares, permanecendo estes indisponíveis para proporcionar um amparo aos seus idosos, que necessita de uma atenção especial.

Minayo (2004) em seu estudo coloca a definição de maus tratos da Rede Internacional de Prevenção aos Maus tratos de Idosos elaborada na Inglaterra em 1995 “O maltrato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança”; baseada em estudo nacionais e internacionais descreve ainda que as causas dos maus tratos são definidas em categorias e tipologias que designam em varias formas assim classificadas em: Violência ou Maus tratos físicos; Maus tratos psicológicos; Abuso financeiro ou material; Abuso sexual ; Negligência ; Abandono ; Auto-abandono ou auto negligência.

De acordo com Espitia e Martins (2006), as principais causas da inserção de idosos em instituições asilares são: condições precárias de saúde, distúrbios de comportamento, necessidade de reabilitação, falta de espaço físico para que seus

familiares o abriguem, falta de recursos financeiros, abandono do idoso pela família que não consegue manter o idoso sob os seus cuidados.

Sobre a questão, das causas relacionadas ao abandono de idosos nas instituições de longa permanência, dois não responderam e cinco dos sujeitos entrevistados revelam que se trata de:

Lucia: Falta de responsabilidade dos familiares;

Leila: Falta de paciência com o idoso;

Joana: Falta de amor;

Josefa: Quando um familiar traz, o idoso para a instituição, eles alegam, não terem tempo para cuidar devidamente, por causa do trabalho;

Márcio: Muitos das famílias desses idosos não sentem mais vontade de tomar conta ou não podem por questão de não ter tempo;

É notório nas falas que, as famílias se omitem da responsabilidade que deveria ter com o idoso e a transfere para instituição. Mais uma vez o fator tempo é determinante para justificar tanto a institucionalização, quanto a ausência de visitas aos idosos.

A entrada de idosos em casas de apoio a terceira idade é uma realidade do país. Cada vez mais o idoso vem sendo inserido em lares que se destinam a cuidar dos seus últimos anos de vida, e esse cuidado, geralmente, é acompanhado apenas pelos funcionários que trabalham nessas instituições, neste sentido a instituição. O abandono leva muitas vezes o idoso a perder suas motivações, ficando cada vez mais entregue ao comodismo do final da vida, perdendo sua identidade gradativamente. Entre os vários dos desafios do envelhecimento saudável e com qualidade de vida está a garantia da convivência familiar, e a integração do idoso na comunidade.

Por conseguinte, nos casos de vulnerabilidade do sistema familiar do idoso, do sistema formal (representado pelo governo), ou de abandono do idoso por ambos, tem-se como principal consequência a inserção do idoso em uma instituição asilar, excluindo o de sua coletividade. Tal situação apresenta vários efeitos deletérios sobre sua qualidade de vida (FERNANDES & ALMEIDA, 2001).

No tocante à questão do respaldo familiar, Carballo (1975) afirma que a incapacidade das famílias em zelar pelo bem-estar de seus membros faz com que se deleguem aos cuidados de organizações profissionais atitudes e comportamentos que poderiam e deveriam ter sido abordados em âmbito familiar.

O abandono dos idosos não está diretamente ligado a sua colocação em uma casa de repouso. O abandono de idosos pode ocorrer dentro da sua própria casa, a poucos metros da família. São idosos que são abandonados a sua própria sorte sozinhos em quartos sem luz, sem ventilação, sem higiene e sem comida, por seus próprios parentes, muitas vezes filhos e netos. (GERIATRIA, 2013).

Em relação ao questionamento de como é realizado, o processo de acolhimento aos idosos, os pesquisados falaram que:

Lucia: Através de um Cadastro individual do idoso, visita e triagem do idoso na instituição;

Leila: Acolhemos como muito carinho e amor, tentando suprir a falta das pessoas que eles amam;

Joana: Passa pela triagem;

Josefa: É acolhido com muito cuidado e paciência;

Maria: Com muito carinho e amor

Milena: Com muito amor;

Márcio: Tento fazer com que os idosos se sintam aconchegados;

Em relação ao acolhimento o mesmo é realizado através de um processo que se dá por meio de triagem, cadastro individual. A partir da chegada do idoso a instituição o mesmo é tratado de forma que se sinta amado, acolhido, protegido e querido.

A prática de acolhimento contribui para que tanto os familiares quanto o idoso sintam-se protegidos no ambiente institucional. É comum, logo após o asilamento do idoso, que medo, angústia do desconhecido e a sensação de perda de identidade, trazida pelo afastamento de casa, manifestem-se. No entanto, se há uma equipe que ampare e disponibilize toda a assistência necessária, essa situação é amenizada (DIAS; NUERNBERG, 2010).

Pode-se dizer que o ato de acolher possui algumas considerações a serem pensadas, que são: a ambiência do local e a garantia de atendimento, acesso aos serviços e escuta as necessidades. A ambiência é o tipo de tratamento ofertado com relação ao espaço físico, social, profissional e às relações que proporcionam atenção acolhedora, resolutiva e humana. A garantia de atendimento é um direito do usuário para que receba todas as ações prescritas, e que estas estejam acessíveis. Por último, é necessário que cada profissional escute o usuário e leve em consideração sua queixa ou seu pedido, já que eles têm significado diante da realidade enfrentada (VALDUGA; HOCH, 2012).

Indagados de que forma, era resgatada a história de vida dos idosos, os sujeitos entrevistados, no qual apenas quatro responderam:

Lucia: Através de diálogos informais com os mesmos;

Leila: Fazendo uma entrevista mais aprofundada com a pessoa que leva o idoso a instituição e com o idoso também;

Joana: Não sei informar;

Márcio: A partir de conversas, sempre estimulando os idosos a contar um pouco da sua história de vida;

O histórico de vida é transmitido pelas narrativas do próprio idoso, em conversas informais e através de entrevistas com a pessoa que leva o mesmo até a instituição. Sendo que os dados coletados não são suficientes para determinar a história de vida do idoso, devido que em sua maioria das vezes esses fatos são narrados por pessoas já debilitadas fisicamente e psicologicamente ou emocionalmente pela idade ou condições de saúde.

O entendimento da memória como função social e a importância do seu resgate é considerável, uma vez que:

[...] uma lembrança é diamante bruto que precisa ser lapidado pelo espírito, sem o trabalho da reflexão e da localização seria uma imagem fugidia. O sentimento também precisa acompanhá-la para que ela não seja uma repetição do estado antigo, mas uma reparação (BOSI, 1994; 81).

É imprescindível pontuar a indispensabilidade de ações que viabilizem a reconstrução da identidade e resgate de memória como meios de elevação e valorização da dignidade dos idosos institucionalizados, visto que a “pressão dos preconceitos” e as “preferências impostas pela sociedade” podem modelar seu passado e, na verdade, recompor sua biografia individual ou grupal seguindo valores que, na linguagem corrente são denominados “ideológicos” (BOSI, 1994).

Com os relatos e conto de histórias vividas e fatos experienciados pelos idosos, constatou-se que a função da lembrança é principalmente a de conservar o passado do indivíduo na forma que a ele é mais apropriado, sendo esta a história da pessoa e do seu mundo.

Em seguida buscamos informações acerca do resgate do relacionamento entre família e idoso, eles opinaram que:

Lucia: A instituição tenta resgatar esse convívio através de eventos, palestras convidando assim os familiares, para participar deste momento de socialização;

Leila: Por meio de festas e eventos convidando os familiares;

Joana: São realizados eventos, com as principais datas festivas, para os idosos e sua família;

Josefa: Eventos;

Maria: Através de festas em datas comemorativas;

Milena: Com festas e eventos;

Márcio: Através de visitas por parte da família;

Percebe-se que o afastamento prolongado das famílias acarreta depressão, angústia e solidão nos idosos, que se sentem abandonados. Proporcionar e motivar a integração das famílias com os idosos dentro da instituição, mostrar às famílias a importância das visitas periódicas aos idosos; bem como a sua participação em eventos da instituição, como festas temáticas, aniversários, atividades de lazer; sendo importantes para o bem estar dos idosos, permitem o reatar dos vínculos familiares (SECCHI, 2008).

Nas análise das falas compreende-se que só em algumas situações as famílias se faz mais presente na instituição, sendo geralmente em datas especiais e comemorativas. Sendo que ações dessa natureza parece ser uma estratégia lúdica utilizada pela instituição que favorece a presença das famílias, gerando um ambiente festivo e de descontração que beneficia o encontro entre familiares e idosos.

A manutenção dos laços afetivos das famílias com o idoso, ainda que aconteça esporadicamente, permite a conservação e a continuidade dos vínculos formados, pois parece estar mais relacionado à qualidade dos encontros do que a frequência em si.

Para Herédia (2004), “o vínculo é um elo afetivo que liga de forma estável e duradoura, incluindo espaços internos que são ocupados por pessoas significativas efetivamente”. Já Zimmerman (2000) conclui que “os vínculos são elos intra, inter e transpessoais e que sempre estão acompanhados de emoções e fantasias inconscientes”.

A continuidade dos vínculos familiares, após a institucionalização, progressivamente são rompidos e o espaço institucional torna-se apenas um lugar de provisão de cuidados para a saúde e alimentação, isento desta forma de laços afetivos e ainda de pertencimento familiar.

Enfim perante esse problemática e conseqüentemente, a adequação ao Estatuto do Idoso que traz que as entidades de institucionalização de longa permanência adotarão os princípios e obrigações relacionadas nos artigo 49 que traz no inciso I “preservação dos vínculos familiares”; artigo 50 inciso VI “diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares”.

Quando questionados, sobre a frequência de visita familiar, os profissionais declaram que:

Lucia: Para alguns regulares, para outros constantes;

Leila: Quase nunca;

Joana: Muito pouca;

Josefa: A maioria dos familiares só aparece, em período de festas (Natal, dias das mães, dias dos pais, etc);

Maria: Regular;

Milena: A família vem muito pouco na instituição, ou nem aparece;

Márcio: Tem muitos idosos que recebe visitas diariamente, outros não recebem visita dos familiares;

Entendemos, então que as visitas de familiares são mínimas e que isso é motivo de tristezas e desilusões para os idosos. Podemos dizer que a partir da internação, o idoso passa por um processo de perda dos laços familiares, sendo muitas vezes deixados e esquecidos, fato expressivo nas falas dos entrevistados. Apesar de a instituição tentar um vínculo com as famílias, isto nem sempre é possível, pois muitos dos familiares apenas levam seus idosos e os deixam sem depois retornarem com suas visitas, sendo assim a instituição, transforma-se em a nova família dos idosos.

Conforme Souza (et al, 2007), as relações entre família e idoso vem-se deteriorando ao longo do tempo, e não se considera que a família, em si, seja a única responsável por tal fenômeno, sendo que o acelerado ritmo da vida atual associado a dificuldade financeiras, tem contribuído de forma significativa, para que os familiares reduzam seus contatos ou deixam de prestar uma assistência mais adequada aos idosos.

Neste sentido um crescente número de famílias, após a institucionalização do idoso não regressam mais para visitá-los, confiando os cuidados do idoso aos profissionais. Isto significa que, muitas vezes a institucionalização dos idosos implica na diminuição dos papéis das famílias, que já eram reduzidos ou quase inexistentes.

Para Netto (2000), mesmo estando dentro de uma instituição, para a vida do idoso o ambiente familiar é crucial, pois o contato com a família permite que os idosos

se mantenham próximos ao seu meio natural de vida (a sua família). Além disso, o contato familiar preserva o seu autoconhecimento e valores.

Com relação, ao convívio social entre os idosos, os entrevistados verbalizam que:

Lucia: Harmonioso.

Leila: Muito bom;

Joana: Muito boa;

Josefa: Normalmente é harmonioso, mas às vezes, há algum desentendimento entre os internos, normalmente isso acontece quando, um idoso, pega algo do outro;

Maria: Regular;

Milena: De vez enquanto há uma desavença, mas normalmente, os internos são tranquilos entre si;

Márcio: Bem uns com os outros;

A partir das falas dos entrevistados, percebe-se que entre os idosos há uma facilidade de se relacionar com o outro. É perceptível que eles buscam na instituição o convívio que tinham em família.

Conforme Volich (2009), a relação com o outro é para o idoso muito importante, sendo o isolamento social algo temido. Uma vez que com o envelhecimento, as relações familiares, pessoais e sociais aparecem sendo de grande relevância.

Diante da realidade do idoso e com o conhecimento da importância do bem estar físico e mental do mesmo, justifica-se intervir com a intenção de intensificar os vínculos afetivos, pois foi observado que “a ruptura no contato com os familiares, os deixaram (aos idosos) soltos no tempo e no espaço, sem as âncoras da emoção e do coração, a firmá-los e mesmo localizá-los na existência” (LOUREIRO (Coord.), 2009, p. 27), de retirá-los da ociosidade, reclamação constante, proporcionando assim momentos de atividades recreativas e de lazer.

Sobre as atividades proporcionadas para a convivência entre os idosos, foram elencadas as seguintes atividades:

Lucia: Pinturas em tecidos e desenhos em papel, leitura de livros, jogos lúdicos, programas de televisão, passeios;

Leila: Jogos, atividades recreativas, músicas;

Joana: Atividades lúdicas;

Josefa: Pintura, danças e dominó;

Maria: Artesanato, cultos, missa;

Milena: Artesanatos, pinturas, cultos;

Márcio: Rodas de conversas, jogos como domino e baralho, assistem TV;

As atividades são importantes e necessárias no sentido de proporcionar ao idoso, interação social, desenvolvimento em grupo, bem como a manutenção da autonomia e independência, melhora na qualidade de vida dos mesmos. Nota-se pelas falas dos entrevistados que a instituição busca diversificar as atividades e motivar a participação de todos os idosos que convivem na mesma.

A Política Nacional do Idoso (1994) compreende como de obrigação a oferta de atividades de lazer, com a finalidade de proporcionar boas condições físicas e psicológicas tornando mais fácil o convívio social e representou um grande progresso que resultou na promulgação do Estatuto do Idoso (2003), fruto de lutas, exigências e reclamações na busca de uma política específica que representasse os anseios da população envelhecida, ressaltando no artigo 1º que diz o seguinte: “Assegurar os direitos sociais do idoso criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”.

Philippini (2006) mostra-nos que resultados encontrados no oferecimento de atividades que configuram o uso da arte como meio de oferecimento de atividades estimulativas para a parcela social caracterizada como idosa, tem obtido como resultado global, a redefinição positiva de papéis e funções dos mesmos, além de promover a facilitação da recuperação da autoestima do idoso institucionalizado.

Ao serem perguntados se eles achavam que a institucionalização é a solução para a questão social do idoso, as respostas obtidas foram:

Lucia: Em alguns casos sim;

Leila: Sim, porque muitos são deixados só pela maior parte do tempo quando convive com a família;

Joana: Não, porque o idoso que tem família, não deveria sair do seu convívio;

Josefa: Não, porque não há nada melhor que a convivência em família;

Maria: Se for por causa de maus tratos e abandono, sou a favor da institucionalização, se não for por esses motivos, sou totalmente contra, porque não a nada melhor do que o aconchego do nosso lar;

Milena: Sim e não, sim se houver casos de negligencias e não porque família é família;

Márcio: Sim, pois muitas vezes aqui é melhor do que com a família;

Ao serem questionados a respeito de a institucionalização ser a solução para a questão social do idoso os entrevistados em sua maioria concordam que sim, salientando que devido aos maus tratos, abandono e etc é melhor para o idoso que seja institucionalizado onde receberá o cuidado que carece, porém alguns ressaltam que nada substitui o convívio familiar.

O bem estar e a qualidade de vida são fatores que estão relacionados com a família. É no seio familiar que o idoso pode viver com mais dignidade e ter um melhor acesso aos direitos que o Estatuto do Idoso preconiza.

Portanto, a família é considerada um elemento central para o cuidado do idoso, considerando que é capaz de lhes proporcionar um envelhecimento saudável e que atenda suas necessidades básicas. (REDANTE, 2005). Enfim, é importante destacar também que se a família proporciona ao idoso uma participação ativa em sua vida, as doenças típicas da idade avançada tendem a diminuir. (SILVA, BOCCHI E BOUSSO, 2008).

A institucionalização da pessoa idosa representa “... uma mudança significativa no seu padrão de vida e uma ruptura com o meio com o qual se identifica e para o qual deu o contributo mais ou menos válido. O idoso encara, nestas circunstâncias, uma realidade completamente nova e, por vezes, assustadora, com a qual nem sempre consegue estabelecer uma relação equilibrada e tranquila” (PIMENTEL, 2001:75).

Em relação às sugestões de melhoria no atendimento ao idoso, os relatos foram:

Lucia: Parcerias com outras instituições que proponhas diversificadas atividades sócio pedagógicas;

Leila: Maior número de voluntários, tentado assim suprir a falta da família;

Joana: Deveria ter um termo obrigado os familiares a visitar os idosos e leva-lo para passar um final de semana com sua família;

Josefa: Proporcionar mais, momentos de distrações, para aliviar os estresses do idoso;

Maria: Mais passeios;

Milena: Mais atividades de lazer;

Márcio: Oficina com atividades que fizessem com eles interagissem mais;

Na questão sobre melhoria no atendimento ao idoso, foram sugeridas pelos entrevistados a criação de parcerias com outras instituições com atividades de cunho sócio pedagógico, aumento no número de voluntários para suprimimento da ausência das famílias, passeios, criação de meios que tornem obrigatória a visita de familiares. Todas essas sugestões foram levantadas com o objetivo de trazer para o idoso um ambiente o mais próximo possível do que aquele que ele tenha vivenciado ou que desejou viver em família e não foi possível por uma razão ou outra. A ideia é proporcionar ao idoso a sensação que ele continua em família, embora essa seja uma nova família.

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o lazer passou a ser formalmente reconhecido como um “direito social”; sendo também abordadas outras duas vezes no mesmo documento: na seção que trata “Da educação, da cultura e do esporte” e na que discute aspectos “Da família, da criança, do adolescente e do idoso”.

O lazer traz contribuições importantes para a inserção do idoso no ambiente social, inclui também a fruição de diversas manifestações culturais como o jogo, a brincadeira, a festa, o passeio, a viagem, o esporte e diversas formas de arte. Gomes (2003) entende lazer como "uma dimensão da cultura constituída por meio da vivência lúdica de manifestações culturais em um tempo/espço conquistado pelo sujeito ou grupo social, estabelecendo relações dialéticas com as necessidades, os deveres e as obrigações, especialmente com o trabalho produtivo".

Embora o envelhecimento seja um processo natural da vida, o assunto tem se tornado um desafio para toda a sociedade, devido ao crescimento da população acima de 60 anos em relação às outras faixas etárias. Assim sendo, e tendo em vista as dificuldades enfrentadas na atual conjuntura, nunca se pensou tanto em envelhecimento. Acreditamos que o processo investigativo desta pesquisa poderá trazer contribuições para o entendimento de como está à condição familiar dos idosos institucionalizados na cidade de Cruz das Almas.

E que, por meio deste estudo, pretendeu-se abrir um canal de debate e reflexão sobre a temática. Cabe ressaltar que este estudo não pretende ser exaustivo nem conclusivo. Embora as repostas dos profissionais serem curtas e diretas, entendo que as palavras trazem conteúdos densos que favoreceram uma análise mais detida dos dados a fim de pensar sobre a questão central que busquei compreender neste trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o acelerado avanço da expectativa de vida e das alterações na estrutura demográfica alavancou o debate sobre envelhecimento e tornou imprescindível o estabelecimento de critérios para se incluir uma pessoa na categoria idosa. Atualmente, conforme o Estatuto do Idoso, e a OMS, pessoa idosa é aquela com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade.

O envelhecimento humano tem proporcionado uma série de estudos nas mais diversas áreas de conhecimento, objetivando proporcionar qualidade de vida ao idoso; para isso, as políticas tornam-se uma peça importante no processo. No passado, os sistemas de assistência e de amparo ao idoso eram raros ou inexistentes, chegando a deixar o idoso por conta da própria sorte. Na contemporaneidade, esses sistemas de proteção apresentaram grandes transformações, pelo fato de terem passado por regulamentações, normas e diretrizes, trazendo benefícios para a população idosa.

Pensar em envelhecimento populacional é analisar o porquê essas variações estão e como estão ocorrendo. Quanto maior o número de idosos, maior a necessidade de cuidadores no seio familiar. Visto que, a família é o centro da convivência e experiências que conectam o indivíduo, e se esse indivíduo envelhece, tem-se o amparo e cuidado dos familiares. Entretanto, nem sempre é possível à família estar presente ou ter disponibilidade de cuidar de seus idosos, então, entra em vigor a possibilidade de institucionalização desses idosos. Desse modo, as instituições de longa permanência para idosos têm sido cada vez mais procurados por familiares e Ministério Público para a inserção dos velhos desamparados.

Sabe-se que a Constituição Federal de 1988, estabelece que a família seja o principal responsável pelo cuidado do idoso, no entanto com o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, a redução da fecundidade, entre outros aspectos da vida moderna, faz dos cuidados familiares um recurso cada vez mais escasso, optando assim pela institucionalização do seu idoso.

Os velhos, enquanto categoria social passou a ser reconhecidos como seres de direito recentemente em nossa sociedade. Os primeiros passos rumo à preservação dos direitos dos idosos – a Constituição de 88, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do idoso – já foram dados, apesar disso poucas práticas foram mudadas. Os idosos ainda permanecem à margem da sociedade e mesmo quando ainda residem em suas casas, com suas famílias estão submetidos a um alijamento, um isolamento escamoteado, ou

então, de forma mais evidente, encontram-se excluídos em asilos, nos dizeres de Beauvoir (1990), nos morredouros. Esta postura da sociedade é um reflexo da ideologia pós-moderna do individualismo que vê no idoso um reflexo do que se quer negar: a finitude do homem (DEBERT, 1999).

A construção de estratégias como a interdisciplinaridade tem em vista à busca de uma forma diferenciada no atendimento prestado aos idosos, o qual seja capaz de atender, de forma satisfatória, à demanda dos usuários, juntamente com a minimização da hierarquia de poderes e saberes envolvidos na prestação do cuidado, e à efetivação da prática da integralidade no serviço, no que concerne ao atendimento integral do indivíduo diante de todas as suas necessidades.

Em todo o transcorrer desse trabalho, foi possível refletir sobre o crescimento da população idosa na sociedade em geral. Desde a década de 60, e mais nitidamente na década de 80, o Brasil vem passando por um alargamento no topo da pirâmide etária e diminuição em sua base. Com isso, o número de velhos sobrepõe os de jovens e crianças. Considerando a trajetória das políticas destinadas aos idosos, apreende-se que, embora estes tenham conquistado direitos específicos para sua condição de idoso, a implementação das políticas ainda não passa de um ideal, devido ao preconceito, à falta de recursos financeiros, ao escasso número de profissionais especializados, à ausência de planejamento e gestão, o que acaba atendendo apenas parte da população idosa, especialmente aqueles idosos que têm autonomia, tanto física como mental, para participarem de modo mais ativo da sociedade.

Enfim, acrescentamos que a realização desse estudo, possibilitou além de novos conhecimentos, uma aproximação com os sujeitos que vai além da mera troca de informações. Possibilita conhecer mais sobre a vida de cada um e, sobretudo, estabelecer vínculos de amizade e troca experiência em situações particularidades vivenciadas pela profissão.

A proposta de compreender o olhar da equipe interdisciplinar sobre as famílias, a partir dos depoimentos dos profissionais do Lar dos Idosos de Cruz das Almas levou-nos à percepção de que essa instituição é reconstruída através do tempo e do contato do idoso com seus familiares. Considerando a importância das famílias no processo de crescimento de qualquer indivíduo, podemos afirmar que a ausência dela representa grande perda para os idosos.

No decorrer da pesquisa, observamos que esta é uma realidade vivida por muitos que se encontram em instituições asilares. São homens e mulheres abandonados pelos

seus consanguíneos e acolhidos por pessoas antes desconhecidas, que, com o passar do tempo, são integrados e representados como a nova família.

Discutimos neste trabalho a questão dos familiares no processo de envelhecimento do idoso que se encontra em ILP, e este tema nos leva a refletir que muitas vezes o abandono conduz a uma série de problemas referentes à solidão. Vale ressaltar que o abandono para os idosos se refere à perda dos laços familiares. Para os profissionais a falta de visitas se justifica pelas falta de tempo que seus parentes possuem, ou até mesmo pelo fato de estarem envolvido com outras questões. Pelo que percebemos, as famílias encontram na instituição a solução para seus problemas, esperando desta uma assistência não só no que concerne às necessidades básicas, mas também cuidados referentes à atenção e carinho que os idosos precisam.

Em suma quero ainda fazer minhas as palavras de Martinelli (2005), evidenciando o caráter de uma profissão exclusivamente apropriador do conhecimento a cerca da realidade;

Somos profissionais que chegamos o mais próximo possível da vida cotidiana das pessoas com as quais trabalhamos. Poucas profissões conseguem chegar tão perto deste limite como nós. É, portanto, uma profissão que nos dá uma dimensão de realidade muito grande e que nos abre a possibilidade de construir e reconstruir identidades- a da profissão e a nossa – em um movimento contínuo. (IDEM, 2006, p.10).

Deste modo essa realidade é uma arena em que os mais variados frutos da questão social nos convidam a duelar pela efetivação e garantia de direitos sociais, na qual clama a sociedade, onde histórias se parecem, mas cada caso é um caso, e a cada um deles uma resposta a ser dada.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada N° 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos.** Brasília: ANVISA; 2005.

ALBURQUERQUE, SMRL. **Envelhecimento Ativo: desafio dos serviços de saúde para melhoria da qualidade de vida dos idosos.** [tese]. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008.

ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. et al. **Manifestações da Questão Social no Brasil,** 2006. Disponível em: <http://www.arcus-ufpe.com/files/capmanquebra.pdf>. Acesso em 10 set. 2016.

AQUINO, F. T. M.; CABRAL, B. E. S. **O idoso e a família.** In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geritria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 44.

ARAÚJO, Aimie Lima de Castelo Branco e SILVA; Teresa Cristina Braga da. **A inserção do idoso em grupo de convivência como fator de (re) construção da autonomia.** Teresina, 1999. Especialização (Gerontologia Social), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 1999.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ.** 220f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

BARALHAS, M. **O Agente Comunitário de Saúde: representações e dificuldades acerca da prática da assistência.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Botucatu.

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos.** São Paulo: Cortez, 2008.

BEAUVOIR, Simone de, 1908-1986. **A velhice/ Simone Beauvoir;** tradução de Maria Helena Franco Monteiro. - Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970/1990.

BERQUÓ, Elza, OLIVEIRA, Maria Coleta, CAVENAGHI, Suzana Maria. **Arranjos familiares “não-canônicos” no Brasil**. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais. São Paulo, 1990, p. 99-135.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e projeto ético – político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania?** In: Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n.79, p.108-132, Nov. 2004.

_____. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília-DF: Letras Livres: Editora UNB, 2008.

_____. **A política da seguridade social no Brasil**. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembrança dos velhos**. 3.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BORN, T. & BOECHAT, N.S. (2006). **A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado**. In: Freitas, E.V. et al. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. (2ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília/DF: Poder Legislativo, 1988.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Lei Orgânica da Assistência Social (Loas)**. Brasília: MDS, 1993.

_____. LEI Nº. 8.842/1994 - **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.

_____. **Estatuto do Idoso: Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Brasília/DF: Poder Legislativo, 2003.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)/Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). **Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. **Aprovada Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. 2012.

_____. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso: 17/10/2016.

_____. Lei Nº 3.807, De 26 de Agosto de 1960. **Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social**.

_____. Portaria N9 1.833, De 14 de Fevereiro de 1995. **Dispõe sobre Ministério da Previdência e Assistência Social**.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Portaria Nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**.

_____.Ministério da Saúde. SAS. **Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=15. Acessado em março/2009.

_____. Despacho Normativo n.o12/98. “*D.R. I Série-B*”. 47 (25-02-1998).

_____. Lei no 8.662, de 7 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social** e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRITO, F.C.; RAMOS, L.R. **Serviços de atenção à saúde do idoso**. In: Papaleo Netto, M (org) **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.p.329-402,2002/2005.

CABRAL, Benedita Edina S. L. **A superação das desigualdades na velhice: mais uma questão social no século XXI**. In: VII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, 2004.

CALDERÓN, A. I.; GUIMARÃES, R. F. **Família: a crise de um modelo hegemônico. Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 15, n. 46, p. 21–34, dez. 1994.

CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. **Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004 (Texto para Discussão, 883).

CARBALLO, M. **Una adaptación indispensable. Salud Mundial**, 1975: 34-37.

CARDAO, Sandra. **O Idoso Institucionalizado**. 1 ed. Lisboa: Coisas de Ler. 2009.

CARDOSO JR., José Celso; JACCOUD, Luciana. **Políticas Sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal**. In: JACCOUD, L. et al (Org.). **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005.

CARVALHO, Maria; DIAS, Maria – **Adaptação dos idosos institucionalizados**. Millenium. n.40 (2011), p. 161-184.

CASTRO, M. R.; VARGAS, L. A. **A Interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adscrita**. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 329 - 351, set. 2005.

CFESS, Manifesta Edição especial: **análise de conjuntura**. Brasília (DF), 7 de junho de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **30 horas semanais para assistentes sociais: Lei federal é pra cumprir!**. In CFESS Manifesta. CFESS, 2011 a. Disponível em

http://www.cfess.org.br/publicacoes_manifesta.php. Acesso em 12 de fevereiro de 2013.

_____. **Direito se conquista: a luta dos/as assistentes sociais pelas 30 horas semanais** / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. – Brasília: CFESS, 2011b.

CORAZZA, M. A. **Terceira Idade & Atividade Física**. 1. ed., São Paulo: Phorte, 2001.

CORRÊA, Mariza. **Mulher e política: um debate sobre a literatura recente**. BIB. n°. 18. Rio de Janeiro, 1984, p. 27-44.

CUPERTINO, A. P. **Avaliação pós-ocupação de instituições para idosos no Distrito Federal**. Dissertação (Mestrado) - UnB, Brasília, 1996.

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.

DEBERT, G. G. (1999). **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Resolução n° 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Assinada pelo Brasil na mesma data.

DIAS, C. A; NUERNBERG, D. **Doença na família: uma discussão sobre o cuidado psicológico do familiar cuidador**. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, v. 44, n. 2, p. 465-483, 2010. Disponível em: Acesso em: nov. 2016.

DIREITO a saúde. Disponível em: Acesso em: 15 nov., 2012.

ESPITIA, A. Z.; MARTINS, J. J. **Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros**. Arquivos Catarinenses de Medicina, vol. 35, n° 1, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/355.pdf>> Acesso em 05 ago 2016.

- ESTEVIÃO, Ana Maria Ramos. **O que é Serviço Social**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- FALEIROS, Vicente de P. **A Política social do Estado capitalista**. 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 1991.
- FAZENDA, Ivani Catarina A. **Fazenda, Interdisciplinaridade, um projeto de parceria**. Ed. 3/ ED Loyola, São Paulo: junho de 1995.
- FERNANDES, M. G. M.; ALMEIDA, C. B. **Processo de pensamento alterado em idosos na vivência asilar**. Rev. Nursing (Edição Brasileira), v. 34, n. 4, p. 22-25, mar. 2001.
- FIGUEIREDO, N. M. A. de; TONINI, T. (Org.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Paulo: Yendis, 2007.
- FLEURY, S. **A seguridade social inconclusa**. In: FLEURY, S. A era FHC e o governo Lula: transição? Brasília: Inesc, 2004.
- FONSECA, Cláudia. **A história social no estudo da família: uma excursão interdisciplinar**. BIB. nº 27. Rio de Janeiro, 1989, p. 51-73.
- FRANZEN E, et al. **Consulta de enfermagem ambulatorial e diagnósticos de enfermagem relacionados a características demográficas e clínicas**. Rev. Gaúcha Enferm. 2007.
- FREITAS, C. L. R. MINCATO, P. C.; **Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS. RBCEH**, vol. 4, nº1, 2007. Disponível em <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/122/98> Acesso em: 03 ago. 2016.
- _____. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.
- GERIATRIA em Casa - Todos os direitos reservados. Disponível em http://geriatriaemcasa.com.br/index.php?modulo=artigosECronicas_institucionalizar_idosos, 2013.

GIOVANNI, Geraldo di. **Políticas públicas e políticas sociais**. 22 ago. 2008. Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/politicas-pblicas-e-politica-social.html>> Acesso em: 10/05/2016.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e Conventos**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1974/1987.

GOLDANI, Ana Maria. Família, relações de gênero e fecundidade no Nordeste do Brasil. Campinas. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), UNICAMP (xerox), 1994.

GOMES, Christianne L. **Significados de recreação e lazer no Brasil: reflexões a partir da análise de experiências institucionais (1926-1964)**. Belo Horizonte: Faculdade de Educação/UFMG, 2003. (Tese, Doutorado em Educação).

GUEIROS, D.A. **Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar**. Serviço Social e Sociedade - Especial. São Paulo, Ano XXIII, n°71, p.102-121, Setembro, 2002.

HADDAD, EGM. **A velhice em movimento**. Gerontol 2001; 1(1)29-30.

HEIDRICH, A. L. **“Territorialidades de exclusão e inclusão social”** In REGO, N., MOLL, J. & AIGNER, C. (Orgs.) *Saberes e práticas na construção de sujeitos sociais*. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2006, pp. 21-44.

HERÉDIA, Vânia Beatriz Merlotti. *et al.* **A Realidade do Idoso Institucionalizado**. Textos sobre Envelhecimento. v.7 n.2. Rio de Janeiro, 2004.

[HTTP://www.portaleducacao.com.br/administracao/artigos/48382/a-importancia-do-trabalho-em-equipe#ixzz48lDv6afp](http://www.portaleducacao.com.br/administracao/artigos/48382/a-importancia-do-trabalho-em-equipe#ixzz48lDv6afp).

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

_____. **As Dimensões ético- políticas e teórico- metodológicas no Serviço Social.**

Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006. P.161-193.

_____. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade.** In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Atribuições privativas do (a) Assistente Social. Brasília, DF: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e o Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.* São Paulo, Ed.24, Cortez/Celats, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem populacional e projeções demográficas preliminares.** Disponível em: <<http://www.Datasus.gov.br/cgi.html>. Acesso em 2016.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Brasil e regiões.** Disponível em: <HTTP://www.ibge.gov.br/Pnad/.html>. Acesso em 15 de jun 2016.

JACOB, L. **Serviços para idosos.** 2002. Disponível em: <<http://www.socialgest.pt>> . Acesso em: 21/06/ 2016.

JACCOUD, Luciana. **Proteção social no Brasil;** debates e desafios; MDS, UNESCO, Nov. 2009, p. 57-86.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro, Imago, 1997.

JOSÉ FILHO, Pe. M. **A família como espaço privilegiado para a construção da cidadania.** Franca: UNESP - FHDSS, 2002.

KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira a base de tudo.** São Paulo: Cortez : UNICEF, 1985.

KÖNIG, René. **La familia en nuestro tiempo.** Trad. para castellano José Almaraz. Madrid: Siglo XXI de España, 1981.

LEIS, Hector Ricardo. **Especificidades e desafios da interdisciplinaridade nas ciências humanas.** In: PHILIPPI, Arlindo Jr. SILVA, Antônio Neto. Interdisciplinaridade em Ciências, Tecnologia & Inovação. Barueri: Ed. Manole, capítulo 3, 2011.

LESBAUPIN, Sandra Forjaz; MALERBI, Fani. **O idoso por ele mesmo.** Revista Kairós, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 51-67, dez. 2006. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/kairos9-2.pdf>. Acesso em: 10/01/ 2016.

LÉVI-STRAUSS, Claude et al. **A família. Origem e evolução.** Porto Alegre: Editorial Villa Martha. (Col. Rosa dos Ventos. v. 1), 1980.

LITVOC, Júlio e BRITO, Francisco Carlos de. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde.** São Paulo: editora Atheneu; 2004.

LOUREIRO, A.M.L. (2009). **Relatório de Pesquisa: Imaginário, Idosos Asilados Tabagistas e Organização de Asilos:** Organizacionalidade Antropolítica - IATO. Brasília: aprovado pelo CNPq, 2009.

LUZIELE, Maria. **Seguridade Social: a pontos tecnológicos como um elemento de democratização e controle social** – Katalisis 04/1999.

MASCARO, Sonia de Amorim. **O Que é Velhice.** São Paulo: Editora Brasiliense, 2004. (coleção primeiros passos).

MARIN, M. J. S, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Filho JRG, et al. **Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública. 2008; 24 (7): 1545-55.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: identidade e alienação.** São Paulo: Cortez, 10ª edição, 2006.

_____. **Pensar a Identidade: eis a tarefa. Um ensaio sobre a identidade profissional do Serviço Social.** In: Karsch, Ursula (org.). Estudos Comparados do Serviço Social. Brasil-Portugal. Volume 2. São Paulo: EDUC, 2005.

MARQUESI, Dinéia Cristiane. **Trabalho e Velhice: As implicações da aposentadoria nas condições de vida dos aposentados na Eletrosul Centrais Elétricas S.A.** 2011.

MEDEIROS, Wiliana Azevedo. **O Serviço Social e a assistência social em Maracanaú – CE: história, avanços e limites/ Wiliana Azevedo Medeiros.** – 2012. 75f. ; il. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Faculdade Cearense, Curso de Serviço Social, 2012.

MENDES, Márcia Barbosa et al. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração.** Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, vol.18, n.4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

MENDONÇA, Jurilza Maria Barros de. **Instituição de longa permanência para idosos e políticas públicas.** Revista Kairós, São Paulo, v. 9, n.2, p. 169-190, dez. 2006. Disponível em:<<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/kairos9-2.pdf>>. Acesso em: 2016.

MINAYO, MCS. **Violência contra Idosos: O Averso do Respeito à experiência e à sabedoria.** Secretaria de Direitos Humanos, 2004.

_____, et. al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002/2008.

MIOTO, Regina Célia Tamaso “etall”. **Família e Serviço Social-Contribuições para o debate.** In: Serviço Social e Sociedade Nº 55; 1ª edição. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. **Família e políticas sociais.** In: BOSCHETTI, I et al (orgs). *Política social no capitalismo- tendências contemporâneas.* São Paulo, Cortez, 2008, p. 130- 148.

MORAGAS, Ricardo Moragas. **Gerontologia Social: Envelhecimento e qualidade de vida.** 3ª Ed. São Paulo: Paulinas, 2010.

MOTA J, et al. **Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física.** Rev. Bras Educ Fís Esp 2000; 20(3): 219-225.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político contemporâneo.** In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social.* Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

_____. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social.** MOTA, Ana Elizabeth [et al] (orgs). In *Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional.* 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo, Editora Atheneu, 2000.

OLIVEIRA, Cristiane C. **A velhice e a deficiência: dupla exclusão, múltipla atenção.** 2004. Tese (Doutora) PUCRS. Porto Alegre, 2004.

OHARA, ECC, Ribeiro MP. **Assistência Domiciliaria.** In: Ohara ECC, SAITO RXS. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo (SP): Livraria e Editora Martinari; 2008. p. 115-27.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, (OMS). (1994). **Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998.** OMS/HPR/HEP/ 98. Genebra: Organização PASCHOAL SMP. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico.** [Tese de Doutorado]. São Paulo: USP; 2004.

_____. **Carta da Organização Mundial de Saúde,** 1946. Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002.** Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

OSTERNE, Maria do Socorro. **Desvendando categorias teóricas: o masculino e o feminino no habitus familiar da pobreza.** In: OSTERNE, Maria do Socorro F.

Família, Pobreza e Gênero: o lugar da dominação masculina. Fortaleza: EDUECE, 2001. P. 47- 92.

PAIM, J.S. **Saúde Política e Reforma Sanitária.** Salvador; Centro de Estudos Projetos de Saúde - Instituto de Saúde Coletiva; 2002.

PAIM, J. S & TEIXEIRA, C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte.** Revista de Saúde Pública. N. Esp. 2006.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu. 1996/2005.

PAIVA, Beatriz Augusto. **Reflexões sobre pesquisa e processos de formulação e gestão.** In: CFESS/ABEPSS. Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 2000.

PATRICK, Paul. **Pensamento Complexo e interdisciplinaridade: abertura para a mudança de paradigma?** In: PHILIPPI. Arlindo Jr. SILVA, Antônio Neto. Interdisciplinaridade em Ciências, Tecnologia & Inovação. Barueri: Ed. Manole, capítulo 7, 2011.

PAVARINI, S. C. I. **Dependência comportamental na velhice: Uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado.** Tese Doutorado em educação Faculdade de Educação, UNICAMP, Campinas, 1996.

PERIM, C.N.B., SILVA, D.B., CINIZARO, G.M., Coelho, J.G.M. & Rodrigues, SM. (2003). **Uma proposta de sistematização para controle da hipertensão arterial sistêmica em idoso no contexto do PACS/PSF com ênfase na saúde bucal.** Monografia de especialização. Projeto Veredas de Minas. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais.

PIMENTEL, Luísa. **O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias,** Quarteto Editora, Coimbra, 2001.

PHILIPPINI, A. **Para entender Arte terapia.** Cartografias da Coragem. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2006.

REDANTE D; Backes D; Schwartz E; Zileke KCR.; Lago, S. M. **Cuidando do idoso e a Família**. Fam. Saúde Desenv. Curitiba, v.7, n.2, maio/ago, 2005. Mundial da Saúde. (p.32).

RESOLUÇÃO. CFESS nº 273 de 13/03/1993. **Institui o Código de Ética Profissional dos (as) Assistentes Sociais e dá outras providências**. 1993.

REZENDE, J.M. **Linguagem Médica: Institucionalização do idoso**. 2001. Disponível em: <<http://www.usuarios.cultura.com.br/jmrezende>>. Acesso em: 21/06/ 2016.

REZENDE; Ilma; CAVALCANTE, Ludmila, F. (Org.). **Serviço Social: sua especificidade como profissão prática-interventiva**. In: Serviço Social e Políticas Sociais. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico**. Jornal brasileiro de psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 48, n.2, p. 53-60, fev.1999.

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. **Transmissão Geracional e Família na Contemporaneidade**. In.: In.: Família e Gerações. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

RODRIGUES, Maria Lucia. **O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar**. In: **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1995/1998, p.152-158.

_____. **A dinâmica de ação na prática cotidiana do Assistente Social**. In: **Ações e interlocuções: estudos sobre a prática profissional do Assistente Social**. São Paulo: Veras, 1999, p. 09-46.

SANTOS. S.S.C. – **O Papel do Enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos**, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível: <http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/1554217.pdf>. Acesso dia: 13/01/17.

SCHARAIBER, LB. **Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre profissões médica**. Ver. Saúde Pública. 2000.

SECCHI, S. R (2008). **Memória do idoso: o papel da Terapia Ocupacional**. Campinas: Metrocamp.

SILVA, M. O. S. **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVA L, BOCCHI SCM, BOUSSO RS. **O papel da solidariedade desempenhada por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados**. Texto Contexto Enferm. 2008.

SILVA, M. L. **Previdência social no Brasil: (des) estruturação do trabalho e condições para sua universalização**. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, J.C. **“Da Velhice e assistência social no Brasil”**. A Terceira Idade, v.17, n.54-64, 2006.

SOUZA, Rosângela Ferreira de; SKUBS, Thais; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. **Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n.3, p. 263-267, maio/jun. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a03.pdf>>. Acesso em 26 jun 2016.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. **Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social**. Desafios para fazer avançar a política de assistência social no Brasil. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano XXII, n. 68, 2001.

_____. **A menina LOAS: um processo de construção da assistência social**. 3º. ed.. São Paulo: Cortez, 2007. 84 p.

SZYMANSKI, Heloísa. **Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo de mudança**. In: Serviço Social e sociedade. Ano XXIII nº 71; Cortez, 2002.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social**. P. 2008, 185 a 199.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e Trabalho no Tempo do Capital: Implicações para a Proteção Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008, p.57- 99.

VALDUGA, E. Q; HOCH, V. A. **Um olhar sobre os familiares cuidadores de pacientes terminais**. Unoesc & Ciência - ACHS, Joaçaba, v. 3, n. 1, p. 15-32, 2012. Disponível em: Acesso em: nov. 2016.

VIANA, Ana Luiza & LEVCOVITZ, Eduardo. **Proteção Social: introduzindo o debate**. In: VIANA, Ana Luiza; ELIAS, Paulo; IBAÑEZ, Nelson. (Orgs.) **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005, p.15-57.

VIANNA, Cláudia Salles Vilela. **Previdência social: custeio e benefícios**. 2. ed. São Paulo: LTr, 1999.

VIEIRA, E. B. **Instituições Geriátricas – Avanço ou Retrocesso?** Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

VOLICH, Rubens M. **O corpo, entre a organização e o caos**. In: CORTE, B.; GOLDFARB, D. C., 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza e Exclusão Social: expressões da questão social no Brasil**. In: Revista Temporalis, nº 03, ABEPSS, Brasília, 2001, p. 32-40.

_____. **Sistemas de Proteção Social, intersetorialidade e integração de políticas sociais**. Janeiro, 2012, Mimeografado.

_____. **A Política Social brasileira nos anos 90: a refilantropização da “Questão Social”**. Cadernos ABONG, Série Especial, Subsídios à Conferência Nacional de Assistência Social, nº 3, out. 1995.

ZAMBERLAM, Cristina de Oliveira. **Os novos paradigmas da família contemporânea: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

ZIMERMAN, D. **Manual de Técnica Psicanalítica: uma revisão**. 1. ed. Porto Alegre: Artemed, 2000. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/04/29/populacao-idosa-no-brasil-cresce-e-diminui-numero-de-jovens-revela-censo>. Acesso em: 24/04/2016.

APÊNDICES

APÊNDICE 1**QUESTIONÁRIO****Entrevistado (a) n°** _____**Dados de Identificação:**

Sexo: Feminino () Masculino ()

Raça/cor

Branca () Negra () Amarela () Indígena () Parda/mulata () Outros ()

Qual? _____

Quantos anos o (a) Sr (a) tem? (Idade em anos) _____

Naturalidade: (cidade, estado) _____

Estado civil: _____ Profissão _____

Quanto tempo na instituição? _____

1. O (a) Sr (a) conhece o perfil das famílias dos idosos que compõem a rede socioassistencial? Se sim qual? Sim () Não ()

2. Qual a percepção que o (a) Sr (a), tem sobre a família dos idosos institucionalizados?

3. O (a) Sr (a) conhece as instituições que compõem as redes socioassistenciais? Se sim, quais? Sim () Não ()

4. O (a) Sr (a) poderia identificar os problemas sociais associados à institucionalização da pessoa idosa?

5. Na sua experiência profissional, quais as causas relacionadas ao abandono de idosos nas instituições de longa permanência?

6. Como é o processo de acolhimento aos idosos que vem para a instituição?

7. Há uma preocupação em resgatar a história de vida desses idosos? De que maneira?

8. Como é feito o processo de resgate do relacionamento familiar desses idosos?

9. Qual a frequência de visitas dos familiares aos idosos?

10. Como é o convívio social entre esses idosos?

11. Que atividades são proporcionadas para essa convivência?

12. O (a) Sr (a) acha que a institucionalização é a solução para a questão social do idoso?

() Sim () Não. Por quê?

13. Que sugestões você poderia descrever para melhorar o atendimento aos idosos?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: Família e Institucionalização da Pessoa Idosa: Um Estudo Junto a Equipe Interdisciplinar do Lar dos Idosos de Cruz das Almas/BA.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB- Coordenação de Serviço Social.

Eu _____, declaro que estou ciente da minha participação na pesquisa como o título acima citado que tem como objetivo principal apresentar um estudo sobre família e institucionalização da pessoa idosa, a partir do olhar da equipe interdisciplinar do Lar dos Idosos de Cruz das Almas.

A minha participação será registrada através da aplicação de um questionário. Fica acordado que a minha identidade será inteiramente preservada e que as informações por mim fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Tenho total liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de estudo, excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da minha participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejuízo para ambas às partes a qualquer momento que eu desejar.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. A minha participação é formalizada por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora.

Cachoeira, ____/____/20____.

Participante - Assinatura: _____

Nome completo: _____

Pesquisador - Assinatura: _____

Nome completo: _____