

JOICE SOUSA COSTA
MARIA CANDIDA SOARES DEL MASSO
NANCI SOARES
SÁLVEA DE OLIVEIRA CAMPELO E PAIVA
(Organizadoras)

APROXIMAÇÕES E ENSAIOS SOBRE A VELHICE



unesp

Campus de Franca
2017

**APROXIMAÇÕES E ENSAIOS SOBRE A
VELHICE**

UNESP – Universidade Estadual Paulista - 2017

UNESP – São Paulo State University

Reitor

Prof. Dr. Sandro Roberto Valentini

Vice-Reitor

Prof. Dr. Sergio Roberto Nobre

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Dr. João Lima Sant'Anna Neto

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Dr. Carlos Frederico de Oliveira Graeff

Diretora

Prof.^a Dr.^a Célia Maria David

Vice-Diretora

Prof.^a Dr.^a Márcia Pereira da Silva

Pós-Graduação – Mestrado e Doutorado

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Prof.^a Dr.^a Fernanda de Oliveira Sarreta

Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Prof.^a Dr.^a Nayara Hakime Dutra Oliveira

CONSELHO EDITORIAL

Prof.^a Dr.^a Celeste Aparecida Pereira Barbosa

Prof.^a Dr.^a **Cirlene Ap. Hilário da Silva Oliveira**

Prof.^a Dr.^a Cristiane José Borges

Prof.^a Dr.^a Edna Maria Campanhol

Prof.^a Dr.^a **Eliana Bolorino Canteiro Martins**

Prof.^a Dr.^a Fernanda de Oliveira Sarreta

Prof.^a Dr.^a **Helen Barbosa Raiz Engler**

Prof.^a Dr.^a **Maria Cristina Piana**

Prof.^a Dr.^a **Maria José de Oliveira Lima**

Prof.^a Dr.^a **Nayara Hakime Dutra Oliveira**

Prof.^a Dr.^a Tatiana Machiavelli Carmo Souza

Assessoria Técnica

Revisão Ortográfica

Sidney Wanderley de Lopes Lima

Capa

Foto da Sra Marfiza Maria de Jesus

**APROXIMAÇÕES E ENSAIOS SOBRE A
VELHICE**

unesp 

Campus de Franca
2017

Copyright @ 2017 by UNESP/ *Campus* de Franca

Endereço para correspondência

Endereço: Av. Eufrásia Monteiro Petrágliã, 900 – Jardim Antônio Petrágliã

CEP 14403-462 - Franca – SP – Brasil

Telefone (016)3706-8700

Endereço eletrônico / *e-mail*

publica@franca.unesp.com.br

Aproximações e ensaios sobre a velhice / Joice Sousa Costa ...
[et al.]. (Organizadoras). –Franca : UNESP-FCHS, 2017.
208 p. 145 x 210 mm.
ISBN: 978-85-7983-907-8

1. Serviço social com idosos. 2. Idosos – relações com a família.
3. Identidade de gênero. 4. Mulheres idosas. 5. Maus-tratos ao
idoso 6. Idoso – emprego. I. Costa, Joice Sousa. II. Del-Masso,
Maria Candida Soares. III. Soares, Nanci. IV. Campelo e Paiva,
Sálvea de Oliveira. V. Título.

CDD – 362.6

Índices para catálogo sistemático:

1. Serviço social com idosos	362.6
2. Idosos – relações com a família	362.6
3. Identidade de gênero	155.53
4. Mulheres idosas	362.692
5. Maus-tratos ao idoso	362.682
6. Idoso – emprego	362.6

Capa: Foto da Sra Marfiza Maria de Jesus, filha de Flauzino de Freitas e Bertolina Maria de Jesus, nasceu na fazenda São Matheus, em Frutal, Minas Gerais, no dia 14 de agosto de 1901, onde reside até hoje e criou seus onze filhos. Anda pelo quintal, prepara almoço, cuida das galinhas e sai pelos pastos à procura dos seus ninhos. No auge dos 116 anos, adora dançar forró no barracão da comunidade, passear e visitar os vizinhos da região... Eis a nossa homenageada neste livro!

“Crescendo numericamente,
Os velhos se tornam objeto de estudo.
As propostas aparecem
Pela boca da ‘ciência’, do Estado, dos meios de comunicação...
Não mudando a história do trabalhador,
Não muda a história do menino,
Não muda a história do velho,
Não muda a história do homem.”

Eneida Haddad

Autoras e Autores

Adriana Aparecida Ferreira

Assistente Social, mestra em ciências médicas pela Universidade de São Paulo/USP de Ribeirão Preto. dryferreira1@hotmail.com

Ana Lúcia Oliveira da Silva

Assistente Social, sanitarista, especialista em Saúde Pública pelo Centro Educacional São Camilo – Faculdade de Enfermagem Luíza de Marillac, Especialista em Serviço Social na Área de Saúde pela Universidade Católica de Pernambuco. Membro do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na perspectiva da Totalidade Social, da Universidade de Pernambuco, desde 2014. aninha5578@hotmail.com

Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP de Franca. Professora Assistente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do *Campus* de Franca. andreialiporoni@yahoo.com.br

Cristiane de Fátima Poltronieri

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do *Campus* de Franca/SP. cris.poltronieri@hotmail.com

Denise Gisele Silva Costa

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do *Campus* de Franca/SP. denisermjc@gmail.com

Evandro Alves Barbosa Filho

Assistente Social. Doutor em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor do Departamento de Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Petrolina (FACAPE). Professor da Especialização em Gestão em Saúde da Universidade de Pernambuco (UAB/UPE). Pesquisador do Grupo de Pesquisa Práxis – Política, Planejamento e Gestão em Saúde – CNPq/UPE. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Direitos Sociais e Políticas Sociais – NEPPS (CNPq/UFPE). evealves85@yahoo.com.br

Fabianni Meneses Costa

Psicóloga e sanitarista. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – FIOCRUZ. Atua na II Gerência Regional de Saúde – Sede Limoeiro, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Preceptora da Residência em Saúde Coletiva (CpqAM/FIOCRUZ) e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC/UPE). Participa do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social (GEEHPTS), da Universidade de Pernambuco, desde 2015. fabianni.meneses@gmail.com

Fernanda Tavares Arruda

Assistente Social. Especialista em Gerontologia pela Faculdade Redentor/Interfísio/IDE Cursos. Coordenadora do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social (GEEHPTS), da Universidade de Pernambuco, desde 2013. fernandatavaresa@hotmail.com

Gabriela Cristina Carneiro Vilione

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – *Campus* de Franca. Atua no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) da Prefeitura Municipal de Franca/SP. gabylvilioni@hotmail.com

Ionara do Nascimento Silva

Assistente Social. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX). Membro do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social, da Universidade de Pernambuco, desde 2015. ionaranascimento27@gmail.com

Isolda Belo

Assistente Social. Doutora em Sociologia, pesquisadora da Fundação Joaquim Nabuco e docente do Mestrado em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco. ibelodafonte@gmail.com

Jéssica Alline de Melo e Silva

Assistente Social. Especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX). Membro do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na perspectiva da Totalidade Social, da Universidade de Pernambuco, desde 2011. kinha_melo@hotmail.com

Joice Sousa Costa

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do *Campus* de Franca/SP. Professora do curso de Serviço Social do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos. joicecostasousa@gmail.com

Jonorete de Carvalho Benedito

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. Atua no Conselho Municipal da Pessoa Idosa de Maceió. Membro do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social, da Universidade de Pernambuco, desde fevereiro de 2015. jonorete@terra.com.br

Josiani Julião Alves de Oliveira

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP de Franca. Pós-doutorado pela Universidade de Aveiro, Portugal. Professora assistente e doutora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do *Campus* de Franca. Professora convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – ISCSP da Universidade de Lisboa, Portugal. Desenvolve pesquisa em parceria com universidades nacionais e internacionais. josianiju@gmail.com

Karla Maria Bandeira

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Atua na Promotoria do Idoso do Ministério Público de Pernambuco e gerencia a Divisão de Serviço Social do Hospital Oswaldo Cruz/UPE. Participa do GEEHPTS desde 2012. kas0540@hotmail.com

Karina Lúcia da Silva Antunes do Rêgo

Assistente Social, sanitária. Especialista em Gerontologia Social pela FAFIRE. Atua na Gerência de Direitos Humanos – Secretaria Executiva de Direitos Humanos e Políticas sobre Drogas, da Prefeitura do Jaboatão dos Guararapes (PE). Participa do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social (GEEHPTS), da Universidade de Pernambuco, desde 2010. karina.antunes@hotmail.com

Larissa Santos de Souza

Fisioterapeuta. Especialista em Saúde do Idoso pelo Instituto de Ciências Biológicas – Universidade de Pernambuco. Membro do Grupo de Estudos sobre

o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social, da Universidade de Pernambuco, desde 2013. lari.1987.souza@gmail.com

Maria da Conceição Lafayette de Almeida

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Católica de Pernambuco. Doutora em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação da UFPE. Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). celafayette@hotmail.com

Maria Florência dos Santos

Assistente Social. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva UTI – Adulto pela Universidade Tiradentes – UNIT. maria_s.social@hotmail.com

Marta Regina Farinelli

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP de Franca. Docente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). martafarinelli@gmail.com

Michelli Barbosa do Nascimento

Assistente Social. Mestra em Gerontologia/PPGERO pela Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Especialista em Intervenções Psicossociais com Grupos de Risco e Vulnerabilidade Social/FAFIRE. Membro do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social (GEEHPTS), da Universidade de Pernambuco, desde 2015. michellibnascimentoas@gmail.com

Nanci Soares

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP de Franca. Pós-Doutorado pela Universidade de Aveiro, Portugal. Professora Assistente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do *Campus* de Franca. nancisoares15@gmail.com

Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Coordenadora-Geral do Núcleo de Gerontologia Social (NAIS-CI) e do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social (GEEHPTS) do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, da Universidade de Pernambuco (UPE). salveaocampelo@gmail.com

Sheyla Mafra Holanda Maia

Advogada. Especialista em Direito das Famílias e Sucessões pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Participa do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na perspectiva da Totalidade Social (GEEHPTS), da Universidade de Pernambuco, desde 2013. sheylamafra@hotmail.com

Solange Maria Teixeira

Assistente social. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão. Pós-Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí na graduação em Serviço Social e na pós-graduação em políticas públicas. Presidente do Conselho Regional de Serviço Social do Piauí, coordenadora do Programa Terceira Idade em Ação da Universidade Federal do Piauí e bolsista de Produtividade CNPq. solangenteixeira@hotmail.com

Suellen Bezerra Alves

Assistente social, especialista em Direito das Famílias, mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco, atua como assistente social judiciária no Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Membro do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social, da Universidade de Pernambuco, entre 2012 e 2014. suellenalvess@hotmail.com

Thamiris Inoué Rios

Assistente Social, Especialista em trabalho social com famílias pela Faculdade Católica de Uberlândia. Especialista em Saúde do Idoso pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). thamiris_ir@hotmail.com

Wanderley Cesar Pedrosa

Assistente social, mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP, atua na Faculdade Frutal (FAF). wanderleypedrosa@yahoo.com.br

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade
BDENF – Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil
BPC – Benefício de Prestação Continuada
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS – *Critical Appraisal Skills Programme*
CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CF – Constituição Federal
CIAPPI – Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos
DRU – Desvinculação de Receitas da União
EA – Envelhecimento Ativo
ESF – Estratégia de saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
FMI – Fundo Monetário Internacional
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIFNMI – II Fórum Nacional da Mulher Idosa
ILC-Brasil – Centro Internacional de Longevidade no Brasil
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas
ILPs – Instituições de Longa Permanência
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
LA – Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de Liberdade Assistida
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
Medline – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MP – Medidas Provisórias
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas
OS – Organização Social
PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PEP – Projeto Ético-Político
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS – Política Nacional da Assistência Social
PNI – Política Nacional do Idoso
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPAs – Programas de Preparação para a Aposentadoria
PSC – Serviço de Prestação de Serviços à Comunidade
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAD – Serviços de Atenção Domiciliar
SAD-SUS – Serviços de Atenção Domiciliar no SUS
SCFV – Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESC – Serviço Social do Comércio
SESI – Serviço Social da Indústria
STF – Supremo Tribunal Federal
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UNATIs – Universidades Abertas à Terceira Idade
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Prefácio

Eneida G. de Macedo Haddad¹

O envelhecimento populacional vem aumentando mundialmente e o modelo econômico, que exerce o poder acima de todas as fronteiras e de todos os governos, não tem investido na melhoria dos sistemas de proteção social aos idosos. Pelo contrário. Insiste em propagar, aos quatro ventos, o ônus que o aumento da longevidade representa aos cofres públicos: além dos gastos com a aposentadoria, os idosos necessitam de políticas especiais de saúde. Inoportuno é o lugar deles nas sociedades, isto é, dos idosos pobres, dos trabalhadores. Ao envelhecerem, os pobres-coitados são golpeados pelo sentimento de culpa. Os jovens também são atingidos. O desemprego é mundial; se chegarem à velhice, terão sobre os ombros o peso cada vez maior dos dias futuros.

Um dos paradoxos que vem sendo imposto pelos sistemas de previdência social, indiferentes à situação vivida pela grande maioria dos trabalhadores, é a defesa do aumento da idade para a aposentadoria. Como os seres humanos, aos 60, 65, 70 anos, vão permanecer num mercado de trabalho cada vez mais encolhido? Na verdade, um percentual significativo de trabalhadores já não é necessário para a economia capitalista. A vida deles não tem mais razão de ser. É somente tolerada.

As ciências humanas não estão cegas para sinais tão evidentes. Contudo, as lentes usadas nem sempre permitem que enxerguem a realidade. No Brasil, embora seja possível perceber um aumento dos estudos sobre a velhice, nota-se que a maioria das pesquisas não estão embasadas na teoria crítica. Para se pesquisar a velhice há que se compreendê-la como síntese de múltiplas determinações, conforme nos ensina Karl Marx. Portanto, não é possível desconsiderar-se o modo capitalista, produtor e reproduzidor da desigualdade social, da luta de classes, da dominação, da opressão. Isso posto, só poderão ser desvendadas as condições objetivas de existência dos velhos, tomando-se como ponto de partida as determinações inerentes ao capitalismo.

Os estudos sobre a velhice exigem o conhecimento da história nacional, a rejeição aos esquemas explicativos abstratos da ideologia dominante, a leitura crítica do passado e do presente e, por conseguinte, o compromisso com o bem comum, com a superação do fascismo social e do capitalismo vigentes na realidade brasileira. Não há como desconsiderar a grande turbu-

¹ Graduada em Ciências Sociais, mestre em Antropologia Social e doutora em Sociologia pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo/USP.

lência e aberrações vividas nos últimos tempos na sociedade de classes brasileira, dentre elas, a crise da contratualização moderna, conforme Boaventura de Sousa Santos, isto é, “a predominância estrutural dos processos de exclusão sobre os de inclusão”²

Uma obra pode ou não nos conduzir a uma visão profunda do objeto de estudo. Se alguns de seus autores ainda não se aproximaram da teoria crítica, deveriam fazê-lo. Convenhamos que isso demanda vontade, estudo, disciplina, dedicação, compromisso social e político... Todos fomos educados sob o signo do positivismo, ainda dominante na sociedade brasileira. Se assim não fosse, já teriam ocorrido grandes transformações em nosso país. Urge lutar por elas para que se tornem realidade.

Este livro, “*Aproximações e ensaios sobre a velhice*”, permite conhecer a velhice vivida no Brasil. As páginas escritas por diversos pesquisadores permanecerão ao longo da história. Como nos esclarece Solange Maria Teixeira no capítulo XII – “*Serviço Social e Envelhecimento: perspectivas e tendências na abordagem da temática*” -, o Serviço Social, tendo construído, na passagem para a década de 90 do século XX, o Projeto Ético Político (PEP) da profissão, tem como uma de suas preocupações o estudo do envelhecimento da população brasileira. Todavia, somente uma parte não expressiva das publicações divulgadas pelos assistentes sociais embasa-se no método histórico-dialético. Não sem dificuldades, esses investigadores optaram pela via da teoria crítica. O artigo de Teixeira, baseado em pesquisa empírica, escrito com esmero, aprofunda as questões ligadas aos objetivos do Serviço Social e ao enfrentamento das problemáticas que vêm estabelecendo barreiras à implementação do Projeto Ético Político de forma massiva no interior da categoria. A

[...] direção social posta pelo PEP sofre ataques constantes, ameaças na sua implementação, seja pela adesão epidérmica de muitos profissionais a esses valores e à perspectiva teórico-metodológica, ao ecletismo, ao avanço do neoconservadorismo dos referenciais pós-modernos, seja pelo movimento conjuntural e estrutural da atualidade capitalista, uma ofensiva político-ideológica contra a classe trabalhadora que atinge de forma objetiva e subjetiva, alcançando também o Serviço Social, nas condições de trabalho, de contratação, mas também nos seus objetivos profissionais e na sua formação profissional (Teixeira, 2017).

Voltemos ao livro. Sua contribuição mais relevante consiste na virtu-

²A contribuição de Boaventura de Sousa Santos, “Os fascismos sociais”, encontra-se disponível na internet.

de de os pesquisadores terem se voltado para a investigação da velhice no Brasil com indiscutível seriedade – fiéis às exigências do espírito científico. A interpretação do objeto de estudo que os autores buscaram desvendar não ratifica a ideologia divulgada pelos defensores do *status quo*. O leitor não é levado a reter visões fragmentadas, mas consegue elaborar uma síntese das diversas contribuições. Onde se encontra o ponto de chegada dessa obra? Na defesa do ser humano: nascer, viver, envelhecer e morrer com dignidade. Proteção social para os idosos, assistência social e familiar, a velhice da mulher, a violência contra os idosos, dentre outros artigos, apontam os desafios a serem superados.

Há algumas décadas não se esperava a elaboração do PEP... não se vislumbrava a luta de seus defensores por essa irradiação teórica. Porém, eles estão aí, superando paradigmas velhos, enfrentando a retórica do Estado neoliberal, provocando debates, (atualmente, tão enfraquecidos nas universidades), alinhados à esquerda democrática, enfrentando o poder instituído, lutando por transformações.

No Brasil de hoje, a pérola defendida pelo governo Temer estabelece 49 anos de contribuição para a conquista da aposentadoria integral e a idade mínima de 65 anos para homens e mulheres. Isso significa que milhares de empregadas domésticas, de trabalhadores da construção civil, das fábricas etc. jamais poderão se aposentar. Uma parcela considerável terá morrido antes de completar a idade prevista. Outra, não menos significativa, se perder o emprego, não terá possibilidade de ser readmitida no mercado de trabalho.

No Serviço Social, os intelectuais comprometidos com o Projeto Ético Político têm tido um papel fundamental no conhecimento da história presente da velhice no Brasil. O leitor desta obra será agraciado tanto pelas diversas contribuições aqui presentes quanto pelas reflexões que o texto suscita: elas ampliarão seu horizonte e aprofundarão sua visão sobre o tema. Foi o que ocorreu comigo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO I	
ENVELHECIMENTO E VELHICES: HETEROGENEIDADE NO TEMPO DO CAPITAL	
Denise Gisele Silva Costa, Joice Sousa Costa e Cristiane de Fátima Poltronieri	20
CAPÍTULO II	
REFLEXÕES ACERCA DA PROTEÇÃO SOCIAL PARA OS VELHOS DO BRASIL	
Jonorete de Carvalho Benedito.....	34
CAPÍTULO III	
RESPONSABILIZAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA: BREVE REFLEXÃO SOBRE O CONTEÚDO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	
Fabianni Meneses Costa, Karina Lúcia da Silva Antunes do Rêgo, Karla Maria Bandeira e Sheyla Mafra Holanda Maia	51
CAPÍTULO IV	
A PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NA VELHICE: ASSISTÊNCIA SOCIAL E FAMILIAR	
Maria Florência dos Santos, Thamiris Inoué Rios e Ana Lúcia Oliveira da Silva.....	65
CAPÍTULO V	
A INSERÇÃO DA PESSOA IDOSA NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E DO DISCURSO GOVERNAMENTAL	
Michelli Barbosa do Nascimento, Evandro Alves Barbosa Filho e Maria da Conceição Lafayette de Almeida	83
CAPÍTULO VI	
LAÇOS ROSA DE UM VELHO PRESENTE: A QUESTÃO DE GÊNERO NO ENVELHECIMENTO	
Gabriela Cristina C. Vilione e Cristiane de Fátima Poltronieri.....	103

CAPÍTULO VII	
VELHICE DE MULHER	
Isolda Belo	119
CAPÍTULO VIII	
O DIREITO DE SER VELHO(A) E SOZINHO(A): PESSOAS IDOSAS SEM ACOMPANHANTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E REFLEXOS NO SERVIÇO SOCIAL	
Fernanda Tavares Arruda, Ionara do Nascimento Silva e Jéssica Alline de Melo e Silva	132
CAPÍTULO IX	
ASPECTOS RELACIONADOS À VIOLÊNCIA CONTRA O/A IDOSO/A ATENDIDO/A EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA E APOIO	
Larissa Santos de Souza e Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva	143
CAPÍTULO X	
ENVELHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: UMA DISCUSSÃO CONCEITUAL À LUZ DA POLÍTICA PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO	
Wanderley Cesar Pedrosa, Adriana Ferreira, Josiani Julião Alves de Oliveira e Suellen Bezerra Alves	154
CAPÍTULO XI	
CONSELHO DE DIREITO: UMA ANÁLISE DO CONTROLE DEMOCRÁTICO E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS VELHOS TRABALHADORES	
Nanci Soares, Marta Regina Farinelli e Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni	172
CAPÍTULO XII	
SERVIÇO SOCIAL E ENVELHECIMENTO: PERSPECTIVAS E TENDÊNCIAS NA ABORDAGEM DA TEMÁTICA	
Solange Maria Teixeira	192

Introdução

Este livro foi produzido a partir das reflexões e discussões provocadas e realizadas por participantes da disciplina “Envelhecimento Humano e Ativo”, ministrada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) – *Campus* Franca, em 2015.

É pertinente inferir que a proposta da disciplina consiste em analisar e repensar o processo de envelhecimento e velhice humana numa perspectiva crítica. Acha-se assim em consonância com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, tendo em vista ser a maioria das/os participantes da disciplina graduada em Serviço Social. O conteúdo programático da disciplina foi dividido em dois módulos: 1) Módulo I: Racionalidade, gerontologia social sob a vertente de totalidade social e a instrumentalidade do Serviço Social no campo da gerontologia social, ministrado pela Prof.^a Dr.^a Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva, da Universidade de Pernambuco; 2) Módulo II: Luta pelos direitos sociais do velho trabalhador, os parâmetros da proteção social direcionada ao segmento idoso e a práxis do Serviço Social com o velho trabalhador, ministrado pela Prof.^a Dr.^a Nanci Soares, da UNESP/Franca.

Os motivos que levaram as docentes a propor essa disciplina ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UNESP – *Campus* de Franca decorrem de inquietações oriundas de vários estudos e pesquisas realizadas sobre a temática “Processo de envelhecimento e velhice”, especialmente através do Grupo de Estudo e Pesquisa: Envelhecimento, Políticas Públicas e Sociedade, da UNESP – *Campus* de Franca, reconhecido pela instituição e inscrito no CNPq, tendo como objetivo central discutir e analisar assuntos pertinentes à questão do processo de envelhecimento humano numa perspectiva de totalidade, bem como as políticas sociais destinadas aos/às velhos/as trabalhadores/as.

No final da disciplina, realizada em 2015, foi solicitado ao grupo de participantes um trabalho para a sua conclusão. Ou seja, a elaboração de um pretenso capítulo para um livro, contemplando as discussões e reflexões feitas em sala de aula, abordando os aspectos sociais, políticos e ideológicos do processo de envelhecimento e da velhice na contemporaneidade, bem como as respostas às demandas e a proteção social direcionada ao referido segmento no Brasil.

Durante o trajeto da produção do livro, vale salientar, outros autores e autoras foram convidados/as, a exemplo de componentes do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social (GEEHPTS), da Universidade de Pernambuco, coordenado pela Dr.^a Sálvea

Campelo desde a sua criação em 2010; e da Prof.^a Dr.^a Solange Teixeira, da Universidade Federal do Piauí. Assim, a proposta do livro viabilizou um espaço aberto, contemplando o esforço coletivo que durou cerca de dois anos – período em que as autoras e os autores tomaram suas decisões e fizeram as opções para abordar aspectos do processo de envelhecimento e velhice, construindo temas de pesquisa e delimitando objetos de estudo.

Este livro, intitulado *Aproximações e Ensaios sobre a Velhice*, representa, portanto, o esforço coletivo no sentido de apresentar ensaios produzidos por estudiosos/as e pesquisadores/as de várias instituições de Ensino Superior do Brasil. São ensaios resultantes das reflexões oriundas do arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo de diversas disciplinas e de diferentes movimentos e níveis de aproximações para o desvelamento das relações que conformam o fenômeno ora estudado: o processo de envelhecimento, a velhice humana na contemporaneidade. Decerto, cada capítulo tem o seu ponto de partida, muitas vezes, constituindo uma das primeiras e valiosas aproximações com o objeto de estudo, que se constrói e reconstrói imerso ao universo dinâmico e contraditório da realidade social.

Assim, o/a leitor/a transitará por reflexões sobre a heterogeneidade, diferenças e desigualdades no processo de envelhecer; a história das políticas sociais direcionadas ao segmento idoso no Brasil; os principais conceitos e apelos ao que se convém denominar “família” nas legislações brasileiras direcionadas à velhice humana; a questão do envelhecimento no âmbito das políticas de Assistência Social e de Saúde; a discussão sobre gênero e envelhecimento, tanto do ponto de vista de uma análise teórica quanto de um estudo em campo empírico; a violação dos direitos dos homens velhos e das mulheres velhas, no âmbito da família, da sociedade e das instituições; a participação enquanto forma de resistência e enfrentamento à violência contra a velhice; e a importância da participação desse segmento em espaços para o exercício do controle social.

Enfim, para que sirva de espelho, será apresentado o Capítulo *Serviço Social e Envelhecimento: perspectivas e tendências na abordagem da temática*, com o objetivo de provocar uma reflexão acerca da produção de conhecimento a favor da afirmação da Gerontologia Social Crítica no Brasil.

A todos/as autores/as, nossos sinceros agradecimentos!

Franca/São Paulo, Recife/Pernambuco, 5 de Julho de 2017.

Joice, Maria Candida, Nanci e Sálvea.

CAPÍTULO I

ENVELHECIMENTO E VELHICES: HETEROGENEIDADE NO TEMPO DO CAPITAL

*Denise Gisele Silva Costa
Joice Sousa Costa
Cristiane de Fátima Poltronieri*

Resumo: Este ensaio teórico objetiva analisar a heterogeneidade do processo de envelhecimento e velhice na sociabilidade capitalista, de modo a inferir críticas à homogeneização do grupo velho no Brasil. O método eleito possui inspiração materialista histórico-dialética. Utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental. A análise foi fundamentada na perspectiva da totalidade social, que considera que o prisma de discussão das velhices deve estar assentado sobre o embate entre capital e trabalho. Desse modo, é preciso apreender o processo de envelhecimento e velhice, e sua heterogeneidade, na produção e reprodução da vida social sob o sistema do capital, marcado por complexos contraditórios.

Palavras-chave: Envelhecimento; Velhice; Heterogeneidade; Velho Trabalhador.

INTRODUÇÃO

Atualmente, vivencia-se um momento ímpar do aumento da expectativa de vida da população mundial, verificável na maioria dos continentes com suas devidas especificidades; contudo, é necessário considerar as disparidades sociais existentes em cada país. Paiva (2014, p. 28) destaca que, embora o envelhecimento populacional seja um fenômeno perceptível mundialmente, há nações marcadas pela exploração que ainda não vivenciam esse fenômeno. Dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) indicam que na Nigéria, no continente africano, a população idosa com 65 anos ou mais não ultrapassa 0,5% da população; já na Alemanha, a população idosa chega a 17,5% do total da população (PNUD, 2014, p. 224).

Torna-se inegável que o aumento da expectativa de vida é uma conquista social, porém deve-se considerar que tal conquista não é linear, pois nem todas as populações têm tido o mesmo êxito em relação à longevidade. Há, de fato, uma heterogeneidade no próprio processo de transição demográfica.

fica, que é influenciado pelas condições de acesso aos direitos civis, políticos e sociais das populações.

Assim, partindo do pressuposto das discrepâncias existentes no decorrer do processo de envelhecimento e velhice, podemos recorrer a algumas apreensões empíricas que se referem à conjuntura brasileira. Segundo o Relatório de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015, *online*), uma criança nascida no Brasil em 2015 pode esperar viver cerca de 20 anos a mais que uma criança nascida há 50 anos. Isto é significativo se levarmos em questão o aumento dos anos a mais vividos; em contrapartida, esses anos podem ser marcados por uma melhor qualidade de vida ou pela negligência em relação aos direitos humanos, o que nos leva a afirmar que o aumento da expectativa de vida não é sinônimo da melhoria das condições de vida e trabalho dos sujeitos sociais.

Sob essa perspectiva, a análise neste estudo se embasará no método materialista-histórico dialético, que permite o desvelamento crítico dos condicionantes¹ sociopolíticos e econômicos da vivência do processo de envelhecimento e velhice em tempos do capital, ressaltando a relação dialética e contraditória entre os indivíduos que envelhecem e a construção social das velhices nesse meandro.

Portanto, faz-se pertinente debater criticamente o envelhecimento do perfil demográfico, seus avanços na conquista de direitos e considerações sobre os desafios cotidianos dos sujeitos em processo de envelhecimento, atendendo para a heterogeneidade das velhices no espaço da produção e reprodução da sociabilidade capitalista.

O envelhecer do perfil demográfico sob o jugo da exploração do capital: desafios e lutas sociais

Diante do cenário *a priori* apresentado, o processo de transição demográfica em curso, marcado pelo crescimento acelerado da população idosa e pelo declínio da taxa de natalidade, exige novas posturas tanto do poder público quanto da sociedade civil, para que haja ações sociais consistentes que englobem as múltiplas questões impostas pelas transições demográficas.

Os dados fornecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) revelam que a população idosa tem crescido de forma expressiva. Em 2000 o número estimado de pessoas com 60 anos ou mais era de 605 milhões; em 2011 passou para 893 milhões; e há uma perspectiva para em 2050 atingir 2

¹ Este termo foi adotado tendo em vista sua processualidade e historicidade, porquanto depende das condições sociais e históricas do indivíduo.

bilhões de idosos em todo o mundo. Neste período, há a probabilidade de os idosos se equipararem em número com a população infantil de 0-14 anos: “[...] O crescimento da população idosa e o declínio da infantil irão marcar a primeira vez na história em que o número de crianças e pessoas idosas será semelhante” (ONU 2001-2012 apud PAIVA, 2014, p. 25).

Entendemos que o “agrisalhamento” da população mundial deve ser visto como um triunfo da humanidade, embora não se possam perder de vista os novos desafios e necessidades, que devem ser conhecidos e respondidos com a finalidade de promover uma velhice digna, saudável, com qualidade de vida e respeito (LOUVISON; ROSA, 2012, p. 157).

Costa (2015) enfatiza que o processo de envelhecimento e velhice soa como um desafio por seu caráter heterogêneo, multifacetado e complexo. A velhice é uma construção social, demarcada como a última fase da vida, carregada de preconceitos e mitos.

Sob o aspecto cronológico, a fronteira do envelhecimento tende a expandir-se, embora biologicamente devamos enfrentar os problemas de uma velhice subdesenvolvida, em decorrência das carências nutricionais, sanitárias, educacionais, habitacionais etc., provocadas pelos desequilíbrios sociais e regionais do desenvolvimento. (MAGALHÃES, 1989, p. 20).

Por sua expressividade em relação ao aumento do grupo populacional envelhecido e sua mobilização política, o envelhecimento e a velhice passaram a ocupar lugar de destaque na agenda internacional das políticas públicas, construindo-se um movimento em prol do reconhecimento dos direitos humanos dos velhos².

O marco de discussão das políticas públicas direcionadas aos velhos se dá em 1982, em Viena, na denominada Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (AME). Foi o primeiro fórum global intergovernamental, tendo como foco de discussão a questão do envelhecimento populacional, do qual resultou a aprovação do conhecido plano global de ação, o Plano de Viena (LOUVISON; ROSA, 2012, p. 159). Tal plano foi o início de um programa internacional de ação que objetivou garantir a segurança econômica e social dos velhos, bem como sua participação no desenvolvimento de seus países.

É importante ressaltar que essa primeira Assembleia trazia em seu bojo a preocupação com populações envelhecidas específicas: a dos países desen-

² Utiliza-se o termo velho desconsiderando seu sentido pejorativo, muito em voga numa sociedade mercantil e excludente, na qual há um processo constante de fetichização e reificação da vida humana em seus diversos tempos.

volvidos, pois essas nações foram as primeiras a vivenciar o fenômeno da longevidade. Ou seja, tratava-se de uma população com condições objetivas de vida muito favoráveis se comparadas aos países em desenvolvimento. Outro ponto que merece destaque é que esse processo de envelhecimento das nações desenvolvidas foi possibilitado pela promoção e efetivação das políticas dos diversos formatos de Estados de Bem-Estar Social.

Essa conquista da efetivação dos direitos de terceira geração, ou seja, dos direitos sociais nas nações de capitalismo central, foi resultado das lutas dos trabalhadores, mas também se deu mediante o acúmulo de capital advindo da exploração dos países subdesenvolvidos. Essas reflexões traçam, assim, o processo de envelhecimento do perfil demográfico sob a contradição da sociedade capitalista, entre conquistas, lutas e desafios históricos.

Vale destacar que entre a primeira e a segunda Assembleia Mundial, em um intervalo de 20 anos, no final dos anos de 1990, a Organização Mundial da Saúde criou e adotou o termo “envelhecimento ativo”, procurando passar uma mensagem que extrapole o entendimento de envelhecimento saudável, reconhecendo fatores preponderantes do envelhecimento humano. Condições estas que vão além da necessidade dos cuidados com a saúde, procurando desmitificar a representação negativa da velhice, buscando construir uma representação positiva sobre a velhice.

A segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento foi realizada em Madri, em 2002. Neste evento houve uma maior atenção dedicada aos países em desenvolvimento, devido à transição demográfica agora vivenciada também pelos países periféricos.

De acordo com Paiva (2014, p. 29):

A segunda AME veio reafirmar o discurso pelo Envelhecimento Ativo, indicando uma verdadeira bula a ser seguida enquanto estratégia mundial (global, nacional e local) cujo tripé “independência, participação e segurança” reforça os princípios das Nações Unidas em favor das pessoas idosas.

Paiva (2014) observa que, desde a primeira Assembleia Mundial do Envelhecimento em Viena, o debate sobre o processo de envelhecimento tem ganhado espaços relevantes de discussão, seja na academia, seja na gestão pública, ou mesmo na sociedade civil. No entanto, essa visibilidade ofereceu respostas apenas a manifestações específicas e imediatas do fenômeno em curso, pois muitas vezes entende-se a velhice como um fenômeno homogêneo, em países marcados pelo embate contraditório entre capital e trabalho.

O discurso oficial dos planos, políticas e programas vem carregado de ideologia. Aparentemente mostram-se preocupados com a qualidade de vida e saúde dos velhos, mas as condições reais de vida e trabalho dos velhos trabalhadores não condizem com este discurso, por vezes repleto da intencionalidade de valorização de uma velhice abstrata e inexistente.

Teixeira (2008, p. 41) assim se posiciona:

O traço comum dessa difusão internacionalista das preocupações sociais com o envelhecimento é abordá-lo em sua universalidade abstrata, desconsiderando-se as condições materiais de existência na sociedade do capital, o fato de que há idosos em diferentes camadas, segmentos e classes sociais, que eles vivem o envelhecimento de forma diferente e, principalmente, de que é para os trabalhadores envelhecidos que essa etapa da vida evidencia a reprodução e ampliação das desigualdades sociais, constituindo o envelhecimento do trabalhador uma das expressões da questão social na sociedade capitalista, constantemente reproduzida e ampliada, dado o processo de produção para valorização do capital, em detrimento da produção para satisfazer as necessidades humanas dos que vivem ou viveram da venda da sua força de trabalho.

Segundo Teixeira (2009, p. 64), a abordagem do envelhecimento humano deve partir do pressuposto da expressão da Questão Social³, ao atribuir centralidade à problemática social do envelhecer do trabalhador, e não como uma circunstância inexorável que atinge a todo o grupo etário, independentemente de como a força de trabalho é expropriada e explorada. A autora acrescenta ainda que a problemática social da velhice, em relação ao crescente número de pessoas idosas, não representa uma ameaça à ordem política, mas sim pressões sociais que através de lutas congregam reivindicações, passando a ser introduzidas às políticas públicas.

É importante considerar, de acordo com Louvison e Rosa (2012, p. 158), que a expressividade do aumento populacional e, conseqüentemente, a sobrevivência do velho trabalhador é marcada por expressões da Questão Social que acompanham outros segmentos etários, o que redobra a dificuldade em dar respostas adequadas às necessidades do segmento idoso, que carrega histórias de vida marcadas pelas mazelas geradas pelo sistema de exploração do trabalho.

³ Segundo Iamamoto (2005, p. 27), “[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, quanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

Velhices: o debate sobre a heterogeneidade

A velhice mostra-se heterogênea, sendo possível entender que o processo biológico do envelhecimento é permeado por condicionantes sociais que lhe imprimem as características específicas de cada sociedade, de cada momento histórico, além de fatores extremamente relevantes como classe social, etnia, gênero, papéis e significados distintos em função do meio rural e urbano, atividade laboral ou mesmo fatores como cultura, ideologia dominante, poder político e econômico predominante, relação entre Estado e sociedade civil.

Esses condicionantes sócio-históricas permeiam o indivíduo em todo o seu processo de envelhecimento e velhice, do nascimento até a morte. “Em todos os casos lidamos com construções sociais que não só descrevem, mas também atribuem significados, valor e função social aos diversos momentos e etapas da existência” (MAGALHÃES, 1989, p. 17). É importante observar o envelhecimento sob a ótica do curso de vida e dos condicionantes sociais.

Neste sentido, Louvison e Rosa (2012 p. 157) afirmam que

[...] não existe um envelhecer só, mas processos de envelhecimento – de gênero, de etnia, de classe social, de cultura – determinados socialmente. As desigualdades do processo de envelhecimento devem-se, basicamente, às condições desiguais de vida e de trabalho a que as pessoas estiveram submetidas no curso de suas vidas.

Ao afirmarmos que a velhice e o envelhecimento são heterogêneos, que não se manifestam da mesma forma em todos os sujeitos sociais, passamos a entender que o velho é o reflexo desse conjunto de condicionantes, é o resultado de um processo. Não é algo novo, desconectado daquilo que o indivíduo foi e viveu em toda a sua vida, haja vista que “[...] a velhice nunca será uma generalidade, no singular, mas ‘velhices’, dada à pluralidade de manifestações, numa mesma formação social, relacionadas às condições de vida e trabalho das pessoas” (TEIXEIRA, 2009, p. 120).

Sob essa perspectiva histórica, calcada sobre a categoria da totalidade, podemos compreender a velhice como uma construção social, fruto de uma sociedade que determina a sua valorização ou seu contrário em aspectos múltiplos e opostos.

De acordo com Magalhães (1989, p. 20):

[...] Somos levados a concluir que a velhice e o envelhecimento são socialmente construídos. A partir do referencial biológico, fatores não biológicos marcam profundamente o ritmo, a natureza, a estrutura, funções e significações da velhice, a ponto de perguntarmos se a

velhice não é antes de tudo uma entidade criada em um processo social em que alguns atribuem a outros pesos e medidas.

Magalhães (1989) corrobora a visão de uma velhice extremamente heterogênea, envolvendo múltiplas dimensões, a exemplo da biológica, cronológica, social, demográfica, econômica, cultural, psicológica, ideológica e política.

Decerto, é possível verificar que fatores econômicos, sociais e geográficos condicionam o processo do envelhecimento e da velhice. Assim, se compararmos um indivíduo proveniente de classes sociais mais abastadas, com um percurso profissional intelectual, a um velho trabalhador rural dos sertões brasileiros, ainda que ambos tenham a mesma idade cronológica, dificilmente apresentarão a mesma idade biológica e social. O desgaste sofrido pelo trabalho manual intensivo e insalubre, durante toda a vida, reflete diretamente na condição de vida, suprimindo uma possível boa qualidade de vida e encurtando a sua existência.

Costa (2015, p. 74) indica que

[...] devemos considerar a exploração do trabalho e do tempo de vida, que desumaniza o homem, coisificando-o, transformando as pessoas em apenas mão de obra, produtos a serem vendidos no “mercado” do capital. Assim, o aparente valor das pessoas que compõem as frações da classe trabalhadora é subjacente à sua capacidade produtiva.

Sabe-se que a heterogeneidade da população longeva não se deve apenas à diferença da composição etária, e sim às diferentes trajetórias de vida na inserção social e econômica no mundo do trabalho (CAMARANO, 2006, p. 2). Segundo Teixeira (2009, p. 64), é a classe trabalhadora a protagonista da tragédia do envelhecimento, pois ao perder o valor de uso para o capital sua vida se torna desguarnecida de sentido e valor.

De acordo com essa autora, o processo de envelhecimento do trabalhador é marcado pela

[...] desigualdade, vulnerabilidade social em massa, degradação, desvalorização e pseudovalorização, [...] especialmente com o avanço da idade cronológica, com o desgaste da força de trabalho. (TEIXEIRA, 2008, p. 23).

Logo, as desigualdades sociais listadas são reproduzidas e ampliadas desde o processo de envelhecimento do trabalhador, cuja trajetória foi marcada por péssimas condições de labor e que teve suas necessidades sociais aviltadas, submetidas a mínimos sociais para garantir sua sobrevivência e a de sua

família. Para Beauvoir (1990, p. 17), “[...] a luta de classes determina como o homem é surpreendido na velhice; um abismo separa o velho escravo e o velho um antigo operário que vive com uma pensão miserável, de um Onassis”.

Magalhães (1989), acerca da velhice excluída, assevera que nos rincões do interior do País, os velhos passam a ser os responsáveis por crianças e mulheres abandonadas pelos homens jovens que migraram em busca de emprego e sobrevivência, acarretando assim uma maior responsabilidade para uma velhice já excluída, marcada pelas condições adversas da vida rural.

Mediante essas condições sociais, os estudos sociológicos, antropológicos, psicológicos e econômicos sobre as novas configurações familiares têm destacado os velhos como os provedores dos lares brasileiros e revelado a necessidade de olharmos criticamente o processo de envelhecimento em face da negação dos discursos desqualificantes dessa fase da vida.

Neste contexto, os velhos ganham visibilidade social na garantia do sustento e manutenção de suas famílias com o pouco de recursos de que dispõem (aposentadoria, pensões e atividades remuneradas). Esse perfil é conhecido como o “idoso arrimo de família”. Assim, o idoso vem adquirindo, além da responsabilidade da função de cuidador, a atribuição de chefe de família, responsável pela sobrevivência de seu grupo.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, no Brasil, em 2009, cerca de um quinto da população possui os velhos como principais provedores dos lares, além de haver casos em que essa pessoa é a única fonte de renda familiar.

Conforme Santana e Lima (2012, p. 184):

[...] a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2010), publicação que reúne os principais resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2009, identificou 64,1% de idosos como pessoas de referência no domicílio em que residem, bem como que, no Brasil, 10,5% dos idosos convivem com outros parentes, que não filhos. Já a distribuição percentual do rendimento nos arranjos familiares informa que 18,8% da renda familiar provêm de aposentadorias e pensões.

Magalhães (1989) menciona também a velhice do pseudoidoso, aquele trabalhador entre 40 e 50 anos de idade, que está muito jovem para se aposentar, mas velho demais para uma reinserção no mercado de trabalho. Mercado cada vez mais seletivo e restrito, no qual não há trabalho suficiente para todos aqueles que precisam exercê-lo, excluindo todo um contingente de tra-

balhadores. O desemprego e a precarização atingem frontalmente os trabalhadores velhos que não conseguem uma colocação no mercado de trabalho formal, empurrando-os para o mercado informal, subempregos, “bicos”, serviços subcontratados e flexibilizados, aprofundando o grau de exploração do trabalho na velhice dos velhos trabalhadores.

As relações sociais ditadas pelo modo de produção capitalista em sua fase mais atual, a globalização ou a mundialização financeira⁴, são condicionantes do processo de envelhecimento humano, diferenciando-se de acordo com a desigualdade imposta entre indivíduos e populações.

[...] Considerando-se que o homem envelhece sob determinadas condições de vida, fruto do lugar que ocupa nas relações de produção e reprodução social, não se podem universalizar suas características no processo de construção das bases materiais da existência, porque os homens não vivem e reproduzem como iguais, antes, são distintos nas relações que estabelecem na produção de sua sociabilidade, principalmente na sociabilidade fundada pelo capital, em que desigualdades, pobreza e exclusões sociais lhes são imanentes, reproduzidas e ampliadas no envelhecimento do trabalhador. (TEIXEIRA, 2008, p. 30).

Se entre os valores fundamentais da sociedade capitalista tempo é dinheiro, o tempo de vida do trabalhador coincide com o tempo de seu processo produtivo. Assim, a relação entre homens passa a ter a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas, denominada por Marx (2008, p. 94) como *fetichismo*, em que se fragmenta a vida humana em fases que serão coisificadas. Isso remete à seguinte afirmação “[...] a posição de classe de quaisquer grupos diferentes de pessoas é definida por sua localização no comando da estrutura de capital e não por características secundárias, como o “*estilo de vida*” (MÉSZÁROS, 2002, p. 44, grifo do autor; apud PAIVA, 2014, p. 36).

A linha de raciocínio aqui proposta corrobora a linha de estudo de autoras referências na análise crítica do processo de envelhecimento, como Beauvoir (1990), Haddad (1986), Paiva (2014) e Teixeira (2008). Estas, nos seus respectivos estudos, posicionam-se a favor da leitura de um processo de envelhecimento “[...] reproduzido nos limites das condições concretas no espaço e no compasso do tempo do capital [...]” (PAIVA, 2014, p. 30).

⁴ De acordo com Iamamoto (2008, p. 18), com a globalização mundial sob a hegemonia do capital financeiro, a aliança entre capital bancário e capital industrial, instauram-se novos padrões de produção e gerenciamento do trabalho. Diminui a demanda de trabalho, cresce a população sobrando, ampliando-se a exclusão social política, cultural e econômica de homens, mulheres, jovens, crianças e velhos, sujeitos alvo da violência institucionalizada.

[...] o envelhecimento constitui um problema social, principalmente para as classes destituídas de propriedade (exceto de sua força de trabalho) e de controle do seu tempo de vida, em função das contradições e determinações da sociedade capitalista que engendram desigualdades, vulnerabilidade social em massa, degradações, desvalorizações e pseudovalorizações, para esta classe social, especialmente um avanço da idade cronológica, com o desgaste da força de trabalho. (TEIXEIRA, 2008, p. 23).

Desta maneira, a lógica expansionista do capital determina tanto formas de desvalorização social dos trabalhadores envelhecidos quanto pseudovalorização de uma parcela deles, uma vez que o acesso a uma renda, mesmo que mínima, de aposentados e pensionistas, ascende-os à condição de consumidores de mercadorias, bens e serviços, “recolocando-os” de um modo mais precarizado no sistema capitalista, ou até mesmo como uma nova massa de consumidores de mercadorias direcionadas ao afastamento da velhice.

Essa visão consumista sobre a velhice nega os fatores inerentes à passagem do tempo, idealizando essa fase da vida e vendendo-a como tempo livre, lazer e realização pessoal. Tal abordagem é amplamente difundida por programas e políticas públicas, iniciativa privada e apropriada pelos próprios sujeitos, em associações, clubes, centros de convivência etc. Imagens da velhice positiva, bem-sucedida, saudável e ativa, que

[...] camuflam o envelhecimento do trabalhador e a sua velhice doentia, dependente pobre e desprotegida, negando “a problemática social” do envelhecimento, tratando como de responsabilidade dos indivíduos um problema que é social, por meio da difusão de uma cultura autopreservacionista que pretensamente seria capaz de evitar os efeitos do envelhecimento. (TEIXEIRA, 2008, p. 82).

A ideologia impregnada em nossa cultura apresenta um caráter de seleção, preconceito e discriminação, tidos no senso comum como normais. Desta forma, o envelhecimento não é visto em sua totalidade, como parte de um processo multidimensional da vida humana; assim, ao invés de homens e mulheres velhos serem vistos como experientes, vividos e sábios, devido a sua longa vida, são atrelados a um sistema de valores que elege a juventude como uma fase ideal, supervalorizada, que deve ser alcançada de qualquer maneira.

No processo de mercantilização do humano, o real processo de envelhecimento e velhice da classe trabalhadora é mistificado pela pseudovalorização do velho, em uma estratégia de idealizar a velhice tratando-a como produto. Esse processo possui como essência a

valorização da juventude, trazendo-a não como uma fase da vida, mas como um valor de troca a ser adquirido por poucos. (COSTA, 2015, p. 43).

A partir do fator cronológico o indivíduo é enquadrado no aparato legal, encaminhado e atendido por instituições específicas. Tal lógica direciona as políticas sociais, determinando o tipo de acesso que cada indivíduo deve ter. “Também definirá, pelo menos em texto, o tempo de estudar, de trabalhar e o de se aposentar, ditando regras que antes pertenciam ao domínio privado, familiar” (PAIVA, 2014, p. 143).

Na organização social brasileira, a fragmentação cronológica privilegia a juventude, considerando sua capacidade funcional ao sistema, menos-prezando e desvalorizando a velhice, negando-a.

Para Kohli e Meyer (1986 apud DEBERT 1999, p. 50), há um processo de individualização que é próprio da modernidade, no qual a “cronologização da vida” institucionaliza o curso da vida humana, envolvendo praticamente todas as dimensões do mundo familiar e do trabalho. Acha-se presente na organização do sistema produtivo, nas instituições educativas, no mercado de consumo e nas políticas públicas, que cada vez mais têm como alvo grupos etários específicos.

Esse processo de individualização colaborou para a cronologização das fases da vida humana, introduzindo conceitos construídos socialmente acerca do que é ser e estar criança, adolescente, adulto e velho. Na fase da velhice, naturalizam-se preconceitos, dogmas e mitos que reforçam a desvalorização do velho na sociedade, tendo como pano de fundo a suposta “incapacidade” produtiva dos velhos.

Sob a produção e reprodução da vida humana em tempos do capital, naturalizam-se, com muita facilidade, aspectos que deveriam causar indignação – como a incessante exploração do homem pelo próprio homem, as desigualdades sociais, os preconceitos, as violências e as intolerâncias que aquela relação vem causando há séculos –, e apresentam-se dificuldades em admitir o envelhecimento e a velhice, não os entendendo como um processo e uma fase da vida que possuem peculiaridades como todas as outras, bem como potencialidades humanas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se trata de refletir sobre o processo de envelhecimento e velhice das nações e as consequências da mudança do perfil demográfico, *a priori* deveríamos recorrer à análise de conjuntura, baseada numa perspectiva

de totalidade, priorizando a leitura dos processos de produção e reprodução social em que o curso da vida humana se dá, justamente pelo fato de que a história carrega lutas, memórias e conquistas coletivas que influenciam diretamente no processo de transição demográfica dos países.

Essa “revolução” do perfil demográfico das populações é uma via de mão dupla: carrega triunfos, pois é resultado do reconhecimento dos direitos humanos, mas também desafios, que emergem de uma sociabilidade essencialmente violenta e contraditória, a reproduzir preconceitos de classe, etnia, raça, gênero e geração.

Partindo desse pressuposto, parece-nos óbvio que as velhices demonstram uma heterogeneidade muito maior do que aquelas analisadas apenas pelos fatores físicos, biológicos e cronológicos. Há uma diversidade de velhices que é fundamentalmente condicionada pelo embate de classes, que diferencia essencialmente as velhices dos pobres e miseráveis operários das dos grandes proprietários dos grupos empresariais. Ou seja, a velhice é marcada pela divisão entre as classes sociais.

Ademais, as relações de produção e reprodução da sociabilidade do capital engendram valores e concepções que vêm a calhar com a desvalorização social da velhice dos velhos trabalhadores, marcados por sua “improdutividade”, ocultando suas lutas diárias pela sobrevivência de suas famílias. Simultaneamente, emerge um processo de pseudovalorização da velhice, que idealiza essa fase da vida pelo viés do consumo, relacionando a velhice ativa e saudável com valores juvenis.

Essa negação e imposição de um “distanciamento” social das velhices nos remete a uma paráfrase de Carlos Drummond de Andrade (1983, p. 166): “Este é tempo de divisas, tempo de gente cortada”, gente que não consegue se ver em sua humanidade, gente que não entende que o velho também é gente...”.

Como vivemos? O que queremos? Quais são os nossos valores? Quem são os nossos velhos? O que é a velhice? São questionamentos fundamentais e éticos que devemos ter como ponto de partida para analisarmos o processo de envelhecimento humano e a velhice, seus desafios inerentes a uma sociedade contraditória como esta que está posta para nós e nossos velhos. É preciso refletir e agir no presente coletivamente, visando semear o futuro.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. D. Canto brasileiro. In: **Carlos Drummond de Andrade. Poesia e Prosa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1983.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

CAMARANO, A. A. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2006.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. O que estão fazendo os homens maduros que não trabalham, não procuram trabalho e não são aposentados? **Boletim Mercado de Trabalho: conjuntura e análise**. Brasília n. 57. p. 21-30. Ago. 2014. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content &view=article&id=23659](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=23659)> Acesso em: 26 maio 2015.

COSTA, J. S. **Velhice, ideologia e crítica: uma análise sobre participação, protagonismo e empoderamento dos(as) velhos(as) nos espaços das conferências / Dissertação de Mestrado**. Unesp – Franca: [s.n.], 2015. 166 f.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Edusp: Fapesp, 1999.

HADDAD, E. G. M. A ideologia da velhice. São Paulo: Cortez, 1986.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. da C. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: BERZINS, M. V; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

MAGALHÃES, D. N. **Invenção social da velhice**. Rio de Janeiro: Ed. Papagaio, 1989.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde**. Disponível em:< <http://sbgg.org.br/wp->

content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf> Acesso em: 25 jul. 2016.

PAIVA, S. O. C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. 1. ed., São Paulo: Cortez, 2014.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**: sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência. Nova Iorque, 2014. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SANTANA, N. C. G; LIMA, I. M. S. O. A nova velhice do provedor. **Mediações**: o final da vida no século XXI. Londrina, v. 17, n. 2, p. 181-195, jul./dez., 2012.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. **Argumentum**. Vitória, v. 1, n. 1, p. 63-77, jul./dez. 2009.

CAPÍTULO II

REFLEXÕES ACERCA DA PROTEÇÃO SOCIAL PARA OS VELHOS DO BRASIL

Jonorete de Carvalho Benedito

Resumo: Este artigo, orientado pela tradição marxista, traz uma reflexão sobre as políticas sociais destinadas aos velhos brasileiros, como a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. Governos implementam políticas públicas a fim de “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2003), mas essa responsabilidade não é inteiramente assumida pelo Estado, e assim a família e a comunidade são conclamadas a exercer este papel. Nessa perspectiva, uma gama de serviços específicos é criada para atender, de forma específica, este segmento populacional.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Políticas Sociais, Proteção Social, Velhos, Idosos.

NOTAS INTRODUTÓRIAS

A primeira geração de trabalhadores vivenciou péssimas condições de trabalho, jornadas sem limite, habitações em condições insalubres, situações que provocavam mortes prematuras e que obstavam fosse a velhice um estágio da vida a ser desfrutado por esta parcela da sociedade. O máximo que os produtores da riqueza conseguiam sobreviver girava em torno de 30 a 40 anos de idade (ENGELS, 1986).

Aos poucos a classe trabalhadora passou a reivindicar melhores condições de trabalho, tanto nos espaços físicos como na extensão das jornadas de trabalho, bem como outros fatores que conferissem qualidade às suas vidas. O desenvolvimento das forças produtivas viabilizou o prolongamento de suas vidas e, conseqüentemente, o envelhecimento.

Entretanto, o “bom” envelhecer, com dignidade e qualidade de vida, não era e continua a não ser uma realidade de todos. A qualidade de vida foi ampliada para boa parte da população, mas não se distribuiu pelo seio de toda a sociedade na mesma proporção. O envelhecer de quem usurpa a riqueza produzida não é semelhante ao daquele que produz a riqueza. Isto é, o trabalhador velho sofre muito mais com as conseqüências do processo de envelhecimento do que o capitalista que comprou a sua força de trabalho enquanto

aquele constituía uma fonte geradora de riqueza.

Sem boa condição de trabalho, de moradia e de alimentação, a velhice vivenciada pela classe trabalhadora vem muitas vezes acompanhada de doenças, propiciando o seu afastamento não só das atividades laborais, como também do convívio social, ficando, em grande parte, restrito ao ambiente familiar. No entanto, com o capitalismo maduro e a necessidade de que todos da família fossem envolvidos no processo de produção, o que era privado tornou-se público: serviços foram criados para o trato da questão velhice.

Trabalhadores incapazes para o trabalho precisam ser amparados pelo Estado, porquanto a família deve ser liberada para a manutenção do capital. Reivindicações deste molde começam a fazer parte da pauta dos trabalhadores, obrigando o Estado a intervir. Surgem assim as políticas sociais destinadas ao segmento velho da sociedade.

Para a realização deste estudo busca-se trilhar o caminho da teoria social crítica, visando apreender a essência do fenômeno, o que se faz necessário caso se queira, de fato, conhecer a realidade. É preciso compreender a realidade como “um complexo de complexos” (LUKÁCS, 1978), um todo dividido em partes interdependentes, pois, de acordo com Chasin, “a totalidade é um todo matizado, é um todo ordenado em processo, e o ser real tem momentos distintos de determinação. Nessa totalidade total posso perfeitamente distinguir totalidades momentâneas ou parciais” (19 [], p. 11).

Assim, o caminho metodológico fundamentou-se numa concepção dialética de construção e reconstrução do conhecimento científico, consubstanciado no movimento do particular para o geral. Lançou-se mão da pesquisa bibliográfica e documental.

Os primórdios da política social para o trabalhador velho no Brasil

De acordo com Netto (1996, p. 29), “as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores”, devendo algumas vezes, ainda de acordo com o autor, o “Estado responder com antecipações estratégicas” (NETTO, 1996, p. 29).

Tendo esse argumento como pressuposto, pode-se compreender por que somente no início do século passado o Brasil dá os primeiros passos em direção à sua política de proteção social aos trabalhadores, através da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os ferroviários, no ano de 1923.

Pereira (2008) informa ser o Decreto-Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de

1923, denominado Lei Elói Chaves, o determinante para a criação das referidas Caixas de Aposentadorias e Pensões, sociedades civis que tinham abrangência por empresa. A primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões, ainda segundo Pereira (2008), foi criada para os trabalhadores das empresas de estrada de ferro existentes à época. Sua cobertura compreendia assistência médica, aposentadoria, pensão, auxílio-funeral e maternidade. Somente três anos mais tarde a categoria dos marítimos e trabalhadores da estiva foi “agraciada” com o sistema das CAPs. No ano de 1937, o número de CAPs já correspondia a 183, atingindo primeiramente as categorias mais combativas da época (HADAD, 1993).

A conjuntura do Brasil naquela época estava em efervescência; ocorria um aumento das atividades industriais e, com ele, o acréscimo do contingente de trabalhadores organizados, a fortalecer o movimento operário.

Nesse cenário, tanto as políticas de proteção social como os órgãos responsáveis por sua efetivação surgiram e se fortaleceram, sobretudo na década de 1940. Entre estes órgãos podem-se citar a Legião Brasileira de Assistência (LBA, 1942), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI, 1942), o Serviço Social da Indústria (SESI, 1946) e o Serviço Social do Comércio (SESC, 1946). Desses, serão abordados os dois primeiros, pois historicamente desenvolvem um trabalho importante com a velhice no País.

A Legião Brasileira de Assistência – LBA

A LBA surge “a partir de iniciativa de particulares, logo encampada e *financiada* pelo governo, contando também com o patrocínio das grandes corporações patronais [...] e o concurso das *senhoras da sociedade*” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1985, p. 257). Destacam os mesmos autores que a instituição objetiva “prover as necessidades das famílias cujos chefes hajam sido mobilizados [para a Segunda Guerra Mundial], e, ainda, prestar decidido concurso ao governo em tudo que se relaciona ao esforço da guerra” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1985, p. 257).

Se inicialmente a LBA surge como um meio de prover os desvalidos da Segunda Grande Guerra, com o tempo ela assume outras áreas da assistência social, como se pode observar através de um extrato do Relatório sobre as diretrizes e realizações da LBA, apresentado aos membros do Conselho Consultivo e Deliberativo, referente ao período agosto de 1942 a julho de 1943, ainda segundo Iamamoto e Carvalho (1985, nota de rodapé, p. 258):

Assistência à maternidade e infância, à velhice, aos doentes, aos necessitados, aos desvalidos, melhoria da alimentação e habitação dos

grupos menos favorecidos, difusão da educação popular, levantamento do nível de vida dos trabalhadores e organização racional de seus lazeres.

Em 1946, com o término da Segunda Grande Guerra, a LBA promoveu uma reformulação nos seus estatutos e redefiniu também suas finalidades; dessa vez, passou a ter como objetivo essencial prestar atendimento em defesa da maternidade e da infância. Os trabalhadores velhos foram deixados de lado, e gestantes, mães e crianças passaram a ser o público-alvo dessa instituição. Durante décadas a LBA “esqueceu” que a população brasileira era composta por outros segmentos que não fossem mulheres em idade de procriação e crianças, e só voltaria a se preocupar com a velhice na década de 1970.

No período compreendido entre os anos de 1946 e 1966, “a LBA foi sustentada basicamente por recursos provenientes dos institutos de aposentadorias e pensões” (SPOSATI; FALCÃO; FLEURY, 1989, p. 64). O dinheiro proveniente dos idosos servira para patrocinar atividades direcionadas ao segmento materno-infantil, executadas pela Legião, enquanto eles – os velhos – foram banidos da instituição.

Durante esse período, somente os trabalhadores velhos que eram previdenciários obtiveram proteção social, através dos Institutos de Pensão e Aposentadoria; estes foram unificados em 1966, não havendo nenhum atendimento destinado aos trabalhadores velhos não previdenciários.

Na década de 1970, os idosos passam a ser objeto de intervenção do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O público-alvo, naquele momento, eram os aposentados e pensionistas do próprio instituto, com idade a partir de 60 anos, e sua admissão ao programa era realizada “considerando o desgaste físico e mental dos idosos, a insuficiência de recursos próprios e familiares e a inexistência da família ou o abandono do idoso pela família” (BRASIL, 2002, p. 50). Somente em 1977 é que os velhos, previdenciários ou não, passam a ter respaldo legal do poder público, com a transferência da responsabilidade dos programas executados pela INPS para a LBA.

A LBA define seu objetivo principal em relação à velhice: “propiciar a integração do idoso, principalmente no que diz respeito à melhoria das condições de vida, ao fortalecimento dos laços familiares e à formação de uma atitude positiva em relação à velhice” (PORTARIA DE 9/11/1979 apud HADDAD, 1986, p. 65).

A procura dos velhos para participar dos grupos fomentados pela LBA foi grande. Isso levou os profissionais ali atuantes a sugerir parcerias com instituições privadas que atuassem com idosos ou tivessem o desejo de atuar.

A Legião, então, viabilizou a formalização de convênios de cooperação técnico-financeira com milhares de instituições espalhadas pelo Brasil, objetivando executar a sua política social para idosos em centros de convivência, porquanto, para os velhos institucionalizados, esses convênios já existiam há algum tempo (BRASIL, 2002).

Com a Lei Orgânica da Assistência Social, em dezembro de 1993, a LBA é extinta e os serviços descentralizados, passando a responsabilidade da formulação desses convênios para as Prefeituras Municipais, através das suas Secretarias Municipais de Assistência Social.

O Serviço Social do Comércio – SESC

O SESC foi criado em 1946, com a “finalidade de planejar e executar medidas que contribuam para o bem-estar e a melhoria do padrão de vida dos empregados no comércio e serviços e suas famílias, e bem assim, para o aperfeiçoamento moral e cívico da coletividade” (SESC, 1946).

Naquele momento, ainda não eram realizadas atividades com pessoas velhas, o que só veio a acontecer em 1963, através do SESC/SP. A população idosa começa a despontar e instituições surgem destinadas ao estudo desse segmento: é o caso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

De acordo com Assis, citado por Haddad (1986, p. 89), o interesse do SESC em iniciar seu trabalho social com idosos se deu

[...] a partir de sugestões de uma equipe de técnicos do SESC que, no ano anterior, realizou viagem de estudos aos Estados Unidos da América, onde observou o trabalho que se fazia em centros sociais para idosos, no sentido de evitar a solidão e o desamparo de que são vítimas as pessoas desse grupo etário. As evidências de que no Brasil [...] os problemas de desamparo, solidão e marginalização social das pessoas idosas começavam a atingir proporções notáveis levaram o SESC a estender o atendimento aos aposentados do comércio, oferecendo aos participantes oportunidades de novas relações sociais e a manutenção e ocupação do tempo livre em atividades de lazer.

O trabalho social com idosos no SESC foi iniciado de acordo com um projeto: os Centros de Convivência. Com o passar dos anos, foram introduzidos trabalhos com Pré-Aposentados e as Escolas Abertas da Terceira Idade. Tinham, e ainda têm, como pano de fundo um trabalho educativo. O velho deveria aprender novas posturas, descobrir novos potenciais que o ajudassem a se integrar na sociedade. Não há uma preocupação em discutir a relação da velhice com a estrutura da sociedade. A finalidade é a adequação do idoso à sociedade.

Apesar de a atuação do SESC ter o caráter descrito acima, ele foi o primeiro órgão a se preocupar em reunir os idosos brasileiros em grandes encontros nacionais, os quais inicialmente objetivavam demonstrar as habilidades artesanais, corporais, artísticas etc. dos velhos assistidos pelos vários departamentos regionais espalhados pelo país. No entanto, tendo em vista os encontros nacionais mobilizarem cerca de 5 mil velhos e uma proporção enorme de profissionais, com o transcorrer do tempo houve uma grande repercussão. Isso contribuiu para que as manifestações em prol da população envelhecida ocorressem em todo o Brasil.

Podem-se considerar esses encontros como a semente originária da organização dos trabalhadores velhos. Se antes “eles não tinham armas” e necessitavam da tutela de profissionais, a partir daí eles já possuíam as armas necessárias às suas conquistas e sabiam como fazer para exigir que seus direitos fossem assegurados.

A década de 90 do século passado e a primeira década deste século XXI foram testemunhas de leis de grande repercussão no tocante à proteção social do segmento envelhecido da população; entre elas podem-se destacar a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso.

Política social contemporânea para os velhos brasileiros

Fernandes e Santos (2007) destacam que a difusão do fenômeno da longevidade e suas consequências foi inicialmente promovida pelas organizações internacionais; estas “tiveram papel fundamental na análise e comunicação do impacto do envelhecimento sobre os países em desenvolvimento, na tentativa de estimulá-los a adotarem medidas para o enfrentamento dessa realidade” (FERNANDES; SANTOS, 2007, p. 53). Ressaltam-se as medidas direcionadas à promoção do envelhecimento saudável e as que dizem respeito à necessidade de “lutar pelo envelhecimento com direitos e dignidade” (FERNANDES; SANTOS, 2007, p. 53).

Não há necessidade de grandes esforços para realizar a comprovação de que as medidas acima mencionadas foram assumidas e realizadas pelo Brasil; para tal, basta mencionar as políticas públicas surgidas na década de 90 do século XX, que consagram direitos para a parcela da população envelhecida. Apesar de essas políticas tratarem das pessoas velhas independentemente da classe social na qual se acham inseridas, suas determinações refletem de forma mais contundente no cotidiano dos trabalhadores velhos, conforme se verá a partir deste momento.

A velhice na Constituição Federal de 1988

O Plano de Ação da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena no ano de 1982, desencadeou um processo de discussão em âmbito mundial e nacional sobre a questão do envelhecimento. Entre as recomendações contidas nesse documento, a qualidade de vida deveria ser tão importante quanto a longevidade. Assim,

[...] na medida do possível, os idosos deveriam desfrutar, com suas próprias famílias e comunidade, de uma vida plena, alegre, saudável e segura, integrando-se à vida em sociedade. Esta qualidade de vida deve ser construída pelo governo, pela família, pela sociedade e pelos próprios idosos. (BRASIL, 2002, p. 52).

Tendo essa recomendação como premissa e seguindo as orientações da Organização das Nações Unidas (ONU), como também assimilando as reivindicações oriundas dos movimentos sociais ligados aos velhos, o Brasil, através da Constituição Federal de 1988, da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso, estabelece direitos sociais direcionados a este segmento.

Desse modo, encontrar-se-ão na Constituição Cidadã alguns artigos a tratar deste tema: o Título VIII, da Ordem Social, Capítulo II, da Seguridade Social, da Seção III Da Previdência Social, no art. 201, diz que a previdência social, entre outros atendimentos, fará a “cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes do trabalho, velhice e reclusão” (BRASIL, 1988). Este artigo estabelece ainda: o reajuste dos benefícios como forma de preservar os valores reais; todos os salários de contribuição considerados no cálculo de benefício devem ser corrigidos monetariamente; nenhum benéfico será menor que o salário mínimo vigente; e a gratificação natalina dos aposentados e pensionistas terá como base o valor dos proventos recebidos no mês de dezembro.

Na Seção IV, no art. 203, a Assistência Social tem entre seus objetivos: “proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”, bem como “a garantia de um salário mínimo de benefício mensal [...] ao idoso que comprove não possuir meios de prover à própria manutenção [...]” (BRASIL, 1988). Mais adiante, neste mesmo título, no capítulo III, Da Educação, Da Cultura e do Desporto, na Seção VII, Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso, composta por cinco artigos – art. 226 ao art. 230 –, somente este último trata exclusivamente da pessoa idosa; todos os outros se destinam às crianças e aos adolescentes. O art. 229 determina que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice. O art. 230 é o mais “famoso” entre a população idosa, pois determina: “aos maiores de 65 anos é

garantida a gratuidade nos transportes coletivos urbanos” (BRASIL, 1988).

Em todo o texto da Carta Magna do Brasil promulgada em 5 de outubro de 1988, as palavras utilizadas para a designação da pessoa envelhecida, tais como idoso, velhice ou outra palavra similar, constam tão só nesses quatro artigos.

O fato de muitos artigos desta Constituição terem sido uma resposta às reivindicações do movimento social não constitui garantia para o seu cumprimento. Não por acaso, desde o final de 1988 o movimento dos aposentados e pensionistas já alertava para a necessidade de continuar organizado e combativo, como se pode observar na Circular da Confederação dos Aposentados e Pensionistas do Estado de São Paulo, citada por Haddad:

[...] alertamos aos companheiros que só podemos cantar vitória quando essas conquistas saírem do papel e forem postas em prática. *Para isso será necessário que continuemos organizados e mobilizados, como estivemos enquanto durou a Assembléia Nacional Constituinte. Companheiros, a luta não acabou; cada batalha vencida por nós é mais um avanço para a nossa efetiva participação na vida social, econômica e política brasileira.* (HADDAD, 1993, p. 83, *grifos da autora*).

Não foi preciso muito tempo para constatar como era justificada a preocupação do Movimento dos Aposentados e Pensionistas. Já em março de 1989, cinco meses após a promulgação da Constituição Federal, a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas envia uma carta aos parlamentares denunciando, entre outros fatos, o não cumprimento da Constituição no tocante ao pagamento do décimo terceiro salário de 1988, por não considerar os valores dos proventos recebidos no mês de dezembro (HADDAD, 1993).

É fato, porém, que as leis formuladas após 1988, *grosso modo*, trazem artigos referentes à velhice; entre estas leis, duas se destacam – a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso –, tanto por serem muito comentadas nos dias atuais pela sociedade, como também por haver um consenso entre especialistas da área do direito e da gerontologia de que essas leis

[...] consolidam os direitos dos idosos já assegurados na Constituição da República Federativa do Brasil, apresentando formas de concretização de instrumento legal capaz de coibir a situação de risco social, retratando as novas exigências da sociedade brasileira para o atendimento da população idosa, sob o pressuposto da manutenção da política nacional do idoso, como norma orientadora governamental na área. (SOUSA, 2004, p. 124).

Em decorrência da sanção dessas leis, é muito comum mencionar-se em congressos, seminários e noticiários ser o Brasil o detentor das melhores leis para o atendimento à população velha. No entanto, não raramente, nos mesmos eventos, profissionais e idosos denunciam a necessidade de que essas leis se façam valer no dia a dia dos velhos brasileiros, pois até o momento elas não passam de letras mortas; são “direitos apenas formalmente inseridos na lei, mas não conferem aos idosos a dignidade, o respeito e a integração no novo modelo da sociedade atual” (SOUSA, 2004, p. 9).

A Política Nacional do Idoso

Indubitavelmente, a última década do século passado pode ser considerada um marco histórico nas lutas reivindicatórias na garantia de defesa dos direitos dos trabalhadores velhos. Paz (2001) assevera que o grande propulsor foi o movimento pelos 147%, referentes à reposição de perdas nos valores das aposentadorias e pensões, em um difícil embate com o então presidente da República, Fernando Collor de Mello.

Apesar de longa, transcreve-se abaixo a reflexão de Paz (2001), de fundamental importância para se compreender quanto esta mobilização representou não só para os trabalhadores velhos brasileiros, como para toda a sociedade:

Antes de torná-lo [o movimento dos aposentados pelos 147%] mais expressivo e forte, nacional e regionalmente, tanto em suas organizações quanto nas lutas específicas, teve como resultado a maior difusão da mídia, ocupando diariamente os noticiários e, por extensão, trouxe também maior visibilidade sobre a situação precária do idoso brasileiro.

Embora sob ângulos diferentes, uma vez que o movimento dos trabalhadores-aposentados dirigia-se às suas reivindicações em relação à aposentadoria e outros direitos da previdência, a proximidade etária da maioria dos trabalhadores-aposentados se circunscreve à faixa dos idosos. Logo a mídia ressaltava e potencializava os cabelos brancos como ícone/símbolo dos sujeitos naquela luta. Por conseguinte, reportagens e documentários jornalísticos acabavam apresentando os problemas diários sofridos não só pelos trabalhadores-aposentados, mas, principalmente, pela maioria dos idosos.

A mídia destacava o mau atendimento nos bancos, nos transportes urbanos, nos serviços de saúde, nos postos da Previdência, dentre outros, trazendo à tona não somente os problemas econômicos da

previdência, mas, ainda, o reflexo de suas vidas no cotidiano urbano, as questões de negligência e violência junto aos idosos, e, também, as suas situações sociofamiliares e os problemas relativos aos direitos e às demandas sociais. A maioria dos enfoques da mídia denunciava níveis de corrupção, com desvios de recursos e verbas altamente prejudiciais à previdência, aos trabalhadores, aos trabalhadores-aposentados, à população geral e ao país.

O movimento dos trabalhadores-aposentados, conseqüentemente, deflagrou outras problemáticas e produziu novos quadros sobre a realidade, revelando surpreendentes situações sociais, políticas e econômicas que se tornaram importantes para o país. (PAZ, 2001, p. 33).

Outro fato a garantir visibilidade à velhice ocorreu também na década de 1990 e trouxe à tona o descaso com idosos abrigados em instituições de longa permanência. Quem daquela década não lembra o caso da Clínica Santa Geneveva, no município do Rio de Janeiro? Noventa e quatro idosos morreram em dois meses – mais precisamente entre abril e junho de 1996 –, por falta de higiene ou tratamento adequado. Em outras palavras, morreram por negligência, e com uma ressalva: essa clínica era subsidiada com recursos públicos para executar o atendimento. Manifestações de várias categorias e segmentos aconteceram pelo país, ocasionando o fechamento da citada clínica.

Esses episódios tiveram um amplo acompanhamento da mídia. O Estado, através do Governo Federal, promulgou em 1994 a Política Nacional do Idoso (PNI), e em 1996 assinou o decreto que regulamentava a PNI. Cada ação governamental correspondeu a uma das referidas ocorrências. A mobilização pelos 147% proporcionou a PNI, regulamentada após dois anos e meio por um decreto, o que só se verificou no período do fatídico acontecimento na Santa Geneveva.

A Lei 8.842/94 (PNI) estrutura-se como um documento e traz em seu bojo extensas recomendações para o entendimento e a maneira de compreender a velhice, sendo composta por seis capítulos.

Já em seus primeiros artigos, a PNI deixa transparente a influência recebida no tocante ao Plano de Ação da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Em seu primeiro artigo, a PNI estabelece o seguinte: “a Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. Consta no seu artigo 3º:

I - a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na

comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza.

Observa-se uma transferência da responsabilidade pela gestão do envelhecimento para a família e a sociedade civil organizada, como uma estratégia visando pôr em prática o que reza a cartilha neoliberal para a execução de políticas públicas, reduzindo assim a obrigação do Estado quanto à reprodução social do trabalho.

Responsabilizar a família pela gestão do envelhecimento implica deixar a família à sua própria sorte, porquanto esta, para atender a si mesma e aos seus velhos, depende da venda de sua força de trabalho. Caso não haja comprador, resta morrer na pobreza para aqueles desprovidos de condições de pagar pelos serviços (TEIXEIRA, 2008).

Prossegue a autora:

Parece ser cada vez mais distante a possibilidade de ter na família essa fonte de recursos disponíveis para responder às dificuldades sociais vividas por grande parte da população, principalmente, das famílias empobrecidas, agravadas com o desemprego, com a precarização do trabalho, entre outras. (TEIXEIRA, 2008, p. 269).

Na seção concernente às diretrizes, mais uma vez se prioriza o atendimento do idoso na família, em detrimento das instituições de longa permanência, restringindo ao Estado o atendimento daqueles extremamente pobres, sem a mínima condição de se manter. No entanto, determina que, caso o velho esteja doente, ele não pode permanecer nas dependências asilares, ou seja, “a carga recai sobre a família, quando esta mais necessita da intervenção do Estado” (TEIXEIRA, 2008, p. 270). A responsabilidade da família pelo processo de envelhecimento não se esgota nessas seções e artigos citados anteriormente, mas perpassa todos os artigos da PNI.

Outro aspecto a se destacar diz respeito às determinações para a área da educação. Entre elas podem-se citar: a adequação de currículos, metodologias e material didático para os programas educacionais destinados ao idoso; o desenvolvimento de programas que adotem modalidades de ensino a distância, adequados às condições do idoso; e, ainda, o apoio à criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber.

Ora, como se pode pensar em formas de universalizar os saberes num

País em que o segmento populacional acima de 60 anos possui, de acordo com o PNAD do ano de 2000 (citado no PNAD de 2014), um montante de 5,1 milhões de analfabetos? Entre os velhos que têm idade entre 60 e 64 anos de idade, a taxa de analfabetismo funcional é de 53,3%. Este percentual sobe para 67,4% quando se trata dos idosos a partir de 75 anos (IBGE, 2015).

Pode-se assim sintetizar esta subseção:

[...] a PNI é uma legislação moderna que reforça a característica brasileira de legislações complexas, ricas de proteção social, entretanto, com nítido caráter formal e legalista que não se expressa em ações efetivas de proteção. Essa lei se enquadra como nenhuma outra nas novas diretrizes (internacionais) da política social, aquela que não prioriza o Estado como garantidor desses direitos, mas como normatizador, regulador, cofinanciador, dividindo as responsabilidades da proteção social com a sociedade civil, através de ações desenvolvidas por ONGs, comunidade, família ou entes municipais. (TEIXEIRA, 2008, p. 266-7).

Nesse contexto de não viabilização da PNI e de outras leis destinadas à proteção dos velhos, o movimento organizado dos idosos continuou a pressionar o governo para a conquista de direitos. O Estatuto do Idoso foi elaborado e seguiu seus trâmites no Congresso Nacional a partir de 1997, tendo sua promulgação em formato de lei (n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003). Os reflexos desta lei no cotidiano dos velhos trabalhadores serão discutidos a seguir.

Estatuto do Idoso

Após tramitar seis anos no Congresso Nacional, o Estatuto do Idoso foi aprovado por unanimidade pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal. Visa à regulamentação das garantias dos idosos, algumas delas já asseguradas tanto pela Constituição Federal de 1988 como pela Política Nacional do Idoso e pelo Código Civil, entre outras leis. Apesar de ter sido sancionado pelo presidente da República do Brasil no dia 1º de outubro de 2003, somente entrou em vigor no dia 1º de janeiro do ano subsequente.

De acordo com Costa (2004), a Lei n.º 10.741/2003

[...] reforça os direitos do seguro velhice iniciados com a proteção social bismarckiana. Descrevendo os direitos fundamentais dos idosos mencionados na Constituição Federal, com a defesa do conjunto dos aspectos da vida que incidem no processo de envelhecimento, intenta articular um conceito de bem-estar na velhice, enfocando um certo *espírito da seguridade*. (COSTA, 2004, p. 1, grifos da autora).

Em consonância com o discurso em voga de garantia de direitos do cidadão, o Estatuto do Idoso foi elaborado com 118 artigos, organizados em sete títulos.

Já em seu primeiro artigo o Estatuto do Idoso define quem pode ser considerado idoso, seguindo a orientação da ONU, segundo a qual nos países da periferia do capital são idosas todas aquelas pessoas com idade acima de 60 anos. Assim, a Lei n.º 10.741/2003 determina que as pessoas com seis décadas ou mais ultrapassam a barreira da idade adulta e adentram na velhice.

Merece ser destacado no artigo em questão o critério utilizado para a determinação de quem deve usufruir os direitos garantidos em lei, pois isso foi definido única e exclusivamente pelo aspecto cronológico, sem levar em consideração nenhum outro aspecto como o econômico, o social, o cultural, o emocional e o de saúde. Definir critérios cronológicos para definir quem é velho, como se pode observar, é mais uma imposição das leis que determinam os direitos e deveres para o segmento envelhecido da população.

Debert afirma: “a idade cronológica só tem relevância quando o quadro político-jurídico ganha precedência sobre as relações familiares e de parentesco para determinar a cidadania” (1998, p. 17).

O terceiro artigo determina:

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, 2005).

Vale destacar alguns aspectos desse artigo: primeiro, numa sociedade desigual como é a sociedade capitalista, a igualdade de oportunidades não é oferecida da mesma forma para todos; portanto, determinar que uma categoria social seja atendida de forma prioritária na efetivação dos seus direitos pode ser considerado uma grande balela. A prioridade de atendimento de direitos neste país ocorre devido ao poder econômico de quem os está requerendo, ou seja, “em vez da universalização dos direitos, nós convivemos com a discriminação por nível de renda, idade, classe social”, como bem adverte Néri (2005, p. 10).

O segundo aspecto a merecer um pouco mais de atenção é o fato de o Estatuto, em íntegra conexão com a PNI e a ONU, priorizar o atendimento da pessoa velha por sua própria família. Além de obedecer ao ideário neoliberal, retirando do Estado a responsabilidade com as políticas públicas, ainda

[...] ignora as necessidades da família urbana, restrita, vertical, com

mulheres trabalhando fora e com número crescente de famílias com chefes-mulheres; ignora desejos e necessidades dos idosos de não coabitar com a família; confunde velhice com pobreza, remetendo o Estatuto ao século XIX, quando asilos eram lugar para mendigos, andarilhos, doentes, loucos, deficientes físicos e mentais e idosos. (NÉRI, 2005, p. 11).

Quanto à gratuidade nos transportes coletivos urbanos, prevista no artigo 230 da Constituição brasileira, bem como no artigo 39 da Lei n.º 10.741/2003, esta só é possível para aqueles que atingiram a idade de 65 anos ou mais. Em geral, os órgãos responsáveis pela regulamentação deste direito promovem verdadeiras humilhações aos velhos carentes deste serviço, desde uma quantidade enorme de documentos até longas e intermináveis filas, além de mau atendimento.

Há ainda, no Estatuto, um capítulo que trata do direito do velho a ter exercício e qualificação profissional; eis aí mais uma recomendação da ONU seguida pelo governo brasileiro. Como destaca Stefano (2002), inserir o idoso no mercado de trabalho “é, para a ONU, uma das maneiras de resolver o grave problema de envelhecimento da população e evitar a quebra dos sistemas de previdência nos países mais pobres” (STEFANO, 2002, p. 2).

Como se pode observar, o Estatuto do Idoso bem como a PNI trazem artigos que mesmo depois de tantos anos de sua promulgação não conseguiram sair do papel, principalmente os concernentes à diminuição de acumulação de lucros por parte do capital.

À GUIA DE CONCLUSÕES

A luta desenvolvida pela classe trabalhadora é o único instrumento possível para melhorar as condições de trabalho e, conseqüentemente, de vida dos trabalhadores. É o que se comprova quando se estuda a história do movimento operário. De fato, a busca da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho foi responsável pela conquista da proteção ao trabalhador na fase da velhice, em situações de doenças, entre outras (GRANEMANN, 2006).

Ao envelhecer, os trabalhadores, muitas vezes, não conseguem manter as condições mínimas para uma vida digna, pois, não sendo possuidores da propriedade privada, tendem a ser submetidos a situações de pobreza, bem como a depender de recursos provenientes do poder público (TEIXEIRA, 2008). Em decorrência da condição de vida dos trabalhadores e das lutas assumidas por eles, nascem as políticas públicas destinadas aos velhos brasileiros.

No tocante às políticas públicas de atendimento ao idoso (PNI, Esta-

tuto do Idoso etc.), estas se dão num momento em que o Brasil assume a necessidade de realizar ajustes para a retomada da expansão capitalista – e um dos alvos foram as políticas sociais. Estas, por serem frutos da luta de classes, trazem em seu bojo a geração de direitos, o que na visão do capital representa um obstáculo ao seu principal objetivo: a acumulação capitalista através da exploração da classe trabalhadora. Em decorrência disso, passam a ser, ao mesmo tempo, “alvo de desmonte” por parte do capital e de organização, por parte dos trabalhadores, para a manutenção dos seus direitos (TEIXEIRA, 2008).

As políticas sociais de atendimento à população velha apontam para algumas tendências, como: a sociedade civil como espaço de proteção social, muitas vezes mantida com recursos públicos; a responsabilização da família e do próprio trabalhador pelo seu bom envelhecer, tornando o processo generalizante e aclassista (TEIXEIRA, 2008).

Com isso, de acordo com o observado no transcorrer desta reflexão, há a construção de novas necessidades, de novos valores, de novas responsabilidades e novas atitudes. Como alerta Teixeira (2008, p. 308), “são sentimentos considerados legítimos para essa faixa etária”, propiciando não somente uma tendência para o consumo, como também mascarando a problemática do processo de envelhecimento do trabalhador.

Diante do exposto, percebe-se haver nesta sociedade de consumo uma pseudovalorização do trabalhador velho, através das instituições políticas, leis, mercadorias e serviços destinados a este segmento. No entanto, é preciso deixar claro que a valorização do trabalhador e, mais especificamente, do trabalhador velho, só será possível quando a produção da riqueza, em lugar de constituir a expansão capitalista, estiver voltada para a satisfação das necessidades inerentes ao desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília: MPAS, SAS, 1993.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso** – Lei n.º 8.842/94, Decreto n.º 1.948/96, que Regulamenta a PNI. Brasília, 2003.

BRASIL. **Relatório Nacional Brasileiro Sobre o Envelhecimento da População Brasileira**. Itamaraty. Brasília, 2002. Disponível em www2.mre.gov.br/relatorio_envelhecimento.doc. Acesso em 19 de fevereiro de 2016.

- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1988.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso** – Lei n.º 1.741/2003. Brasília. Senado Federal, 2005.
- CHASIN, J. **Método Dialético**. Apostila mimeografada. 19[]].
- COSTA, E. R. **O Estatuto do Idoso no Sistema de Proteção Social**. 2004. Disponível em agata.ucg.br/formularios/ucg/institutos/nepjur/pdf/estatutoidoso_eliane.pdf – Acesso em 14 de fevereiro de 2016.
- DEBERT, G. G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: DEBERT, G. G. (Org.). **Antropologia e velhice. Textos didáticos**. 2. ed. Campinas: IFCH/Unicamp, 1998.
- ENGELS, F. **A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1986.
- FERNANDES, M. G. M; SANTOS, S. R. dos. **Políticas públicas e direitos do idoso**: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. Revista Eletrônica Achegas. Net, n. 34, 2007. Disponível em http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf. Acesso em 1º de fevereiro de 2016.
- GRANEMANN, S. **Para uma Interpretação Marxista da Previdência Privada**. Tese de doutoramento apresentada no Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFRJ. 2006.
- HADDAD, E. G. de M. **A ideologia da Velhice**. São Paulo: Cortez. 1986.
- HADDAD, E. G. de M. **O direito à velhice**: os aposentados e a previdência social. São Paulo: Cortez. 1993.
- IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social** – Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 4. ed. São Paulo: Cortez/Celats, 1985.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: síntese de indicadores 2014. Rio de Janeiro, 2015.
- LUKÁCS, G. **As Bases Ontológicas do Pensamento e da Atividade do Homem**. São Paulo: Temas das Ciências Humanas, 1978.
- NÉRI, A.L. As Políticas de Atendimento aos Direitos da Pessoa Idosa Expressas no Estatuto do Idoso. São Paulo: SESC, 2005. **Revista A Terceira Idade**, Vol. 16, n.º 34.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

PAZ, S. F. **Drama, cenas e trama. A (situ)ação dos fóruns e conselhos do idoso no Rio de Janeiro**. Campinas, SP. 2001. Tese de Doutorado Disponível em <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000232436> Acesso em 3 de fevereiro de 2016

PEREIRA, M. B. C. **Os Reflexos da Crise do Capital na Previdência Social Brasileira**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2008.

SESC. **Lei de criação do Serviço Social do Comércio**. Decreto-Lei n.º 9.853, de 13 de setembro de 1946.

SOUSA, A. M. V. de. **Tutela Jurídica do Idoso. A assistência e a convivência familiar**. Campinas/SP: Alínea, 2004.

SPOSATI, A. FALCÃO, M. do C.; FLEURY, S. M. T. **Os Direitos dos (Desassistidos) Sociais**. São Paulo: Cortez, 1989.

STEFANO, M. **A ONU e a Velhice**: Mudança de Paradigmas In: Revista eletrônica Idade Ativa, 2002. Disponível no site http://www.techway.com.br/techway/revista_idoso/politica/politica_marcel2.htm Acesso em 10 de fevereiro de 2016.

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

CAPÍTULO III

RESPONSABILIZAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA: BREVE REFLEXÃO SOBRE O CONTEÚDO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Fabianni Meneses Costa
Karina Lúcia da Silva Antunes do Rêgo
Karla Maria Bandeira
Sheyla Mafra Holanda Maia

Resumo: Este artigo, fruto de uma análise documental, busca discutir o lugar reservado à família nas principais legislações de proteção às pessoas idosas vigentes no Brasil. Inicialmente, apresentam-se algumas considerações sobre o conceito de família, papéis e funções assumidas por esta, bem como a sua importância no cuidado e proteção à pessoa idosa. Em seguida, realiza-se uma análise das legislações selecionadas com base em algumas perguntas norteadoras. Conclui-se que, com o envelhecimento da população brasileira, as famílias são diuturnamente convocadas a garantir o cuidado dos seus velhos, recebendo escasso apoio por parte do Estado.

Palavras-chaves: Pessoa idosa; Família; Cuidado; Legislação.

INTRODUÇÃO

Dados do IBGE, na Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação, apontam que o número de brasileiros com mais 65 anos tem aumentado anualmente, passando de 5,61%, em 2000, para 8,46% da população nacional, em 2017 (BRASIL, 2017). O aumento dessa faixa populacional decorre, principalmente, da redução nas taxas de fecundidade – em 2000, a faixa etária dos 10-14 anos compunha 30,04% da população brasileira, enquanto, em 2017, esse percentual não passa dos 22,22% (BRASIL, 2017) – e do avanço na prevenção e no tratamento de doenças, que tem garantido uma maior expectativa de vida para a população idosa. Diante desse fenômeno, o número de estudos e pesquisas sobre o envelhecimento cresce nas mais diversas áreas do conhecimento.

O presente estudo constitui-se em uma pesquisa documental, de abordagem qualitativa, com revisão de literatura e análise da legislação de proteção à pessoa idosa vigente no Brasil. As legislações a serem analisadas são:

Constituição Federal (BRASIL, 1988), Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) e II Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (BRASIL, 2007).

Em relação à natureza da pesquisa, esta foi desenvolvida numa perspectiva histórica, tendo como premissa analisar os processos de transformação, de constituição e reprodução de instituições, sociedades, valores ou estruturas sociais. Para nortear os objetivos do estudo, utilizar-se-á como instrumento de coleta de dados um roteiro de análise de cada legislação, que se guiará pelas seguintes perguntas: qual o conceito de família incorporado pela legislação analisada? Se não há um conceito explícito, existem normas capazes de produzir um conceito implícito? Qual o lugar designado à família no cuidado com a pessoa idosa? O Estado aparece como responsável ou corresponsável no cuidado com a pessoa idosa? Diante das respostas obtidas, qual a importância da família e do Estado no cuidado com a pessoa idosa?

Por se tratar de uma pesquisa documental, os riscos são mínimos. Quanto aos benefícios, estes poderão ser observados à medida que os dados forem disseminados, induzindo a população a refletir sobre a atuação da família e do Estado no cuidado com a pessoa idosa.

Este trabalho apresenta como proposta analisar as principais legislações nacionais vigentes que tratam da velhice, tendo como pergunta norteadora: qual o lugar reservado à família no cuidado com a pessoa idosa nos marcos legais vigentes no Brasil?

Foram definidos os seguintes objetivos: analisar a legislação vigente, a relação família e pessoa idosa; pesquisar nas legislações específicas sobre a pessoa idosa, o conceito de família por elas incorporado; refletir sobre o conceito de família e o lugar que esta ocupa no cuidado com a pessoa idosa nas legislações; analisar a importância da família e a responsabilidade do Estado no cuidado com a pessoa idosa.

Família e envelhecimento

A finalidade em abordar esse tema implica questões decorrentes das mudanças no processo de envelhecimento e suas consequências, bem como a necessidade desse lugar /função da família como cuidadora.

Segundo Dalia, entre 1980 e 2013, o brasileiro ganhou 12,4 anos na expectativa de vida ao nascer, passando de 62,5 para 74,9 anos. Dalia comentou ainda que ter sucesso no envelhecimento não é apenas ganhar anos de vida, mas dar qualidade a eles. Essa condição representa desafios para as po-

líticas públicas, a governança em saúde e as pesquisas demográficas e epidemiológicas em saúde (apud MOROSINI, 2015).

O aumento da expectativa de vida da população, fruto dos avanços da tecnologia e da medicina, é considerado uma conquista pela sociedade. Como consequência, tem-se um aumento da parcela da população idosa, acarretando mudanças no perfil das demandas por políticas públicas, pressionando o Estado, a sociedade e a família de diferentes formas.

No que diz respeito à garantia das políticas sociais, é papel do Estado, juntamente com a sociedade e a família, prestar atendimento à pessoa idosa tal qual está assegurado nas legislações vigentes. Essa interação bem planejada, em torno de um objetivo comum, tende a resultar em um trabalho organizado, articulado e eficaz. Apesar das legislações vigentes, o que ocorre hoje no Brasil é o fato de o envelhecimento ser tratado como problema social e as respostas dadas pelo Estado não serem satisfatórias, pois se visualiza uma escassez e pouca efetividade de políticas destinadas às pessoas idosas. De uma forma geral, o sistema de proteção social brasileiro tem se caracterizado por ações fragmentadas e emergenciais, restritivas e segmentadas, eventuais e descontínuas, características essas que, em certa medida, perpassam todo o sistema.

No que tange à família, historicamente ela ocupou um papel importante no cuidado e na proteção dos membros que a compõem. Na atualidade, recebeu do Estado atribuições especiais, sendo referenciada em diversas legislações específicas, assumindo, no âmbito das políticas sociais, a função de provedora do bem-estar, como se ela se bastasse, sem necessitar da assistência a que tem direito. É possível afirmar que existe um apelo ao sentimento de solidariedade familiar, omitindo-se o Estado de prestar solidariedade pública aos seus cidadãos.

Com o envelhecimento da população brasileira, as famílias se veem desafiadas a decidir sobre as formas de garantia do cuidado às pessoas maiores de 60 anos. Estas, por sua vez, se deparam com alterações físicas e psicológicas em si próprias, mudanças nas suas possibilidades de atuação na sociedade capitalista, especialmente no que se refere ao seu lugar na estrutura comunitária e familiar. Sobre isso, conclui Beauvoir (1990, p. 8) que “[...] essa sociedade não é apenas culpada, mas criminosa. Abrigada por trás do mito da expansão e da ambulância, trata os velhos como párias”.

Dessa forma, no espaço privado de sua família, a pessoa idosa também pode vivenciar situações de exclusão e desvalorização.

Família é popularmente conhecida como o conjunto de pessoas que,

com algum grau de parentesco, vivem na mesma residência e, assim, formam um lar. De acordo com Medeiros e Osório (2001, p. 6), “Famílias são instituições com várias características, como laços de parentesco e normas de relacionamento que determinam direitos e obrigações de várias espécies a seus membros”.

A família é uma instituição que, via de regra, possui grande valor em todas as camadas sociais, tendo em vista que sua função principal é cuidar, zelar e proteger seus membros, entre outras responsabilidades. Com toda a carga social existente sobre o núcleo familiar, o Estado, no Brasil, de forma visível e significativa, esquivava-se do compromisso e da responsabilidade com a proteção social da população.

Logo, a família toma para si a responsabilidade pelos seus membros e enfrenta uma série de consequências naturais da evolução do ser humano. Entre elas, destaca-se o envelhecimento e a atividade do cuidado com a pessoa idosa.

Análise das legislações específicas de proteção

Constituição Federal de 1988

Dentro da pirâmide kelseniana (KELSEN, 1998), a Constituição Federal de 1988 ocupa o topo, sendo, pois, a norma fundamental da ordem jurídica brasileira, da qual emanam todas as demais normas. Formada por regras e princípios, compõe-se de conceitos explícitos e implícitos, determinados e indeterminados, que conformam as condutas de todas as esferas de Poder. Assim como o Sol ilumina a quem quer que esteja a ele exposto, a Constituição recai sobre qualquer indivíduo que se encontre em seu raio de abrangência. Nos limites territoriais do Estado, a Constituição rege a todos. Dessa forma, os conceitos que estejam nela incorporados servirão de base para as demais legislações e de diretriz para o Governo.

A Constituição de 1988 revolucionou a ordem jurídica, não apenas por ter sido a primeira Constituição democrática após anos de Ditadura Civil-Militar, mas por ter incorporado novos conceitos e discussões que foram pouco abordados nas Cartas anteriores. Um desses conceitos diz respeito à família, citada com suas variações (“família”, “familiar”, “familiares”) por 27 vezes no texto constitucional, 21 citações a mais que em sua predecessora, a Constituição de 1967 (BRASIL, 1967). A família, nessa nova ordem jurídico-social, recebeu um lugar de destaque, não apenas por apresentar um número maior de citações, mas, principalmente, pelos novos conceitos e papéis que passou a assumir.

A família, nessa nova ordem, assume tamanha importância que se torna, com base no art. 5º, inc. LXIII, uma garantia constitucional para aquele que é privado de sua liberdade:

O preso será informado de seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado. (BRASIL, 1988).

Da mesma forma, é garantida a impenhorabilidade da propriedade rural da família que nela trabalha e dela tira o seu sustento, nos termos do art. 5º, inc. XXVI, da CF/88, bem como é objetivo da Assistência Social proteger a família e seus integrantes nos termos do art. 23, inc. I, da CF/88 (BRASIL, 1988). No entanto, a Constituição não estabelece apenas direitos e garantias às famílias, porquanto impõe também deveres.

A educação é direito de todos e dever do Estado e da família, de forma a garantir o pleno desenvolvimento da pessoa, o seu preparo para o exercício da cidadania e a sua qualificação para o trabalho, conforme o art. 205 da CF/88 (BRASIL 1988). Também é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, nos termos do art. 227 da CF/88 (BRASIL, 1988).

Seguindo essa lista de deveres constitucionalmente estabelecidos, a norma fundamental afirma ser dever da família, da sociedade e do Estado o amparo às pessoas idosas, assegurando-lhes a participação na comunidade, de forma a defender-lhes a dignidade, bem como seu bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida, segundo o art. 230 da CF/88 (BRASIL, 1988).

Nesse diapasão, a Constituição Federal de 1988 trouxe direitos, garantias e deveres relativos à família, bem como introduziu um conceito sobre ela. No *caput* do art. 226, o legislador constitucional afirma que a família é a base da sociedade e, por isso, tem especial proteção do Estado (BRASIL, 1988). E vai além, ao dizer que a família não se constitui apenas através do laço matrimonial, como também pela união estável, podendo ser composta por qualquer dos pais e seus descendentes, famílias monoparentais.

Também vale registrar as formas de constituição de família que estão implícitas no texto constitucional, decorrendo de princípios, como a igualdade e a dignidade da pessoa humana, tais como as uniões entre pessoas do

mesmo sexo, reconhecidas pelo Supremo Tribunal Federal (STF) como entidades familiares no julgamento, em 2011, da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4.277 e da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 132 (BRASIL, 2011). Ademais, a Constituição (1988), apesar de reconhecer a família como uma unidade, não deixa de tratar dos seus membros com indivíduos singulares, possuidores de necessidades distintas e de uma assistência individualizada do Estado. Este, por conseguinte, deverá criar mecanismos para coibir a violência entre os membros da família.

Percebe-se que as normas constitucionais formam um sistema de proteção voltado não apenas para a família, mas também para os indivíduos que a compõem, tais como crianças, adolescentes, jovens e pessoas idosas que possuem um capítulo próprio na Constituição Federal: “CAPÍTULO VII Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso” (BRASIL, 1988).

Quando o assunto é pessoa idosa, as referências constitucionais são modestas; o termo é citado, com suas variações (“idoso”, “idosos”, “pessoas idosas”), apenas cinco vezes, enquanto “criança” e “adolescente”, com suas variações (“criança”, “crianças”, “adolescente”, “adolescentes”), receberam nove e dez citações, respectivamente. No entanto, a correlação entre esses temas e a importância dada pelo legislador constitucional vai além do número de citações. No “Capítulo VII, Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso”, das várias normas que tratam sobre a família e seus membros, apenas as duas últimas, os arts. 229 e 230, abordam especificamente a pessoa idosa (BRASIL, 1988). O assunto foi pouco explorado pelo legislador constitucional, o que demonstra ainda o pouco interesse do Governo e da sociedade no assunto. Contudo, as referidas normas têm importante repercussão jurídico-social, decorrendo delas legislações importantes, tais como o Estatuto da Pessoa Idosa e normas do Código Civil de 2002.

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos, é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos. (BRASIL, 1988)

As relações familiares têm seu esteio, entre outros, no princípio da soli-

dariedade. Sem ele, não há família. Os membros da entidade familiar se inter-relacionam e estabelecem uma dinâmica própria com base nas tarefas que reciprocamente realizam de forma solidária. Assim, os pais ajudam os filhos, e os filhos devem ajudar os pais. Trata-se de uma relação de mutualidade que não tem limite temporal e persistirá até o fim da existência da pessoa natural, com a morte, conforme preconiza a legislação civil (BRASIL, 2002).

O dever dos pais em relação aos filhos não se encerra na menoridade. As legislações infraconstitucionais e a ampla jurisprudência já reconhecem um dever que vai além dos 18 anos, com o fim de compor dignamente a formação daquele indivíduo. Por conseguinte, o dever dos filhos em relação a seus pais também não se resume à velhice destes, mas a qualquer momento em que estes precisem daqueles. A solidariedade entre pais e filhos é plena e contínua. Havendo necessidade de um e possibilidade do outro, o dever é certo.

Mas o dever em relação às pessoas idosas não emana apenas dos filhos que porventura eles tenham, porém do núcleo familiar como um todo, bem como da própria sociedade e do Estado. Cada uma dessas entidades realiza, na dinâmica social, um papel importante para amparar, cuidar e defender as pessoas idosas. Não deve haver superposição de obrigações; a família não é mais nem menos responsável que o Estado ou a sociedade, ela é corresponsável assim como os demais.

Nesse sentido, diante da norma que afirma que “[...] os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares” (BRASIL, 1988), há papéis distintos de atuação para cada um dos entes: o Estado deve garantir, por meio dos programas de amparo, o cuidado domiciliar com a pessoa idosa mediante investimentos em políticas públicas e efetivos instrumentos para a consecução desse objetivo; a sociedade deve fiscalizar se a referida norma está sendo cumprida, se as pessoas idosas estão efetivamente sendo cuidadas em seus lares; e a família, além de fiscalizar, deve comprometer-se com o cuidado, um agir que, segundo Souza, não se limita apenas a alimentar e proteger: implica também socializar e permitir que alguém se desenvolva como um membro de seu grupo social (SOUZA, 2006).

Estatuto da Pessoa Idosa

O Estatuto do Idoso, Lei Federal nº 10.741/2003 (BRASIL, 2003), ampliou os direitos previstos na Lei Federal nº 8.842/1994 (BRASIL, 1994), bem como na Constituição Federal de 1988, às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Apresenta-se com 118 artigos; consolida-se como instrumento/mecanismo de defesa da cidadania da população idosa brasileira, dando-lhes

ampla proteção jurídica para usufruir dos seus direitos.

Diante do estudo realizado nessa legislação, tentando identificar o lugar da família no cuidado com a pessoa idosa, verificamos inicialmente no art. 3º que a proteção à pessoa idosa é

[...] obrigação da família, comunidade, sociedade e do poder público, assegurando a esta população a efetivação dos direitos à vida, à educação, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003).

Percebe-se que não só a família tem responsabilidade no cuidado com as pessoas idosas; à comunidade, à sociedade e ao Estado incute também esse dever.

Um relevante papel na proteção constitucional à pessoa idosa é atribuído à família no Estatuto do Idoso, apesar de estar implícito o conceito de família nessa legislação. A entidade familiar tem o dever de coibir a violência, o abandono e a discriminação no âmbito de suas relações. A família é a maior conhecedora das necessidades, dificuldades e dos anseios dos seus membros, devendo, por isso, ser a primeira a deles cuidar e protegê-los. Caso algum membro do núcleo familiar venha a abandonar uma pessoa idosa ou se omita quanto à sua subsistência, deixando esta de ser provida nas suas necessidades básicas, tal conduta poderá caracterizar o crime previsto no art. 98:

Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado: Pena – detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa. (BRASIL, 2003).

Com o aumento da longevidade e de novos arranjos familiares, é necessário pensar em estratégias para enfrentar uma demanda que é crescente, pois a atual tendência reside no fato de que as pessoas idosas, incapacitadas de fazer suas tarefas diárias, precisem permanecer junto às suas famílias; estas nem sempre estarão disponíveis e presentes de modo permanente e estável. Para Miotto (2010), a família pode ser definida como núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos.

Segundo o Estatuto do Idoso, o Estado também tem um papel fundamental no cuidado com as pessoas idosas no que diz respeito, principalmente, aos direitos fundamentais: do Direito à Vida; à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade; Saúde; Educação, Cultura, Esporte e Lazer; Assistência Social;

Habitação; Transporte; Profissionalização e do Trabalho (BRASIL, 2003), sendo responsável na execução do atendimento para essa população específica.

Essa legislação trata também das medidas de proteção à pessoa idosa, com o objetivo de punir todo aquele que violar ou ameaçar seus direitos por ação ou omissão, não importando por quem seja praticada: família, comunidade, sociedade e Estado. Essas medidas podem ser aplicadas de forma isolada ou cumulativa, visando sempre à proteção à pessoa idosa.

O art. 43, incisos I, II, III, define com precisão em que condições é exigida a aplicação das medidas de proteção a essa população (BRASIL, 2003). No inciso II, a preocupação do Estatuto é proteger a pessoa idosa da própria família, curador ou entidade de atendimento, quando estes, por omissão ou abuso, negligenciarem o dever de assistência e os cuidados necessários a essa população. Assim, ao se aplicar alguma medida de proteção, deve-se, prioritariamente, aplicar aquela que melhor se ajuste à interação familiar e social da pessoa idosa, evitando afastá-la do seu ambiente de convivência (BRASIL, 2003).

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada pela Portaria nº 2,528, de 19 de outubro de 2006, tem a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

É possível identificar nessa política quatro grandes eixos: envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e ações intersetoriais; recursos para atenção à saúde; e fortalecimento do controle social (BRASIL, 2006).

A PNSPI tem a necessidade de enfrentamento de desafios que implicam diretamente o contexto que se está a elucidar, a exemplo do número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil, previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado com a pessoa idosa, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), um papel fundamental (BRASIL, 2006).

Essa legislação tem a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da população idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com

os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que o conceito de saúde se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica. Nessa Portaria, a família aparece como executora do cuidado da pessoa idosa, e o Estado, como responsável no cumprimento da execução do direito (BRASIL, 2006).

A PNSPI destaca a intersetorialidade para o fortalecimento do vínculo com a comunidade no princípio da territorialidade com o intuito de facilitar o acesso, principalmente, à pessoa idosa e seus familiares. No que diz respeito à presença de incapacidade, é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (BRASIL, 2006).

Dentro das diretrizes da PNSPI, destaca-se a Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa, que estabelece os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006), salientando-se a disponibilidade e a possibilidade do acesso aos serviços.

Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa

O Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa afirma que, devido ao crescimento do número de idosos no Brasil, torna-se mais recorrente encontrar-se essa população em “situação de abandono ou sendo vítima de maus-tratos praticados, na maioria das vezes, pelos seus próprios familiares” (BRASIL, 2007).

Na análise do Plano, encontramos a família definida como “locus privilegiado de moradia e de cuidado dos idosos de toda classe social” (BRASIL, 2007). Não aprofunda, mas pontua a necessidade desta de receber investimento para que possa tratar a pessoa idosa com dignidade e respeito, embora não haja clareza em relação à definição de quem deve propiciar esse investimento.

O Plano discute as formas mais frequentes de violência contra a população idosa: violência física, violência psicológica, abuso sexual, abandono, negligência, abuso financeiro e autonegligência. Ao abordar a questão da negligência, o plano aponta os familiares como frequentes agressores (BRASIL, 2007). Também se identifica a família como algoz na definição de abandono, dessa vez acompanhada pelo Estado:

[...] forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção. (BRASIL, 2007, p. 13).

Quando aborda o abuso financeiro e econômico, o Plano destaca que esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.

Como forma de enfrentamento à violência, o Plano em questão define prioridades de ação, sendo descritas em cinco categorias de espaço socioambiental e cultural: espaço cultural coletivo, espaço público, espaço familiar, espaço institucional e espaço acadêmico (BRASIL, 2007). Na análise de cada espaço, foram estabelecidas metas e ações estratégicas a serem desenvolvidas pelos seguintes órgãos: Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério da Educação, Ministério das Cidades e pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, para o enfrentamento da violência contra as pessoas idosas (BRASIL, 2007). Em várias das metas propostas, identificam-se ações voltadas à família, apresentada como principal responsável por oferecer cuidados ao seu idoso. O Estado, por sua vez, surge como responsável pela proteção apenas das famílias que não têm condições de cuidar dos seus velhos. (BRASIL, 2007).

A família ora apontada pelo plano como principal algoz das pessoas idosas também surge como responsável pelos cuidados, sobretudo porque é tratada como principal espaço de proteção dos seus velhos. Sobre isso, Peixoto (2004, p. 74) afirma que

Se o Estado não intervém para minimizar a má distribuição de renda, se o orçamento público para as políticas sociais diminui a cada ano, se o seguro-desemprego e o seguro-doença são ínfimos, e se os raros programas sociais existentes são destinados a uma parcela restrita da população brasileira, a família é o único apoio que resta.

Na análise do Plano, percebe-se o esforço dos elaboradores de prever metas que fortaleçam a família, mas sempre no sentido de propiciar formação e apoio para que elas possam assumir, integralmente, o cuidado com seus idosos.

De forma pouco aprofundada, o Plano aponta que, muitas vezes, as pessoas idosas que vivenciam situação de abandono ou falta de assistência têm como motivo principal a situação de miséria das suas famílias. Caso se analise a situação de pobreza em que se encontra uma camada significativa da população brasileira, constatar-se-á que a pessoa idosa não é a única que sofre com situações de violência. A ausência de políticas públicas e a falha da atuação do Estado como responsável por zelar pela dignidade da pessoa humana em todas as faixas de idades colaboram para o aumento dos índices de violência.

É importante salientar também que, ao se analisar o fenômeno da violência no Brasil, um dado importante é o preconceito contra as pessoas idosas,

pois, em muitos casos, esse preconceito termina se manifestando em agressões e maus-tratos. É necessária, por parte do Estado, a adoção de políticas públicas no âmbito da educação, para que as questões sobre o envelhecimento humano sejam discutidas nas escolas e universidades. É fundamental ainda investimento em campanhas educativas vinculadas aos meios de comunicação, que fortaleçam a cultura do respeito aos maiores de 60 anos.

Por fim, o Plano ora analisado expirou em 2010, e, até o momento, não há nada concreto no sentido da continuidade das ações que foram propostas. Hoje, a violência contra a pessoa idosa é registrada diariamente, por meio das delegacias especializadas, Ministério Público, disque-denúncias, tendo visibilidade nos meios de comunicação, especialmente porque tem sido mais frequente, sobretudo porque esse segmento etário continua crescendo numericamente no País.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 não estabelece limites aos papéis que devem ser assumidos pelos entes corresponsáveis pela proteção à pessoa idosa: família, sociedade e Estado. Esteja o velho em uma família rica ou pobre, a atuação desses partícipes se faz necessária e, em muitos casos, obrigatória. No entanto, na análise das legislações infraconstitucionais, o Estado mitiga sua responsabilidade, o que acaba por transferir à família boa parcela da sua atuação.

Na análise do Plano de Enfrentamento à Violência, constatou-se que o Estado delimita sua atuação às famílias que não possuem condições de cuidar dos seus velhos, embora a violência não aconteça apenas na esfera das famílias de baixa renda. A Constituição, ao tratar dos deveres em relação à pessoa idosa, mais especificamente da criação de mecanismos para coibir a violência, não estabelece nenhuma distinção em relação ao contexto econômico no qual o idoso está inserido.

Conclui-se que a família, ao longo dos anos, tem sido constantemente convocada a assumir o cuidado com seus idosos. Exemplo disso ocorre quando o Estatuto do Idoso estabelece, em seu artigo 16, que “ao idoso internado ou em observação é garantido o direito ao acompanhante” (BRASIL, 2003, *online*), e vários serviços de saúde tratam isso como dever, obrigando os familiares a permanecer cuidando dos seus idosos, desconsiderando que, para a sua subsistência, os membros de muitas famílias são inseridos em trabalhos exaustivos, com vínculos frágeis, ficando impossibilitados de assumir integralmente o cuidado com seu idoso em situação de internação.

Ademais, o Estado, quando se omite de exercer o seu papel de executor de políticas e de ser o principal responsável pela garantia dos direitos,

violenta todo o grupo familiar. Quanto ao segmento idoso, objeto desta análise, o Estado pode ser reconhecido como aquele que promove as discrepâncias entre o direito legal e o direito real, quando não garante a efetivação das políticas em favor do segmento; ao contrário, registram-se, nas ações do Estado, omissões, centralização dos cuidados pela família, ações fragmentadas e focais nos programas governamentais.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BRASIL. Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. Promulgada em 24 de janeiro de 1967. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe Sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe Sobre a Política Nacional do Idoso, Cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 25 abr. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Brasília, DF, 10 jan. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BRASIL. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa**. Brasília, Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2007, Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/11.pdf> Acesso em: 18 abr. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, Disponível em: <http://>

www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude daPessoaIdosa.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 25 maio 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI nº 4.277**. Relator: Ministro Ayres Britto. Brasília, DF, 5 de maio de 2011. Dje N.º 198. Brasília, 14 out. 2011. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=11872>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

_____. Supremo Tribunal Federal. **ADPF nº 132**. Relator: Ministro Ayres Britto. Brasília, DF, 5 de maio de 2011. Dje N.º 198. Brasília, 14 out. 2011. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2598238>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito**. 8. ed. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2009.

SOUZA, Marcelo Medeiros Coelho de; OSÓRIO, Rafael. **Arranjos Domílicios e Arranjos Nucleares no Brasil: Classificação e Evolução de 1977 a 1998**. 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0788.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MIOTO, Regina Célia. **Família, Trabalho com Famílias e Serviço Social**. 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584/6835>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

_____. **Cuidados Sociais Dirigidos à Família e Segmentos Sociais Vulneráveis**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UnB, 2000. p. 217-224.

MOROSINI, Liseane. **Informação Protege Envelhecimento**. Radis: Não Tão Raras, São Paulo, n. 149, p. 21-23, fev. 2015. Mensal. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_149_site.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

PEIXOTO, Clarice Ehlers. **Família e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

SOUZA, Rosane Mantilla de. Configurações Plurais. **Viver Mente e Cérebro**. São Paulo, n. 167, p. 56-72, dez. 2006. Mensal.

CAPÍTULO IV

A PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NA VELHICE: ASSISTÊNCIA SOCIAL E FAMILIAR

*Maria Florência dos Santos
Thamiris Inoué Rios
Ana Lúcia Oliveira da Silva*

Resumo: O objetivo geral deste artigo é identificar as atribuições da proteção social básica e da família perante a pessoa idosa; e os específicos: entender o surgimento da política de assistência social como direito, analisar a proteção social básica para a pessoa idosa e verificar o papel da família e do Estado com relação ao cuidado à pessoa idosa. A metodologia foi a pesquisa bibliográfica sob a concepção teórico-metodológica histórico-crítica. Família e Estado possuem responsabilidades com a pessoa idosa; com o neoliberalismo, o Estado passa a dividir suas responsabilidades com a sociedade e a culpabilizar a família e o indivíduo por situações de vulnerabilidades sociais.

Palavras-Chave: Pessoa Idosa. Assistência Social. Família. Proteção Básica. Estado.

INTRODUÇÃO

O entendimento da Assistência Social como direito é recente na história do Brasil e durante muitos anos esteve ausente das formulações de políticas no País. O marco que confere a condição de política à Assistência Social, constituindo o tripé da Seguridade Social em conjunto com a Saúde e a Previdência Social, ainda se encontra em construção.

A partir da Constituição Federal (CF) de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, foi promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que estabelece normas e critérios para a organização da Assistência Social enquanto direito. A implementação das transformações legalmente regulamentadas percorre uma trajetória de desafios, dificuldades e riscos de conservadorismos, embora seja possível visualizar avanços e tentativas de superação da tradição histórica da área.

A inclusão da Assistência Social como política pública de proteção social regulamentada em diversas legislações, como a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS),

além de outras normas técnicas, vem provocando mudanças de paradigma no trato da assistência e nas suas formas de gestão, que se encaminham para a consolidação definitiva do estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na LOAS.

O artigo ora apresentado discute acerca dos serviços disponibilizados para a pessoa humana na fase da velhice pela política de assistência social no tocante à proteção social básica. Sabe-se que a população idosa está crescendo significativamente, por isso surge a necessidade de um investimento na problemática da velhice, consubstanciado em propostas sustentadas na ideia de que se deve prestar assistência à pessoa idosa, segmento este em larga expansão. É também relevante conhecer a rede de atendimento e os programas disponíveis para famílias deste segmento.

A política de assistência social tem como foco a matricialidade socio-familiar, fato que representa um avanço, pois se a família estiver sensibilizada a respeito das questões que perpassam todas as fases da vida – incluindo maternidade, infância, adolescência, fase adulta e velhice –, seus membros poderão lidar com maior facilidade com as habilidades, dificuldades e potencialidades que cada um poderá apresentar nas diversas fases do desenvolvimento, uma vez que o processo de envelhecimento tornou-se um fenômeno, sendo considerado um marco na história da humanidade.

A assistência no Brasil era oferecida pela perspectiva da tutela e do favor, com práticas de cunho assistencialista, a exemplo de caridade, filantropia e benemerência. O assistencialismo consiste, justamente, em potencializar este sentimento ao ponto de comprometer o receptor da ação numa relação de troca na qual a gratidão é substituída por favores.

A desresponsabilização do Estado na condução das políticas sociais acentuava as desigualdades sociais e o desemprego, fazendo com que a população não tivesse garantidos os direitos fundamentais. Após lutas da classe trabalhadora, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a Seguridade Social, que envolve saúde, assistência e previdência social, passou a ser direito. Sabe-se que saúde e assistência social constituem direitos que prescindem de contribuição prévia.

Este artigo tem como objetivo geral: identificar as atribuições da proteção social básica e da família perante a pessoa idosa; e como específicos: entender o surgimento da política de assistência social como direito; analisar a proteção social básica para a pessoa idosa; e verificar o papel da família e do Estado com relação ao cuidado à pessoa idosa. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, mediante artigos científicos, livros, leis e teses refe-

rentes à temática abordada.

A concepção teórico-metodológica que norteou o estudo foi de caráter histórico-crítico, pois, para compreender a realidade, é necessário duvidar daquilo que aparenta ser:

A totalidade concreta como concepção dialético-materialista do conhecimento do real [...] significa, portanto, um processo indivisível, cujos momentos são: a destruição da pseudoconcreticidade, isto é, da fetichista e aparente objetividade do fenômeno, e o conhecimento da sua autêntica objetividade; em segundo lugar, o conhecimento do caráter histórico do fenômeno, no qual se manifesta de modo característico a dialética do individual e do humano em geral; enfim, o conhecimento do conteúdo objetivo e do significado do fenômeno, da sua função objetiva e do lugar histórico que ele ocupa no seio do corpo social. (KOSIK, 1976, p. 51-52).

Assim, torna-se possível manipular a realidade, mas não conhecer sua essência. Foi o conhecimento desta última que se buscou apreender com o desenvolvimento desta pesquisa. É preciso sair da aparência, essa pseudoconcreticidade, e compreender a história.

Desta forma, primeiramente foi desenvolvido um tópico sobre a trajetória da política de assistência social no Brasil, pois é necessário conhecer sua gênese, perceber as mudanças, os avanços, os limites e as possibilidades que poderão ser traçadas. Em seguida, foram discutidos os programas oferecidos pela proteção social básica, com suas condicionalidades e seus critérios de seleção. O próximo tópico discutiu acerca da velhice, interrogando de quem é esta responsabilidade: família ou Estado? E por fim, foram tecidas algumas considerações.

Trajetória da política de assistência social no Brasil

A assistência aos desamparados e necessitados nem sempre foi um direito social no Brasil, pois este é fruto de lutas e conquistas da classe trabalhadora e subalterna.

Desde o século XVIII, a filantropia e a Assistência Social associavam-se intimamente às práticas de caridade no Brasil. Dependiam de iniciativas voluntárias e isoladas de auxílio aos pobres e desvalidos da “sorte”. Essas iniciativas partiam das instituições religiosas que, sob o prisma da herança moral cristã, dispensavam seus cuidados, oferecendo abrigos, roupas e alimentos, em especial às crianças abandonadas, aos velhos e doentes em geral. (BORBA, 2011, p.42).

Percebe-se que a assistência era oferecida através da filantropia e do favor, práticas do assistencialismo, pois o Estado não tinha a responsabilidade de garantir direitos sociais. Foram necessárias algumas alterações, já que,

[...] num marco democrático, para servir ao monopólio, o Estado deve incorporar outros interesses sociais; ele não pode ser, simplesmente, um instrumento de coerção – deve desenvolver mecanismos de coesão social. (NETTO, BRAZ, 2012, p. 217, grifos dos autores).

Até a década de 1920, a questão social era tratada com repressão e como caso de polícia; só a partir de 1930, no Brasil, o Estado passou a intervir nas manifestações da questão social, pois a classe trabalhadora começou a demandar seu reconhecimento por parte do Estado e exigiu respostas às questões trabalhistas e sociais. O governo começou a traçar políticas para atender às necessidades dos trabalhadores, com o objetivo de se legitimar diante desta classe e manter a ordem e a coesão social.

Neste contexto, a assistência social era reservada aos pobres e necessitados no Brasil, não constituindo um direito social. Sua história está ligada à criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, “[...] com a finalidade de prestar auxílio às famílias dos expedicionários brasileiros” (YAZBEK, 2006, p. 125). A LBA marcou o início da intervenção do Estado nas expressões da questão social, embora fosse marcada por ações paternalistas, emergenciais e clientelistas (YASBEK, 2006).

A partir de 1988, como resultado de lutas da classe trabalhadora, foram conquistados alguns direitos sociais incluídos na Constituição Federal de 1988 que, em seu art. 6º, dispõe sobre: educação, saúde, alimentação¹, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e infância, e assistência aos desamparados.

A seguridade social está preconizada no art. 194, o qual envolve a saúde, a previdência social e a assistência social. A previdência requer um período de contribuição; já a saúde e a assistência social não exigem uma contribuição prévia. O art. 203 afirma que a assistência é direito assegurado àqueles que dela necessitarem, independentemente de contribuição, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes²; III - a

¹ Este direito social foi recentemente incluído neste rol a partir da emenda constitucional 64/2010.

² A palavra “carentes”, expressa no inciso II do artigo 2º da LOAS, encontra-se em desuso, tendo a Administração Pública empregado na prática e nos documentos relacionados à política de Assistência social a expressão “em situação de vulnerabilidade e risco social” em substituição àquela.

promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência³ e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. (BRASIL, 1988).

Em virtude da promulgação da CF/1988, a assistência social tornou-se uma política pública, constituída como uma “ação coletiva que tem por função concretizar direitos sociais demandados pela sociedade e previstos em lei” (PEREIRA, 2007, p. 223). Tal política visa garantir necessidades da classe trabalhadora e subalterna, independentemente de contribuição, pois todo cidadão que necessitar de assistência a terá garantida por lei, como direito social.

Na década de 1990 foram criadas algumas leis que visavam regulamentar direitos promulgados na CF/88. Em 1993 foi instituída a Lei nº 8.742/93, que dispõe sobre a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), versa sobre a organização da assistência e dá outras providências, além de expandir o leque de garantias de direito, distanciando-se das práticas assistencialistas muito comuns anteriormente. Ainda na LOAS é definido cada tipo de proteção expresso no art. 6º-A. A assistência social organiza-se pelos seguintes tipos de proteção:

I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos. (BRASIL, 1993).

Segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, aprovada pela Resolução nº 109/2009, tem-se definido o papel de cada proteção social, tanto básica quanto especial, de alta e média complexidade. Vale salien-

³ A expressão “pessoa portadora de deficiência” a que se referem os incisos IV e V do artigo acima aludido também se encontra em desuso, tendo sido substituída na prática pelo termo “pessoas com deficiência”, haja vista que a condição de deficiência faz parte da própria pessoa. A Assembleia Geral das Nações Unidas, por intermédio da Resolução nº A 61/611, de 6/12/2006, aprovou a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, corroborando o emprego da nova terminologia.

tar que a maior ênfase será dada à proteção social básica, objeto deste artigo.

Ainda segundo a LOAS, a proteção social básica será ofertada pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). O CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial e se localiza em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais de proteção social básica às famílias. A política de assistência social

[...] age não só no sentido de livrar seus destinatários dos infortúnios do presente, mas também das incertezas do amanhã, protegendo-os preventivamente das adversidades causadas por enfermidades, velhice, abandono, desemprego, desagregação familiar etc. É nesse sentido que ela deve funcionar como uma rede de proteção impeditiva da pobreza extrema. (PEREIRA, 2007, p. 225).

Esta prevenção deve acontecer principalmente nos serviços de proteção básica, em uma fase na qual os vínculos familiares ainda não foram rompidos, apesar de estarem bastante fragilizados e necessitando de ações de fortalecimento. A proteção social básica oferece: o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas (BRASIL, 2009).

A proteção ocorre também nos serviços de alta e média complexidade, quando já houve a quebra de vínculos e a prática de violência nas suas diversas formas. É executada pelo Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), responsável pela proteção especial de média e alta complexidade. A média engloba: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado de Abordagem Social; Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Pessoa Idosa e suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (BRASIL, 2009).

Já a Proteção Especial de Alta Complexidade compreende: Serviço de Acolhimento Institucional; Serviço de Acolhimento em República; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências (BRASIL, 2009). De forma geral,

[...] a política de assistência social, de medida ativa e positiva, além de procurar corrigir injustiças, visa prevenir situações de vulnerabilidade e riscos sociais que representam ameaças, perdas e danos a vários segmentos sociais. (PEREIRA, 2007, p. 225).

Essa política, em síntese, é destinada a prevenir e buscar superar situações de fragilidade e de violação dos direitos sociais. Serão abordados no próximo item os serviços disponíveis na proteção social básica. Resta-nos saber ainda se tais serviços estão realmente atendendo às necessidades dessa população em vulnerabilidade e risco social. E, no que tange à pessoa idosa, ter conhecimento se essa política está prevenindo a prática de violência contra o referido segmento; se está sendo eficaz quanto ao fortalecimento dos vínculos do indivíduo com seus familiares, evitando assim o isolamento social, e até a institucionalização; bem como de que maneira o Estado está dando suporte para que as famílias possam conviver com seus (suas) idosos (as) de forma digna.

Os programas ofertados na proteção social básica

No âmbito da assistência social, a proteção social implica tanto serviços especializados quanto a garantia de renda. De acordo com o artigo 2º da LOAS, a assistência tem entre seus objetivos:

A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e a [...] garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. (BRASIL, 1993).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício de transferência de renda individual, não vitalício e intransferível, sendo um dos avanços da CF (1988). Está regulamentado pela LOAS em seu art. 20 como a garantia de um salário mínimo direcionado a pessoas com deficiência e às pessoas idosas que comprovem não possuir meios de prover sua própria manutenção nem de tê-la provida pela família, desde que a renda *per capita* familiar seja inferior a 1/4 do salário-mínimo.

Em virtude de abordar matéria referente à pessoa idosa, também pode ser encontrado no Estatuto do Idoso. Apesar de se tratar de um benefício da assistência, o BPC é gerido pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), incluindo os procedimentos administrativos para seu deferimento ou indeferimento.

É oportuno lembrar que se deve considerar essa renda *per capita* familiar como mais um viés de restrição fortemente presente nos critérios de cessão do BPC. Em relação ao Benefício de Prestação Continuada, Rocha (2002, p. 4) afirma que:

Este benefício contradiz o aspecto de um programa de renda mínima que deve ser universal e, neste caso específico, nem todos os idosos e pessoas portadoras de deficiência têm direito a receber, pois ao determinar limite para a idade (acima de 65 anos o idoso) e condições de incapacidade (para o trabalho e à vida independente), exclui parcelas consideráveis deste grupo de pessoas.

Estudos mostram que majoritariamente a população brasileira é pobre ou miserável, o que não difere da realidade vivenciada pelos (as) idosos (as).

No Brasil, os 10% mais ricos da população são donos de 46% do total da renda nacional, enquanto os 50% mais pobres – ou seja, 87 milhões de pessoas – ficam com apenas 13,3% do total da renda nacional. Somos 14,6 milhões de analfabetos, e pelo menos 30 milhões de analfabetos funcionais. (WEISSHEIMER, 2006, p. 9).

Neste contexto, diante da insólita situação da população brasileira, que faz conviver uma massa de pobreza em um país desenvolvido industrialmente, há a necessidade de um perfil das políticas sociais no qual se inscreva estrategicamente a política de assistência social como instrumento do trabalho e, conseqüentemente, de socialização política (SPOSATI, 1995).

O trabalho social realizado com famílias no âmbito do PAIF tem por objetivo contribuir para a convivência, o reconhecimento de direitos e as possibilidades de intervenção na vida social de cada indivíduo; estimulando as potencialidades da família e da comunidade para promover espaços coletivos de escuta e troca de vivências.

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009) é um marco importante para a proteção social básica. Neste contexto, conta-se com a proteção básica para dar suporte e apoio às famílias, mediante o serviço do PAIF ofertado nos CRAS.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. (...) É serviço baseado no respeito à heterogeneidade dos arranjos familiares, aos valores, crenças e identidades das famílias. Fundamenta-se no fortalecimento da cultura do diálogo, no combate a todas as formas de violência, de preconceito, de discriminação e de estigmatização nas relações familiares. (BRASIL, 2009, p. 6).

Nesse sentido, o referenciamento dos serviços nos CRAS visa ampliar a capacidade protetiva das famílias por meio da responsabilização do Estado:

O CRAS materializa a presença do Estado no território, possibilitando a democratização do acesso aos direitos socioassistenciais e contribuindo para o fortalecimento da cidadania. Ao eleger a territorialização como eixo estruturante do SUAS, reconhece-se que a mobilização das forças no território e a integração de políticas públicas podem potencializar iniciativas e induzir processos de desenvolvimento social. A integração de políticas, por sua vez, é potencializada pela clareza de objetivos e pela definição de diretrizes governamentais. (BRASIL, 2009 c, p. 13-14).

Sobre o perfil dos usuários do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, prevê a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais:

- Idosos(as) com idade igual ou superior a 60 anos, em situação de vulnerabilidade social, em especial:
- Idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada;
- Idosos de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda;
- Idosos com vivências de isolamento por ausência de acesso a serviços e oportunidades de convívio familiar e comunitário e cujas necessidades, interesses e disponibilidade indiquem a inclusão no serviço. (BRASIL, 2009 c, p. 12).

São essas as exigências apresentadas pela política de assistência social para que a pessoa idosa possa participar dos serviços de convivência. Sabendo que a população idosa está crescendo, é urgente pensar como as políticas estão se organizando para dar conta das demandas dessa população, pois após a aposentadoria, como ficará esse segmento idoso, uma vez que a política prevê critérios de inclusão para participar do serviço? E com relação àqueles que não se encaixem nessas exigências?

No tocante à Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, existe a seguinte definição de trabalho essencial desenvolvido pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos:

Acolhida; orientação e encaminhamentos; grupos de convívio e fortalecimento de vínculos; informação, comunicação e defesa de direitos; fortalecimento da função protetiva da família; mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio; informação; banco de dados de usuários e organizações; elaboração de relatórios e/ou prontuários; desenvolvimento do convívio familiar e comunitário; mobilização para a cidadania. (BRASIL, 2009 c, p. 13).

É nesse contexto que a assistência social vem se configurando no âmbito de um sistema de proteção social de caráter seletivo, restrito e centrado na pobreza, voltada a populações vulneráveis.

Sob a orientação do ideário neoliberal, a Assistência Social se encontra imersa em um campo de tensão entre uma possibilidade de ruptura mediante a sua afirmação como política de direitos; e a continuidade [...] acerca da proposição do Estado caritativo ou assistencial que busca, mediante a destruição dos fundos públicos, corrigir as desigualdades e intervir na pobreza com a caridade pública ou com ações estatais pontuais, evasivas e eventuais. [...]

A orientação neoliberal preconiza programas seletivos e focalizados que podem conduzir à regressão de direitos que, embora assegurados no plano jurídico-legal, não vêm sendo efetivados no plano político-institucional. Na esfera diversa e complexa das necessidades dos segmentos mais pobres, ao invés de direitos são administrados favores e benesses arraigadas por uma cultura secular de clientelismo e paternalismo que dificulta o protagonismo e o processo emancipatório desses segmentos como classe. (ARAÚJO, 2003, p. 72-73).

A assistência social desde sua gênese esteve atrelada ao assistencialismo, embora tenha ganhado o *status* de política pública, dever do Estado e direito do cidadão. Sempre conviveu na tensão entre direito e favor. A própria lacuna deixada pela lei não garante o direito universal, mas aqueles que preenchem os requisitos estabelecidos, como uma forma de selecionar os mais pobres. Com a investida de orientação neoliberal, essa seleção é mais acirrada, como forma de conter gastos nesta área. Assim, o Estado passa a dividir suas responsabilidades com a sociedade civil e com a família.

A velhice: responsabilidade da família ou do Estado?

Com o aumento da população idosa, as responsabilidades para com esse segmento aumentaram; assim, a família passou a exercer um papel fundamental: o papel de cuidadora. De acordo com Lemos e Medeiros (2006, p.1.228, *grifos das autoras*):

A palavra *cuidado* deriva de *cura*, que, na sua forma latina mais antiga, era usada num contexto de relações de amor e de amizade. Era expressão de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada, ou por um objeto de estimação. Segundo outros autores, cuidado deriva de *cogitare/cogitarus*, cujo sentido é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, desvelo e preocupação.

Espera-se uma reciprocidade após os pais serem cuidadores dos filhos; que esses filhos ofereçam tal suporte e cuidado à pessoa idosa. Este cuidado é considerado vital em qualquer fase da vida. Sob o aspecto legal:

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. (BRASIL, 1988, online).

Segundo Caldas (2002), o cuidado da maioria dos(as) idosos(as) é realizado voluntariamente e sem remuneração por um sistema de suporte informal: a família, os amigos, vizinhos e membros da comunidade. Provavelmente essa influência faz parte da tradição histórica, cultural e religiosa de nosso país, influenciando para que a família predominasse como alternativa para este tipo de cuidados. Porém, existem várias razões que nos levam a considerar que a família não pode ser a única estrutura responsável pelo ser que envelhece. Entre elas, existem idosos(as) cujas famílias são muito pobres para prover um cuidado adequado. Em outros casos, os familiares não dispõem de tempo suficiente. Existem ainda os(as) idosos(as) que perderam o contato com as suas famílias ao longo dos anos. Muitos(as) não querem ser dependentes de seus familiares e, em diversas situações, os membros da família não estão dispostos, estão despreparados ou estão sobrecarregados por tais responsabilidades.

A família historicamente vem sendo reconhecida como relevante na esfera da proteção social, porém nem sempre tem recebido a devida atenção quando se discute o seu papel no âmbito das políticas sociais.

A política de assistência social tem como um dos seus objetivos “assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2004, p. 33). Porém, não se deve esquecer que, ainda segundo Caldas (2002), para cuidar de um(a) idoso(a) é necessário envolvimento emocional, esforço físico, dispêndio de tempo e energia, que não pode ser entendido como algo insignificante na vida dos indivíduos. Além disso, a situação leva a considerar que os custos são elevados para a saúde e o bem-estar do(a) cuidador(a).

É diante deste contexto que o Estado intervém minimamente na área social, transferindo a responsabilidade para a família, a comunidade e a sociedade civil. O Estatuto do Idoso, em seu artigo 3º, aponta a responsabilidade primeiramente à família e por último ao Estado: “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 e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2003).

Segundo Debert:

A gestão da velhice foi, por muito tempo, considerada, em sociedades ocidentais modernas como uma problemática específica da vida privada e familiar, ou em termos institucionais, uma questão cingida ao âmbito da previdência individual ou das instituições filantrópicas. Ao adquirir visibilidade social, conseguiu publicidade, expressão e legitimidade no palco das preocupações sociais e transformou-se em uma questão da esfera pública dessas sociedades. (DEBERT, 1999 apud SILVA, 2010, p. 141).

Com a promulgação da Constituição de 1988, a assistência social vem tentando pautar-se pelo paradigma de cidadania, funcionando como política pública, buscando por meio desta efetivar os direitos sociais básicos dos (as) idosos (as) e das famílias economicamente vulneráveis (RIOS; REIS, 2011). Ao adotar a centralidade do cuidado na família, a política de assistência social, coloca também como responsabilidade do Estado as famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social e econômica, sendo responsabilidade do Estado desenvolver meios de apoiá-las no cuidado ao idoso (a), bem como aumentar sua capacidade protetiva.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios. Dada sua capilaridade nos territórios, caracteriza-se como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social. (BRASIL, 2009, p. 9).

Através da instituição social do CRAS, é na proteção básica que as famílias e as pessoas idosas devem receber orientação e ter acesso aos programas oferecidos de acordo com suas necessidades e demandas. É nesse espaço que devem ser evitadas situações de maior vulnerabilidade, a exemplo do rompimento de vínculos entre os membros da família, assim como a violência⁴. Além disso, outros tipos de expressões da questão social poderão surgir, caso

⁴ Segundo Minayo (2004), foram instituídos em âmbito internacional alguns tipos de violência desenvolvidos contra o segmento idoso, são elas: 1 - Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física; 2 - Abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos; 3 - Abuso sexual, violência sexual; 4 - Abandono; 5 - Negligência; 6 - Abuso financeiro e econômico; e 7 - Autonegligência, que também podem ser localizados no Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa.

a prevenção não seja trabalhada adequadamente. Embora possa haver situações de rompimento de vínculos familiares e comunitários mesmo com a prevenção, é possível evitar que este número aumente. É justamente na proteção básica que ações de prevenção devem ser desenvolvidas.

A própria legislação reconhece a família como primeira responsável pelos seus membros, mas é necessário verificar que família é essa, qual o seu perfil, suas reais condições econômicas, sociais e culturais, para assim poder traçar políticas sociais que venham a fortalecer suas potencialidades e impedir e/ou amenizar a sua vulnerabilidade. É importante frisar que tais políticas possuem “[...] diretrizes de focalização, descentralização, desfinanciamento e regressão dos direitos sociais” (CEOLIN, 2014, p. 250). Neste sentido, Behring e Boschetti (2011, p. 156, grifos das autoras) também afirmam que “as políticas passam por um processo de [...] *privatização, a focalização e a descentralização* [...]”. Isto porque o Estado, responsável por implementá-las e desenvolvê-las, é mínimo para a área social.

A história da política de assistência social é marcada por traços de filantropia, benemerência, caridade e favor, ações que geram a gratidão e a submissão, pois aquele que recebe a ação fica grato ao que lhe concedeu. Embora tenham ocorrido mudanças, esta cultura ainda persiste na contemporaneidade. Com a instauração do Estado mínimo, isto só piorou, pois é transferida para a sociedade civil a responsabilidade que deveria ser do Estado: “[...] A pobreza vê-se naturalizada e já não se põe mais a questão de *suprimi-la*: o que a ordem burguesa tem a oferecer-lhe, para *reduzi-la*, é uma assistência social refilantropizada” (NETTO, BRAZ, 2012, p. 156. Grifos dos autores). Consequentemente, a família que não consegue se sustentar, cuidar dos seus membros, e assim é tida como desestruturada e disfuncional ao sistema, sendo a culpa do próprio indivíduo. Essa é a ideologia dominante que é imposta para toda a sociedade:

A responsabilização familiar é uma tendência que se expande com o avanço das reformas neoliberais, que apregoa a diminuição das demandas do Estado como mecanismo de redução dos gastos sociais, repassando-as ou dividindo-as com a sociedade civil; como também setores da esquerda, inclusive dos movimentos sociais e ONGs, demandam alterações nas relações Estado/sociedade que reforçam a cultura solidarista da sociedade civil na prestação de serviços sociais, bem como defendem o retorno da solidariedade para o interior da sociedade, família e comunidade. (TEIXEIRA, 2008, p. 61).

O neoliberalismo torna o Estado mínimo para investimentos na área

social, e isto provoca a responsabilização da família. Diante desta realidade, é necessário tomar cuidado para não culpabilizar a família, como preconiza a ideologia dominante. Essa família pode estar sendo negligenciada pelo Estado, que mediante suas políticas focalizadas, fragmentadas, setorializadas e imediatistas, seleciona os pobres entre os mais pobres para acessá-las, ficando a incerteza de se todos terão, de fato, o direito e o acesso aos serviços socioassistenciais garantidos por lei. A dúvida permanece quanto à interpretação de acesso ao direito. É necessária uma reflexão sobre a realidade vivenciada pelas famílias no atual cenário de crise capitalista e de Estado mínimo.

Segundo Teixeira (2008), a família é o espaço primário de proteção social dos seus membros e não pode ser substituída pelas políticas sociais, mas complementada e fortalecida, pois, com o empobrecimento, suas novas configurações e o desgaste de vínculos, poderá necessitar de apoio financeiro e orientação para continuar desempenhando o seu papel. Assim, de acordo com Teixeira (2008), essas políticas deveriam ser expandidas e não diminuídas, como faz o neoliberalismo.

Este enfraquecimento que o neoliberalismo provoca nas políticas sociais prejudica principalmente a classe trabalhadora.

Independentemente de alterações e mudanças substantivas na composição e nos arranjos familiares, a família é um forte agente de proteção de seus membros: idoso, doente crônico, dependentes, crianças, jovens, desempregados. Não podemos, porém, exaurir esse potencial protetivo sem lhe ofertar um forte apoio. Há aqui uma mão dupla a ser garantida. (CARVALHO, 2010, p. 274).

Em uma tentativa de dirimir as desigualdades sociais, tais políticas se tornam excludentes e, ao invés de inclusivas e fortalecedoras, reforçam as fragilidades dos indivíduos e das suas famílias, descuidando da proteção social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Campelo e Paiva (2014), as últimas décadas têm se caracterizado pelo aumento do processo de envelhecimento, tendo se tornado um marco na história, a exigir do poder público e da sociedade, diante do novo perfil, empenho para dar respostas às demandas impostas a partir do processo de mudança demográfica.

Em nosso país, ainda é frequente o pensamento de que as pessoas idosas são um ônus para a sociedade. A população que chega a alcançar uma idade mais avançada encontra dificuldade de se adaptar às condições de vida atuais, pois, além das dificuldades físicas, psíquicas, sociais e culturais decor-

rentes do próprio envelhecimento, sente-se banida e relegada a um plano secundário no mercado de trabalho, no seio familiar e na sociedade em geral.

É possível perceber que as famílias são vistas pelas próprias legislações como um meio natural de proteção social, vinculando a sua participação no mercado de trabalho à compra de bens e serviços necessários ao provimento de suas necessidades. Na política de assistência social, assume-se a matricialidade sociofamiliar inicialmente como princípio e, posteriormente, como diretriz do SUAS.

Criam-se estratégias de fortalecimento desse grupo para que possa cumprir sua “missão” de instância primária de amparo aos indivíduos como o familismo, que de acordo com Esping-Andersen, 2000, é “entendido como a perspectiva em que a política pública considera que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros” (apud MIOTO, 2015), implicando dizer, em outras palavras, que ocorre a transferência para as famílias da maior parte da responsabilidade pelo bem-estar social dos seus membros, ratificando/destacando que a proteção social achase organizada tendo como base as famílias; descobrindo e desenvolvendo suas potencialidades individuais e coletivas. Desta forma, verifica-se que cada vez mais o Estado se desincumbe do seu papel social na provisão das famílias. Apesar dos avanços obtidos com a promulgação da CF (1988) e demais políticas pertinentes à proteção social à família e seus indivíduos mediante as políticas sociais, ainda se tem a família como ator principal.

Os programas ofertados como suporte do Estado para o amparo às famílias e indivíduos ainda mantêm as características focalizadoras, compensatórias e residuais, caminhando em consonância com os pressupostos neoliberais. A proteção social básica, através da política de assistência social, possui programas que visam à prevenção da quebra de vínculos e de situações de violência, programas de convivência entre pessoas idosas, entre outros, que juntos podem fortalecer a família. Isto mostra um avanço dessa política, mas, diante da crise capitalista e do Estado neoliberal, com seus cortes no âmbito social, é urgente que a população seja sensibilizada e orientada a perceber que a assistência é um direito e não um favor. E assim a população possa se organizar e continuar lutando pela concretização com qualidade dos seus direitos sociais.

Diante do exposto, faz-se necessário investir na superação das práticas assistencialistas e tuteladoras, levando-se em conta uma análise da realidade que recupere o potencial das políticas públicas e, conseqüentemente, do Estado na provisão do bem-estar da população em geral.

Demonstrou-se que a família ainda continua sendo responsabilizada pelo cuidado com seus membros idosos(as), embora existam políticas públi-

cas com as quais a família deveria dividir essa responsabilidade. Todavia, devido às condicionalidades e exigências para acessá-las, em face do Estado mínimo para o âmbito social, a família é culpabilizada quando não consegue atender às necessidades dos seus membros.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. C. de. Os dilemas da Assistência Social no padrão brasileiro de proteção social na atualidade. In: **Série Políticas Públicas em Debate**. v. 3, n. 2, São Luís: EDUFMA, jul./dez. 2003, p. 68-77.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 13 maio 2015.

_____. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências**. Diário Oficial [República Federativa do Brasil] Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm Acesso em: 12 jun. 2015.

_____. **Lei n. 12.345, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social**. Diário Oficial [República Federativa do Brasil] Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12345.htm#art1 Acesso em: 7 jul. 2015.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS e Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS**. p. 31-59. Brasília, 2004. Disponível em http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais** – Resolução do CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009, publicada no DOU. Brasília.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. 1. ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009 b.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar.** Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/publicacoes/violencia-contra-a-pessoa-idosa> Acesso em: 12 jun. 2015.

BORBA, R. D. de C. F. **Um estudo sobre a estruturação da rede de proteção social voltada à população idosa no município de Vitória.** 2011. 176 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória (ES), 2011. Disponível em: <http://web3.ufes.br/ppgps/sites/web3.ufes.br/ppgps/files/Roberta%20Daniel%20Borba.pdf> Acesso em: 24 jun. 2015.

CALDAS, C. P. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, 2002.

CEOLIN, G. F. Crise do Capital, Precarização do Trabalho e Impactos no Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 118, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n118/a03n118.pdf> Acesso em: 1 maio 2015.

CARVALHO, M. do C. B. de. Famílias e Políticas Públicas. In: ACOSTA, A. R. VITALE, M. A. F. (Orgs.). **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CAMPELO E PAIVA, S. O. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo. Cortez, 2. ed. 2014.

DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. Papirus Editora, Campinas, 1999. Disponível em:

<http://www.direitodoidoso.com.br/11html> Acesso em: 30 jun. 2015.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. Tradução de Célia Neves. 2. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

LEMOS, N. D.; MEDEIROS, S. L. Suporte Social ao idoso dependente. In: Freitas, Elisabete Viana de & Py, Lígia et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2. ed. 2006.

MINAYO, M. C. de S.. **Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.

Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/4.pdf Acesso em: 12 jun. 2015.

MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, S.M.; CARTOLO, C.M. (Orgs.). **Familismo**: direitos e cidadanias. Contradições da política social. São Paulo-Ed. Cortez

NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

PEREIRA, P. A. P. Sobre a Política de Assistência Social no Brasil. In: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P (Orgs.). **Política Social e Democracia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

RIOS, T.I; REIS, J.M. A Assistência da família no cuidado do idoso sob a ótica do Serviço Social. **Revista da Católica**. n. 6, 2011. Disponível em: <<http://200.233.146.122:81/revistadigital/index.php/revistadacatolica/article/view/393/353>>. Acesso em: 2 jul. 2015.

ROCHA, C.R. **Política de renda mínima no Brasil**: um estudo preliminar sobre o Benefício de Prestação Continuada. Disponível em: <<http://www.ufsc.br/neta>> Acesso em: 7 jul. 2015.

SILVA, Vilmar. Qualidade de vida do idoso: cuidado do idoso, dever de quem? **Revista Espaço Acadêmico**. N. 110 Jul. 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/viewFile/9226/5788> Acesso em: 7 jan. 2017.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. **Revista Kairós**. São Paulo, 11(2), dez. 2008. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2393/1486>> Acesso em: 6 jul. 2015.

WEISSHEIMER, Marco Aurélio. **Bolsa Família**: avanços, limites e possibilidades do programa que está transformando a vida de milhões de famílias no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2006.

YAZBEK, Maria Carmelita. A Assistência Social na Prática Profissional: História e Perspectivas. **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano 17. N. 85, Mar./2006.

CAPÍTULO V

A INSERÇÃO DA PESSOA IDOSA NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E DO DISCURSO GOVERNAMENTAL

Michelli Barbosa do Nascimento

Evandro Alves Barbosa Filho

Maria da Conceição Lafayette de Almeida

Resumo: Este trabalho analisa criticamente a produção de conhecimentos sobre a inserção das pessoas idosas nos serviços de atenção domiciliar. Além da literatura científica, foi avaliado o Programa Melhor em Casa, que vem normatizando a atenção domiciliar no SUS. O estudo é qualitativo e foi realizado por meio de revisão integrativa e análise documental. Os *corpora* foram analisados através de matrizes da teoria social crítica. Nos resultados, foi identificada uma profunda escassez bibliográfica sobre o tema, assim como a presença de racionalidades conservadoras e neoliberais no Programa Melhor em Casa, e do binômio feminização/precarização do trabalho de cuidado domiciliar com idosos.

Palavras-chave: assistência domiciliar; população idosa; política de saúde.

INTRODUÇÃO

Seja pela necessidade de construir uma intervenção profissional usuário-centrada por meio do uso de evidências científicas, seja pelas pressões do capital para substituir a razão totalizante pela razão instrumental e por sua matriz teórica, a perspectiva fenomênica, é inegável a importância do discurso acadêmico-científico para a instrumentalidade das ações dos assistentes sociais e demais profissionais da saúde.

No âmbito da gerontologia não é diferente, mas em um contexto em que tanto os intelectuais conservadores (e até mesmo reacionários) como os progressistas disputam a hegemonia nas ciências e áreas de produção de conhecimento para a produção de “verdades” e “saberes”, em uma clara relação de forças favorável aos primeiros, a partir da maturação do capitalismo tardio. É necessário analisar criticamente qual a direção social, quais as perspectivas de direitos e políticas sociais afirmadas e/ou infirmadas nestes trabalhos. Nos campos da Gerontologia, do Serviço Social e demais áreas de conhecimento

que produzem pesquisa sobre envelhecimento não é diferente; são latentes as diferenças de abordagens teórico-metodológicas e conceituais sobre o processo de envelhecimento, assim como quanto às respostas ideais às necessidades sociais dos idosos e idosas.

Embora a produção de conhecimento sobre envelhecimento nas ciências sociais e humanas seja relativamente nova, é possível verificar as racionalidades dominantes nas análises e na construção epistêmica. Estas são, majoritariamente, centradas na aparência/na superfície do “fenômeno do envelhecimento” ou no pluralismo pós-moderno que aglutina diversas teorias, muitas vezes divergentes, desacreditando, intencionalmente, as metanarrativas, a razão ontológica e os conflitos entre as classes fundamentais como determinantes fundamentais para compreender o envelhecimento a partir da perspectiva da totalidade social. Isto, obviamente, não ocorre por ordem do acaso. Estas abordagens e leituras sobre o envelhecimento correspondem à decadência ideológica da burguesia e das ciências apologéticas em proporcionar chaves heurísticas centrais para a apreensão (e superação) dos processos sociais que surgem a partir das contradições e crises da ordem societária do capital. Fazer esta reflexão introdutória é necessário quando o que se busca é a materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social, assim como do projeto da Reforma Sanitária brasileira.

Enquanto os sistemas nacionais de saúde liberais ou residuais argumentam que o mercado, a família e a rede de solidariedade próxima são os provedores ideais dos serviços sociais e de saúde demandados pelo processo de envelhecimento, criando, portanto, um grande nicho de acumulação de capital por meio de planos e serviços de previdência e saúde para idosos, os sistemas universalistas identificam a centralidade do Estado como provedor e responsável pelo cuidado e proteção social dos idosos. Soma-se a estas perspectivas a que emergiu da crítica ao agravamento das expressões da questão social, sem romper com as diretrizes do livre mercado e a tendência de mercantilização dos serviços sociais, a saber, a do chamado “pluralismo de bem-estar social”. Esta perspectiva defende a combinação entre mercado, família e serviços básicos universais para constituir as *safety nets* supostamente ideais a fim de responder às necessidades sociais dos idosos, assumindo como reais: a suposta insustentabilidade/crise do universalismo do modelo do *Welfare State*; a necessidade de regulação do mercado de provedores mercantis e filantrópicos para maximizar os resultados dos provedores privados e afirmar a importância das parcerias público-privadas (DEACON, 2007; FRASER, 2009). Obviamente, toda esta discussão, que reflete no plano científico e político o

conflito entre as distintas e incompatíveis necessidades das classes fundamentais, incide sobre a produção de conhecimento acerca das políticas e programas de saúde voltados à terceira idade, como a organização em escala nacional dos serviços de atenção domiciliar (SAD), que desde 2011 vêm sendo expandidos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

A implementação deste novo modelo de atenção à saúde em estados e municípios do Brasil vem demandando a inserção de assistentes sociais em equipes multiprofissionais que atuam e monitoram os usuários no território em articulação direta com as unidades da estratégia de saúde da Família (ESF), com as unidades de referência à saúde do idoso e com a rede socioassistencial no território, além de integrar familiares no processo de provisão de cuidado de idosos. A questão que surge como problemática é que, sob o argumento de humanização e desinstitucionalização do cuidado em saúde e do controle/racionalização da ocupação de leitos, tão cara à contrarreforma da Saúde, grande parte dos processos de assistência à saúde e de produção de cuidado vem sendo repassada dos hospitais para a casa dos usuários, e da equipe hospitalar para o cuidador, geralmente um familiar do sexo feminino já sobrecarregado pela dupla jornada de trabalho.

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo central analisar criticamente a produção de conhecimento sobre a inserção das pessoas idosas nos serviços de atenção domiciliar. Entende-se que esta reflexão é imprescindível para observar como esta questão é abordada pela literatura científica no grande e interdisciplinar campo da saúde pública.

A pesquisa é de natureza qualitativa, e a coleta dos dados foi realizada por meio da revisão integrativa¹. Além desta, para incrementar o *corpus* da pesquisa, foi analisado todo o conjunto de políticas e leis que orientam a implementação dos serviços de atenção domiciliar no SUS (SAD-SUS). A questão norteadora da revisão integrativa foi: “como tem sido a inserção da pessoa idosa nos serviços de atenção domiciliar?”. Este levantamento bibliográfico foi realizado pela internet, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de

¹ A revisão integrativa é um método que projeta coletar materiais acessíveis e sintetizar informações sobre determinado tema, na busca de ampliação e solidificação de conhecimentos que forneçam subsídios para a compreensão e ações práticas. A fim de alcançar o objetivo proposto, as fases de desenvolvimento do estudo se pautaram pela seguinte sequência: 1) Seleção da questão norteadora; 2) Amostragem ou busca na literatura; 3) Categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados e 6) Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa.

Saúde), Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil). Os critérios de inclusão que conduziram a seleção da amostra foram: artigos que tratassem da pessoa idosa em serviços de atenção domiciliar, na modalidade original, em formato de texto completo, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos dez anos (2004-2014). Os critérios de exclusão pautaram-se por pesquisas que apenas apresentassem resumos e/ou não focassem da temática do estudo. Resultados: foram identificados 377 artigos, e a distribuição destes se deu da seguinte forma: 70 no LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), 100 na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e sete na BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil). Após a aplicação dos filtros, restaram 21 artigos, dos quais foram lidos os resumos e selecionados aqueles que minimamente obedeciam aos critérios objetivos propostos pelo estudo. Destes, restaram dois, nos quais foi aplicado um instrumento de rigor metodológico, adaptado dos instrumentos *Critical Appraisal Skills Programme (CAPS)* e *Milton Keynes Primary Care Trust, 2002. All rights reserved*, permanecendo em decorrência da validação positiva.

O *corpus* documental e bibliográfico do estudo foi analisado por meio da teoria social crítica, especialmente do materialismo histórico-geográfico de David Harvey e da teoria materialista do Estado, desenvolvida por Joachim Hirsch, correntes da teoria social crítica que apontam a relação de unidade entre as transformações da sociabilidade capitalista como fator determinante, mas não o único, das políticas de Estado. Sem incorrer no fatalismo ou invalidar a luta por direitos na direção da emancipação política, o Estado aqui é entendido como a forma política burguesa, portanto, organicamente comprometido com o processo de acumulação capitalista e com a reprodução das relações sociais capitalistas.

Espera-se que este estudo fomente a discussão entre os profissionais e pesquisadores do Serviço Social e da Gerontologia sobre os limites e possibilidades deste novo programa do Ministério da Saúde, assim como aponte lacunas e tendência da produção de conhecimento sobre o “Melhor em Casa”.

Envelhecimento, Política de Saúde e a Emergência do Programa Melhor em Casa

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, como aponta a Organização das Nações Unidas (ONU). Segundo este organismo, o período de 1975 a 2025 poderá ser considerado como a era do envelhecimento,

sendo este crescimento da população idosa mais rápido em países de capitalismo periférico. Estes lograrão um crescimento de 123% da atual população de idosos, mais que o dobro do esperado no acréscimo na população de idosos nos países de capitalismo central, que será de aproximadamente 54% (WHO, 2012).

No Brasil, esta realidade se confirma, pois, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da população brasileira de 190.732.694 habitantes, os indivíduos a partir de 60 anos são 20.590.599, o que corresponde a 10,8% da população (IBGE, 2010).

Em decorrência do aumento expressivo dessa população, observa-se, no cenário nacional, a tendência ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis, ocasionado pelas transições demográfica e epidemiológica. Estes processos sociais resultam no incremento do número expressivo de pessoas idosas, grupo social e etário que se tornará majoritário em alguns países durante este século. Embora seja algo comumente esquecido, o aumento da longevidade em escala global é um dos resultados da luta das classes trabalhadoras por direitos sociais como o direito à saúde; mesmo que estes tenham sido materializados, via Estado, em sistemas restritivos ou básicos, eles impactaram expressivamente na dinâmica do processo saúde-doença entre as classes trabalhadoras (FRASER, 2009).

Ora tratados como sujeitos de direitos, como supranumerários ou uma reserva de força de trabalho que ainda precisa ser explorada, como defendem alguns organismos multilaterais, a exemplo do Banco Mundial e da Organização Internacional do Trabalho (DEACON, 2007), é fato que por suas singularidades biológicas e sociais, os idosos intensificam a sua procura por serviços de saúde, talvez por sua condição de força de trabalho já largamente explorada nos processos de produção e reprodução capitalista. O chamado quadro sintomatológico deste segmento crescente da população brasileira resulta, quando conseguem acessar o SUS, sobretudo em episódios de quedas e das chamadas doenças crônicas degenerativas, que impactam expressivamente na qualidade de vida destes idosos e no sistema público de saúde.

A crescente demanda por serviços de saúde que contemplem as singularidades do seu ciclo de vida contrasta com um cenário de reestruturação produtiva, em que as reservas de força de trabalho que antes, ao menos em tese, poderiam ser poupadas do processo de extração de mais-valia: crianças, idosos, pessoas com patologias e condições incapacitantes para a exploração que se opera no mundo do trabalho. Estas são amplamente solicitadas pelo processo de produção capitalista. Obviamente, as tentativas de retorno destes sujeitos às forças produtivas são viabilizadas por um Estado que embora apa-

reça como um “sistema político acima das classes e comprometido com os todos os cidadãos”, no sentido mais abstrato e a-histórico do termo cidadania, tem como finalidade última assegurar as condições ideais ao processo de acumulação capitalista e às ideologias que o legitimam (HIRSCH, 2010).

No Brasil, a política de saúde sempre teve uma racionalidade fragmentada; em geral, curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada na intervenção sobre o indivíduo, orientada à lógica dos interesses privados e que, principalmente a partir do regime autocrático burguês do pós-1964, estava presente (SOARES, 2010), institucionalizando e legitimando a perspectiva liberal de saúde² (BARATA, 2009).

No entanto, com a crise do regime ditatorial e a mobilização dos trabalhadores da saúde, junto com as demais organizações do movimento popular e sindical, em torno de um Projeto de Reforma Sanitária, foi possível incorporar na Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição Cidadã, um novo projeto de saúde pública, universal e democrático, que é o SUS. Este sistema, pautado por uma racionalidade de viés político emancipatório, foi concebido como proposta de ruptura com a racionalidade instrumental e burocrática dominante na política de saúde. Neste intuito, o SUS se direciona para além das ações de assistência à saúde; ele está centrado em ações de prevenção e promoção à saúde, possibilitando a participação social mediante o controle social das ações de educação em saúde, entre outros (SOARES, 2010).

A concepção do Sistema Nacional de Saúde do Brasil rompe com a perspectiva liberal de saúde e se volta à intervenção nas determinações e determinantes sociais do processo saúde-doença. Desta forma, relaciona condições de saúde da sociedade às relações sociais vivenciadas por esta, apontando que as desigualdades sociais inerentes às sociedades capitalistas expressam desigualdades sociais em saúde.

²Essa perspectiva liberal ocasiona o esvaziamento do conteúdo social, político e econômico do processo saúde-doença, que evidencia as contradições objetivas entre as classes sociais e a impossibilidade de reconciliar os interesses/necessidade fundamentais das duas. A perspectiva liberal de saúde tende a atribuir às preferências e estilos de vida individuais as principais causas de adoecimento e morte. As posições majoritariamente seguidas pela saúde pública tradicional e pela educação sanitária vão nesse sentido, ao afirmarem que os indivíduos são livres para escolher seu local de moradia, condições de trabalho, seus comportamentos e a exposição a situações de vulnerabilidade. Dessa forma, para os (neo)liberais, os sistemas de saúde não deveriam ser os únicos, nem os principais responsáveis pela intervenção no processo saúde-doença (BARATA, 2009). Para eles, a intervenção do Estado no processo na proteção à saúde deve ser mínima, e o mercado, a família e a comunidade devem ser os principais provedores da atenção em saúde (BARATA, 2009; MIOTO, 2010).

As desigualdades sociais em saúde não são nenhuma novidade. Elas vêm sendo documentadas há muito tempo, principalmente a partir do século XIX. As condições políticas e sociais que surgiram com o capitalismo, em sua fase de produção, foram favoráveis ao tema, seja pelas péssimas condições de vida da classe trabalhadora, seja pelo ideário político associado às revoluções burguesas. A contradição entre os valores de igualdade, fraternidade e liberdade, e a dura realidade de vida da maioria da população nos países industrializados, possibilitou aos chamados reformadores sociais, socialistas utópicos e comunistas, farto material para denunciar as injustiças sociais em vários campos, inclusive na saúde. (BARATA, 2009, p. 13).

Apesar dos avanços obtidos com a formulação do SUS nas esferas das políticas públicas de saúde na década seguinte, 1990, a hegemonia das ideologias neoliberais questionou a materialização do Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2007, 2008). Esta tendência de negação do conteúdo reformador-progressista é aprofundada nos anos 2000 (BRAVO, 2010).

Segundo Soares (2010), a racionalidade hegemônica no SUS, nos anos 2000, expressa os princípios do “Projeto privatista” e do Projeto do “SUS possível” e tem fundamentos que reatualizam velhos conteúdos da racionalidade instrumental do Estado burguês. Os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão, daí surgindo todo o discurso justificador das parcerias público-privadas para gerir a saúde, criando as possibilidades concretas do usufruto direto do fundo público pela lógica privada.

Na direção social oposta à da autora e ao Projeto do SUS da Reforma Sanitária, autores como Mello (2011) vêm defendendo as chamadas inovações gerenciais e operacionais do SUS. Para ele, na Política de Saúde estão em curso substantivas inovações³ que têm como marco não só o cenário da reforma do Estado, a redução de suas funções e o controle do gasto público, como também fatores internos, potencializados pela dinâmica do setor saúde e decorrentes da implementação do SUS. Ainda segundo Mello, o aprofundamento da descentralização em direção à municipalização da saúde, particularmente intenso a partir de 1996, viabilizou inúmeras inovações no tocante ao incremento da eficácia e eficiência da gestão do SUS, e à alocação de recursos, produzindo impactos diversificados, seja nas condições de acesso aos diversos níveis de atenção à saúde, seja no desenho de novas modalidades de interseção entre o público e o privado, as parcerias público-privadas, seja ain-

³ Sobre a natureza burguesa dessas “inovações” no SUS, ver Soares (2010).

da no padrão de relacionamento entre Estado e sociedade a partir do estabelecimento de mecanismos de controle social (MELLO, 2011).

Dessa forma, o autor supracitado afirma as perspectivas atualmente hegemônicas no SUS: a tecnicista, a gerencial e a pragmática, ao não problematizarem que sujeitos sociais estão fomentando essas “inovações” e essa “dinâmica interna” da Política de Saúde; as parcerias público-privadas e a despolitização das instâncias de controle social, que acompanham a implantação dessas novas modalidades de gestão (SOARES, 2010; BRAVO, 2010). Não sem contradições e dissensos, estas novas experiências de inovação em gestão e cuidado no SUS vêm se fundamentando, em sua maioria, na racionalidade instrumental, utilitarista e na razão fenomênica, infirmando, dessa forma, a análise e a intervenção sobre os principais determinantes do adoecimento entre as classes que vivem do trabalho.

No Brasil, tais “inovações” nos modos de organizar a atenção à saúde vêm sendo consideradas indispensáveis à materialização do SUS por dois motivos: em primeiro lugar, pela necessidade de qualificar o cuidado por meio das denominadas “inovações produtoras de integralidade da atenção”. Entre elas, destacam-se: a assistência domiciliar, a diversificação das tecnologias de saúde e a articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência em saúde.

Em segundo lugar, pela necessidade de adotar modos mais eficientes, eficazes e efetivos de utilizar os recursos destinados à política de saúde, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde – centrado em procedimentos e não na promoção da saúde – implica investimentos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo direcionada para responder às necessidades de saúde da população e tampouco para interferir nas determinações mais gerais do processo saúde-doença (NASCIMENTO, 2012). É necessário apontar que nessa busca por eficiência, eficácia e produtivismo, o SUS assume como modelo a racionalidade das organizações do mercado, o mesmo que resultou no desastre social neoliberal (BRAVO, 2010; HARVEY, 2005, 2008).

Nesse contexto, iniciado nos anos 2000, a atenção à saúde vem abrangendo dois modelos: o hospitalar e o domiciliar, sendo este último denominado pelo Ministério da Saúde de atenção domiciliar à saúde. Esta modalidade de atenção à saúde tem sido amplamente difundida no mundo e tem como pontos fundamentais o usuário, a família, o contexto domiciliar, a comunidade, o cuidador – que não é um profissional de saúde – e a equipe multiprofis-

sional (NASCIMENTO, 2012).

A crescente importância da atenção domiciliar expressa a centralidade da família e da comunidade como sujeitos e objetos do cuidado em saúde. Essa tendência foi observada por Regina Miotto (2010) e denominada de “familismo na política social”. No caso do modelo de atenção domiciliar proposto pelo Ministério da Saúde, a partir de 2011, e em implantação em todo o país, o cuidador e/ou a família são responsabilizados pela quase totalidade dos cuidados de saúde que tradicionalmente seriam realizados em hospitais e unidades ambulatoriais. Os discursos da “humanização” e do “empoderamento” individual e familiar são mobilizados nos documentos técnicos do “Programa Melhor em Casa”, visando legitimar um modelo de atenção à saúde que parece ser estratégico ao processo que Soares (2010) chamou de “contenção de demanda” por leitos e por cuidado profissional no SUS.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, representada pelo Programa Melhor em Casa, a atenção domiciliar constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação prestadas em domicílio, devendo ser implantado em todos os municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes, e em municipalidades com porte populacional inferior, quando forem referências regionais em serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A família e a comunidade também assumem proeminência no Programa Melhor em Casa. Uma das principais singularidades deste Programa é considerar o domicílio como um “ponto de cuidado” da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e a família e cuidadores, existentes no contexto comunitário como agentes, parceiros do Estado na provisão de cuidados (BRASIL, 2012).

Assim como as demais modalidades “inovadoras” de gestão de serviços e atenção do SUS, o “Melhor em Casa” não conta com espaços de controle social. A participação da família e do cuidador, que pode ser alguém da comunidade, é do tipo tutelada. Pois, segundo o Programa, os “sujeitos” (cuidadores, familiares e usuários) devem ser orientados sobre o funcionamento, critérios de inclusão e exclusão do Programa, formas de acompanhamento e monitoramento, mas não têm poder decisório sobre as formas de intervenção da equipe. Como afirma Hirsch (2010), as políticas sociais públicas sob a hegemonia neoliberal ocasionam um retorno do poder político, retirado das classes e movimentos populares, para as classes dominantes e para a tecnoburocracia do Estado, que em nome da “sagrada” cidadania viabilizaria o melhor padrão de serviços.

O esvaziamento dos espaços de poder popular sobre o Estado e a resignificação da participação política são severas perdas para as classes subalternas, que desde a “restauração do poder de classe” realizada pelo neoliberalismo, têm assumido posicionamentos cada vez mais defensivos (HARVEY, 2005). Além de ter esvaziada a sua possibilidade de incidir sobre a tomada de decisão no Programa Melhor em Casa, os cuidadores (ou melhor, cuidadoras) devem dispor de tempo de trabalho livre para assumir as responsabilidades na produção de cuidados que deveriam ser realizadas por profissionais de saúde pagos pelo Estado. Qualquer semelhança do Melhor em Casa com o extinto Programa Comunidade Solidária e com o Programa Fome Zero não é mera coincidência. São resultados do consenso neoliberal, implantado pela contrarreforma do Estado, de que as famílias e o chamado terceiro setor deveriam ter a primazia na responsabilidade de produzir respostas às refrações da questão social. Seja a fome, seja a pobreza, seja o envelhecimento de homens e mulheres pauperizados etc., estes deveriam ter respostas na esfera privada (familiar e/ou comunitária), cabendo ao Estado intervir somente nas condições de pobreza abjeta ou quando os dispositivos de assistência e proteção social privada não existirem.

Quando inserido no Programa Melhor em Casa, o usuário passa a ser acompanhado diariamente por cuidadores não profissionais (recrutados na família ou na comunidade) e não remunerados, sendo a equipe de profissionais de saúde, inclusive o/a assistente social, chamada a acompanhar os casos semanalmente. A proposta é maximizar recursos humanos e materiais, intervindo somente em situações agudas. É interessante ressaltar que a provisão de cuidados paliativos no SUS também entrou na agenda de atividades que devem ser desinstitucionalizadas por meio do Programa Melhor em Casa.

A perspectiva teórica é outro elemento central para observar a direção social do Programa e a (in)capacidade de que este Programa de Saúde se configure como um programa emancipador. Por meio da adoção da teoria dos sistemas, o “Melhor em Casa” propõe um esquema de classificação/normatização e diagnósticos das famílias e comunidades como “funcionais” ou “dissfuncionais” e assume como referência os modelos nucleares de família (BRASIL, 2012). Dessa forma, ignora/minimiza a complexidade do cuidado e afeto que se processa nas famílias extensas, mais comuns entre as classes sociais subalternizadas e de matriz latina, e as limitações objetivas enfrentadas por essas (MIOTO, 2010). Isto ocorreu especialmente após os programas de ajustes neoliberal, em escala continental, e os impactos da reestruturação produtiva, que no caso do capitalismo tardio neoliberal na América Latina resultaram

em padrões mais severos de extração de mais-valia relativa, sem diminuir a retirada de mais-valia absoluta (HARVEY, 2008).

O material técnico e legislativo do Programa Melhor em Casa defende abertamente a necessidade de racionalização dos “vastos” recursos do SUS, ignorando o crônico subfinanciamento dessa política social. Afirma, desta forma, uma perspectiva racionalizadora, característica do projeto “SUS possível” (SOARES, 2010). O discurso governamental defende a atenção domiciliar como fundamental para a diminuição da busca por leitos e de ampliar a rotatividade destes, e argumenta que não está se desresponsabilizando, pois não estão diminuindo os leitos existentes, apenas estão sendo utilizados de forma mais eficiente, ampliando a produção de serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Além disso, o Programa estabelece um aprofundamento da responsabilização dos trabalhadores da saúde na “produção de resultados”, por meio de uma legitimação do pragmatismo e do tecnicismo. Para isso, a equipe do “Melhor em Casa” é demandada a assumir um *mix* de teoria dos sistemas e de “rotinas de intervenção”. As condições concretas, a precariedade da rede de atenção à saúde, as profundas desigualdades sociais vivenciadas pelos usuários e a realidade das redes de proteção social são ignoradas pelo Programa. Depreende-se então que, enquanto estratégia de contenção de demanda ao SUS, o Programa Melhor em Casa obstaculiza a materialização do Projeto de Reforma Sanitária e gera novas determinações à força de trabalho em saúde.

Talvez, dando continuidade à tendência de produzir políticas pobres para os pobres, o Estado brasileiro esteja tentando responder, no âmbito da saúde, a uma massa de idosos pauperizados que, claramente, demandam mais do que atenção domiciliar e um atendimento domiciliar pensado e operacionalizado a partir de outras perspectivas que não às da apologia à realidade posta pela ordem do mercado, em que envelhecer virou um problema, um desafio, e não parte da vida de homens e mulheres. Ou será que quando não estamos mais aptos a produzir trabalho abstrato, instrumentalizado pelo capital, a nossa existência perde o sentido?

Resultados da Revisão Sistemática

Foram identificados 377 artigos, a partir da busca realizada e já mencionada, e a distribuição se deu da seguinte forma: 70 no LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), 100 na (Medline) *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e sete na BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil). No passo seguinte, após a aplicação dos filtros, restaram 21 artigos, dos quais foram

lidos os resumos e selecionados aqueles que minimamente obedeciam aos critérios objetivos propostos pelo estudo. Destes, restaram vinte, nos quais foi aplicado um instrumento de rigor metodológico, finalizando um quantitativo de dois artigos pertinentes ao objeto de estudo.

Título do artigo/Título do periódico	Autor/Ano	Objetivos	Principais resultados
1- Meeting the Need for Personal Care among the Elderly: Does Medicaid Home Care Spending Matter – US, 2008. Periodico: <u>Health Serv Res.</u>	<u>Kemper P.</u> et al, 2008	O objetivo do estudo foi determinar se os gastos com atendimento domiciliar reduzem a proporção da população de idosos deficientes que não recebe ajuda com cuidados pessoais.	Em média, os gastos mensais com atendimento domiciliar direcionados à pessoa idosa em situação de pobreza cresceram 80% entre os anos de 1992 e 2000, de US\$ 1.491 para US\$ 2.677 em uma média aproximada de US\$ 2000 dólares, durante o período do estudo; Estados com maior despesa em atendimento domiciliar <i>per capita</i> tendem a ser no Nordeste, Centro Oeste, ou no Ocidente, enquanto os estados com a menor despesa tendem a ser no Sul ou Centro-Oeste. Gastos com atendimento domiciliar reduzem a proporção da população idosa diferente que não consegue obter ajuda com relação aos cuidados em casa.
2- Foreign Domestic Workers and Home-Based Care for Elders in Singapore, Cingapura, 2010. Periodico: <u>Journal of Aging & Social Policy.</u>	YEOH, B.S.A. et al, 2010.	Discutir a política de cuidado a pessoa idosa na esfera privada do domicílio em Cingapura.	Com queda das taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida, Cingapura tornou-se uma das nações com população de mais rápido envelhecimento da Ásia. O princípio orientador do Estado de Cingapura é de considerar a família como unidade de cuidado primário para a população idosa. O conceito de família é racionalizado por valores asiáticos e baseado em "a família" ideal "não necessariamente como uma família estendida, mas uma família muito unida, onde têm laços familiares com um vínculo de unidade". O fardo recai sobre as mulheres que já estão enfrentando a crise de cuidados infantis e muitas vezes enfrentam outras exigências também no mundo do trabalho assalariado. O Estado continua a defender que, com o apoio adequado da comunidade, o "cuidado institucional dos idosos deve permanecer como o último recurso". No nível individual, os idosos são exortados pelo estado para ser pessoalmente responsáveis por manter saudável e ativa sua saúde bem como para investir em "redes de segurança" para apoiar suas necessidades de velhice e não se tornar um problema para o sistema de bem-estar social do Estado.

Talvez o mais relevante resultado da revisão integrativa seja a escassez de literatura na área que se amolde aos padrões internacionais de publicação acadêmica, exigidos por um processo de revisão integrativa, já que esta visa orientar as práticas profissionais com evidências científicas de alta qualidade.

Apenas dois estudos mostravam pertinência ao tema, adequação teórico-metodológica e ética em pesquisa; somente o segundo era oriundo de um periódico especializado na área de Gerontologia. Nenhum abordava a realidade brasileira, possivelmente pela novidade do tema da atenção domiciliar enquanto programa nacional no SUS.

Enquanto o primeiro estudo aborda aspectos econômicos da adoção do SAD nos Estados Unidos da América, evidenciando o alto preço dos serviços de atenção domiciliar em um país com um sistema privado de saúde extremamente caro e assistencialista, assim como a necessidade deste tipo de serviço no apoio à recuperação da autonomia dos idosos, o segundo estudo se volta para a implantação do SAD na rica Cidade-Estado de Cingapura, onde a mão de obra utilizada é formada majoritariamente por trabalhadoras domésticas estrangeiras. Este dado indica que a tendência à familização do cuidado vem acompanhada, na verdade, de uma “feminização do cuidado”.

Embora o trabalho sobre os EUA não enfatize o sexo dos cuidadores profissionais, é reconhecido que na divisão social do trabalho no país capitalista mais rico do mundo, tal como ocorre em outros países de capitalismo central e também nos periféricos, as funções de cuidado e assistência são socialmente atribuídas às mulheres, que por serem identificadas como semiprofissionais, numa associação mecânica com as atividades de cuidado como não técnicas ou científicas, são precariamente remuneradas.

No segundo trabalho fica muito claro que na sociedade cingapurense a responsabilidade do cuidado com os idosos no domicílio, seja por meio da contratação de uma trabalhadora estrangeira, geralmente oriunda de nações mais pobres do sul e do sudeste asiático, seja realizada pela família, como recomenda o Governo, fica a cargo das mulheres. Estas serão trabalhadoras mal remuneradas ou familiares que lidam com uma dupla ou tripla jornada de trabalho: profissão, cuidados com o lar e com os filhos e cuidados domiciliares com um idoso com autonomia afetada. Esta característica da família do Extremo Oriente, de concentrar na esfera privada e comunitária a provisão material e de cuidado com os idosos, foi e ainda é extremamente favorável ao capital nestes países, já que a familização do cuidado poupa o Estado e os empregadores de prover medidas públicas de previdência e seguridade social, reduzindo os gastos do Estado e do capital com a reprodução da força de trabalho e com a superpopulação relativa ou estagnada.

Por outro lado, esta familização do cuidado com os idosos, nestas sociedades ainda profundamente conservadoras em relação às relações de gênero, parece ser uma desvantagem expressiva às mulheres. Mesmo nas nações

mais ricas da região, como Cingapura, Coreia do Sul, Japão e Taiwan, a naturalização do cuidado com idosos como uma atribuição feminina parece ser um obstáculo à inserção das mulheres, mesmo daquelas com maior educação formal, no mercado de trabalho e, principalmente, nas posições de chefia. Como apontam Harvey (2005, 2008) e Hirsch (2010), quando o padrão de acumulação flexível e a produção descentralizada tomaram os países do sul e do sudeste asiático como novos territórios de produção, deslocando linhas de produção e postos de trabalho do Atlântico Norte para o Pacífico Sul, os grandes capitalistas temeram que as tradições culturais e religiosas do Extremo Oriente pudessem ser obstáculos à produção e à circulação de mercadorias.

Mas, como apontou o Banco Mundial, budismo, confucionismo e xintoísmo e suas éticas de disciplina e trabalho, combinadas às formações familiares que tradicionalmente estão condicionadas a absorver os impactos das crises sociais, serviram de grande valia à formação de uma classe trabalhadora pouco organizada “enquanto classe para si”. A profundamente desigual divisão sexual do trabalho nestes países tem garantido amplos níveis de extração de mais-valor entre mulheres inseridas no mercado de trabalho e uma carga excessiva de trabalho não pago para aquelas envolvidas no trabalho de cuidado com a família, em que idosos, doentes e crianças apenas representam trabalho feminino não pago ou mal pago. Possivelmente, esta estrutura de cuidado com os idosos centrada na família seja questionada futuramente pelo padrão de acumulação, já que desde a crise capitalista asiática de 1998, as taxas de valorização do capital têm sido pífias e a precarização e a queda salarial têm se tornado comuns, obrigando, cada vez mais, as mulheres a entrar integralmente no mercado de trabalho.

Além disso, a maturação do *ethos* capitalista, fortemente centrado no indivíduo, tem fomentado a erosão do modelo da família “forte” asiática; resta saber se isto resultará no abandono dos idosos, na institucionalização do cuidado, como já ocorre amplamente no Japão, ou na formação de serviços de bem-estar social que absorvam parcialmente as funções de cuidado e/ou provisão material aos idosos e idosas.

Nos EUA, a hegemonia das relações mercantis e do capital como relação social que estrutura a individualidade de homens e mulheres vem de longa data. Mas a entrada das mulheres no mercado de trabalho, inclusive em posições centrais, não desconstruiu o binômio cuidado-mulher. Porém, enquanto as mulheres pertencentes à burguesia e às frações mais bem pagas do trabalho contratam trabalhadoras mais pobres e de menor qualificação para assumir tais atividades, estas trabalhadoras periféricas não contam com renda ou ser-

viços sociais públicos que lhes possibilitem transferir as atividades de cuidado com uma crescente população de idosos pobres.

No caso norte-americano, uma sociedade que expressa o amplo quadro de complexificação das relações sociais sob o capital, a provisão de cuidados domiciliares segue uma linha de classe muito definida: os que podem pagar por cuidadores ou por “casas de repouso” terão acesso a estes serviços, de acordo com a sua capacidade de compra. Diante do incipiente Estado de bem-estar social norte-americano, formado por inúmeras organizações do chamado “terceiro setor” e dos governos locais, não restam dúvidas sobre a condição de abandono e/ou vulnerabilidade de idosos pertencentes às frações mais pobres da classe trabalhadora, concentrados nos estados do sul e do centro-sul dos EUA e entre as comunidades negra e latina.

Discutir os desafios para a atenção domiciliar em relação à atenção integral à saúde do idoso, concebendo a multidimensionalidade do processo de envelhecimento, reveste-se de grande relevância, tendo em conta a complexidade, sobretudo quando a assistência gerontológica é direcionada por um conceito ampliado do processo saúde/doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos idosos.

É perceptível que as pesquisas sobre a inserção da pessoa idosa em serviços de atendimento domiciliar ainda são incipientes, sendo esta população vulnerável e vítima em grande número de um sistema no qual o controle social e a concepção ampliada de saúde vêm sendo questionados por abordagens tecnicistas e pragmáticas que legitimam a privatização da gestão do SUS e transferem mais responsabilidades à família e à comunidade, sem levar em conta muitos dos aspectos socioculturais e econômicos dos envolvidos nos arranjos familiares e no processo de envelhecimento.

Portanto, fazem-se necessários estudos específicos que avaliem a relação de custo-efetividade das internações domiciliares comparativamente àquelas realizadas em hospitais, bem como estudos empíricos que analisem se o desenvolvimento dessas medidas afirma o direito dos idosos à saúde integral e humanizada, ou apenas respondem à necessidade do Estado em conter investimentos no campo da saúde pública, garantindo assim a sua “saúde fiscal”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da hegemonia do ideário neoliberal entre as décadas de 1980 e 1990, o mercado é idealizado como supremo regulador das relações sociais; contudo, a sua legitimação só pode se realizar na condição de uma suposta ausência de intervenção estatal (BEHRING E BOSCHETTI, 2006). Até mes-

mo o que permanece sob a responsabilidade público-estatal passa a tomar como referência a racionalidade das organizações do mercado (BRAVO, 2010). Ademais, nesse contexto de hegemonia neoliberal, o papel do Estado é visto como um mal necessário, resumindo-se a fornecer a base legal com a qual o mercado pode maximizar os “benefícios aos homens” (BEHRING & BOSCHETTI, 2006) ou fornecer serviços pobres e básicos para os cidadãos que não podem materializar o ideal neoliberal: o cidadão consumidor.

A atual crise estrutural do capital e a crescente busca da classe dominante por novos nichos de acumulação de capital ocasionaram a mercantilização de espaços e instâncias da vida social anteriormente protegidos pelo Estado (BEHRING, 1998; BEHRING & BOSCHETTI, 2006). Esse processo vem reconfigurando/redirecionando as políticas sociais, entre elas a de saúde. A contrarreforma do Estado é uma das respostas mundiais do capitalismo à sua crise, iniciada nos anos 1970. No caso brasileiro, essa contrarreforma neoliberal atinge o Estado, intensificando as suas mais perversas características (SOARES, 2010).

Essa reconfiguração/reorientação apresenta como tendência a restrição e a redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado. As políticas sociais inseridas nesse contexto convertem-se em ações pontuais e compensatórias, direcionadas a minimizar os efeitos mais perversos do capital. Assumem centralidade os programas de transferência de renda, focalizados na pobreza e na pobreza extrema.

Entre os principais interesses do grande capital na minimização do Estado está o que Mandel (1985) denominou de supercapitalização, isto é, o uso e a incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade, trazendo para essa área toda a lógica e racionalidade privada, anteriormente ocupada pelas políticas públicas. A saúde se tornou um dos campos preferenciais desse processo, constituindo uma das áreas de maior investimento tecnológico do mundo e de grandes possibilidades no mercado privado – desde seguros e planos de saúde para os mais diversos segmentos de renda, indústria de medicamentos e equipamentos de saúde, redes hospitalares, redes de farmácias, ações na bolsa de valores, organizações sociais, fundações etc. (DERENGOWSKI, 2004 APUD SOARES, 2010, p. 340).

Assim, as ações nos serviços de saúde vêm ocorrendo de forma precarizada, fragmentada e focalizada, como expressão do subfinanciamento e da necessidade de ampliação do mercado privado de serviços. Com isso, tem se configurado no âmbito do SUS um alto nível de produtividade de serviços, se

comparado com o parco investimento de recursos. Porém, essa produtividade não tem conseguido dar conta da demanda exponencial por serviços. Como apontam os estudos realizados por Barata (2009) e Deacon (2007), essa perspectiva de saúde é profundamente limitada no tocante à redução de desigualdades sociais em saúde.

Segundo Soares (2010), a demanda exponencial pelos serviços de saúde denuncia não só os limites da política de saúde e de sua racionalidade, mas também expressa as limitações da racionalidade do capitalismo contemporâneo e do modelo de desenvolvimento impetrado pelo Estado brasileiro, desde os anos 2000, que podem até atenuar, mas são incapazes de reverter os níveis de desigualdade social e concentração de riqueza no país. Tais condições estruturais de desigualdade materializam-se no cotidiano dos sujeitos sociais de diversas formas, entre elas, em agravos, riscos e desgastes à saúde, que encontram no SUS o escoadouro de todo esse conjunto de contradições expresso no processo saúde-doença.

A política de saúde, portanto, fica vinculada ao mercado, mediante as parcerias com a sociedade civil. A refilantropização é uma de suas manifestações, com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, 2008).

A ampliação restrita, como parte do conjunto de alterações implementadas pela contrarreforma na saúde, é a expressão maior das contradições desse processo; embora provoque a expansão do acesso aos serviços de saúde, as características de sua ampliação beneficiam o mercado privado. Portanto, o modo de ampliação do SUS tem relação direta com as tendências de privatização e assistencialização da saúde pública (SOARES, 2010).

No caso do Estado de Pernambuco, onde ocorre a pesquisa que deu origem a este trabalho, os serviços de atenção domiciliar do Programa Melhor em Casa são gerenciados por uma organização social (OS) contratada pelo Governo do Estado para gerenciar e implantar estes serviços em grande parte da capital, Recife. Desta forma, o “Melhor em Casa”, além de promover o repasse de responsabilidades do Estado para a família/comunidade, cria um novo nicho de acumulação de capital para as organizações mercantis e ditas não lucrativas do setor saúde. Por meio de um contrato de gestão, esta OS assume a implantação da política de saúde de acordo com a racionalidade instrumental comum na administração privada e acessa recursos do fundo público, enquanto as unidades de saúde públicas estatais são cronicamente subfinanciadas.

Nessa perspectiva, a saúde passa a ser não só direito, mas também

importante espaço de investimento público/privado e de ampliação precária do sistema público, em que se inscreve o Programa de Atenção Domiciliar, garantindo a expansão do mercado por meio da privatização da gestão da atenção domiciliar e da desresponsabilização do Estado. O modelo de atenção à saúde materializado no SUS se torna predominantemente assistencial, centrado no indivíduo e na família, numa perspectiva curativa e medicocêntrica, com forte presença das ações emergenciais (SOARES, 2010). Este assistencialismo parece se afirmar no Programa de Atenção Domiciliar do SUS, mas seus principais agentes não são os profissionais de saúde, tradicionalmente superexplorados, porém os cuidadores não profissionais e, majoritariamente, muito pauperizados e mulheres.

De acordo com Mioto (2008), o debate em torno da proteção social e da política pública vem focalizando a família como agente de corresponsabilidade, ou seja, agente executor do cuidado, o qual é negado pelo Estado. Para a autora, a centralidade da família no debate sobre política e proteção social deu-se a partir do final dos anos de 1970, como consequência dos questionamentos provenientes da crise do *Welfare State*, “que fizeram com que a família fosse redescoberta”, tanto como instância de proteção como quanto possibilidade de “recuperação e sustentação” de uma sociabilidade, evidenciando a relação entre um Estado mínimo para o social e máximo para o capital, e políticas e programas sociais que repassam às famílias e à comunidade a responsabilidade pela provisão de bem-estar social.

Resta saber se em um país tão desigual como o Brasil, em que as funções de cuidado sempre foram realizadas por mulheres e em ambiente familiar, a atenção domiciliar se tornará a regra ou apenas uma expressão das tentativas do Estado burguês de colonizar até a esfera do cuidado familiar, em seu constante objetivo de diminuir os seus gastos e os do mercado com a reprodução da força de trabalho. Enfim, são tempos difíceis para ser velho ou velha.

REFERÊNCIAS

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Temas em saúde).

BEHRING, E. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

BEHRING, E., BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 2.527**. Redefine a Assistência Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 27 de outubro de 2011.

_____. **Caderno de Atenção Domiciliar**: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília, DF, abril de 2012.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2007.

_____. e PEREIRA, P. A. P. (orgs.). **Política Social e Democracia**. 4. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

_____. M. I. S.. **A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade**: o desafio de concretizar direitos. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 102, p. 5-21, 1º abr. 2010.

DEACON, Bob. **Global Social Policy and Governance**. Londres: Sage, 2007.

FRASER, Derek. **The Evolution of the British Welfare**. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2009.

HARVEY, D. **A produção capitalista do espaço**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2005.

_____. **O Neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2008.

HIRSCH, Joachim. **Teoria materialista do Estado**: processos de transformação do sistema capitalista de Estados. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo Demográfico [acesso: 20/9/2015] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

KEMPER P, et al. **Meeting the Need for Personal Care among the Elderly**: Does Medicaid Home Care Spending Matter? Health Serv Res. US, 2008.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultura, 1985.

MELLO, G. A. “Gestão do conhecimento e da inovação no setor público”. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec-cealag, 2011. p. 446-479.

MIOTO, R. Famílias e Políticas Sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs.). **Política social no Capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 130-148.

_____. A Família como Referência nas Políticas Públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, Leny A. (Org.). **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

NASCIMENTO, M. B. **Política de Saúde e Atendimento Domiciliar: um espaço multiprofissional na garantia de direitos**. Monografia de Especialização, Fafire, 2012.

SOARES, R. C. S. Contrarreforma na Política de Saúde e Prática Profissional do Serviço Social nos Anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

YEOH, B. S. A. et al. **Foreign Domestic Workers and Home-Based Care for Elders in Singapore**. *Journal of Aging & Social Policy*. Cingapura, 2010.

World Health Organization [Internet]. Department of Economic and Social Affairs, Population Division: **World Population Prospects: The 2012 Revision**. [cited 2013 Set 07]. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/>

CAPÍTULO VI

LAÇOS ROSA DE UM VELHO PRESENTE: A QUESTÃO DE GÊNERO NO ENVELHECIMENTO

*Gabriela Cristina C. Vilione
Cristiane de Fátima Poltronieri*

Resumo: O envelhecimento humano, fenômeno heterogêneo e multidimensional, apresenta significativa expansão em escala mundial e nacional. O presente trabalho tem o objetivo de analisar a velhice, paralelamente à questão de gênero, discutindo as relações sexistas que repercutem na vida de todos os segmentos sociais e a disparidade do envelhecer de homens e mulheres. Aborda-se a feminização da velhice em um resgate histórico sobre o patriarcalismo e contextualizam-se as imagens e as referências do processo de envelhecimento da mulher velha.

Palavras-chave: Envelhecimento; Gênero; Mulher; Velhice.

INTRODUÇÃO

O prolongamento da vida faz-se realidade em escala mundial, embora ainda haja países em que a expectativa de vida não tenha alcançado tanto crescimento. Segundo Kalache et al. (1987, p. 201), a reestruturação demográfica acontece de forma heterogênea e encontra-se em diversos estágios ao redor do mundo.

No Brasil¹, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o segmento idoso representava aproximadamente 11,1% da população brasileira. Projeções apontam que o País será, em 2025, a sexta nação com maior número de pessoas idosas.

Este fenômeno eminentemente contemporâneo, complexo, heterogêneo e multidimensional é resultante de um conjunto de determinantes, tais como as lutas sociais; a queda da taxa de fecundidade e natalidade; os avanços tecnológicos e farmacológicos; a redução da mortalidade²; as trans-

¹ No mundo, de acordo com as estimativas das Nações Unidas, em 2011 a quantidade de pessoas idosas totalizava aproximadamente 800 milhões de pessoas, o que correspondia a 11% da população mundial. As projeções apontam que em 2050 esse contingente será mais de 2 bilhões de pessoas, o que representará 22% da população (KANSO, 2013, p. 4).

² Segundo Kanso (2013, p. 12), antigamente as causas predominantes de morte eram doenças infecciosas e parasitárias; já hoje, 63% das causas são doenças não transmissíveis. Assim, melhores condições de vida, no que concerne à situação econômica, social, ambiental e cultural, contribuíram para o aumento da esperança de vida e, conseqüentemente, para o aumento do envelhecimento populacional.

formações demográficas, societárias, econômicas e ideopolíticas vivenciadas. A modificação no desenho da pirâmide etária, com o crescimento expansivo das populações idosas, apresenta reflexos em todos os setores da vida humana, inclusive na questão de gênero, pois homens e mulheres envelhecem de formas distintas.

Mediante o panorama apresentado, a heterogeneidade das trajetórias de vida, da vida social e econômica da pessoa idosa, está condicionada pela maior proporção de mulheres em relação à de homens. Assim, os aspectos relacionados ao envelhecimento humano mostram diferenças entre gêneros (LIMA; BUENO, 2009, p. 275).

Necessário se faz destacar que a velhice retratada neste capítulo é aquela que se constrói historicamente condicionada pelo sistema do capital, portanto, evidenciada em face do contexto da sociabilidade neoliberal.

A concepção teórico-metodológica que fundamenta o presente capítulo é o materialismo histórico-dialético desenvolvido por Marx, tendo em vista que se pretende analisar o tema sob um prisma crítico, porquanto este método permite a melhor apreensão do movimento da realidade e suas contradições. Os procedimentos metodológicos foram pautados pela pesquisa bibliográfica e documental. Para tal, foram realizadas leituras de obras concernentes à velhice e ao envelhecimento relacionados à sociedade capitalista e à questão de gênero, bem como artigos e livros que versam sobre o assunto da feminização da velhice.

A fim de dar visibilidade ao debate, realizou-se uma busca por dados estatísticos e informações publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É importante salientar que não se teve a pretensão de esgotar os temas abordados, mas sim suscitar novos debates, mesmo porque se trata de um campo que necessita de aprofundamento teórico, já que são escassas as referências teóricas.

Reflexões sobre o legado patriarcal

Falar de gênero exige introduzir a discussão acerca do patriarcado, que, para Monteiro e Leal (1998), significa o poder do homem na família e na sociedade. Patriarcado é o aparelho de dominação masculina, sistema que subjuga e inferioriza as mulheres e representa uma estrutura de poder baseada no patriarca: o soberano, o pai, o homem. Sua origem advém da sociedade grega, na qual as mulheres eram consideradas meros objetos de satisfação masculina.

Os moldes patriarcais são reproduzidos por meio de instituições como a família, igreja, escola, onde muitas vezes, “[...] ironicamente, sempre coube

às mulheres a reprodução desse modelo [...] sustentado pela estrutura político-ideológica” (MONTEIRO, 1998, p. 33).

Em uma compreensão histórica, na era primitiva, o homem teria descoberto o “poder da vida” através de seu sêmen. Neste período, o homem aprecia seu pênis, também chamado de “falo”, por este realizar e participar da geração de uma vida, dando origem à cultura universal do órgão masculino que simbolizaria a virilidade. A partir deste achado, o homem se sentiu ainda mais poderoso e passou a considerar a mulher como um simples depositário, cuja necessidade será tão somente receber e gerar o nascimento da criança. Uma vez que o “poder da vida” está no “falo”, o sistema patriarcal, conhecido também como falocracia, segundo Saffioti (1987), é o mais antigo sistema de dominação-exploração.

Os patriarcas, conforme Monteiro e Leal (1998, p. 34), detinham o poder da vida e da morte sobre seus filhos, mulheres, escravos e em todos os setores da sociedade, mantendo uma relação de domínio, posse e exploração, também reproduzida pelas mulheres. Hoje o patriarcado se sustenta através da ideologia dominante do neoliberalismo.

Com uma roupagem nova, assume a autoridade masculina que reproduz desigualdades entre os sexos com outras formas patriarcais de ser. Estes preconceitos estão disseminados na sociedade neoliberal por meio de resquícios patriarcais e são nutridos por diversas instâncias, a exemplo do sistema de dominação-exploração analisado por Saffioti (1987, p. 60), que explica tratar-se de uma simbiose entre os três sistemas antigos: o patriarcalismo, o racismo e o feudalismo, dos quais emerge o capitalismo: “[...] Na realidade concreta, eles são inseparáveis, pois se transformam, através deste processo simbiótico, em um único sistema de dominação-exploração, aqui denominado patriarcado-racismo-capitalismo”.

A presença do machismo sustenta o sistema, fortalece as relações sexistas e enfraquece a luta por igualdade entre os sexos, uma luta também de classe, de raça e de etnia. Corrobora para sustentar a supremacia masculina em detrimento da mulher, embora também haja a castração dos homens, que igualmente são prejudicados pelo legado patriarcal.

Breves considerações sobre gênero

A compreensão de gênero pela se pauta este ensaio é entendida como uma construção social; trata-se do estudo de plano relacional entre os sexos, o qual abrange um contexto, uma história, vivências, culturas e condições ideológicas e sociais. É válido salientar que a categoria gênero difere da catego-

ria sexo, pois esta última alude à qualidade reprodutiva e biofísica dos seres vivos. Na atual sociabilidade, há resquícios patriarcais em que a categoria sexo impera como determinante de nossos comportamentos.

As diferenças promovidas entre os sexos são falsas; de acordo com Whittaker (1988, p. 10), “[...] as verdadeiras diferenças entre homens e mulheres, nunca é demais repetir, ocorrem no nível do corpo e nada têm a ver com as abstrações culturais desvalorizadas dos ‘diferentes’”. Esta mesma autora expressa que “[...] o intrigante é que a sociedade tenha a necessidade de reinterpretá-las de modo simbólico e artificial, transformando-as em desigualdades sociais”.

Para Saffioti (2004), gênero não é neutro e não se limita ao postulado biologicista. É amplo e histórico, porquanto carrega doses de ideologia como a patriarcal, ao encobrir a desigualdade e perpetuar a hierarquização e a inferioridade. Figueiredo et al. (2007, *on-line*) argumentam que gênero é um conceito útil para entender a vivência em sociedade e compreender que as desigualdades econômicas, políticas e sociais existentes entre homens e mulheres não são produto da diferença biológica, mas sim construções sociais resultantes das relações sociais. Assim são as relações estabelecidas em uma sociedade permeada por valores, ideias e modelos atribuídos como masculino e feminino.

A concepção gênero, então, surge no sentido de desmistificar a transmissão de ideais assimétricos e heteronormativos, assim como visando ratificar uma nova visão das relações. O intento deste artigo é conferir maior visibilidade à mulher, por ser ela a protagonista da opressão de gênero.

Velhas imagens da mulher velha

Mulheres e homens não envelhecem da mesma forma, pois, como visto acima, vivem numa sociabilidade de antagonismos e contradições que atribuem e introjetam nos sujeitos papéis sociais assimétricos, confinando-os em redomas diversas, fruto de um sistema de dominação-exploração de resquícios patriarcais, no qual o masculino também é castrado; entretanto, é a mulher a protagonista dessa opressão.

Beauvoir (1976) trata da decadência da velhice de mulheres, que desde os primórdios sofriam com a misoginia, sem deixar de destacar os velhos homens, pois estes também lidam com um processo de castração e derrisão. Nos seus estudos, Beauvoir (1976) assinala que as mulheres velhas eram vistas como “máculas”, imagem reforçada pela iconografia, mitologia e literatura desde períodos remotos, transmitindo a figura da velhice pouco definida. Quando possui definição, esta sempre é negativa.

Na história humana, a mulher não teve voz, tornando-se uma figura

oculta. A história é contada por homens, e os seus protagonistas são homens brancos e jovens, com certo poderio, ou então com muita “virilidade”. Tanto é que em momentos conturbados, de conflitos e guerras, esperava-se que os jovens assumissem o comando. A autora denuncia a misoginia medieval, influenciada pela Antiguidade, Era de mulheres ostras, malévolas e bruxas, expressa por meio da literatura e fábulas satíricas. “Nesses contos, a mulher velha é sempre um ser maléfico. Quando, porventura, pratica o bem, é porque seu corpo, na verdade, é apenas um disfarce e ela o põe de lado, surgindo como uma fada de deslumbrante beleza e mocidade” (BEAUVOIR, 1976, p. 153).

Salgado (2002, p. 9) cita, também, as ideologias sexistas e gerofóbicas³, marcadas na sociedade pela produtividade, pelo atrativo físico e sexual, o que acaba por perpetuar o descrédito à mulher idosa, na qual o tempo deixa marcas na pele, no corpo e na alma. A mulher idosa é, muitas vezes, parte de uma população invisível cujas necessidades permanecem ignoradas.

Beauvoir (1976, p. 167) cita Erasmo quando ele hediondamente diz:

[...] estas mulheres decrepitas, estes cadáveres ambulantes, estas infectas carcaças que exalam por toda parte um odor sepulcral [...] ora exibem suas mamas flácidas e repulsivas, ora se empenham em despertar o ardor dos amantes com os ganidos de sua voz trêmula. (BEAUVOIR, 1976, p.167).

A velhice feminina é, assim, apresentada como um flagelo, assinalada com repulsa e marcada com injúrias. Esta velhice é escarnecida nas obras; apresenta-se um velho ridículo “[...] e sua esposa – feia e rabugenta como de costume – lhe faz amargas censuras” (BEAUVOIR, 1976, p. 129). Em sua maior parte, as mulheres velhas possuem o papel de velhas esposas rabugentas, velhas cortesãs e alcoviteiras das peças teatrais, particularmente por poetas latinos como Horácio e Ovídio.

[...] Descreve enojado uma velha loucamente enamorada [...] é hedionda a aparência da mulher idosa: “É negro o teu dente. Velhice antiga cava sulcos de rugas em tua fonte, teus seios são flácidos como as tetas de uma jumenta. Seu odor é desagradável: Que suor, que horrível perfume por toda parte desenvolvido sobre seus flácidos membros”. (BEAUVOIR, 1976, p. 137).

Beauvoir (1976, p. 138) observa que, “como o destino da mulher, aos olhos dos homens, é constituir um objeto erótico, ao se tornar velha e feia ela

³ Gerofobia é o termo usado para descrever os preconceitos e estereótipos em relação à pessoa idosa, fundados na idade. Essa atitude negativa advém do receio de envelhecer (SALGADO, 2002, p. 11).

se vê destituída do lugar que lhe é atribuído na sociedade: passa a ser um *monstrum* repelente e até mesmo temível”. Desse modo, passa do *status* de belo objeto de satisfação para o de feia e feiticeira.

Escritores da Idade Média apresentam o envelhecimento com bastante pessimismo, propagando estigmas e, quanto à questão de gênero, estes se acentuam. Beauvoir (1976, p. 164), ao analisar o poeta Eustache Deschamps, anota que:

[...] só enverga na velhice mazelas e motivos de desgosto, decadência da alma e do corpo, ridícula feiura: estabelece seu início aos 30 anos para as mulheres, aos 50 anos para os homens; para todos, aos 60 anos, só resta a morte. (BEAUVOIR, 1976, p. 164).

No caso da mulher, esta “continua a ser objeto de repugnância e derisão”. Há autores/poetas que repugnam a velhice comicamente. Compara-se a mulher velha à jovem, com a finalidade de humilhá-la, pois no Renascimento exalta-se em demasia a beleza do corpo feminino. Muitos pintores retratavam também a fealdade da velhice, especialmente a da mulher; já os velhos ricos eram pintados como figuras de barbas brancas veneradas e honrosas, enquanto as mulheres são retratadas monstruosamente⁴.

O que se vê na contemporaneidade são estas imagens oscilando entre a velhice escancaradamente ultrapassada, inútil e que almeja a juventude através de receitas prontas, e a velhice bem-sucedida, como se todos tivessem as mesmas oportunidades, as mesmas condições objetivas de vida. Há um verdadeiro culto à eterna juventude, e esta exaltação supõe a desvalorização da velhice.

Além disso, percebe-se também o envelhecimento tornando-se, sob a égide neoliberal, uma questão de gestão pessoal, ou seja, de responsabilização pelo modo como cada indivíduo envelhece. Responsabilidade essa imbuída nos sujeitos sociais, com o intento de fazê-los comprar a velhice idealizada pelo capital, quando, na verdade, esta velhice, em sua maioria, é subalternizada, condicionada ao pauperismo pelo modo de produção e reprodução social do capital.

No próximo tópico, aborda-se a visão da velhice atualmente.

⁴ Como exemplo, o quadro de Quentin Metsys, em “A duquesa feia”, disponível em *sites* de busca por imagens, em que a velha mulher aparece “grotescamente ataviada, hediondamente decotada, de fisionomia bestial” (BEAUVOIR, 1976, p. 182). Quevedo, Saint-Amant e Mathurin Régnier são outros homens citados pela autora que lamentavelmente disseminaram a imagem da mulher idosa similar à morte, descrevendo-a de forma impiedosa.

A feminização da velhice contemporânea

Quem impõe o estatuto das pessoas idosas é a classe dominante.
(BEAUVOIR, 1976, p. 242).

Identifica-se a questão de gênero extremamente presente na temática do envelhecimento populacional. Em consonância com Debert (1999), Lima (2000) e Britto da Motta (2013), salienta-se que homens e mulheres não envelhecem da mesma forma. Portanto, é necessário realizar um estudo que considere as relações sexistas, de resquícios patriarcais, sob a ideologia machista de atribuição de papéis diferenciados.

É importante considerar que, ainda que a população idosa seja o segmento etário mais crescente, elevam-se também as discrepâncias, pois a velhice é heterogênea: “[...] há idosos nas diferentes camadas, segmentos ou classes sociais, e eles vivem a velhice de forma diferente” (HADDAD, 1993, p. 9).

A velhice não é pura e simplesmente uma fase específica; é uma construção social: nela há trajetórias de vida pessoal e social, lineares ou desviadas, exigindo uma compreensão histórica e dialética, pois envolvem espaços, tempos, classes sociais e relações de gênero, entre outras categorias.

[...] a velhice é um fenômeno biossocial que não existe singularmente – claramente existem velhices, em formas que, mais além da localização etária “exata” no ciclo da vida, variam segundo as referidas características biológicas socialmente condicionadas, como o sexo/gênero, a raça/etnia e própria posição social, como grupo de idade e geração, mas, também, e não por último, a condição de classe. (BRITTO DA MOTTA, 2013, p. 15).

Edmundo de Drummond Alves Júnior (2009, p. 29) afirma que “A velhice é um fenômeno histórico, social, cultural, enfim, multifacetado e multidisciplinar, no qual perpassam trajetórias de vida pessoal e social e que só pode ser compreendida em determinados tempo, espaço, classe social, relações de gênero e de etnia”.

A feminização da velhice é a predominância do gênero feminino no envelhecimento populacional em curso em quase toda parte do mundo; contudo, ainda é um assunto pouco estudado. Conforme Britto da Motta (2013), “[...] sobre a velhice, a literatura produzida é, desde os últimos decênios do século passado, bastante ampla. Já sobre a mulher velha, como categoria de análise, a produção rareia”.

Fato comprovado por pesquisas e estudiosos da área, as mulheres possuem maior expectativa de vida. Salgado (2002, p. 8) relata que, em média, as

mulheres vivem sete a oito anos a mais que os homens.

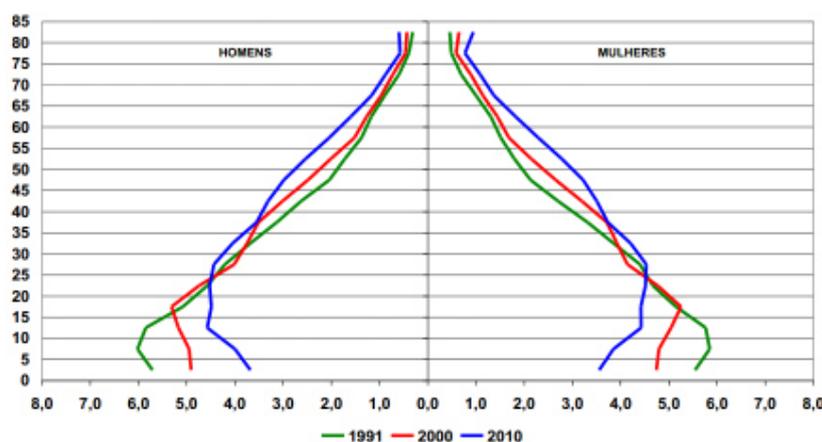
Para dar visibilidade ao fenômeno da feminização da velhice, Campelo e Paiva (2014) citam que, no Brasil,

[...] em 1980, havia 98,7 homens para cada cem mulheres, proporção que caiu para 97% em 2000 e será de 95% em 2050. Em números absolutos, o excedente feminino, que era de 2,5 milhões em 2000, chegará a seis milhões em 2050. Já a diferença entre a esperança de vida de homens e mulheres atingiu 7,6 anos em 2000 – sendo a masculina de 66,71 anos e a feminina de 74,29 anos. (IBGE, 2004 apud PAIVA, 2014, p.197-198).

A conjuntura de desequilíbrio etário tem sido consequência da redução da taxa de natalidade; segundo o IBGE (2010), a média de filhos no País é de 1,86, juntamente provocado pelo aumento da expectativa de vida que, de acordo com o mesmo Instituto, passou a 78,3 anos para as mulheres e 74,1 anos para os homens.

O gráfico 2 apresenta a distribuição da população por idade e sexo. Nota-se que houve um estreitamento na base, provocado pela diminuição da taxa de fecundidade, e o alargamento do topo, provocado pela queda da mortalidade em idades avançadas no período, além de ressaltar o contingente maior do sexo feminino em relação ao masculino.

Gráfico 2 – Composição da população por sexo e idade – Brasil – 1991/2010



Fonte: IBGE, 2010, *online*.

Os dados do Censo demográfico do IBGE (2010) revelam que o País segue em passos largos para o envelhecimento da população: 7,4% da população têm mais de 65 anos; no ano de 1991 esse índice chegava apenas a 4,8%. Segundo Berzins e Borges (2012, p. 23), no Brasil, em 2025, haverá mais de 50 adultos com mais de 65 anos de idade ou mais, por conjunto de 100 jovens menores de 15 anos de idade. Já Carvalho e Wong (2008, p. 603) afirmam que, em meados de 2050, para cada grupo de 100 mulheres idosas, haverá 76 homens idosos.

De fato, as mulheres estão vivendo mais, e isso se dá por diversos fatores, entre os quais sua melhor percepção da doença e aceitação dos cuidados para com a sua saúde, fazendo uso constante ou pelo menos maior que os homens dos serviços de saúde, tanto que se fala em demasia do Programa de Saúde da Mulher e quase não há visibilidade para o Saúde do Homem; participação maior e ativa nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), grupos comunitários e atividades voltadas à pessoa idosa; menor exposição a riscos, trabalhos perigosos e insalubres, tidos como de domínio masculino; diferença no consumo de tabaco e álcool; e a conquista de novos papéis sociais e lugares na sociedade.

Segundo Coutrim (2010, p. 68), essa longevidade pode ser explicada pelo fato de a mortalidade masculina ser maior se comparada com a feminina, pela diminuição da mortalidade materna, pelas mulheres se arriscarem menos no trânsito e no trabalho, por consumirem menos tabaco e bebida alcoólica e se preocuparem mais com a saúde.

Constatou-se que as mulheres vivem mais que os homens, a partir do momento que se utilizam de serviços médicos e hospitalares, principalmente no parto, de medicamentos anti-inflamatórios, antibióticos; e na menopausa, fazem tratamento adequados, e do ponto de vista afetivo e social, estabelecem mais vínculos e têm mais plasticidade em suas relações afetivas. (LIMA, 2000, p. 24).

Para Neri (2007, p. 56), as mulheres idosas são as maiores frequentadoras dos grupos de convivência, movimentos sociais, viagens, oportunidades de lazer e trabalhos voluntários. Isso contribui para que elas sejam mais “conectadas socialmente”, tanto na esfera familiar como fora dela.

Para compreender a velhice que se está a abordar, cabe ressaltar que se trata da geração de mulheres idosas nascidas na década de 1930 até a década de 1950, que vivenciaram todo um contexto histórico árduo (repressão, guerras, ditadura e coerção).

Outro ponto a ser levantado, de acordo com Salgado (2002, p. 9), é que a pessoa idosa do gênero feminino difere de outros grupos de idade quanto ao nível de educação formal e formação profissional, pois possui menos anos de formação e maior dificuldade em conseguir um emprego, se comparado ao grupo de jovens e homens idosos. Tal fato resulta em situações econômicas desfavoráveis quando as mulheres ficam viúvas, pois, conforme Camarano, Kanso, Leitão e Mello (2004, p. 54), essas mulheres não tiveram “[...] emprego remunerado e com carteira assinada, o que aumenta sua desvantagem”.

Por serem em sua maioria viúvas, as mulheres idosas são, muitas vezes, chefes de família. De acordo com Neri (2007, p. 56), a presença de maior número de mulheres como chefes de família é devida à maior longevidade das mulheres, acrescida do advento de políticas como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o trabalho feminino.

A referida autora cita que nos grandes centros urbanos o número de mulheres idosas morando sozinhas é maior se comparado ao número de homens que vivem sós: “[...] em todos os estados das regiões Sudeste e Sul, as mulheres que vivem sós apresentam proporção superior a 20%”. Ademais, “[...] 27,5% das mulheres *versus* 17,7% dos homens brasileiros de mais de 60 anos são apontadas como chefes de família”.

Contudo, essa longevidade também pode ser relacionada ao sentimento de libertação, associada, muitas vezes, ao *status* de viúva, e por não perderem tanto o sentido da vida no processo de aposentadoria como os homens. Essa liberdade, segundo Neri (2007, p. 49), revela um ganho da “nova velhice” feminina, pois trouxe a autoafirmação, a autovalorização e a participação social. Portanto, a longevidade feminina acrescida de melhores condições de saúde e integração origina novas expectativas no curso da vida (DEBERT, 1999, p. 36).

O mesmo processo de aposentadoria, para os homens, considerados provedores, uma vez alijados do mundo do trabalho, gera adoecimento, sentimento de inutilidade por ficarem confinados à esfera privada/doméstica/reprodutiva, pois não se acostumaram a ocupar esse espaço. Ao contrário das mulheres que, antigamente, com maior rigor, estavam fadadas a ocupar tão somente essa esfera, ou mesmo ocupando a esfera pública/produziva/extralar, mantinham as atividades do lar, com as quais o homem não se identifica.

Com base em Saffioti (1987), o sistema de dominação-exploração atribui papéis distintos aos sexos, propagando o que a sociedade espera ver cumprido, delimitando até onde poderão “pisar”. Isso influencia diretamente em

sua identidade social, pois é a partir destas atribuições que se evidenciam os impeditivos de homens e mulheres desenvolverem as dimensões da vida igualmente. Soma-se a este aspecto o fato de não haver condições equânimes entre os sexos para que suas potencialidades sejam exploradas integralmente independentemente do fator biológico. “A sociedade delimita, com bastante precisão, os campos em que se pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem” (SAFFIOTI, 1987, p. 8).

Esta delimitação de papéis não é diferente na fase da velhice, que assim como o gênero é uma construção social. Mesmo que as mulheres possuam uma expectativa de vida maior, viver mais não é sinônimo de viver melhor, tendo em vista o acúmulo, no decorrer da vida, de inúmeras desvantagens, como as duplas, triplas ou mais jornadas de trabalho; a divisão sexual do trabalho; os desníveis salariais; a violência e a discriminação; a imposição do papel de cuidadora.

É importante considerar a velhice não homogênea, pois existem velhices em sua pluralidade, e estas devem ser analisadas justapostas ao modo como a força de trabalho é expropriada e explorada, isto é, a partir da produção e reprodução da lógica do capital, à qual a classe que vive do trabalho está submetida, subordinando suas qualidades e necessidades humano-sociais à ditadura da racionalidade de riqueza privada (PAIVA, 2014, p. 37).

Desse modo, sabe-se que a heterogeneidade da população longeva não se deve apenas à diferença da composição etária e de gênero, mas sim às diferentes trajetórias de vida na inserção social e econômica no mundo do trabalho (CAMARANO, 2006, p. 2). Haddad (1993, p. 17) destaca: “[...] ainda que se tenha elevado a esperança média de vida, isso não significa que tenham melhorado as condições objetivas de vida da classe trabalhadora.”

De acordo com dados da pesquisa de Oliveira e Silva (2012), acerca da influência de gênero e da participação da mulher na solidariedade entre gerações, nas relações entre avôs e avós, filhos e filhas, netos e netas, quando as genitoras trabalham no espaço público, a tarefa de “cuidar” e “ficar” com os netos é das avós. Os avôs, geralmente aposentados, contribuem em menor intensidade com os filhos em relação às atividades domésticas. Assim, a velhice feminina continua com uma projeção de amparo e cuidado. As idosas avós continuam a assumir o papel de prover e educar os netos. O apoio familiar é visto como inerente à mulher, assim como a idealização do instinto materno.

Conforme Neri (2007, p. 48), a feminização da velhice se equipara ao crescimento do número de mulheres idosas e coincide com alterações nas

normas etárias e de gênero que legitimam o comportamento, as relações intergeracionais e de apoio material, instrumental e afetivo entre gerações. Tais características de mudanças variam conforme o pertencimento das mulheres às classes sociais (GOLDANI, 1999, p. 76):

Os diversos, novos e velhos, papéis desempenhados pelas mulheres aposentadas na família, proporcionam a elas bem-estar, pois, de acordo com Souto (1999), os idosos buscam uma revalorização perante a sociedade, uma sensação de pertença, por meio da qual se sintam parte fundamental da família, sentimento esse que é perdido com a chegada da velhice. (OLIVEIRA e SILVA, 2012, p. 42).

Pode-se afirmar que a velhice se feminizou, metamorfoseando-se em um assunto de mulheres. Porém essa parcela da população enfrenta uma problemática muito particular: ser mulher, velha e, quando acrescida às questões da cor da pele e econômica, ela se torna ainda mais vítima de hostilidade. Adriano Gordilho (et al., 2001 apud Paiva, 2014, p. 198) considera que o aumento significativo da esperança de vida das mulheres causará impacto na demanda por políticas públicas, pois as mulheres estão mais sujeitas às deficiências físicas e mentais.

Portanto, mediante a sucinta explanação da realidade das mulheres idosas, percebe-se que elas se tornam as protagonistas da velhice. No entanto, como em qualquer etapa da vida, a feminização da velhice possui aspectos negativos e positivos. É reflexo de uma conjuntura histórica de contradições que está em constante movimento; ora apresenta limites, estigmas e desafios, ora apresenta avanços e aspectos positivos.

A feminização da velhice evidencia que as relações continuam assimétricas, no sentido de estarem carregadas de influências “neopatriarcais”, embora não impere o patriarcado em sua fase originária, sobretudo por recriar e disseminar novas formas neoliberais, falocêntricas e sexistas de ser.

Assim, evidenciam uma velhice polarizada: mulheres velhas incumbidas de serem cuidadoras, oprimidas pelo casamento e libertas apenas quando viúvas, condenadas à busca por produtos rejuvenescedores; ou homens velhos que deverão adoecer por sua “improdutividade”, condenados a sentir-se onerosos no espaço privado, no qual não se identificam. Isso demonstra que o sistema dominante, também na fase da velhice, maquia e perpetua desigualdades de gênero e de classe.

Alves e Pitanguy (2007, p. 9) opinam sobre a inexistência do direito a um envelhecer equivalente:

[...] que o indivíduo, seja ele homem ou mulher, jovem ou idoso, não tenha de se adaptar aos modelos hierarquizados, e onde as qualidades “femininas” ou “masculinas” sejam atributos do ser humano em sua globalidade.

Navega-se numa contracorrente para se legitimar outro projeto societário; portanto, o caminho a se seguir contra o “neopatriarcado” é a resistência, a luta de classes, a consolidação de políticas públicas para o envelhecimento digno, sem distinção de gênero. É a defesa dos sujeitos históricos e sociais rumo à emancipação humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consoante o exposto, identificou-se que, devido à heterogeneidade da velhice, homens e mulheres vivenciam essa fase da vida de maneira diversa. Diante dessa realidade, dados os elementos apontados, resta evidente a feminização da velhice, sendo maior o número de mulheres idosas. Estas sofrem a opressão de gênero desde tempos remotos; em se tratando da mulher velha, isto não se altera, muitas vezes, se acentua, conforme visto nos estudos realizados por Beauvoir (1976).

Ao se considerar a feminização da velhice axiomática, entende-se que uma sociedade, para manter seu *status quo*, para atender aos interesses do capital, do macho alfa, branco, burguês e jovem, mantém a desigualdade, a injustiça e promove a cisão entre homens e mulheres de todas as idades, sobretudo entre aqueles velhos (as) trabalhadores (as) que já não servem à grande massa de manobra produtiva.

Remonta-se a períodos medievais, da iconografia antiga e demais momentos históricos, nos quais a velhice foi encarada como obsoleta e esdrúxula. O capital neoliberal cria mecanismos para reforçar tais estigmas e pseudovalorizações.

De fato, os avanços em diversas áreas propiciaram uma expectativa de vida maior. Há muitas mulheres longevas, no entanto, as discrepâncias na questão de gênero permanecem até mesmo nesta diferenciação de esperança de vida.

A mulher continua pressionada para exercer papéis de cuidado e amparo: é a cuidadora, é a avó. O homem velho fica deslocado com o processo de aposentadoria, e muitas vezes acaba depreciando-se por sua exclusão da atividade produtiva, considerando-se um inútil. A mulher, tida como “frágil” e “inferior” pela ideologia determinista da classe dominante, arrisca-se menos e procura cuidar-se mais. Já o homem não procura tanto pela rede de saúde e

possui papéis distintos, nos quais se arrisca mais. Esta dicotomização resulta em uma velhice também diferente para ambos os sexos, traduzida em prejuízos para ambos os lados.

Salienta-se a importância de se pensar na promoção da equidade de gênero, de se criar espaços de discussões, de promover estudos sobre a temática e disponibilizar estratégias de embate em face da cultura machista. Embora a efetivação da equidade suponha a superação desta ordem por outro projeto societário, urge a desmistificação cotidiana dos estereótipos sexistas.

O ideal é que todos possam ter as condições de desenvolvimento respeitadas igualmente, para que sejam estimulados da mesma forma ao longo da vida, sem distinções entre homens e mulheres, sem diferenciação de sexo e idade, podendo desenvolver suas potencialidades em qualquer fase de sua vida com condições equivalentes.

É necessário rever os conceitos, refletir, indagar e pensar na pessoa idosa como sujeito de direitos, capaz de continuar a sua história, de se impor, se opor e contrapor-se aos estigmas para enfrentar o obscuro do cotidiano e conseguir transformá-lo através da luta de classes e do movimento contra-hegemônico de toda a classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. M.; PITANGUY, J. **O que é feminismo**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**: realidade incômoda. 2. ed. Rio de Janeiro: Difel, 1976.

BERZINS, M.; BORGES, M. C. (Orgs.). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

BRITTO DA MOTTA, A. “As Idades da Mulher”. In: **Rev. Feminismos**. Vol. 1, N. 3, Set.-Dez. 2013.

CAMARANO, A. A. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006.

_____; KANSO, S. LEITÃO; MELLO, J. “Como vive o idoso brasileiro?”. In: CAMARANO, Ana Amélia. (org.). In: **Os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro, IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5476>. Acesso em: ago. 2015.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. “A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI”. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, mar., 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/13.pdf>>. Acesso em: ago. 2015.

COUTRIM, R. M. da E. **A velhice invisível: o cotidiano de idosos que trabalham nas ruas de Belo Horizonte**. São Paulo: Annablume, 2010.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo, Edusp/Fapesp, 1999.

FAURY, Mirian. “Estudando as questões de gênero em serviço social”. **Revista Pro-posições**. Campinas, vol. 14, n.1 (40) – Jan./Abr., 2003. Disponível em: < <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643910>>. Acesso em: ago. 2015.

FIGUEIREDO, M. do L. F. et al. “As diferenças de gênero na velhice”. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, jul./ago. v. 60, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672007000400012>. Acesso em: 16 jul. 2015.

GOLDANI, A. M. “Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero”. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Muito além dos 60 – Os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro, IPEA, 1999, p. 75-114.

HADDAD, E. G. de M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Envelhecimento populacional 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

JÚNIOR, E. de D. A. (Org.). **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009.

KALACHE, Alexandre et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

KANSO, S.. Processo de envelhecimento populacional: panorama mundial. In: Workshop de análise ergonômica do trabalho, 6; Encontro mineiro de estu-

dos em ergonomia, 3.; Simpósio do programa tutorial em economia doméstica, 8., 2013, Viçosa. **ANAIS**. Viçosa: UFV, 2013.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. “Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil”. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280, mai./ago. 2009.

LIMA, M. P. **Gerontologia educacional: uma pedagogia específica para o idoso, uma nova concepção de velhice**. São Paulo: Ltr, 2000.

MONTEIRO, A.; LEAL, G. B. **Mulher da luta e dos direitos**. Brasília: Coleção Brasil, 1998.

NERI, A. L. Feminização da velhice. In: NERI, Anita Liberralessso. (org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições Sesc-SP, 2007.

OLIVEIRA, M. B. de; SILVA, N. M. da. “A influência do gênero e a participação da mulher na solidariedade entre gerações”. SESC. In **A Terceira Idade: Estudos sobre envelhecimento**. Vol. 23. N. 54, julho de 2012. São Paulo: SESC-GETI, 2012.

PAIVA, Sálvea de Oliveira. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Editora Moderna, 1987.

_____. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. **Mulher idosa: a feminização da velhice**. *Estud. interdisciplinar. envelhec.*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

WHITAKER, Dulce. **Mulher & Homem: o mito da desigualdade**. São Paulo: Editora Moderna, 1988.

CAPÍTULO VII

VELHICE DE MULHER

Isolda Belo

Resumo: Em face das características do processo de envelhecimento da população, as especificidades da velhice feminina constituem fator a ser considerado no âmbito do Serviço Social. O presente trabalho tem por objetivo discutir dificuldades enfrentadas pelas mulheres, como resultado de desigualdades de gênero vivenciadas ao longo da vida e que se expressam no contexto do atendimento em instituições públicas e na luta em defesa de seus direitos. A análise se baseia nos dados da pesquisa “Mulher Idosa em Pernambuco: empoderamento e seus entraves”, realizada pela Fundação Joaquim Nabuco, em parceria com o Governo de Pernambuco/Secretaria da Mulher.

Palavras-chave: envelhecimento; mulher idosa; velhice; gênero.

Contextualizando: Mulher ou Idosa?

Parece um despropósito perguntar se as mulheres com mais de 60 anos de idade devem ser consideradas mulheres ou apenas idosas. No entanto, no cotidiano desse coletivo, são frequentes as situações que se apresentam tendo por base esta contradição, como se elas deixassem de ser mulheres, passando apenas à condição de velhas.

Uma das principais queixas expressas por mulheres que participaram da pesquisa refere-se às dificuldades de serem atendidas nos serviços específicos para a mulher, seja para o uso dos equipamentos, seja na participação em eventos de reivindicação política. Quando necessitam ou desejam engajar-se, é comum que elas sejam orientadas a dirigirem-se aos serviços destinados à pessoa idosa que, muitas vezes, são organizados por equipes insuficientemente sensibilizadas ou preparadas para atender às especificidades das demandas desse segmento em particular, destacando-se as citações a órgãos públicos como a Delegacia do Idoso.

Esta ambiguidade traz à tona o preconceito enraizado no senso comum – mas também presente em parte dos estudos sobre o envelhecimento e nas políticas públicas – de apenas considerar as demandas da mulher em sua fase reprodutiva. Estando idosas, parecem perder a sua condição feminina, transformando-se em pessoas assexuadas, senhoras de um corpo sem função

social ou econômica. Não é difícil associar esta imagem à hegemonia de um pensamento em que a identidade feminina está vinculada à esfera doméstica de reprodução da família: o corpo “adaptado para a necessidade do óvulo ao invés de suas próprias necessidades” (BEAUVOIR, 1953: 24).

O contexto histórico de socialização da atual geração de mulheres idosas repercute negativamente no seu processo de participação, considerando o desestímulo à vida na esfera pública, uma vez que sua ação sempre foi impositivamente dirigida para os cuidados com os filhos, com a casa e com o marido.

Ao mesmo tempo, essa mesma geração de mulheres idosas foi também socializada num ambiente em que o conceito de velhice sempre esteve associado à ideia de passividade, doença e reclusão.

Como reagir diante das exigências do atual conceito de Envelhecimento Ativo e dos novos desafios que se colocam para a mulher, muitas vezes, responsável única pelo domicílio?

As reflexões aqui apresentadas decorrem da análise dos dados primários obtidos na pesquisa “Mulheres Idosas em Pernambuco: empoderamento e seus entraves”, estudo realizado pela Fundação Joaquim Nabuco, em parceria com a Secretaria da Mulher, focado na compreensão da realidade da mulher idosa em Pernambuco.

O objetivo geral da pesquisa foi o de identificar elementos e situações que vêm impedindo a plena inclusão deste coletivo nos processos de transformação das relações desiguais de gênero. No intuito de contemplar perspectivas de maior abrangência acerca do contingente de mulheres pesquisadas, optou-se por uma dupla forma de abordagem: (a) levantamento de dados estatísticos, mediante a aplicação de questionários, visando dimensionar os fatos e situações observados, e (b) enfoque qualitativo com base em depoimentos obtidos através de entrevistas e análise do discurso.

Sob essa perspectiva, atribui-se maior evidência às novas elaborações ante os discursos hegemônicos relativos à pessoa idosa e, dentro de uma referência mais particular, buscou-se aprofundar as questões relativas à mulher, na tentativa de, por um lado, participar do debate estabelecido em torno dos novos contratos de gênero, em especial na fase da velhice e, por outro, colaborar para a superação da escassez de estudos sobre o envelhecimento que aprofundem as questões relativas à mulher idosa.

São ainda utilizados no debate aqui apresentado os resultados das duas edições do Fórum Nacional da Mulher Idosa, evento organizado pela Fundação Joaquim Nabuco e pela Secretaria da Mulher/Governo de Pernambuco.

Os discursos da atual geração das mulheres com mais de 60 anos de

idade revelam elementos que reforçam os estereótipos e as imagens tradicionais destinadas às mulheres e às pessoas velhas, ao mesmo tempo que indicam, de forma aparentemente contraditória – embora complementar –, os avanços contidos nos discursos reivindicatórios do movimento feminista e no conceito de Envelhecimento Ativo (EA) que, em linhas gerais, pressupõem a abertura de oportunidades de participação e de inclusão social da pessoa idosa nas diversas estruturas sociais.

Quem são estas mulheres?

O estudo foi realizado em Pernambuco, estado da região Nordeste do Brasil, onde a força da cultura machista exerceu forte pressão na formação sociocultural desse segmento específico da população que, de maneira difusa, tem igualmente sentido os efeitos dos avanços do movimento feminista, principalmente na área urbana.

Foram aplicados 4.500 questionários a mulheres com mais de 60 anos, de diferentes faixas etárias, distribuídas de forma representativa pelas cinco regiões do estado: Metropolitana (44,4%), Zona da Mata (12,9%), Agreste (26,6%), Sertão (10,4%) e Sertão do São Francisco (5,1%).

A sistematização das informações obtidas através dos questionários mostra o predomínio, entre as entrevistadas, de mulheres com renda entre um e três salários mínimos (90,2% do total), fato que atesta a representatividade da amostra considerada na pesquisa, quanto à perspectiva de contribuir para a adequação das políticas públicas destinadas a este segmento.

Complementando os dados obtidos por meio dos questionários, foram realizadas entrevistas com mulheres e lideranças do movimento organizado das pessoas idosas em Pernambuco. Além dos dados coletados na pesquisa, são também aqui apresentadas algumas reflexões contidas no Relatório das duas edições do Fórum Nacional da Mulher Idosa, realizados em Recife, conforme anteriormente mencionado.

Para os propósitos deste capítulo, cabe ainda informar que 53,5% das entrevistadas são viúvas, enquanto 25,3% se declararam casadas, 13,9% solteiras e apenas 7,2% divorciadas.

Quanto aos aspectos relativos à educação, verificou-se que 41% das mulheres pesquisadas eram analfabetas, reproduzindo-se no contexto estadual a realidade encontrada no restante do país, cujo quadro é alarmante em relação ao quantitativo de mulheres que não sabem ler nem escrever. Se forem somadas a este contingente aquelas que se dizem apenas alfabetizadas, tem-se o percentual de 68,2%, que denuncia o contexto cultural em que foi socializa-

da a atual geração das mulheres idosas, na qual a educação escolar (e até mesmo a leitura) foi totalmente desestimulada, tal como afirmou uma das lideranças do movimento: “Em minha casa, meus pais diziam que não era pra aprender, pra não escrever nem receber cartas de namorado”.

O conhecimento e a abertura para novos mundos e a descoberta do exercício de cidadania que a alfabetização pode proporcionar eram valores estranhos à cultura predominante no processo de socialização primária deste coletivo.

Na abertura do *II Fórum Nacional da Mulher Idosa (IIFNMI)*,¹ a palestrante fez a convocação para que todas saíssem do enclausuramento imposto às mulheres pelos modelos de socialização, estimulando-as a romper com os papéis *tradicionais* a elas destinados. Para ilustrar, remeteu a uma fábula em que duas mulheres viúvas (mãe e filha) sobreviviam da venda do leite produzido na propriedade deixada pelos maridos. Com a morte do animal, e a necessidade de buscar uma fonte de renda, elas se aperceberam que existia um mundo para além dos limites daquelas terras e, mais ainda, de suas potencialidades ao descobrirem novas formas de sobrevivência.

Esta fábula permite fazer uma analogia, substituindo o papel dos ex-maridos e da propriedade mencionada no relato pela presença do Estado e a execução das políticas públicas destinadas à mulher, vistas predominantemente como apenas receptoras dos benefícios, e não como cidadãs com direitos plenos (PRÁ, 2014, p. 20). Assim, em vez do pai, do marido, do irmão – o homem – como o provedor das necessidades das mulheres, emerge o Estado protetor, refletindo no âmbito macrossocial a cultura e, portanto, as estruturas predominantes na esfera privada (e vice-versa):

Em se aceitando que o Estado e suas políticas públicas refletem e reproduzem valores, normas e posturas sociais, incluindo percepções de feminino e masculino, é correto afirmar que o tratamento dado às questões da mulher ou à equidade de gênero é condicionado por tendências globais e regionais, por modelos de crescimento econômico e pelos projetos sociais e políticos seguidos por cada país. (PRÁ, 2010, p. 18).

Portanto, “as percepções do feminino e do masculino” dominantes no

¹ Trata-se da palestra da Professora Leny Amorim, que fez a abertura do evento. O II FNMI foi realizado em Recife, em 2012, contando com a participação de 878 pessoas (39 homens e 859 mulheres), sendo 300 técnicos/as. Os resultados foram divulgados no documento Relatórios I e II FNMI-PE, publicado pela Secretaria da Mulher de Pernambuco, disponível no *site* www.secmulher.gov.pe e em versão impressa.

processo histórico de socialização da atual geração das mulheres com mais de 60 anos traziam e trazem ainda, de forma contundente, os modelos de comportamento bem definidos: para o homem – provedor doméstico e habitante do espaço público; para a mulher, a geração e a criação de filhos, a organização do espaço da família e, principalmente, a submissão aos valores e normas predominantemente dirigidos à manutenção desta estrutura. A mulher, enfim, socializada com o papel fundamental de criação dos filhos de forma a dar continuidade a um sistema econômico fincado nesta dinâmica.

Cabe lembrar que o voto feminino no Brasil, um marco do processo para a participação da mulher no espaço público, apenas foi conquistado na década de 1930. E, como bem se recordam as mulheres idosas (ou pré-idosas) de hoje, nunca foi tarefa fácil ter uma escolha de voto diferente das do marido ou, ainda, do pai, quando solteiras.

Essa norma de submissão tem no filme “A Cor Púrpura”² a manifestação nítida e, talvez, mais expressiva do ápice deste processo, quando a personagem principal, desistindo de sua luta pela liberdade de opinião e de ações diante da violência imposta por seu marido anos a fio, aconselha ao filho desesperado ante o desejo de autonomia de sua esposa, com a seguinte frase: “Bata nela!”.

Este exemplo retrata a internalização dos discursos dominantes, demonstrando a capilaridade do exercício do poder nas sociedades modernas, em que a própria pessoa oprimida pela estrutura hegemônica reproduz o sistema que a oprime: “o poder disciplinar não destrói o indivíduo; ao contrário, ele o fabrica. O indivíduo não é o outro do poder, realidade exterior, que é por ele anulado; é um de seus mais importantes efeitos” (MACHADO, 1996, p. XX). Funciona como uma rede, não estando presente apenas nas instituições como o Estado, mas atravessa toda a sociedade, assegurando a sujeição constante.

No entanto, como afirma Foucault (1996), onde existe poder, também existe reação, e a dinâmica que estruturou historicamente o papel das mulheres (e o dos homens) vem sendo modificada pela luta de alguns setores da sociedade, embora as transformações, em nível macrossocial, não ocorram no mesmo ritmo no cotidiano dessas mulheres, tal como o exemplo aqui dado, relativo ao direito ao voto no Brasil.

Os mecanismos institucionalizados, principalmente nos países da América Latina e, em especial, no Brasil, limitam-se a “resgatar os aspectos formais da política (...) havia menos interesse em averiguar como isso afetava

² Filme estadunidense de 1985, dirigido por Steven Spielberg, baseado no romance de Alice Walker, *A Cor Púrpura* (*The Color Purple*).

o cotidiano das pessoas ou o baixo nível de direitos de justiça social por elas usufruído” (BARREIRO, 2000, p. 24 apud PRÁ, 2010, p. 15). Como resultado, as questões de gênero são pouco consideradas nas políticas públicas, fazendo com que assumam um viés assistencialista, reforçando o lugar da mulher como ser doméstico e passivo.

Apenas na última década do século XX, respondendo ao modelo predominante na agenda do Estado, é que são “forjados os conceitos de autonomia e empoderamento. Os últimos como expressão da crítica feminista à discriminação das mulheres” (PRÁ, 2010, p. 21). Entretanto, as políticas públicas têm se mostrado incapazes de absorver a transversalidade de gênero e a busca da cidadania feminina em sua luta para “superar as lógicas assistencialistas tidas como gastos nas mulheres, pela visão de investimento social” (PRÁ, 2010, p. 23).

Observa-se, portanto, que, no Brasil do século XXI, apesar das conquistas do movimento das mulheres, persiste uma concepção por parte do Estado que reforça o papel passivo das mulheres como receptoras e nunca protagonistas, ou seja, não se conseguiu introjetar a ideia das mulheres como cidadãs construtoras e transformadoras da sociedade. E, em relação à velhice: qual a concepção das políticas públicas?

Como assinalado anteriormente, pensar em velhice, no âmbito das políticas públicas, é encontrar, também, uma concepção fortemente arraigada de natureza assistencialista, vinculada a ideias dominantes que sempre homogeneizaram o coletivo idoso em torno de conceitos que transformaram esta fase da vida em sinônimo de doença e inutilidade. Tanto no cotidiano, aqui representado pelo senso comum, como nas teorias científicas dominantes de explicação do envelhecimento³, a temática da velhice no Brasil caracterizou-se por uma visão intencionalmente ambígua. De um lado, rogava-se pelo respeito aos velhos em virtude de sua experiência de vida (sem definir que a *expertise* de uma pessoa em uma determinada área, muitas vezes, tem pouca serventia em um contexto diferente). Por outro lado, a pessoa idosa deveria retirar-se da participação ativa na sociedade. Daí as políticas públicas que estimularam a *dependência estruturada* desse coletivo, entendida como formas de assistência que ao ajudar a pessoa, provoca a perda de sua autonomia, tornando-a dependente permanente dos benefícios do Estado.

Pode-se traçar, de forma unicamente didática e breve, a trajetória das

³ Ver uma crítica sobre estas teorias em BELO, Isolda. Do Corpo à alma: O Disciplinamento da Velhice. In: Márcia Longhi e Conceição Lafayette (org.). **Etapas da Vida: jovens e idosos na contemporaneidade**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p. 105-122.

concepções hegemônicas de velhice defendidas nos trabalhos científicos e as respectivas orientações dadas às políticas destinadas a este coletivo no Brasil:

Quadro 1 – Concepção sobre a velhice e políticas públicas correlatas

CONCEPÇÃO DE VELHICE	POLÍTICAS PÚBLICAS
1 Pobreza	1.Criação de Sistemas de Pensão
2 Isolamento/Solidão	2. Integração Social
3 Lazer	3. Consumidores
4 Fase de Direitos e Deveres	4. Inclusão Social

Fonte: Fundação Joaquim Nabuco; Secretaria da Mulher/Governo de Pernambuco. Mulher Idosa em Pernambuco: empoderamento e seus entraves (2015).

Nas décadas de 1960 a 1980, quando o envelhecimento demográfico ainda não era uma questão central em países como o Brasil, tinha-se uma população idosa proporcionalmente pouco significativa e que se tornava um problema social apenas para os setores pobres da população. Neste período, foram propostas políticas com o objetivo de assegurar o pagamento de benefícios (embora com valores mínimos) para este grupo etário e, paralelamente, a instalação de instituições asilares.

Ainda nesse período, quando dominavam as teorias sobre a velhice que defendiam a não participação deste coletivo nas estruturas sociais, pode-se constatar a predominância de uma concepção que associa a velhice à solidão. Esse enfoque serviu de estímulo para a formulação de programas sociais criando espaços de convivência para a pessoa idosa, baseados em uma visão sectária e que ofereciam atividades sem valor social para este grupo etário.

Com a universalização do sistema de benefícios e o início das preocupações com o crescimento da população idosa, evidencia-se a percepção de que parte significativa desse coletivo representa um mercado consumidor de alguns produtos, principalmente de lazer. Reforça-se o conceito de Terceira Idade, que marca o início de uma mudança na imagem da velhice associada apenas à ideia de doença.

A tendência de crescimento da população idosa no Brasil que, atualmente, já corresponde a percentual relevante no total de habitantes, indica não ser mais economicamente viável adotar políticas de exclusão deste coletivo que, por sua vez, também começa a pressionar os poderes públicos em torno de suas demandas.

A realização da *II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento* (Madri/2002), quando foram traçadas as diretrizes que seriam seguidas mundialmente para enfrentar os desafios decorrentes do envelhecimento populacional, consistiu num estímulo ao processo de ruptura dos paradigmas dominantes sobre a velhice.

Assim, considerando que a transição demográfica em sua fase atual indica um movimento de explosão do coletivo idoso, tanto nos países centrais como nos periféricos, como seguir com políticas que promovem a sectarização e/ou exclusão desses segmentos sociais? Como manter tantas pessoas velhas fora da dinâmica econômica das sociedades?

O conceito de *Envelhecimento Ativo (EA)*, formulado em 2002, na *II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento* e amplamente divulgado no *Plano Internacional*⁴, vem romper com este paradigma e ofertar diretrizes para uma nova forma de encarar a velhice. O EA, que engloba diversos aspectos propondo mudanças estruturais, restringe sua aplicabilidade a apenas exigir da pessoa idosa que seja participativa, autônoma, feliz, dentro do que se passa a denominar de a “Melhor Idade”.

As estatísticas mostram que a velhice é predominantemente feminina, situação que remete à reflexão de como as mulheres podem viver este protagonismo exigido pelo EA, se a atual geração de velhas foi, em grande maioria, socializada em um contexto onde *o ser mulher e o ser idosa* carregam o traço marcante da submissão, do retraimento, da domesticidade, da inutilidade econômica e da alienação política?

Tem-se, portanto, um processo histórico de formação da identidade das idosas de hoje, em que o espaço público não corresponde ao lugar que deve ser ocupado nem pelas mulheres nem pela pessoa idosa. Ao mesmo tempo, é dificultado o seu acesso aos programas sociais destinados à mulher e estimulada a sua participação naqueles destinados ao coletivo idoso, onde as suas demandas específicas continuam sendo ignoradas. Verifica-se, portanto, que se trata de uma geração fortemente marcada pela ausência de espaços em que a condição feminina seja de fato considerada.

Por sua vez, tanto as políticas destinadas à mulher quanto as destinadas à pessoa idosa seguem ainda os parâmetros de considerar estes coletivos como peso social e econômico e nunca como investimento social. Pergunta-se, então: como reage este grupo de mulheres?

⁴ World Health Organization. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde/World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Ambiguidades e estratégias

Um percentual significativo das mulheres entrevistadas para a pesquisa mencionada (60%) afirma que, a partir dos 60 anos, passou a ter melhores condições econômicas do que durante a trajetória anterior de suas vidas. Sem dúvida, isto resulta da universalização de determinadas políticas sociais implantadas pelo Poder Público, a exemplo dos benefícios de prestação continuada (BPC) e do fato de grande parte das entrevistadas ser viúva, somando-se a estes benefícios as pensões porventura deixadas por seus maridos. Observou-se, porém, que em 69,2% dos casos, esses rendimentos são integralmente gastos no orçamento doméstico. Entenda-se aqui que a grande maioria dessas mulheres é responsável pelo domicílio majoritariamente ocupado por seus filhos/as e netos que, em geral, delas dependem economicamente.

Os últimos Censos Demográficos demonstram o crescente número de domicílios sob a responsabilidade de pessoas idosas, podendo-se identificar localidades, sobretudo em áreas rurais, onde os rendimentos auferidos pelos idosos desempenham importante papel na economia local.

Se, por um lado, parcela das mulheres que se encontra na condição de responsáveis pela família manifesta certo orgulho – desconhecido por muitas delas em sua história de vida – de serem as *provedoras* do lar, ocorre também na velhice a reprodução da conjuntura vivida na idade adulta: frequentemente *suas demandas estão situadas secundariamente na hierarquia das necessidades do domicílio*.

Constatou-se, por meio de uma entrevista com a responsável pela concessão dos empréstimos consignados em uma associação de pessoas idosas, que o dinheiro recebido, quando solicitado por um idoso, destinava-se às despesas pessoais (lazer, automóvel ou cobrir débitos). No entanto, quando requeridos pelas mulheres, em sua grande maioria, visavam suprir dificuldades financeiras vividas por seus filhos/as. No universo da pesquisa, 48,2% das pessoas pesquisadas recorreram a este tipo de empréstimo. Considerando que, em quase 70% dos casos, todo o dinheiro recebido por elas é revertido para as despesas de casa, também os recursos oriundos dos empréstimos se encontram aí inseridos.

Provavelmente por isso, ou decorrente disso, ao serem perguntadas sobre qual a política pública de que mais necessitam, 58% responderam que seria a de saúde, embora 65,8% afirmaram não ter nenhum problema físico que limite as suas atividades da vida diária. Gozar de uma boa saúde⁵ – um

⁵ O conceito de saúde aqui está compreendido numa concepção mais restrita, ou seja, apenas como ausência de doença.

desejo humano universal – transforma-se na principal preocupação dessas mulheres, considerando o seu novo papel de provimento material do domicílio. Há depoimentos, inclusive, onde elas afirmam “não poder adoecer” ou “não posso morrer, pois como ficariam eles?”, referindo-se aos filhos desempregados ou às filhas que criam seus filhos em sua casa, sem a ajuda dos companheiros.

O segundo lugar na preferência das entrevistas por políticas públicas seria a criação de oportunidades de trabalho para melhorar a renda. Cabe ressaltar que o trabalho apenas aparece associado à obtenção de maiores recursos, e não como ocupação do tempo.

Observa-se, igualmente, que o item Cultura e Lazer foi indicado por apenas 1,9% das mulheres inseridas na amostra da pesquisa, entre as quais a maioria (90,1%) descreve como a principal diversão “assistir televisão”.

Estes dados revelam que, apesar de terem conquistado uma relativa autonomia financeira, por receberem recursos superiores aos que possuíam na fase adulta, os padrões de comportamento continuam voltados prioritariamente para a esfera doméstica. Em outros termos, nas camadas sociais de menor poder aquisitivo, a mulher idosa acumula a função de provedora econômica e de cuidadora da família. Em relação aos aspectos conceituais de ser velha e ser mulher, as respostas sistematizadas na Tabela 1 permitem observar algumas situações:

Tabela 1 – Opiniões sobre ser idosa e sobre ser mulher

Opiniões	Percentual
Opinião sobre ser idosa	
Doença/uma tristeza/medo da morte/fim da vida	28,8
Melhor fase da vida/ família criada/ experiência de vida	23,5
Solidão	47,3
Falta de trabalho	0,5
Opinião sobre a mulher ⁽¹⁾	
Ser forte/trabalhadeira/responsabilidade com a família	67,2
Ser compreensiva, carinhosa	22,9
Ter de obedecer	14,3
Ser inteligente	33,2
Sofrer muito	20,2
Muito trabalho	0,2

Fonte: Fundaj (Pesquisa Direta)

(1): Considerando que uma mesma pesquisada poderia apresentar mais de uma alternativa, a soma das frequências é superior ao número de pesquisadas.

Em 47% dos casos, as mulheres se reportam à solidão como marca principal da velhice, acompanhada por 28,8% das que pensam que é um momento de tristeza. Somados esses dois percentuais, é muito alta a conotação negativa da velhice, ou seja, para 75,8% delas. São definições que cabem no conceito tradicional de velhice defendido pelas principais teorias científicas e pelo senso comum. Apenas 23,5% delas pensam estar vivendo uma boa fase.

Ao lado desses dados, tem-se que 67,2% das pessoas que responderam ao questionário associam a imagem da mulher à ideia de ser forte e ter responsabilidade com a família. Imediatamente depois, citam a inteligência (33,2%) como característica feminina e o sofrimento (20,2%) como um marco definidor.

As reflexões apresentadas em torno do contexto histórico de socialização dessas mulheres permitem observar uma correspondência preponderante nos conceitos tradicionais relativos à mulher e à velhice. Na prática, continuam vivenciando os comportamentos determinados para estas categorias quando da opção de dedicar-se à família e às atividades domésticas como prioridade de suas vidas, colocando as suas demandas em ordem inferior, ainda que ela exerça o papel de comando dentro de suas residências.

Continuam, portanto, a exercer o papel de responsáveis pela reprodução da família (muitas delas cuidam em tempo integral dos netos), ao mesmo tempo que se tornam provedoras, no que diz respeito à origem dos rendimentos familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação de ambiguidade vivida por parcela expressiva das mulheres de mais de 60 anos revela a preponderância de uma imagem que retira a condição feminina daquelas que já ultrapassaram a fase reprodutiva, sendo, portanto, consideradas apenas como pessoas idosas, assexuadas, sem corpo e sem vida social.

Sob essa perspectiva, são frequentemente orientadas para que busquem o atendimento nos serviços destinados ao coletivo idoso, deixando de ser observadas as especificidades relativas à condição feminina. Na velhice, elas vivem as desvantagens acumuladas ao longo de uma vida de discriminação e desigualdades.

Entre os principais aspectos que reforçam esta constatação está o fato de que a atual geração de mulheres idosas, em sua maioria, exercia o trabalho doméstico, mantendo uma posição de subordinação – pelo menos, econômica – aos homens. Trata-se, portanto, de pessoas que, ao terem permanecido fora

do mercado de trabalho, recebem hoje pensões exíguas de viuvez ou assistenciais. As diferenças também se mantêm nas aposentadorias, pois, em caso de ter havido remuneração, em geral, ela era (e é) inferior àquela recebida pelos homens. Ainda assim, grande parte delas atualmente tornou-se a provedora econômica da unidade domiciliar.

É preciso considerar, igualmente, que a maior longevidade das mulheres em relação aos homens corresponde a, aproximadamente, sete a oito anos de vida, situação que tende a reforçar o papel de cuidadoras dos maridos e/ou dos filhos que necessitam de apoio. Em condição distinta encontra-se a elevada proporção de mulheres que vivem sós, configurando situações em que precisam conviver com alguns valores e estereótipos sociais, que dificultam a reestruturação de sua vida conjugal, quando assim é desejada, ou com a carência de suporte material e afetivo, quando surgem as debilidades físicas.

De modo geral, trata-se de um coletivo socializado em um período histórico em que tanto a velhice como a condição de ser mulher estavam representados por imagens e conceitos que associam estas duas características à passividade, restringindo sua participação ao âmbito doméstico. As consequências da internalização desses valores são reveladas nos dados analisados pela pesquisa, que demonstram a sobrecarga que hoje em dia as mulheres idosas têm, quando se tornam, muitas vezes, provedoras da unidade familiar. Com frequência, foram registrados depoimentos do tipo “não posso nem morrer”, quando se referiam à preocupação relativa ao desamparo financeiro e emocional da família no caso de sua ausência.

Diante disso, pode-se afirmar que a atual geração de mulheres idosas é aquela que mais necessita das políticas públicas no atendimento de suas demandas.

Nessa perspectiva, volta-se a perguntar: qual a política a que deve recorrer a mulher idosa? Se ambas, tanto a destinada ao coletivo idoso como as destinadas à mulher, possuem um viés assistencialista, de que forma atender às demandas destas mulheres com mais de 60 anos, com suas diferenciações de gênero, classe, raça, histórico de vida e também de faixa etária?

Este parece ser um dos grandes desafios que o Serviço Social e os profissionais que se dedicam à questão do envelhecimento precisam enfrentar, ao lado das lutas desenvolvidas pelo próprio coletivo.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Simone. **The Second Sex**. New York: Knopf, 1953.

BELO, Isolda. Do Corpo à alma: O Disciplinamento da Velhice. In: Márcia Longhi e Conceição Lafayette (org.). **Etapas da Vida: jovens e idosos na contemporaneidade**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p. 105-122.

BARREIRO, L. (2000, apud PRÁ, 2010, p.15). PRÁ, Jussara Reis. Políticas para Mulheres: transversalizar é preciso. In: Alves, Ivya, Scheffler, M. L. e Aquino, Petilda (org.). **Travessias de Gênero na Perspectiva Feminista**. Salvador: EDFBA/NEIM, 2010. p. 13-25.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

MACHADO, R. Apresentação. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

PRÁ, Jussara Reis. Políticas para Mulheres: transversalizar é preciso. In: Alves, Ivya, Scheffler, M.L e Aquino, Petilda (org.). **Travessias de Gênero na Perspectiva Feminista**. Salvador: EDFBA/NEIM, 2010. p. 13-25.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

CAPÍTULO VIII

O DIREITO DE SER VELHO(A) E SOZINHO(A): PESSOAS IDOSAS SEM ACOMPANHANTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E REFLEXOS AO SERVIÇO SOCIAL

*Fernanda Tavares Arruda
Ionara do Nascimento Silva
Jéssica Alline de Melo e Silva*

Resumo: O número de pessoas idosas vivendo sozinhas aumentou consideravelmente. Este escrito visa refletir sobre o atendimento aos(às) idosos(as) desacompanhados(as) nos serviços de saúde e os reflexos ao Serviço Social. O caminho percorrido buscou: referenciar o processo de envelhecimento da classe trabalhadora; relacionar a negação do atendimento às pessoas idosas nos serviços de saúde com a atual conjuntura social e política; e refletir sobre os desafios postos à profissão de Serviço Social durante o atendimento ao(à) paciente idoso(a) desacompanhado(a). Este se coloca na defesa de fazer cumprir os princípios da Reforma Sanitária, em consonância com o projeto ético-político da profissão.

Palavras-chave: Idoso(a); Sozinho(a); Saúde; Serviço Social.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial proeminente, característico dos países desenvolvidos e, de modo mais crescente, do chamado “terceiro mundo”, apontando um crescimento mais elevado da população idosa, com relação aos demais grupos etários. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), a tábua de mortalidade projetada para 2015 forneceu uma expectativa de vida de 75,5 anos para o total da população.

Conforme afirma Paiva (2014), ao contrário de ser uma fase da vida marcada pelo descanso do trabalho, protegida pela família, pelas políticas sociais e acolhida pela sociedade, a velhice vivenciada por grande parcela da população é marcada pela negação dos diversos direitos sociais historicamente conquistados pelos movimentos sociais e organização dos(as) trabalhadores(as). Nessa seara, muitos(as) desses(as) idosos(as) vivem sozinhos(as), pois tiveram seus vínculos consanguíneos e de transmissão he-

reditária cessados, vivenciando, em sua maioria, uma luta diária para ser aceitos(as) na sociedade.

Conforme argumenta Miotto (1997), as famílias unipessoais são aquelas compostas por apenas um morador; com referência ao segmento idoso, estas totalizavam 1.603.883 unidades (IBGE, 2000), representando 17,9% do total, enquanto em 1991 a proporção era de 15,4%, chamando atenção, também, a elevada proporção de mulheres idosas vivendo sozinhas, em torno de 67% em 2000.

A inquietação para a elaboração deste trabalho surgiu das reflexões e discussões realizadas a partir das experiências profissionais em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), num hospital de grande porte de urgência, emergência e trauma, e através de estudos sobre o envelhecimento humano na perspectiva da Totalidade Social. O objetivo principal deste escrito consiste em analisar o atendimento às pessoas idosas desacompanhadas nos serviços de saúde e os efeitos provocados ao Serviço Social.

Para tanto, o caminho percorrido buscou: referenciar o processo de envelhecimento da classe trabalhadora; relacionar a negação do atendimento às pessoas idosas nos serviços de saúde com a atual conjuntura social e política; e refletir sobre os desafios postos à profissão de Serviço Social no atendimento ao(à) paciente idoso(a) desacompanhado(a). Trata-se da análise dos resultados de um estudo observacional e descritivo, fundamentada na concepção teórico-metodológica dada pela razão dialética. Buscou-se a revisão bibliográfica da literatura que trata do envelhecimento e do Serviço Social, alinhada à perspectiva crítica. Foram utilizados, como base secundária, dados sobre demografia, saúde, renda e envelhecimento.

Para efeito de contextualização, convém registrar a equidade como um dos princípios fundamentais norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), representando igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. No entanto, cotidianamente, é comum a negação do atendimento nos estabelecimentos de saúde às pessoas idosas desacompanhadas, mesmo quando tais pacientes estão com as suas faculdades mentais preservadas, responsabilizando-os por suas vidas e condição familiar.

O Estatuto do Idoso, promulgado em 2003 (BRASIL, 2003), estabelece em seu artigo 16:

[...] ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a um acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. (BRASIL, 2003).

Todavia, observa-se que o direito garantido pela lei está sendo desconsiderado pelos(as) profissionais das unidades de saúde, na medida em que eles(as) condicionam a presença do(a) acompanhante como premissa para admissão, transferências e cuidados aos pacientes. Da mesma forma acontece com o artigo 17 deste Estatuto, o qual delimita competir à pessoa idosa, no domínio das suas faculdades mentais, o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. Contudo, o(a) paciente velho(a) nem sempre consegue exercer o seu direito de falar e ser ouvido pela equipe de saúde, seja na presença, seja na ausência de familiares/acompanhantes.

Estar acompanhado(a) é de suma importância na recuperação do(a) paciente, para a manutenção dos vínculos, das relações sociais, do contato com o mundo exterior; representa fonte de conforto e segurança para a pessoa acometida por uma enfermidade, sendo mais um elo com a equipe da saúde. Porém, o acompanhamento deve ser entendido como um direito, e não como um dever ou condição para a atenção ao(à) paciente na unidade de saúde. “O acompanhar denota uma relação de afetividade e de compartilhar algo com o outro, ou seja, sofrimento, desgaste físico e emocional ou a insegurança” (SHIOTSU; TAKAHASHI, 2000, p. 103).

O direito ao tratamento de saúde no SUS não pode estar condicionado à situação sociofamiliar ou socioeconômica. Afinal, como responsabilizar familiares inexistentes? Como exigir laços de solidariedade, muitas vezes, sem consolidação? Família *versus* Estado: responsabilização? Transferência de papéis? Como adverte Freitas (2011), “muitas vezes as famílias acusadas de negligência são negligenciadas pelo Estado”.

A Reforma Sanitária traz o conceito ampliado de saúde, entendendo-a não apenas como ausência de doença, mas como resultante das condições de vida e de trabalho da população. O(a) assistente social é um(a) profissional preparado(a) para atuar, alicerçado(a) em seu Código de Ética, fazendo as mediações necessárias para atender e refletir sobre as demandas imediatistas e tarefas urgentes, partindo de uma visão ampla, pautada pelas dimensões teórico-metodológica e ético-política da profissão, que lhe possibilitam enxergar o sujeito idoso na sua totalidade.

O Serviço Social, através das suas intervenções, tem um compromisso com a defesa e a consolidação dos direitos do segmento idoso, buscando eliminar todas as formas de preconceito e incentivar a compreensão de que as pessoas idosas são parte integrante e importante da sociedade. Assim, serão levantados elementos indispensáveis para subsidiar debates acerca de pessoas idosas sem acompanhante, em particular no contexto hospitalar, a partir da perspectiva da totalidade social.

Envelhecer sozinho(a) no Brasil

No presente estudo, o envelhecimento humano é focado como um processo histórico, político e cultural, permeado por particularidades e individualidades inscritas numa sociedade de classes sociais distintas. Ao longo do movimento histórico, envelhecer interfere na sociabilidade e dela recebe interferências; uma delas, talvez a mais determinante, seja a classe social à qual o indivíduo pertence. Conforme anota Tonet (2013, p. 15), “as classes sociais são o sujeito fundamental – não o único – tanto da história quanto do conhecimento”. Para além do sujeito singular (indivíduos), as classes sociais representam o sujeito coletivo.

Nesta sociedade de modo de produção capitalista, composta essencialmente pelas classes trabalhadora e burguesa, é possível visualizar o modo perverso através do qual os indivíduos da classe trabalhadora envelhecem. Esse envelhecimento prejudicado é o resultado de toda uma vida de trabalho explorado, da privação ou precariedade do acesso aos bens e serviços essenciais. Para essas pessoas é impossível viver dignamente o alcance dos longos anos de vida acumulados. Torna-se impraticável seguir o receituário de atitudes saudáveis e ativas, preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

De acordo com os dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos (DIEESE, 2015), com referência ao mês de dezembro, o valor do salário mínimo necessário (cesta básica) deveria totalizar R\$ 3.518,51. No entanto, consta no censo de 2010, apenas 25% das pessoas aposentadas têm renda equivalente a três salários mínimos ou mais, evidenciando que a maioria dos(as) velhos(as) é pobre ou miserável, ou seja, se reproduz socialmente sem os mínimos necessários (ARRUDA e PAIVA, 2014). Essa realidade é resultante do processo de trabalho explorado e precário imposto à classe trabalhadora, que não lhes oferece o devido retorno material para a satisfação das suas necessidades humanas, de produção e reprodução social.

Segundo uma publicação no jornal A Folha de São Paulo, o número de pessoas idosas morando sozinhas subiu 60% na década de 2000; no ano de 2014, eles somavam 155 mil (CUNHA, 2014). Consta na Tábua de Mortalidade do IBGE, com referência ao ano de 2008, “que a população vai diminuir a partir de 2038, e em 2050 o número de idosos(as) com mais de 65 anos será quase igual ao de crianças e jovens com até 24 anos”.

No ano de 2009, o percentual da população envelhecida representava 6,7% da população, contra 26% de crianças e 17,7% de jovens. Se essas projeções forem confirmadas, em 2050 os índices passarão para 22,7% de

idosos(as), contra 23,6% da soma das crianças de 0 a 14 anos (13,2%) e dos jovens de 15 a 24 (10,4%) (IBGE, 2010).

Ao ler tais estimativas, inevitavelmente surge a dúvida sobre como ocorrerá a devida atenção a essa população, especificamente na fase da vida que requer crescentes gastos e cuidados, encerrados com a morte.

No caso brasileiro, histórica e culturalmente, as famílias são as responsáveis por cuidar dos(as) seus(as) velhos(as). Para além da tradicional família nuclear burguesa, as famílias vêm passando por processos de mudança em suas composições, nas quais, comumente, inexistem quem possa assumir os cuidados integrais com o familiar idoso(a).

A figura feminina seja ela filha, nora, sobrinha, esposa ou neta, representa a única ou a principal responsável por exercer o cuidado, como se houvesse no DNA feminino tal especificidade. Vale destacar a sobrecarga de vida e de trabalho que a maioria das mulheres da classe trabalhadora enfrenta, com extensas jornadas de trabalho, afazeres domésticos, criação/educação dos(as) filhos(as), entre outras. Há também complexidades e contradições da realidade social que interferem nos arranjos familiares, fazendo com que os indivíduos velhos fiquem sozinhos, seja por opção, seja pela precariedade ou inexistência de laços familiares.

Pouco se sabe sobre a realidade dos(as) velhos(as) que vivem sozinhos(as); ainda não há uma gama de estudos publicados sobre o tema. No entanto, Camargos, Rodrigues e Machados (2011) alertam: *corresidir* não é sinônimo de *assistir*, embora facilite as transferências. Da mesma forma, o indivíduo velho, vivendo sozinho, tem a possibilidade de receber suporte dos familiares ou de pessoas de referência residentes em outro domicílio.

Conforme dito acima, não raro acontece, o(a) velho(a) que vive sozinho(a) ou que não tem a possibilidade de contar com o suporte de qualquer familiar ou pessoa de referência, recorre ao serviço de saúde, sobretudo hospitalar, e tem o seu acesso negado ou dificultado pela ausência de um(a) acompanhante, necessitando de uma pessoa para ser responsável por ele(a) durante o atendimento ou a internação. Tal realidade é o retrato da negação do acesso ao direito à saúde, considerado “direito de todos e dever do Estado”, segundo o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

São os(as) próprios profissionais, trabalhadores(as) da saúde que impedem aos(as) pacientes idosos(as) a presença de um(a) acompanhante como condição para o seu atendimento. Vale salientar, a exigência é de acompanhante do sexo feminino nas enfermarias, ou seja, novamente a mulher é responsabilizada para exercer o cuidado, sob a justificativa de evitar constrangi-

mento aos(as) demais pacientes, caso um adulto homem seja acompanhante nessas enfermarias. Todo esse processo gera demandas ao Serviço Social, erroneamente visto como o setor responsável por tal coerção ou correção. Mais adiante será detalhada a interseção dessas demandas com o Serviço Social.

Soares (2012) chama a atenção para a grande ofensiva do ajuste neoliberal do Estado à Política de Saúde, originando contradições nas práticas sociais dos profissionais da saúde e na qualidade dos serviços oferecidos aos(às) usuários(as) do SUS. Nesse processo a categoria dos assistentes sociais também é afetada.

Para todos(as) os profissionais envolvidos(as) na atenção à pessoa idosa, convém lembrar o que está disposto no artigo 100 do Estatuto do Idoso: “recusar, retardar, dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, à pessoa idosa constitui crime punível com reclusão de seis meses a um ano e multa” (BRASIL, 2003). Tal referência não intenciona culpabilizar diretamente os(as) trabalhadores da saúde que condicionam o atendimento ao público idoso à presença de acompanhante. Em uma visão que ultrapassa a imediatividade dos fatos, pode ser feita a relação dessas equivocadas intervenções com reflexos de processos mais amplos, precárias condições de trabalho, desmonte histórico de diversos direitos sociais e com o gravíssimo sucateamento da política de saúde, atualmente vivenciado.

Os(as) profissionais da saúde, ora denunciados(as) por suas intervenções inapropriadas, enquanto conjunto da classe trabalhadora, sentem na pele os efeitos dos referidos processos no seu exercício profissional. Hospitais lotados, com inadequada estrutura física, excessivo número de pacientes por trabalhador(a), insuficiência de leitos, de materiais hospitalares e de medicamentos, sem contar a precariedade dos vínculos trabalhistas, salários baixos e defasados. Tais profissionais constituem a classe trabalhadora em processo de envelhecimento, sujeitos a vivenciar a decrepitude dos seus pares.

Assim, grande é a importância da consciência de classe, crítica, atenta aos movimentos contraditórios da realidade social. São esses elementos que possibilitarão viabilizar as demandas emergentes, buscar o fortalecimento do SUS, chamar o Estado à responsabilidade de oferecer o devido suporte àqueles que estão sozinhos(as) na velhice. Seja nos domicílios ou nos serviços hospitalares, o direito à saúde precisa ser exercido em caráter universal.

Reflexos ao Serviço social

A profissão teve sua gênese ligada às relações sociais construídas com o advento do sistema capitalista. A proposta para o Serviço Social em seu

surgimento foi determinada pelas classes dominantes e influenciada pela Igreja Católica que, através de ações doutrinárias e corretivas, buscava um consenso entre as classes dominantes e trabalhadoras, objetivando a construção de uma legitimação política para aquelas e uma legitimação ideológica para si.

Segundo Czapski (2012), com o surgimento do desenvolvimentismo no Brasil e a criação de inúmeras instituições, o Serviço Social se legitimou e se institucionalizou como uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, embora ainda com uma perspectiva de assistencialismo e favorecimento da expansão do capital. De acordo com a autora supracitada, mudanças desencadeadas na década de 1970, a partir do advento do Movimento de Reconceitualização, abriram um novo posicionamento ético-político para a profissão, que buscou a redefinição de uma prática profissional voltada às demandas reais, vividas na sociedade brasileira e suscitada pela sociedade organizada e a classe trabalhadora.

Matos (2013) afirma:

Os assistentes sociais quando lidam com a política de saúde, mediatizada pela sua operacionalização nos serviços de saúde, não desenvolvem no seu exercício profissional nenhum procedimento interventivo ou conhecimento que sirva ou explique apenas a sua atuação na área da saúde. (MATOS, 2013, p. 63).

Os problemas que se apresentam no cenário de atuação do profissional raramente não são identificados como resultado da desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista; pelo contrário, são visualizados como responsabilidade dos indivíduos e da sociedade. O cotidiano do(a) assistente social tem um caráter sincrético e requer respostas para diversas situações, geradas nas lacunas pela não implementação efetiva do SUS, muitas vezes imediatas, voltadas às necessidades humanas. A ação do(a) profissional no âmbito da práxis social consiste em “conseguir perceber, de forma mais fiel possível à realidade, os limites e possibilidades para a materialização do direito na vida do(a) usuário(a)” (LACERDA, 2014, p. 28).

Nos serviços de saúde, conforme argumentos de Matos (2013) há, em geral, o costume de se identificar os usuários com alta médica, mas com alguma dificuldade de autonomia na sociedade capitalista, entre eles, os(as) idosos(as) sem acompanhantes, como alvos exclusivos de intervenção dos assistentes sociais, uma vez que a responsabilidade para a solução dessas questões é identificada como sendo apenas do profissional de Serviço Social.

Sobre isso, Arruda e Paiva (2014), argumentam:

O Serviço Social é requisitado para intervir nas tensões oriundas da relação entre capital e trabalho e tem como objeto de intervenção a “questão social”. Dessa forma, situações de pobreza, conflitos e violência envolvendo os(as) velhos(as) da classe trabalhadora apresentam-se como expressivas demandas à intervenção profissional que, despidas de mediações, aparecem como um fim em si mesmas. (ARRUDA; PAIVA, 2014, p. 257).

Muitos(as) trabalhadores(as) da área da saúde não estão preparados para o atendimento ao público idoso, o que causa violação do direito de uma população já fragilizada. É relevante que, no ambiente hospitalar, haja comunicação entre a equipe de saúde e o(a) paciente idoso(a), sendo evidenciadas as opções terapêuticas disponíveis, em linguagem clara, de forma que seus medos, expectativas e desejos sejam levados em consideração e sua autonomia preservada. A presença de um(a) acompanhante é importante no tratamento, até mesmo para a manutenção dos vínculos, devendo ser entendida como um direito, e não como um dever ou condição para a permanência do paciente na unidade de saúde. O direito do(a) usuário(a) a um tratamento adequado não pode ser violado em razão de qualquer dificuldade sociofamiliar ou socioeconômica.

Em consonância com o Código de Ética do Serviço Social (CFESS, 1993) e com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010),

as estratégias de intervenção profissional podem ser potencializadas na mobilização e orientação aos usuários e familiares, problematização com as equipes multidisciplinares e com a rede de proteção envolvida, realização de estudos e pesquisas, utilização de instrumentais que viabilizem os direitos e, principalmente, a adoção da racionalidade na instrumentalidade do exercício profissional. (ARRUDA; PAIVA, 2014, p. 259).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As novas tecnologias, o avanço da ciência e as novas formas de alimentação e cuidado têm proporcionado a tão sonhada longevidade, atingindo todas as classes da sociedade. Entretanto, conforme foi discutido ao longo deste estudo, a Política de Saúde não está preparada para essa nova realidade.

Seguindo no foco das privatizações, “a grande questão é a segmentação do sistema, com ênfase nas ações privadas que passam de complementa-

res para essenciais” (CFESS, 2010, p. 22). A Lei 8.080/90 muda no compasso da crise do capital: o que é essencial começa a ser fornecido por órgãos filantrópicos, privados. Afinal, a participação do setor privado no SUS não seria complementar? Neste contexto, serviços contratados não atendem a princípios fundamentais do SUS: Universalidade, Integralidade, Equidade, Participação, Descentralização, Hierarquização e Regionalização.

Serviços de ambulância se negam a transportar pacientes sem acompanhante, e os hospitais, por sua vez, recusam-se a admitir pessoas idosas desacompanhadas. Os serviços terceirizados têm uma verdadeira relação de troca e comercialização, sem priorizar a necessidade e o direito do acesso universal à saúde da população. Decifrar e intervir nesta realidade, num sistema no qual existem legislações específicas que não são aplicadas, é delicado e contraditório. As trocas de responsabilizações, culpabilizações e a fragmentações no trato das expressões da questão social constituem a desafiadora realidade imposta, sobretudo, à profissão do Serviço Social.

Contudo, são necessárias reflexões mais aprofundadas sobre a temática do segmento idoso sem acompanhante nas Unidades de Saúde, com os seus desdobramentos. Levantar outros questionamentos: as políticas de saúde estão sendo desenvolvidas considerando este contexto? O conteúdo das leis é conhecido e exercido pelos(as) profissionais e pelos(as) pacientes? Qual é o entendimento de família pelos(as) profissionais da saúde? Como se dá a intervenção do(a) assistente social nas novas questões da contemporaneidade?

O desafio para o Serviço Social se coloca na defesa de fazer cumprir os princípios da Reforma Sanitária em consonância com o projeto ético-político da profissão. É importante que o(a) assistente social esteja articulado(a) com os movimentos sociais fiéis à sua gênese, com outros(as) profissionais e categorias que defendem o SUS, com a construção e a mobilização de estratégias e experiências nos serviços de saúde, afirmativas deste direito social, na perspectiva da defesa dos interesses das demandas da classe trabalhadora, incluindo os das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, F. T.; CAMPELO E PAIVA, S. de O. “A velhice vítima de negligência: omissão do Estado e rebatimentos ao Serviço Social”. **Revista Kairós Gerontologia**, 17 (1), p. 247-262. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Março, 2014.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 5 out. 1988.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 20/1/2009.

_____. (2000) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Conceitos**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acesso em: 24/2/2017

_____. (2015) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Conceitos**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2015/tabua_de_mortalidade_analise.pdf>. Acesso em: 24/2/2017

_____. (2010). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010. Educação e deslocamento**. Resultados da Amostra. Rio de Janeiro.

_____. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.

_____. **Lei n. 8080/90, 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. Brasília: DF. 1990.

_____. (2006). **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. "Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho". **Rev. bras. estud. popul.**[online]. 2011, vol. 28, n. 1, p. 217-230. ISSN 0102-3098.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. (3ª ed. revista e atualizada). Brasília, 1993.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

CUNHA, Raquel. Número de idosos que moram sozinhos cresce cada vez mais. Número de idosos que moram sozinhos cresce cada vez mais. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 7 set. 2014. Disponível em:<<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/09/1512272-numero-de-idosos-que-moram-sozinhos-cresce-cada-vez-mais.shtml>>. Acesso em: 20/1/2016.

CZAPSKI, A. R. S. "O Assistente Social no atendimento à violência doméstica"

ca contra a mulher”. **Revistas Travessias**. Paraná, v. 6, n. 1, p. 313-328. 2012. Disponível em: <<http://erevista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/5672>>. Acesso em: 18/2/2016.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudo Socioeconômicos. **Cesta Básica Nacional**. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html#2014>>. Acesso em: 20/1/2016.

LACERDA, L. E. P. “Exercício profissional do assistente social: da imediatividade às possibilidades históricas”. **Revista Serviço Social & Sociedade** 117, São Paulo: Cortez, 2014.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. “Família e Serviço Social: contribuições para o debate”. **Revista Serviço Social & Sociedade** 55, p. 114-130. São Paulo: Cortez, 1997.

PAIVA, S. O. (2014). **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital: um estudo sobre a racionalidade na produção de conhecimento do Serviço Social**. Tese de doutorado em Serviço Social. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco.

SHIOTSU, Célia Hiromi; TAKAHASHI, Regina Toshie. **O Acompanhante na Instituição Hospitalar**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 1, p. 99-107. Maio/2000.

SOARES, R. C. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social**. In: Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais/ Maria Inês de Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes (orgs.). 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.

TONET, Ivo. **Método Científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo (SP): Instituto Lukács, 2013.

CAPÍTULO IX

ASPECTOS RELACIONADOS À VIOLÊNCIA CONTRA O/A IDOSO/A ATENDIDO/A EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA E APOIO¹

*Larissa Santos de Souza
Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva*

Resumo: Estudo descritivo e observacional de corte transversal. Descreve aspectos relacionados à violência contra o/a idoso/a atendido/a em um Centro Especializado, em Pernambuco, no primeiro semestre de 2013. A coleta dos dados foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2014, abrangeu 153 indivíduos. As vítimas preferenciais são mulheres (66%), entre 80 e 89 anos (29,3%). A maioria (73,2%) reside no Recife. A negligência (38,6%), a psicológica (35,5%) e a financeira (30,7%) são as violências mais frequentes. O/a principal agressor/a é o/a filho/a da vítima (49,7%), em seu próprio domicílio (91,2%). É um problema de saúde pública que merece atenção e enfrentamento.

Palavras chave: Violência; Idoso; Idosa; Saúde da Pessoa Idosa.

NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

A violência contra os/as idosos/as pode ocorrer em diferentes situações e assumir diversas formas. Muitas vezes não é identificada, caracterizando as subnotificações, fator responsável por camuflar a realidade vivenciada por pessoas que envelheceram. Entre as causas para o difícil diagnóstico e notificação, é possível destacar: o sentimento de culpa e vergonha da vítima; o medo de represália por parte do agressor; e o medo de ser internado/a em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI). A maioria dos casos de violência contra os/as idosos/as é perpetuada por membros da família, o que explica por que as vítimas tendem a proteger os/as agressores/as e a não denunciar às autoridades tais agressões, bem como a não comentá-las com pessoas conhecidas. Há ainda aqueles/as que sofrem maus-tratos sutis e não se dão conta de que estão sofrendo violência (SOUZA et al., 2004; MELO, CUNHA; FALBO NETO, 2006).

¹ Este capítulo é resultado da pesquisa realizada por Larissa Santos Souza, sob a orientação da Dra. Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva, para a conclusão da Especialização em Saúde do Idoso pelo Instituto de Ciências Biológicas, da Universidade de Pernambuco.

A violência afeta todas as áreas da vida social e acomete principalmente as pessoas dos grupos sociais mais vulneráveis: mulheres, crianças, jovens, pessoas com deficiência e idosos/as. A nossa sociedade valoriza o novo, a juventude; o velho é visto como o oposto, sem futuro, gerando atitudes discriminatórias em relação a este segmento nas várias esferas sociais, o que produz a violência em suas diferentes formas (SÃO PAULO, 2007).

Em termos conceituais, a violência se manifesta de algumas formas: (i) Estrutural: a partir das desigualdades sociais, refletida na pobreza e discriminação; (ii) Interpessoal: quando está relacionada às relações do dia a dia; (iii) Institucional: quando da aplicação ou omissão de políticas sociais, podendo também ser reproduzidas no âmbito das instituições públicas e privadas (MINAYO, 2003; SÃO PAULO, 2007). Pode ser compreendida como qualquer ato intencional de familiar ou responsável que viole os padrões da comunidade e ocasione dano físico, psicológico, moral ou social aos/as idosos/as (OLIVEIRA et al., 2012). Outro conceito sobre violência contra pessoas idosas, adotado pela Rede Internacional de Prevenção aos Maus-tratos, a caracteriza como um ato único ou repetido ou em omissão que venha a causar dano ou aflição, que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança (BRASIL, 2005 a).

A pobreza, a discriminação, a miséria e as desigualdades sociais são produtos das relações sociais de produção e reprodução na sociedade moderna, do modo de produção capitalista. O sistema do capital subordina a vida em sociedade e é fundamentalmente violento por subjugar a classe trabalhadora para a garantia da mais-valia, ou seja, o/a trabalhador/a garante, em limites máximos, a produção da riqueza e, em limites mínimos, a sua sobrevivência. O capitalismo se mantém através da produção e reprodução da pobreza, mecanismo caracterizado por uma das piores formas de violência, a exploração, reproduzindo diversos outros tipos de violências que, por mecanismos ideológicos, serão naturalizadas pelas pessoas, muitas vezes, vítimas dessas violências (MINAYO, 2003; ROS, 2011).

Numa outra dimensão do debate sobre a violência, a Organização Mundial de Saúde classifica as violências como:

[...] abuso físico: uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor, incapacidade ou morte; psicológica: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social; sexual: ato ou jogo sexual que ocorre em relação hétero ou homossexual, que visa a estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e

práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; financeiro: exploração imprópria ou ilegal e/ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso; negligência: recusa/omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima; abandono: ausência ou deserção, por parte do responsável, dos cuidados necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado e autonegligência: conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado. (BRASIL, 2005 a; ABATH; LEAL; MELO FILHO, 2012).

A violência contra o/a idoso/a é, contudo, um fenômeno de notificação recente no Brasil e no mundo. No País, a questão começou a ganhar foco nos anos 1990, depois que a preocupação com a qualidade de vida do segmento idoso entrou na agenda de saúde pública. Recentemente, o Estatuto do Idoso (2003) tornou obrigatórias as notificações de maus-tratos praticados contra idosos/as (BRASIL, 2005 a). Em 2011, através da Portaria MS/GM nº 104/2011, a violência passou a ser integrada à relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional, com notificação universal em todos os serviços de saúde. A notificação, sem dúvida, é uma ferramenta importante para o conhecimento, prevenção e apoio às vítimas desse crime (MASCARENHAS et al., 2012).

Desse modo, torna-se relevante a pesquisa sobre a violência contra a pessoa idosa, visto que a população de idosos/as tem aumentado. A importância de dar visibilidade à violência praticada contra idosos/as, favorecendo o debate, contribui com dados/informações que auxiliam no combate a essa realidade vivenciada por tal segmento. A presente pesquisa tem como objetivo descrever os aspectos relacionados à violência contra o/a idoso/a atendido/a no Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPPI) de janeiro a junho de 2013.

Caminhos metodológicos para a realização deste estudo

Trata-se de um estudo descritivo e observacional de corte transversal. A população do estudo foi composta por todos os casos envolvendo idosos/as que constituíam o banco de dados do Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPPI) no período de janeiro a junho de 2013.

O CIAPPI é uma instituição pertencente ao Governo do Estado de Pernambuco, situado em Recife. Vinculado à Secretaria Executiva de Justiça

e Direitos Humanos, integra o Sistema de Proteção às Pessoas. Tem como objetivo prestar atendimento à população idosa, desenvolvendo ações de prevenção à violência, promoção da cidadania, inclusão social, combate ao preconceito e à discriminação, fornecendo orientação jurídica, psicológica e social. Seu banco de dados é formado a partir de denúncias presenciais, de ligações telefônicas para a sede do Centro, através das Ouvidorias do Estado, ou encaminhadas via Disque-Denúncia PE ou do Disque 100.

No primeiro semestre de 2013 o CIAPPI notificou 174 casos; os casos não são digitalizados, sendo sistematizados em fichas de notificação. A coleta dos dados para esta pesquisa foi realizada na sede do próprio Centro, de janeiro a fevereiro de 2014. Para a coleta dos dados foi utilizado um formulário elaborado especificamente para tal estudo, instrumento que contemplava dez variáveis: As primeiras se referiam ao perfil sociodemográfico da vítima (sexo, idade, escolaridade, endereço, estado civil e profissão); as demais, ao tipo de violência sofrida, o/a agressor/a e o local da agressão.

O critério de inclusão abrangeu todos os casos notificados no período de janeiro a junho de 2013. Os dados coletados foram tabulados no programa *Microsoft Excel 2007*, sendo utilizado o *Software STATA/SE 12.0*. Os resultados estão apresentados em forma de tabelas e gráficos, com suas respectivas frequências absolutas e relativas. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob o parecer de número 487.151, em 3 de dezembro de 2013.

Principais resultados encontrados a partir deste estudo

Durante a coleta dos dados, observou-se que, dos 174 casos registrados, 14 apresentavam dois casos notificados na mesma ficha, geralmente por se tratar de membros da mesma família (irmãos, casal), totalizando 188 ocorrências. Dessas, duas fichas não foram encontradas para análise, 31 não se referiam a casos de violência e sim da busca de orientações por parte de idosos/as, considerando que esse também é um dos objetivos do CIAPPI. Outras duas repetiam casos já listados no início dos meses da análise da pesquisa em meses subsequentes. Feita toda essa lapidação do banco de dados, a pesquisa contou com um total de 153 casos.

Na análise das características sociodemográficas das vítimas, várias fichas apresentavam dados não preenchidos, muitos deles por não terem sido informados durante a denúncia, gerando um volume considerável de ausência

no preenchimento dos dados, principalmente da escolaridade, ocupação e estado civil. Outros dados, relacionados a sexo, idade e procedência, estavam descritos com maior frequência.

Com relação ao perfil da população atendida, a média de idade dos/as idosos/as da pesquisa foi de $75,91 \pm 9,64$ anos. Quanto às características das vítimas, a maioria foi do sexo feminino (66%). A faixa etária mais prevalente, com 29,3%, foi a de 80 a 89 anos. O item escolaridade apresentou um percentual de não preenchimento de 75,2%, revelando apenas, entre os dados registrados, o predomínio (9,2%) do primário. Quanto à cidade, 73,2% procediam do Recife. O estado civil não foi informado em 38,5%, e nos casos preenchidos, os casados eram maioria, com uma frequência de 25,5%. Para a profissão/ocupação, 48,3% não foram notificados, e entre os demais, apenas 5,2% dos/as idosos/as estavam trabalhando e 45,8% eram aposentados/as.

Em relação ao tipo de violência, constatou-se um predomínio da negligência com uma frequência de 38,6%, seguido da violência psicológica (35,9%) e, em terceiro lugar, a violência financeira (30,7%). A violência sexual não foi notificada no período da pesquisa (figura 1).

No que se refere ao/a principal agressor/a, observou-se que este era o/a filho/a da vítima, com uma frequência de 49,7%, seguido de instituições, representando 11,3%. Os/as demais agressores/as apareceram estratificados/as em mais outras nove categorias.

Quanto ao local da agressão, 91,2% ocorreram no domicílio da vítima, e os demais casos em lugares públicos.

Discussão sobre os dados da violência contra a pessoa idosa atendida em um centro especializado no estado de Pernambuco

Quanto às características das vítimas, a maioria é do sexo feminino. Em um estudo documental realizado no Ceará por Souza, Freitas e Queiroz (2007) no ano de 2005, 67% das vítimas de denúncias por violência eram também do sexo feminino. Assim como, Nogueira, Freitas e Almeida (2011), em um estudo retrospectivo através de dados registrados pelo Alô Idoso no município de Fortaleza-CE, no ano de 2007, as mulheres (70,2%) foram as maiores vítimas da violência intrafamiliar.

Neste estudo, a faixa etária mais prevalente (29,3%) encontra-se entre os 80 e 89 anos. Cabe observar que estudos têm demonstrado que os muito idosos apresentam maior vulnerabilidade e dependência devido a uma maior carga de doenças crônicas e limitações funcionais, o que os torna mais suscetíveis. Tudo isso determina limitações e altera a rotina, a economia e a saúde

das famílias desses idosos/as, gerando sobrecarga física, emocional e socioeconômica, situação observada entre os fatores de risco para a violência, exigindo uma preocupação por parte da sociedade, diante da transição demográfica em curso (SOUZA et al., 2004; BRASIL, 2005 b; CALDAS, 2003).

O resultado deste estudo, portanto, destoa de outros no Brasil, nos quais a maioria das vítimas está na faixa etária dos 60 a 69 anos (MINAYO, 2003; GAIOLI; RODRIGUES, 2008). No nosso caso, o grupo que se encontra na faixa etária dos 60 a 69 anos apareceu em segundo lugar, junto com o grupo dos 70 aos 79 anos (27,5%).

O item escolaridade apresenta uma enorme lacuna em seu (não) preenchimento (75,2%). Tal lacuna é um indicativo da necessidade de a equipe do CIAPPI refletir e melhorar a estratégia sobre o preenchimento do instrumento de notificação dos atendimentos nesse centro. Na análise dos casos em que esse dado foi preenchido, 9,2% referem o nível primário. Quanto à cidade, 73,2% dos/as idosos/as residem no Recife. O estado civil não foi informado em 38,5% das fichas e, nos casos preenchidos, os/as casados/as são maioria, com uma frequência de 25,5%. Realidade, também, predominante nos estudos de Oliveira (et al., 2012) e Gaioli e Rodrigues (2008).

Em se tratando da profissão/ocupação, 48,3% do grupo pesquisado não apresenta essa informação, e entre os/as idosos/as que informaram, apenas 5,2% estão trabalhando e 45,8% aposentados/as. Vale salientar que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), no Brasil, 66% dos/as idosos/as estão aposentados/as; apenas 25% desses/as idosos/as aposentados/as possuem uma renda nominal mensal de três salários mínimos ou mais. Logo, 75% vivem em condição de pobreza ou até mesmo de miséria. Tal quadro se reproduz de maneira estrutural, visto que a pobreza e a desigualdade social geram diversos problemas, desde o decurso da vida do/a trabalhador/a até o momento em que para o sistema do capital esse/a idoso/a não produz mais riquezas, associando a ideia de decadência e de descarte à velhice. É sabido que os indivíduos mais velhos, por sofrerem perdas funcionais, limitações e até dependência por parte de outras pessoas, acham-se mais vulneráveis à ocorrência de violência (MINAYO, 2003; BRASIL, 2005 b).

Em relação ao tipo de violência, predomina a negligência (38,6%), seguida da violência psicológica (35,9%) e financeira (30,7%). A violência sexual não foi notificada no período da pesquisa. Em termos comparativos, entre janeiro de 2011 e março de 2014, o Disque Direitos Humanos (100) recebeu 77.059 denúncias de violência contra idosos/as, cujos tipos mais prevalentes foram: negligência, violência psicológica, violência financeira e fisi-

ca (BRASIL, 2014), achados que corroboram os resultados do nosso estudo, evidenciando a mesma ordem de prevalência nos tipos de violência, com diferença na aparição, em quarto lugar (11,1%), da violência institucional seguida da violência física (2,6%). A respeito desse assunto, a professora Minayo (2003) também aponta a negligência como uma das formas de violência mais presentes, tanto em nível domiciliar quanto institucional, no Brasil.

Outro estudo realizado no Recife por Correia et al., 2012, relata maior ocorrência da violência física (97,5%), divergindo dos resultados da nossa pesquisa. Porém, deve ser considerado que o referido estudo foi realizado em um dos maiores hospitais de urgência/emergência do Nordeste brasileiro e os casos de violência física ocorridas no Estado, na maioria das vezes, são encaminhados diretamente para a delegacia do idoso, não chegando ao conhecimento dos/as profissionais do CIAPPI.

No que se refere ao principal agressor, observa-se o/a filho/a da vítima (49,7%). O fato de o/a filho/a ser o/a principal agressor/a já é demonstrado em vários estudos, o que pode ser explicado por, na maioria dos casos, o/a agressor/a morar na mesma casa da vítima; o/a filho/a ser dependente financeiramente da renda de pais com idade avançada; e os/as idosos/as serem dependentes de filhos/as para cuidados e provisão financeira (NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011; MELO; COSTA; FEITOZA, 2011). Em outros casos, o/a agressor/a tem algum grau de parentesco com a vítima (GAIOLI; RODRIGUES, 2008; ABATH; LEAL; MELO NETO, 2012). Na pesquisa realizada no CIAPPI apareceram estratificadas outras sete categorias: marido/esposo, neto/a, irmão/ã, sobrinho/a, representando 28,3% dos registros.

As instituições aparecem como agressoras em 11,3% dos casos – sejam de origem pública e/ou privada de prestação de serviços ou de longa permanência. Embora na ficha de notificação do CIAPPI não exista um espaço específico para informar/notificar a violência institucional pela via de omissão do Estado, em se tratando da ocorrência desse tipo de violência, ela é relatada nas entrelinhas e devidamente citada como um tipo de violência. O CIAPPI destaca-se de outras instituições justamente por notificar e dar visibilidade à violência institucional.

Quanto ao local da agressão, 91,2% dos casos ocorrem no domicílio da vítima, e os demais em lugares públicos, evidenciando, assim, que a violência doméstica tende a ser cada vez mais presente nos estudos e na realidade do Brasil. O estudo de Mascarenhas et al. (2012) confirma esse fato, sendo as principais vítimas as mulheres que referiam já terem sido violentadas anteriormente. Melo, Cunha e Falbo Neto (2006) também encontraram a residência

como lugar mais frequente de violência ao analisarem a realidade no município de Camaragibe-PE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A TÍTULO DE CONTRIBUIÇÃO PARA NOVOS ESTUDOS

A pesquisa pôde concluir que as principais vítimas de violência contra idosos/as, notificadas no primeiro semestre de 2013 no CIAPPI, são mulheres, na faixa etária de 80 a 89 anos, com escolaridade primária, residentes no Recife, casadas e aposentadas. A violência mais prevalente foi a negligência, seguida da violência psicológica e financeira. O principal agressor é o/a filho/a, e o principal local é o domicílio da vítima.

O suporte privilegiado para o/a idoso/a no Brasil continua sendo a família. Entretanto, modificações rápidas nas estruturas familiares têm ocorrido em todos os países, ocasionadas por separações, novas uniões, inserção crescente da mulher no mercado de trabalho, com longas jornadas, tornando os familiares menos disponíveis para cuidar das gerações de pessoas idosas.

Salienta-se, diante dos resultados encontrados no CIAPPI, a necessidade de sugerir a digitalização da ficha de notificação, no intuito de fornecer dados para a análise da violência e a consequente contribuição ao seu enfrentamento, mediante estratégias no âmbito da política de proteção ao segmento idoso da nossa população. Configura-se, também, a necessidade de mais estudos que tracem os aspectos relacionados à violência contra os/as idosos/as, chamando a atenção para esse problema de saúde pública, informando a população e o poder público sobre a realidade dessa problemática do século XXI. Corroborar-se a necessidade da denúncia por parte das vítimas e das testemunhas dos abusos, da responsabilização/punição por parte dos/as agressores/as e da prevenção, para que os danos causados a pessoas idosas sejam cessados e a violência velada nos domicílios seja exposta e sanada.

REFERÊNCIAS

ABATH, M. de B.; LEAL, M. C. C.; MELO FILHO, D. A. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 305-314, 2012.

BRASIL. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 23 fev. 2017.

_____. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Brasília. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na vida dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em Saúde Pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Presidência da República. **Fórum Nacional discute enfrentamento à violência contra população idosa**. 2014 Disponível em: < <http://www.sdh.gov.br/noticias/2014/julho/forum-nacional-discute-enfrentamento-a-violencia-contra-populacao-idosa>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CORREIA, T. M. P. et al. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 529-536, 2012.

GAIOLI, C. C. L. de O.; RODRIGUES, R. A. P. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1-6, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. **Uma análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 17, n. 9, p. 2.331-2.341, 2012.

MELO, V. L.; CUNHA, J. de O. C.; FALBO NETO G. H. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 43-48, 2006.

- MELO, A. A. de S.; COSTA, M. M. R. da; FEITOZA, H. F. F. Análise dos fatores determinantes e condicionantes de violência doméstica sofrida pelos idosos. **Saúde Coletiva em Debate**. Serra Talhada, v. 1, n. 1, p. 84-90, 2011.
- MINAYO, M. C. de S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.
- NOGUEIRA, C. F.; FREITAS, M. C.; ALMEIDA, P. C. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 543-554, 2011.
- OLIVEIRA, M. L. C. et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 555-566, 2012.
- ROS, A. C. P. Produção e Reprodução Social da Violência: rebatimentos da naturalização de processos violentos na sociedade capitalista. In: **Anais da Jornada internacional de políticas públicas**, 5, 2011, São Luís. Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital. São Luís: Universidade Federal do Maranhão/Centro de Ciências Sociais/Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2011.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Caderno de violência contra a pessoa idosa**. São Paulo: SMS, 2007.
- SOUZA, A. S. et al. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. **Textos Envelhecimento**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 63-85, 2004.
- SOUZA, J. C. V.; FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A. Violência contra os idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 2-8, 2007.

APENDICE

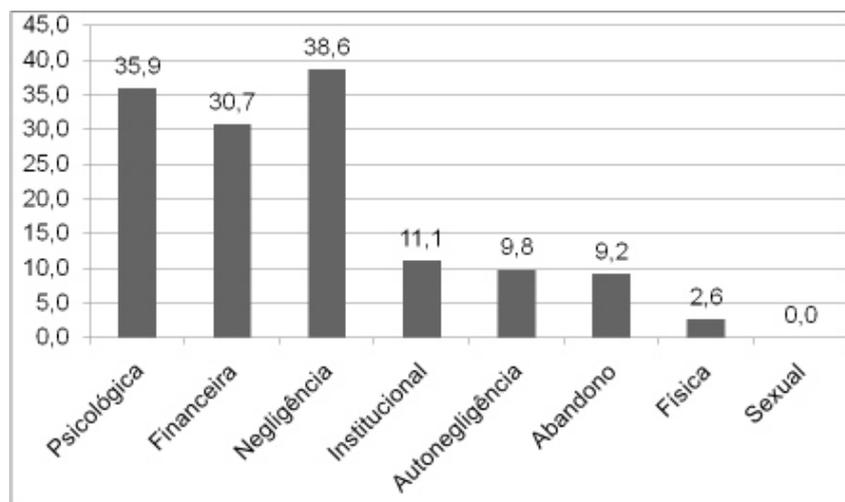


Figura 1 – Distribuição dos tipos de violência contra os/as idosos/as notificados pelo CIAPPI de janeiro a junho de 2013.

CAPÍTULO X

ENVELHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: UMA DISCUSSÃO CONCEITUAL À LUZ DA POLÍTICA PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO

Wanderley Cesar Pedrosa

Adriana Ferreira

Josiani Julião Alves de Oliveira

Suellen Bezerra Alves

Resumo: O presente artigo aborda a participação social dos idosos em espaços de discussão sobre direitos e cidadania. Para tanto, faz-se uso do referencial da Organização das Nações Unidas, a saber, a política para o envelhecimento ativo, bem como de alguns conceitos centrais para se pensar o envelhecimento humano na realidade brasileira contemporânea. Trata-se de um estudo conceitual e bibliográfico. Conclui-se que a participação política das pessoas idosas é um exercício de cidadania que possibilita o seu reconhecimento como cidadãos de direitos.

Palavras-chave: Cidadania; Envelhecimento Ativo; Participação social.

O PROCESSO DE ENVELHECER: ELEMENTOS CONCEITUAIS

O envelhecimento não foi nem pode ser considerado um problema social para os brasileiros ou mesmo para a população de outros países, mas a condição de vida dos idosos, sim. O envelhecimento das populações é uma das maiores conquistas da humanidade; ao mesmo tempo, essa realidade aponta para uma nova configuração social, trazendo novas necessidades de intervenção do poder público.

O objetivo do presente estudo é discutir a participação social dos idosos de acordo com a política para o envelhecimento ativo, fazendo uso de alguns conceitos fundamentais à análise do envelhecimento humano. Trata-se de um estudo descritivo.

Conforme Souza (2003), as mudanças demográficas ocorridas no Brasil mostram rápido envelhecimento populacional. São vários os fatores que contribuem para o aumento da longevidade [Fuster (1994); Boechat (1993); Calobrizi (2001)]; entre eles destacamos a redução da taxa de mortalidade; o avanço dos conhecimentos biomédicos sobre os processos de saúde-doença; o

advento dos antibióticos e seu impacto no tratamento de doenças infecciosas; o controle e o tratamento das doenças; os métodos de prevenção e tratamento de neoplasias; e o controle da fecundidade. Associados às condições de vida, trabalho e alimentação, a população brasileira deixou de ser constituída apenas por uma população jovem e ganhou uma nova configuração social. A respeito do assunto, Pedrosa, (2014, p. 18) discorre que:

Esse processo de envelhecimento não se resume apenas nos aspectos demográficos, mas exige que seja estudado e conhecido por todos. Esse fenômeno transcorre por toda a humanidade e apresenta características diferentes que variam de acordo com cada cultura, tempo e com o espaço em que se encontram inseridas na atual sociedade.

Os estudos sobre envelhecimento têm ganhado espaço em discussões nas últimas décadas, diante da complexidade que é o processo do envelhecer e as suas consequências e impactos na atual sociedade. É uma realidade relativamente nova que vem sendo projetada em vários países do mundo, tanto nos desenvolvidos quanto nos periféricos, pois a população mundial está envelhecendo.

Neri e Freire (2000, p. 13) indicam alguns termos utilizados em referência à fase da vida que determina o envelhecimento. Os termos “velho”, “idoso” e “terceira idade” referem-se a pessoas idosas com idade mediana de 60 anos. A “velhice” seria a última fase da existência humana; o “envelhecimento” está atrelado às mudanças físicas, psicológicas, sociais e culturais. “Amadurecer” e “maturidade” significam a sucessão de alterações ocorridas no organismo e a obtenção de papéis sociais. Velhice ou “terceira idade”? Pressupõe-se que existam ainda dúvidas quanto à terminologia a ser empregada para referir ao idoso/envelhecido: velho, idoso, ancião ou terceira idade? Nesse estudo empregaremos a terminologia *pessoa idosa*.

O envelhecimento possui uma dimensão existencial e se modifica com a relação do homem com o tempo, com o planeta e com a sua própria história: social, cultural e de vida. Groisman (1999, p. 48) considera que

[...] a velhice não é uma variável fixa, que podemos analisar antes e depois da modernização, mas uma realidade culturalmente construída, inclusive pelas disciplinas científicas que a tomaram como alvo.

Nesse sentido, Neri e Cachioni (1999, p. 121) ressaltam:

O modo de envelhecer depende de como o curso de vida de cada pessoa, grupo etário e geração é estruturado pela influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidên-

cia de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico.

Portanto, a classificação etária torna-se complexa quando seus princípios fixam o indicador e, por consequência, a prescrição de condutas, atitudes e sentimentos em relação ao envelhecer. Um desses entendimentos, segundo Saad (1990, p. 4), é o de que “[...] a pessoa é considerada idosa perante a sociedade a partir do momento em que encerra as suas atividades econômicas” e que “[...] o indivíduo passa a ser visto como idoso quando começa a depender de terceiros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou tarefas rotineiras” (SAAD, 1990, p. 4).

O modo como se envelhece também é consequência das estratégias de desenvolvimento e de qualidade de vida da atual sociedade, pois a pessoa idosa encontra-se inserida nesse momento histórico. O modo como se envelhece também tem relação com o acesso das pessoas idosas à prestação dos cuidados necessários de saúde, ao lazer, ao apoio social, provisão econômica, e também às oportunidades de participação para as pessoas que estão envelhecendo na atualidade.

Assinala Debert (1999, p. 20):

A velhice tem sido vista e tratada de modo diferente, de acordo com períodos históricos e com a estrutura social, cultural, econômica e política de cada povo, e os valores intrínsecos à representação que uma sociedade tem da velhice serão os norteadores responsáveis pelas ações que possibilitam ou não a proteção e a inclusão social de seus idosos, como também a qualidade das relações estabelecidas com os seres idosos.

Nesse sentido, o reconhecimento e a valorização da pessoa idosa, a capacidade de poder tomar decisões, os aspectos de socialização e participação ativa, enquanto fatores sociais na contemporaneidade, incidem no processo de envelhecimento com dignidade. Tais fatores são reveladores dos princípios de admissão e inserção social da pessoa idosa nos diversos espaços de socialização.

Silva (2009, p. 17) relata que

[...] a população mais velha vive cada vez mais anos e com melhor qualidade de saúde. Retardam-se e curam-se cada vez mais doenças, alargam-se e melhoram-se os serviços de prestação de cuidados de saúde e sociais aos idosos.

A população participa cada vez mais dos diversos espaços de sociali-

zação, além dos debates que são realizados por todas as partes do planeta sobre o processo de envelhecimento. Cabe, portanto, uma reflexão em relação ao processo de envelhecer e a seus elementos constitutivos.

A participação social e política no envelhecer

A proposta ora apresentada é debater sobre o envelhecimento ativo e também apontar os campos de participação social das pessoas idosas, tanto na economia, quanto na cultura, no esporte, no lazer, na vida da comunidade, no sistema de saúde e segurança. Espaços esses onde as pessoas idosas podem contribuir cotidianamente para a discussão e o aprofundamento da democracia e disputar em nível de igualdade a participação nas decisões da sociedade brasileira; onde as pessoas idosas poderão exercer a sua cidadania e, acima de tudo, reivindicar igualdade de direitos sociais, civis, políticos e culturais. Para romper com a morte social quando o avanço da idade se impõe aos cidadãos, faz-se necessário um projeto político inclusivo e participativo para todas as pessoas idosas, sem distinção de raça, gênero, etnia, orientação sexual, entre outros.

É fundamental fortalecer os espaços de debates e de participação social para as pessoas idosas, como também propor espaços de discussões em torno do envelhecimento ativo: saúde, participação, segurança, com o objetivo de romper velhos paradigmas.

Neste sentido, Silva (2009, p. 19) afirma que:

Na verdade, até há pouco tempo, o processo de envelhecimento estava associado à ideia de dependência, de doença e de insuficiência, e representava, antes de mais, um percurso de retirada e/ou exclusão do mercado de trabalho. Este é o modelo protagonizado pelos ícones juvenis das sociedades da produção, que motivam o impulso para a mudança, compulsão pelas novas tecnologias e sobrevalorização do trabalho, assim como justificam algumas medidas políticas de incentivo à reforma antecipada.

Nessa linha de raciocínio, é preciso romper com o isolamento social das pessoas idosas ao atingirem 60 anos. Na atual sociedade, as pessoas idosas são capazes de fazer a diferença na sociedade capitalista, consumista e excludente, no mercado de trabalho e na sociedade juvenil.

Ao romper, pois, com velhos preconceitos, jargões, dependências, doenças e insuficiências participativas atribuídas às pessoas idosas, bem como com a supervalorização do trabalho, tem-se uma reflexão crítica, em que cabe questionar uma proposta de política de envelhecimento ativo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a terminologia “envelhecimento ativo” no final do século XX, precisamente na década de 1990, após vários debates e reflexões sobre a necessidade de proporcionar um envelhecimento saudável para a população. De acordo com o documento que dispõe sobre a política de saúde para o envelhecimento ativo, a Organização Mundial da Saúde (2005, p. 13), o “[...] envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.” Pedrosa (2014, p. 167) traz também para o debate o tripé “família, trabalho e amigos”. Assim, é fundamental potencializar os espaços de participação das pessoas idosas em relação aos serviços de saúde, ao controle social, à segurança, à família, ao trabalho e aos amigos, como elementos constitutivos do envelhecer.

Cabe ressaltar que o envelhecimento ativo pode ser aplicado de forma individual ou coletiva, possibilitando que as pessoas percebam suas potencialidades e capacidades, considerando suas limitações objetivas para o bem-estar físico, mental e social ao longo do processo de envelhecimento.

Deste modo, o objetivo principal da política de envelhecimento ativo, conforme aponta o documento da Organização Mundial da Saúde (2005), é acrescentar oportunidades e expectativas de uma vida benéfica, com qualidade de vida para todas as pessoas que estão em processo de envelhecimento, desde o nascimento até a morte, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas para desenvolver as diversas atividades do seu cotidiano e que requerem cuidados especiais por parte da família e/ou dos cuidadores.

Quando sinalizamos os elementos para o debate em relação ao envelhecimento ativo, logo vem a imagem da pessoa idosa a praticar exercícios físicos: passeando, viajando, cuidando do lar, ou até mesmo vendendo sua força de trabalho. Não é aquela pessoa que fica em casa a cuidar dos netos ou das crianças que residem no núcleo familiar, ou a vender sua força de trabalho após a aposentadoria.

O verdadeiro sentido da palavra ativo indica que a pessoa idosa pode estar em um permanente processo de participação nos diferentes espaços: social, familiar, econômico, cultural, espiritual etc. Aponta para a pessoa idosa que pode continuar contribuindo ativamente com a família, companheiros e comunidade onde reside, enquanto cidadã e, principalmente, nas tomadas de decisões. Além de reconhecer que não só os cuidados com a saúde, mas outros fatores afetam o modo como as pessoas e as populações envelhecem na contemporaneidade.

A autonomia no processo de envelhecimento está ligada inteiramente ao fato de a pessoa idosa governar a si mesma. De acordo com Castro (2011, p. 1), autonomia é “[...] a independência da vontade em relação a qualquer desejo ou objeto de desejo e a sua capacidade de determinar-se em conformidade com a lei própria, que é a razão”.

Por autonomia entendemos a habilidade que a pessoa idosa tem para poder controlar, lidar e tomar decisões pessoais; de que ser seu cotidiano deve estar de acordo com sua história de vida, com sua realidade social, familiar e cultural, e com seus próprios princípios e suas preferências experimentadas ao longo de sua vida.

O processo de autonomia é possível apenas para alguns dos idosos, de acordo com sua condição material de existência. Os que têm possibilidade de ter uma vida autônoma podem viver com maior independência pessoal, social, familiar, econômica e cultural, executando suas funções cotidianas com habilidade e liberdade.

Para Okuma (2007, p. 31), ser autônomo é

[...] continuar a manter o controle sobre a vida, mesmo na presença de alguma limitação física. Neste caso, a autonomia passa a ser concebida não só a partir da independência física, mas como algo que envolve reflexão, tomada de decisão e escolhas conscientes.

A efetivação do Programa de Envelhecimento Ativo, como aponta a Organização Mundial da Saúde (2005, p. 19), esclarece:

[...] o envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores determinantes que envolvem indivíduos, famílias e países. A compreensão das evidências que temos sobre esses fatores irá nos auxiliar a elaborar políticas e programas que obtenham êxito nessa área.

As estratégias estão exatamente na definição política que cada país tomará para a sua efetivação, pautadas pelo entendimento que cada país terá em relação ao processo de envelhecimento populacional e o que pretende efetivar como política social. Não podemos deixar de discutir também, no caso do Brasil, no momento de definirmos uma política para as pessoas idosas, o que foi discutido por Pedrosa (2014) em relação à família, ao trabalho e aos amigos, relevante para as pessoas que envelhecem.

Não podemos ignorar que os fatores culturais interferem e muito na forma de entender o processo de envelhecimento das pessoas; o próprio documento da Organização Mundial da Saúde (2005, p. 20) afirma que “[...] a cultura, que abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de

envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo”. Portanto, a forma com que cada cultura vê a pessoa idosa acaba sendo determinante no processo de envelhecimento ativo, sobretudo no que diz respeito às formas como cada geração relaciona os cuidados que cada uma estabelece em relação à outra, apontando formas diferentes de envelhecer.

Quando falamos em envelhecimento ativo é preciso relacionar fatores que são determinantes nesse processo, referentes ao sistema de saúde, trabalho, família, amigos e no tocante aos serviços sociais. A efetivação da política do envelhecimento ativo requer um sistema de serviços articulados em rede, que contemple o ser humano genérico, respeite todas as fases de vida da população idosa e todas as suas dimensões. Essa rede deve estar integrada a essas necessidades fundamentais.

Esses projetos buscam contribuir com a qualidade de vida das pessoas idosas, levando em conta a sua condição e a sua história de vida. Portanto, faz-se necessário uma rede que respeite a nova forma de organização das atividades e serviços voltados às necessidades da população de forma geral e, em especial, às pessoas idosas.

Conforme aponta Scherer-Warren (1999, p. 23):

A rede, como conceito propositivo utilizado por atores coletivos e movimentos sociais, refere-se a uma estratégia de uma ação coletiva; é uma nova forma de organização e de ação, uma nova visão do processo de mudança social que leva em consideração a participação do cidadão e a forma de organização dos atores sociais para conduzir o processo.

A rede desempenha um significado importante para apreendermos em totalidade os trabalhos que são desenvolvidos na sociedade contemporânea. A rede não é apenas um emaranhado de somas de fios entrelaçados entre si, mas tece um encontro entre os diversos serviços oferecidos para a população, respeitando a história das pessoas envolvidas nesse processo. Ou seja, as equipes com seus diversos profissionais e também as pessoas que são beneficiárias desse trabalho em rede.

Trata-se de uma forma de entrelaçar os fios que vão potencializando a população em relação aos bens e serviços, somando forças, resultados, valores e necessidades articulados em defesa do cidadão: informações, atendimentos com qualidade e respeito à dignidade humana. O resultado dessa articulação é a descoberta das habilidades das pessoas envolvidas no processo de construção da rede, na qual todos os envolvidos são muito importantes no resgate da valorização da dignidade humana das pessoas idosas.

O trabalho em rede permite visualizar os diversos “entraves” existentes nos serviços, tais como a união das equipes de trabalho de cada espaço sócio- ocupacional, bem como os empecilhos existentes nas e entre as equipes. A reflexão sobre os entraves existentes na rede revela um novo desafio na construção de uma política de envelhecimento ativo para todos sem distinção, independentemente da sua condição social.

Um dos maiores “entraves” a serem enfrentados na elaboração de uma política que seja eficaz e eficiente para o envelhecimento ativo está em desenvolver um trabalho com todos os cidadãos, em todas as faixas etárias, com o objetivo de prepará-los para o envelhecimento e a mudança de pensamento da atual sociedade em relação ao processo de envelhecer.

Como afirma Papaléo Netto (1996, p. 380):

Assim, a saúde coletiva em relação ao idoso poderia ser concretizada por equipes multidisciplinares a serviço do bem-estar dos grupos de idosos, intervindo desde o nível da promoção da saúde, passando pela prevenção e cura, até a reabilitação.

Um trabalho desenvolvido em equipe possibilita à pessoa idosa uma melhor compreensão das ações que são desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, e o trabalho em rede possibilita maior atenção à pessoa idosa.

No entanto, para podermos ter um processo de envelhecimento com qualidade é preciso participar. Participar e, ao mesmo tempo, envolver-se nos debates, nas agendas de discussão e na formulação e elaboração das políticas públicas para a população que se acha em contínuo processo de envelhecimento.

No Brasil, o ato de participar ainda é uma das formas mais legítimas e conscientes que o cidadão tem para exercer seus direitos civis, políticos e sociais estabelecidos na Constituição Cidadã de 1988. O ideário de participação ainda não foi efetivado pelo atual regime democrático em nosso País. Precisamos aprender a participar.

Lavalle (2011, p. 34) discorre:

Contudo, o ideário participativo não foi vertebrado por um princípio de restauração democrática, mas de emancipação popular. Em segundo lugar, e em estreita conexão com o peso da teologia da libertação na construção desse ideário, “participar” significava apostar na agência das camadas populares, ou, conforme os termos da época, tornar o povo ator da sua própria história e, por conseguinte, portavoz dos seus próprios interesses. A participação aparece, assim, como o aríete contra a injustiça social, como recurso capaz de fazer avan-

çar a pauta de demandas distributivas, de acesso a serviços públicos e de efetivação de direitos das camadas populares. Por fim, e desta vez relacionado ao papel da esquerda e sua estratégia basista como alternativa à rarefação da esfera política, a participação popular se inscrevia em perspectiva mais ampla, preocupada com a construção de uma sociedade sem exploração. Neste registro específico, carregava a perspectiva da organização dos explorados para a disputa de um projeto de sociedade.

A tomada de consciência de que deveria haver uma maior participação dos cidadãos nas decisões governamentais tem sua gênese na década de 1960, defraudada pelos movimentos estudantis e comunitários que começaram a exercer pressões políticas na construção de agendas de mudanças no sistema político brasileiro.

O processo de participação ganhou maior dimensão a partir da década de 1980, com os movimentos e organizações sociais caracterizados como uma nova forma de intervenção social nas lutas por melhores condições de vida da população brasileira. A participação se deu apenas como uma forma de lutar contra as injustiças sociais que arruinavam o País nesse período histórico, marcado pela ditadura militar.

Para Lavalley (2011, p. 34),

[...] o ideário participativo adquiriu novo perfil no contexto da transição e, mais especificamente, da Constituinte: a participação, outra popular, tornou-se cidadã: participação cidadã encarna mais do que uma simples mudança de qualificativo.

Nesse momento histórico, os movimentos sociais tiveram o papel fundamental de promover a inserção social, a cidadania e a transformação de práticas aprofundadas na sociedade, que até então impediam a afirmação e o reconhecimento dos direitos sociais dos cidadãos brasileiros.

Lavalley (2011, p. 34) informa que a participação “[...] passou por caminhos imprevisíveis; o ideário participativo dos anos 1960 contribuiu decisivamente para a inovação institucional democrática, trinta anos depois”. A participação dos movimentos sociais, como também das pessoas envolvidas na luta contra a ditadura, culminou em 1988 com a democratização do País.

Gandin (2001, p. 89) aponta que quando há participação, “[...] todos crescem juntos, transformam a realidade, criam o novo, em proveito de todos”. Em se tratando das pessoas idosas, a participação estimula a autonomia, o poder de tomada de decisão, a capacidade de poder realizar algo através dos seus próprios meios e conquistas e, o mais importante, proporciona o exercí-

cio da independência, a participação enquanto cidadão ativo em sua comunidade, no seu núcleo familiar, social e comunitário.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), a participação pode proporcionar condições para o cidadão envelhecer e ainda continuar a contribuir para com a sociedade, numa participação de modo integral, nas diversas atividades econômicas, sociais, culturais e espirituais, de acordo com sua própria preferência, capacidades, necessidades e direitos humanos fundamentais a cada cidadão.

A palavra participação vem do latim *participat-o*. Participação é a ação e o efeito de participar. Ferreira (1995, p. 483) diz que participar é “[...] fazer saber, informar, anunciar, comunicar, tomar parte”. Nesse sentido, a pessoa idosa precisa fazer parte do que acontece ao seu redor, participar com intensidade nas tomadas de decisões relativas ao seu cotidiano.

Participação, segundo a OMS (2005, p. 51), é

[...] reconhecer e permitir a participação ativa de pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho formal e informal e atividades voluntárias, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidades.

É um meio de romper com o sedentarismo após o envelhecimento ou a aposentadoria, de forma ativa e proativa, pois as pessoas idosas precisam continuar fazendo parte de todo o processo familiar, econômico, social e comunitário que as envolvia antes de atingirem os 60 anos ou mais.

Na política de envelhecimento ativo, a participação pressupõe que a pessoa idosa possa potencializar a promoção da sua autonomia, ter condições e capacidade de decidir o que é melhor para si em todos os momentos da vida. Através dela se obtém a independência, fazendo com que a pessoa possa realizar diversas ações sozinhas, sem carecer de um acompanhante.

A participação das pessoas idosas nos diferentes níveis de decisão e nas sucessivas fases de atividades da sua vida pessoal, social, comunitária e familiar é essencial para certificar o desempenho de um envelhecimento ativo e participativo. Raichelis (2000, p. 43) considera ser a participação “[...] a constituição de sujeitos sociais ativos, que se apresentem na cena a partir da qualificação de demandas coletivas, em relação às quais exercem papel de mediadores”. Nesse sentido, a pessoa idosa é a procuradora das suas ações, em todos os estágios da vida.

Na contemporaneidade, podemos perceber que a participação das pessoas idosas ainda é bem limitada, uma vez que a nossa cultura foi marcada pelo regime ditatorial e o governo militar não proporcionava ensejo à partici-

pação das pessoas, colocando-as à margem da tomada de decisão no País.

Paz (2001, p. 240) assim explica:

Há falta de protagonismo do segmento dos idosos em seus palcos de luta e, por essa razão, os espaços sociopolíticos, especialmente Fóruns e Conselhos, que ainda são frágeis e precários, pela pouca ou inexpressiva participação social do próprio idoso e de sua pouca organização.

Para Paz (2001), ainda precisamos articular a participação das pessoas idosas nos diversos espaços de discussões sobre o envelhecimento populacional. É certo que os idosos tiveram um importante papel nos movimentos sociais da década de 1980, a exemplo do Movimento de Aposentados e Pensionistas. Atualmente, os conselhos e conferências de direitos da pessoa são o principal espaço de participação desse segmento. É preciso rever o tratamento infantilizado dado a pessoa idosa e trazer o que realmente tem valor: sua história de vida, suas experiências e aprendizados. Portanto, é fundamental que os profissionais aprendam com a pessoa idosa. É o primeiro passo de demonstração de respeito.

Outros fatores ainda marcantes em nossa atual sociedade relacionam-se diretamente às oportunidades oferecidas para a população de forma geral, que acabam interferindo na participação social das pessoas idosas, como aponta a Organização Mundial da Saúde (2005, p. 31):

[...] em todo o mundo, se mais pessoas pudessem ter, o quanto antes em sua vida, oportunidades de trabalho digno – com remuneração adequada, em ambientes apropriados, e protegidos contra riscos –, iriam chegar à velhice capazes de participar da força de trabalho.

A participação das pessoas idosas no mercado de trabalho ainda é um desafio para a atual sociedade, por mais que esteja preconizada no Estatuto da Pessoa Idosa. Outro grande desafio da sociedade contemporânea é a participação efetiva dos idosos nos diversos espaços de debates e controle social e político. A Organização Mundial da Saúde (2005, p. 46) deixa claro que essa participação se dá

Quando o mercado de trabalho, o emprego, a educação, as políticas sociais e de saúde e os programas apoiam a participação integral em atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, conforme seus direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências, os indivíduos continuam a contribuir para a sociedade com atividades remuneradas e não remuneradas enquanto envelhecem.

A participação é uma das condições para assegurar à pessoa idosa um rompimento com a sua atual condição, possibilitando um espaço construtor de uma nova realidade na atual sociedade. Pedro Demo (2001), em sua obra *Participação é conquista*, afirma que a participação não deve ser apreendida simplesmente como dádiva de Deus, pois assim não seria conquista; nem mesmo como concessão de favores, um salvo-conduto que a tornaria um expediente para ofuscar o caráter de uma conquista; nem como algo preexistente, porque o espaço de participação não cai do céu por negligência de Deus ou da corte celeste que estava desatenta aos acontecimentos terrenos.

Assim, a pessoa idosa precisa conquistar e ao mesmo tempo construir o seu espaço de participação na família, na comunidade, nos conselhos, na política, na cultura, na educação, onde quer que esteja participando de forma consciente e emancipatória, trazendo exemplos que permanecerão para muitas gerações.

Lavalle (2011, p. 35) assevera que

[...] a criação de conselhos gestores de políticas nas áreas de saúde, habitação, direitos da criança e do adolescente, e educação, consideradas estratégicas pela Constituição, estimulou a proliferação de dezenas de outros conselhos nas mais diversas áreas.

Isso pressupõe a participação da sociedade como fomentadora das políticas sociais com qualidade, com técnicos qualificados e capacitados para atuar junto às pessoas idosas e o estímulo ao envolvimento da sociedade nesses espaços de participação popular iniciados na década de 1980. Ainda está muito aquém do que realmente deveria ser na atualidade. É preciso efetivar a participação das pessoas idosas nos diversos espaços de construção das políticas públicas para podermos romper com o famoso BBB: Bingo, Bolo e Baile.

Cabe aos conselhos de direitos, e em especial ao Conselho das Pessoas Idosas, trazer para os debates em torno das políticas públicas as pessoas idosas; elas podem contribuir e muito na efetivação e implementação das políticas sociais para toda a sociedade, tomando por base a sua experiência de vida e o papel que desempenharam na sociedade ao longo de suas vidas.

Para Lavalle (2011, p. 35),

[...] a participação geraria efeitos distributivos quando realizada no marco de instituições incumbidas de orientar as políticas e as prioridades do gasto público. Também costuma ser associada à racionalização e à eficiência das próprias políticas sujeitas ao controle social.

É preciso iniciar os debates no interior dos conselhos, com a finalida-

de assegurar no mínimo uma cadeira para as pessoas idosas em todos os conselhos existentes nos três níveis de governo. É inconcebível que em um conselho de direito das pessoas idosas não haja uma cadeira destinada aos idosos e uma representação destes. Para que isso possa acontecer o quanto antes, é preciso acabar com o preconceito de que a pessoa idosa não participa, não quer mais nada com a vida. Sabemos que essa população participa sim, tem propostas, história de vida, e sabe construir a história do país.

Sobre a participação e o engajamento das pessoas idosas nos diversos espaços de participação e de debates existentes na comunidade, Lavallo (2011, p. 35) entende que “[...] assim, a participação incrementaria os estoques de confiança disponíveis em uma determinada coletividade, viabilizando a cooperação e a criação de respostas coletivas a problemas comuns”. A participação das pessoas idosas nesses espaços de debates traria para o seio da sociedade respostas às suas necessidades, acarretando melhores condições de vida para toda a população, independentemente da sua faixa etária. Segundo Lavallo (2011), com a participação, a sociedade civil e os conselhos ficariam fortalecidos e seriam capazes de estimular um bom governo.

A respeito dessa discussão, Wampler (2011, p. 45) assinala que “[...] os conselhos são dotados de responsabilidades de fiscalização e formulação de políticas”. Isso daria à pessoa idosa uma possibilidade de construção de cidadania a partir do seu envolvimento na tomada de decisão em fiscalizar e formular novas políticas sociais de interesses de toda a coletividade. Esse envolvimento viabiliza a sua emancipação social e política. Além de ser uma forma de participação efetiva nesses conselhos, é um ato de envolvimento político, já que são apontadas políticas setoriais que requerem a tomada de decisão. Isso daria a elas o exercício da cidadania em favor da coletividade.

A participação das pessoas idosas nos diversos espaços de debates gera possibilidades e perspectivas importantes para o reconhecimento dos direitos humanos a pessoas em qualquer fase da vida, ao tempo que oferece elementos para uma participação não somente social, mas também política, pois possibilita a transformação social.

Ao discutirmos a participação política das pessoas idosas, faz-se necessário definirmos o que é participação política para uma melhor compreensão do debate que ora propomos em relação às pessoas idosas. A palavra “política” é usada há muitos séculos, e com os mais variados sentidos.

A palavra “política” é de origem grega, tendo sido usada por vários filósofos e escritores na Grécia antiga. Destacamos a obra intitulada *A Política*, escrita por Aristóteles, no quarto século antes da era cristã. Para Dallari (1984,

p. 10), “política é a conjugação das ações de indivíduos e grupos humanos, dirigindo-as a um fim comum”. Ou seja, é a participação do cidadão na defasagem dos interesses individuais ou coletivos com um objetivo final. Nesse sentido, podemos compreender que a participação política é um dever moral de cada cidadão em pleno uso de seus direitos, bem como uma necessidade social.

Se é uma necessidade social, cabe às pessoas idosas efetivar o envolvimento político com a finalidade de conquistar e garantir novos benefícios e, conseqüentemente, a criação de espaços políticos de participação com o objetivo de promover a discussão em torno das suas necessidades individuais e coletivas, visando ao bem comum.

Dallari (1984, p. 18) relata que

[...] o fato de existir a necessidade de viver em sociedade tem conseqüências muito sérias. Uma delas é que os problemas de cada pessoa devem ser resolvidos sem esquecer os interesses dos demais integrantes da mesma sociedade.

Em se tratando do envelhecimento, as ações devem ser propostas e pensadas de forma coletiva, não excluindo nenhuma pessoa do debate em torno do que será feito para essa parcela da população.

Para Dallari (1984, p. 92), a participação política “é aquela que influi de algum modo nas decisões políticas fundamentais” das pessoas em todos os espaços de participação social e política.

Raichelis (2000, p. 43) afirma que essa participação

[...] implica a constituição de sujeitos sociais ativos, que se apresentem na cena política a partir da qualificação de demandas coletivas, em relação às quais exercem papel de mediadores.

Ou seja, a pessoa idosa, sentindo-se segura, toma lugar nos debates políticos e, acima de tudo, tem a consciência de que as necessidades são pessoais e também coletivas, e que o debate deve ser ajustado de modo que favoreça a todos, independentemente da sua condição social, familiar e/ou cultural.

Nesse contexto, conforme Paz (2001, p. 240),

[...] há a falta de protagonismo do segmento idoso em seus palcos de luta e, por essa razão, os espaços sociopolíticos, especialmente Fóruns e Conselhos, ainda são frágeis e precários, pela pouca ou inexpressiva participação social do próprio idoso e de sua organização.

A participação política das pessoas idosas garante uma série de mudanças que, incontestavelmente, podem ser o estímulo a uma participação mais efetiva na vida política, tais como: a elevação da autoestima, a alacridade de

viver, o sentimento de valorização da vida, as amizades, a família, o trabalho, entre outros. Esses fatores são indispensáveis para agregar não somente as pessoas idosas, mas todo e qualquer segmento das classes subalternas, visando ao exercício da participação política.

De acordo com Gohn (2001, p. 28):

Só há participação quando há um sentimento de que os indivíduos têm valor e são necessários para alguém, quando percebem sua própria contribuição, e que têm um lugar na sociedade, que são úteis, que são valorizados por alguém. Para tal, os indivíduos necessitam de um ambiente consistente do ponto de vista de relacionamento, contratos e laços sociais. Para participar, os indivíduos têm de desenvolver autoestima, mudar sua própria imagem e as representações sobre sua vida.

A participação política das pessoas idosas é de grande relevância na contemporaneidade, pois estão a desbravar essa nova realidade posta para a atual sociedade brasileira. A participação política ocorre em espaços de legitimação como Conselhos, Fóruns, Conferências, Universidades Abertas à Terceira Idade; na educação, no esporte, no lazer, nos programas habitacionais, nos centros de convivência etc. A participação nesses espaços de debates pode significar o ponto de partida para a efetivação dos direitos previstos na atual legislação e também na constituição de novos direitos.

O processo de participação política das pessoas idosas nos diversos espaços de reivindicação coletiva é desafiador, considerando o atual modelo democrático, que ainda é uma novidade para aqueles que vivenciaram o autoritarismo militar no Brasil. É uma questão cultural e social. Neri, Carvalhães, Costilla e Monte (2004) opinam que a participação política é um capital social e que as pessoas idosas são as que menos participam dos diversos espaços políticos existentes na atualidade.

A participação política das pessoas idosas é um “exercício de cidadania” e possibilita um “reconhecimento da pessoa idosa como cidadã de direitos”. É o espaço onde os velhos podem buscar meios para “assegurar os seus direitos sociais”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento da população brasileira está acontecendo de forma muito rápida. Entretanto, esse fenômeno é desacompanhado do desenvolvimento social necessário para se garantir direitos a todas as classes sociais.

O crescimento da população envelhecida ocasiona novas demandas na

área da saúde, educação, lazer, esporte, habitação, trabalho, acessibilidade, previdência e assistência social. Além dessas demandas, existem também outras necessidades sociais, tais como familiar, cultural, de amizades, entre outras.

Destaca-se que novas demandas vão surgindo devido ao processo de envelhecimento; são formuladas respostas por meio de ações e políticas sociais, e essas, por sua vez, são fruto dos movimentos sociais. Ocorre nesse contexto a ampliação da esfera de direitos das pessoas idosas. No entanto, essa garantia de direitos nem sempre tem se efetivado. Um dos motivos da não efetivação dos direitos sociais das pessoas idosas está intimamente vinculado aos ditames do Estado neoliberal, que se minimiza e se desresponsabiliza quanto à sua intervenção no campo social, no tocante ao processo de envelhecimento. Há um abismo entre a garantia desses direitos e sua efetivação em benefício das pessoas idosas

A participação social e política da pessoa idosa e dos profissionais gera resultados em favor de uma sociedade mais justa e fraterna e, acima de tudo, a consciência quanto ao respeito às diversas fases da vida, com o reconhecimento concreto dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

CASTRO, M. C. **Filosofia na literatura**. Mídia digital. 2011. Disponível em: <<http://www.filoinfo.bem-vindo.net/filosofia/modules/article/view.author.php?1>>. Acesso em: 29 mai. 2013.

BOECHAT, N. M. Asilamento: uma visão. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (org.). **Caminhos do envelhecer**. Textos Reunidos. Rio de Janeiro: Publicação Preliminar, 1993.

CALOBRIZI, M. D. D. **As questões que envolvem a responsabilidade assumida pelos avós enquanto guardiões de seus netos, no que se refere à formação de referenciais sociais e aos legados, passados de geração em geração**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica São Paulo, SP, 2001.

DALLARI, D. de A. **O que é participação política**. Coleção 104 – Primeiros Passos – Editora brasiliense, 1984.

DEBERT, G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 1999.

DEMO, P.; **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 5. ed. São Paulo, Cortez, 2001.

FERREIRA, A. B. de H., **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. São Paulo. Nova Fronteira, 1995.

FUSTER, A.B. Aspectos psicológicos del envejecimiento. In: Perez, E. A.; Galinsky, D.; Martinez, F. M.; Salas, A. R. & Ayendez. M. S. (Orgs.). **La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

GANDIM, D. **A prática do planejamento participativo**. Petrópolis: Vozes, 2001.

GOHN, M. G. M. **Educação não formal e cultura política**. São Paulo: Cortez, 2001.

GROISMAN, D. **Velhice e história: perspectivas teóricas**. Cadernos do IPUB, v. 1, nº 10, p. 43-56, 1999.

LAVALLE, A. G.; Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: PIRES, R. C. R. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. DF: Ipea, 2011. p. 33-43.

NERI, A. L., Freire, S. A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

NERI, A. L.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação. In: NÉRI, A.L. e DEBERT, G.G. (orgs.). **Velhice e Sociedade**. São Paulo: Papirus, p. 113-140. 1999.

NERI, M. CARVALHAES, L., COSTILLA, H.; MONTE, S. O capital dos Idosos. In: CAMARANO A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. World Health Organization. (Tradução Suzana Gontijo). Brasília/ DF. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2005.

OKUMA, S. S. Um modelo pedagógico de educação física para idosos. In: SAFONS, M. P; PEREIRA, M. M. (Org.). **Educação física para idosos: por uma prática fundamentada**. 2. ed. Brasília: Faculdade de Educação Física, DF: 2004.

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

PAZ, S. F. **Dramas, cenas e tramas: a situação de Fóruns e Conselhos do**

idoso no Rio de Janeiro. 2001. 763 f. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2001.

PEDROSA, W. C. **Envelhecimento ativo**: um desafio para a equipe multidisciplinar e para as pessoas idosas frequentadoras da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI), no município de Uberaba-MG. Franca – SP, 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

RAICHELIS, R. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SAAD, P. M. **O idoso na grande São Paulo**. São Paulo: Coleção Realidade Paulista, 1990.

SCHERER-WARREN, I. **Cidadania sem fronteiras**: ação coletiva na era da globalização. São Paulo: Hucitec, 1999.

SILVA, S. M. **Envelhecimento Activo, Trajectórias de Vida e Ocupações na Reforma**. 2009. (Mestrado em Sociologia) Faculdade de economia da Universidade de Coimbra. Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/12294/1/Disserta%3%a7%3%a3o_Sofia%20Maia%20Silva.pdf> Acesso em: 30 maio 2013.

SOUZA, E. M. Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: Universidade do Estado de São Paulo. 37 (4) 463-469, 2003.

WAMPLER, B. Que tipos de resultados devemos esperar das instituições participativas? In: PIRES, Roberto C. Rocha (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. DF: Ipea, 2011.

CAPÍTULO XI

CONSELHO DE DIREITO: UMA ANÁLISE DO CONTROLE DEMOCRÁTICO E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS VELHOS TRABALHADORES

Nanci Soares

Marta Regina Farinelli

Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

Resumo: O artigo discute os conselhos de direito, espaços coletivos e políticos que podem propiciar participação social e o controle democrático dos velhos nas políticas sociais. Assim, analisa-se o envelhecimento do perfil demográfico e suas contradições, interpretando as conquistas dos velhos e os desafios para a efetivação da participação e do controle democrático nos espaços coletivos. A concepção teórico-metodológica é a materialista histórico-dialética, e a pesquisa é bibliográfica. Compreender as possibilidades da participação dos velhos no âmbito dos conselhos de direito consolida-se como uma forma de ampliação e aprofundamento do controle democrático, contribuindo para a construção de uma sociedade emancipadora.

Palavras-chave: Envelhecimento; participação; conselho de direito; controle democrático.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento do perfil demográfico é um dos temas mais discutidos na atualidade; todavia, essa compreensão sobre tal fenômeno, muitas vezes, não ultrapassa a imediatidade da vida real, não refletindo sobre as contradições do envelhecer sobre o embate entre capital e trabalho, numa sociedade em que os velhos trabalhadores são penalizados por sua condição de vida. Há de se destacar que a análise do processo de envelhecimento e velhice, sob uma perspectiva crítica, requer uma visão contextualizada historicamente, pois não é uma simples soma de fatores, nem mesmo uma interposição destes, mas sim uma complexa teia de condicionantes sociais, políticos, econômicos e culturais.

Este artigo está fundamentado na concepção teórico-metodológica do materialismo histórico-dialético e analisa a centralidade do trabalho e da luta de classe nas relações sociais sob o modo de produção capitalista, fazendo aproximações sucessivas à concreticidade, partindo do real para a dimensão reflexiva.

O percurso metodológico do artigo almeja refletir criticamente sobre o envelhecimento das populações, destacando o viés da heterogeneidade do processo de envelhecimento e velhice no âmbito da produção e reprodução da sociedade do capital. Também são ressaltados os processos das lutas sociais em prol das conquistas de direitos do segmento idoso, que perpassa as ações nas políticas de saúde e de assistência social, concebendo os conselhos como um dos caminhos para a construção e o aprofundamento da participação política e do exercício de controle democrático.

O debate sobre o envelhecimento populacional: a crítica sob a perspectiva da heterogeneidade

Na contemporaneidade, o envelhecimento do perfil demográfico consolida-se como uma tendência mundial que, nos países de capitalismo central, ocorreu gradativamente e, naqueles de capitalismo periférico, vem ocorrendo de forma acelerada nos últimos anos, sendo mediatizado pelas expressões da questão social.

É importante explicitar que a longevidade populacional ainda é uma conquista heterogênea, pois não está consolidada em todas as nações; além disso, anos vividos a mais não são sinônimo de qualidade de vida. Trata-se, em verdade, de um desafio o alcance de anos a mais de vida para milhões e milhões de velhos trabalhadores que vivenciam a superexploração do capital, sobretudo nos países de capitalismo periférico. Campelo e Paiva (2014, p. 27) observam que, no contexto mundial, chegar aos 80 anos não é um privilégio de todas as populações, devido à “[...] desigualdade social que marca substancialmente a vida de milhões e milhões de indivíduos de todas as idades, protagonizando uma situação quase irreversível de não realização das suas necessidades básicas e potencialidades humanas”.

O relatório da Organização Mundial da Saúde (2005) mostra a deterioração das condições de vida nos países marcados pela superexploração do capital. No documento, consta que uma criança nascida no Japão, em 2003, esperava viver, em média, 85 anos, tendo um gasto com sua saúde de US\$ 550 por ano, enquanto uma criança em Serra Leoa (África ocidental) provavelmente não viverá 36 anos, além da incerteza de ver um médico, durante seu curto tempo de vida. Neste país o gasto com a saúde é de apenas US\$ 3,00 (CAMPELO E PAIVA, 2014, p. 27).

Para dimensionar o desafio da mudança do perfil demográfico, recorre-se ao documento intitulado “Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade” (BRASIL, 2015), elaborado pelo Cen-

tro Internacional de Longevidade no Brasil (ILC-Brasil), o qual mostra que, ao final de 2011, a população mundial havia ultrapassado os 7 bilhões de pessoas, apontando para uma projeção de que até 2100 haverá um aumento populacional que atingirá o patamar de 10,9 bilhões. Nessa progressão, calcula-se que mais de 50% serão pessoas acima dos 60 anos.

O aumento populacional do segmento idoso é considerado como um marco na história da humanidade e está associado a diversos fatores; entre eles, pode-se citar: a queda da natalidade e da mortalidade infantil; os avanços científicos e tecnológicos e, de forma geral, as melhorias na qualidade de vida, que somente ocorreram via mobilização das frações de classe trabalhadora, sobretudo no século XX. Assim, as demandas sociais foram respondidas por meio de políticas sociais um tanto quanto abrangentes, se considerarmos o grau de reivindicação e de pressão popular nos países de capitalismo central.

O acesso ao sistema de proteção social nos países desenvolvidos, pós-guerra, resultado das lutas sociais, permitiu um melhor processo de envelhecimento (tanto na dimensão do indivíduo quanto das populações) em relação aos trabalhadores dos países em desenvolvimento (CAMPELO E PAIVA, 2014, p. 169).

Quando se analisam as condições de vida e de trabalho dos velhos no contexto brasileiro, constata-se o crescimento acelerado da população idosa: os resultados do censo (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam 8.011.375 pessoas idosas, dado esse que, em 2000, chegava à expressão populacional de 2.707.91 pessoas com mais de 60 anos. Tais dados demonstram o crescimento do contingente dessa faixa etária idosa, que repercutem em dimensões demográficas, sociais, econômicas e políticas (SOARES, 2015, p. 7).

Essa transição demográfica, sob nosso ponto de vista, não se constitui como um problema social, embora seja este o discurso “oficial” da classe dominante, que afirma o individualismo e a culpabilização do sujeito social por sua condição de vida, fortemente influenciado pelo ideário neoliberal:

[...] os discursos ideopolíticos disseminados nos complexos sociais abordam a necessidade de repensar o sistema previdenciário; o ataque também incide sobre o direito à saúde e há uma tendência de “reprivatização” do processo de envelhecimento e velhice – fruto do individualismo – culpabilizando os velhos ou suas famílias por suas condições de vida. (COSTA, 2015, p. 16).

Sob o ponto de vista da teoria social crítica, o processo de envelhecimento e velhice constitui “[...] uma construção social, dotado de um caráter

multidimensional e heterogêneo” (SOARES; POLTRONIERI; COSTA, 2014, p. 134), que está assentado sobre a exploração do trabalho e da luta de classes. Como argumenta Veras (1999, p. 45), em um país marcado pela desigualdade social, como o Brasil, relacionar o envelhecimento humano com foco no cronológico traz sérios equívocos; “[...] um trabalhador do sertão nordestino, aos 55 anos, será muito mais ‘velho’ que um executivo, aos 65 anos, de uma grande empresa do Rio de Janeiro”.

Desse modo, entende-se a velhice como “[...] a fase do processo de envelhecimento, determinada pelos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais – intrinsecamente ligada ao componente da classe social, gênero e etnia”. Esse fatos levam a aferir que “[...] os indivíduos envelhecem de forma diferenciada e particular, possuindo mediações com o contexto sócio-histórico e político-econômico” (SOARES; POLTRONIERI; COSTA, 2014, p. 134).

De acordo com Teixeira (2008):

É a classe trabalhadora a protagonista da tragédia no envelhecimento, considerando-se a impossibilidade de reprodução social e de uma vida cheia de sentido e valor, na ordem do capital, principalmente quando perde o “valor de uso” para o capital, em função da expropriação dos meios de produção e do tempo de vida. (TEIXEIRA, 2008, p. 30).

Portanto, a velhice das frações de classe trabalhadora condicionada por classe social, gênero, orientação sexual, raça, etnia e gerações produz e reproduz-se sob o jugo da exploração do capital, fato esse que consolida o entendimento do processo de envelhecimento e velhice como categorias sociais que se particularizam nas ações cotidianas influenciadas pelo próprio sistema. Portanto, entender a velhice como uma fase individual ou somente cronológica é abnegar todas as relações sociais que perpassam essa fase da vida humana.

Faz-se imprescindível discutir a visão da sociedade capitalista em relação às expressões da problemática social do envelhecimento das frações da classe trabalhadora, analisando o conjunto de suas mobilizações, para então discorrer sobre as respostas do Estado democrático de direito no Brasil.

As lutas e as conquistas sociais do segmento idoso

Primeiramente se refletirá, de maneira crítica, sobre um breve contexto histórico da proteção social ao segmento idoso, a saber, a evolução das políticas públicas relacionadas à questão do envelhecimento populacional tanto a nível internacional quanto nacional, além da importância das lutas sociais via participação social dos velhos trabalhadores.

A discussão sobre a velhice na agenda da política mundial se deu na década de 1980 como resultado de mobilizações políticas anteriores. Eis os marcos políticos desse cenário: pauperização dos velhos, afloramento de movimentos sociais e o capital tentando construir novos nichos de mercado. Assim, o cenário político

[...] revelava uma expressiva preocupação com a velhice de segmentos específicos da classe trabalhadora localizados nos países, inicialmente do chamado primeiro mundo e, depois por óbvios, do (mal) chamado – ou difamado – terceiro mundo em diante. (CAMPELO E PAIVA, 2014, p. 168).

Nesse cenário, a ONU realiza a primeira Assembleia Mundial sobre envelhecimento, no ano de 1982, em Viena. Camarano e Pasinato (2004) destacam as 66 recomendações para os Estados em relação a: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação. Nesse plano, parte das recomendações visava promover a independência do idoso dotado de meios físicos ou financeiros para a sua autonomia. A concepção do idoso traçado no plano era dirigida aos países desenvolvidos e aos indivíduos envelhecidos e independentes financeiramente, com poder de compra. Ou seja, a preocupação central da assembleia era a formação de consumidores e não de sujeitos de direito.

Campelo e Paiva (2014, p. 171) ressalta que o plano não avançou como se esperava, mas buscou “[...] subverter a lógica de privilegiar os planos econômicos e políticos em detrimento dos temas sociais no âmbito das Nações Unidas”. A autora ainda argumenta que a:

[...] atenção principal do plano era a situação de bem-estar social das pessoas idosas dos países capitalista hegemônicos, dotado de um forte apelo à promoção da independência e autonomia do(a) idoso(a), ‘novo ator social’, concebido como indivíduo independente financeiramente (CAMPELO e PAIVA, 2014, p. 171).

Camarano e Pasinato (2004) apontam os reflexos desse plano no âmbito da América Latina: vários países modificaram suas constituições, inclusive o Brasil (Constituição Federal de 1988), que firmou a gênese da seguridade social, composta pelo tripé saúde, previdência e assistência social. Entretanto, é preciso assinalar que as políticas sociais são contraditórias: atendem a frações da classe trabalhadora, mas também servem como instrumentos que sustentam a acumulação do capital. Assim, toda conquista também envolve intencionalidades político-econômicas. De acordo com Campelo e Paiva (2014, p. 172):

[...] é preciso tomar cuidado com a afirmação porque uma interpretação simplista permitiria concluir que, numa relação de causalidade, os governos desses países, espontaneamente, adotaram o conjunto de recomendação do Plano de Viena e implementaram políticas.

Em 2002, vinte anos após a Primeira Assembleia Mundial, acontece, em Madri, a Segunda Assembleia Geral, que enfatizou o envelhecimento populacional dos países de capitalismo periférico, considerados como “terceiro mundo”. Campelo e Paiva (2014, p. 172) anota que “não era possível ignorar um processo tão antigo quanto a própria história da humanidade, tendo em vista a imposição de novas demandas perante as autoridades, diante do impacto da velhice desprotegida, na agenda da seguridade”.

Na segunda Assembléia foram aprovados, segundo Camarano e Pasinato (2004), uma nova declaração política e um novo plano de ação que deveriam servir de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI. Tais nortes buscavam exercer uma ampla influência nas políticas e programas dirigidos à população idosa em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento.

Esse plano evidencia que o envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, fundamentando-se em alguns determinantes: a participação ativa dos idosos na sociedade; o desenvolvimento e a luta contra a pobreza; o fomento da saúde e do bem-estar na velhice; a promoção do envelhecimento saudável; e a criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.

Para Soares, Poltronieri e Costa (2014, p. 143), um dos avanços do referido plano é que se abre espaço para a participação da sociedade civil organizada e a

[...] possibilidade do estabelecimento de parcerias como forma de viabilizar os direitos da pessoa idosa diante do enxugamento do Estado e a consideração de outros fatores transversais que influem diretamente no processo de envelhecimento. (SOARES; POLTRONIERI; COSTA, 2014, p. 143).

Apesar dos avanços, o plano de Madri não considerou as diversidades culturais e, especialmente, as disparidades de classe social; este segundo fator é mais relevante para se pensar o processo de envelhecimento e velhice em relação à realidade social. É preciso enfatizar que esses planos possuem intencionalidades políticas, mesmo porque as políticas sociais têm um duplo caráter: (i) de um lado, atendem à demanda das frações da classe trabalhadora; (ii) por outro, perpetuam o embate entre capital e trabalho.

Na ocasião dessa Assembleia, a Organização Mundial da Saúde lançou o documento “Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas”, que contempla um novo paradigma para entender o envelhecimento. Entretanto, esse paradigma está envolto à ideologia da velhice, na simples “inserção” do indivíduo na comunidade, buscando disseminar uma produção social positiva da velhice; nas suas entrelinhas, convoca a responsabilização do sujeito e da família sobre seus cuidados, não contemplando o questionamento e a reflexão acerca das condições objetivas de vida dos velhos trabalhadores.

O envelhecimento ativo, naquele plano, é definido como sendo o “[...] processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p. 13). O termo “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (OMS, 2005, p. 13). A abordagem do envelhecimento se volta, então, para o reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e para os princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, limitando-se ao pensamento de uma política circunscrita ao ideário neoliberal.

Para Lima e Sangaleti (2010), a gestão do avanço da idade passou por um processo conhecido na gerontologia como *reprivatização* da velhice, que colocou o envelhecer e os seus destinos sob a responsabilidade individual. Este processo de *reprivatização* da gestão da velhice pode ser identificado, por exemplo, nos documentos oficiais elaborados pelo Estado brasileiro que instruem sobre políticas públicas de atenção à saúde do idoso. Teixeira (2008, p. 287) mostra que a proposta de envelhecimento ativo não visa apenas melhorar a saúde, o estado físico e psicológico das pessoas idosas, mas

[...] atribuí-lhes responsabilidades pelo seu estado, subjetivando a noção da pesquisa de velhice e de qualidade de vida, que depende do indivíduo, da sua motivação para mudar hábitos de vida, entre eles, alimentação saudável, práticas de exercícios físicos, atividades intelectuais e socializadora. [...] A velhice pobre, doentia e dependente virou uma condição de negligência pessoal ou familiar, de motivação pessoal para aprender. Logo, a problemática do envelhecimento e sua superação recaem sobre o próprio idoso. (TEIXEIRA, 2008, p. 287).

Nesse contexto, é importante refletir sobre o processo de envelhecimento e de velhice em âmbito universal, a fim de perceber criticamente sua repercussão nas políticas sociais brasileiras, desvelando a concepção da pes-

soa idosa estabelecida nas legislações. Assim, a história da proteção social aos trabalhadores idosos mostra que esse é um processo de lutas por direitos que, segundo Alves, Campelo e Paiva, Arruda (2016, *online*, grifos do autor), “[...] contempla modelos que antecedem a concepção liberal de *direito do cidadão* e indica uma trajetória de lutas e conquistas, respostas às expressões da *questão social*”.

O surgimento das políticas no Brasil, segundo Behring e Boschetti (2011, p. 64), “[...] foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e de pressão da classe trabalhadora, do desenvolvimento de forças produtivas e das correlações e composições de força no âmbito do Estado”.

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são

[...] desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorizadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 51).

Na conjuntura pré-Constituinte, destaca-se o fortalecimento da sociedade civil com diversos movimentos sociais (envolvendo reforma agrária, sindicais, questões sobre mulher, idoso, negro, pessoas com deficiência, entre outros) nas reivindicações de melhorias e na luta pela democratização contra o Estado ditatorial. A Constituição Federal de 1988, conhecida também como Carta Cidadã, constitui um marco importante à nação brasileira, instituindo a Seguridade Social com base no tripé saúde, assistência social e previdência social. No que se refere ao segmento idoso, passa a garantir aposentadoria por idade e pensão por morte para viúvos, bem como a equiparação dos benefícios previdenciários.

A Carta Magna de 1988 institui a descentralização das ações e o controle social, pelos quais a voz da população seria considerada nos mandos públicos. Para tanto, o controle social se dará no âmbito dos conselhos de direito, que se constroem como espaços coletivos, políticos e deliberativos, como um grande passo para a construção da cidadania brasileira.

Conforme Liporoni (2010), atores da sociedade civil tiveram forte mobilização no período da Constituinte e reinscreveram na Constituição Federal alguns de seus anseios, reforçando antigos e instituindo novos direitos relacionados à saúde, à educação, à assistência social e reforçando o papel do Estado na efetivação destes.

Com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), outras leis de garantias de direitos foram aprovadas a partir da década de 1990, como a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990), a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742/1993 (BRASIL, 1993), a Política Nacional do Idoso (PNI), sob a Lei nº 8.842/1994 (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso, sob a Lei nº 10.741/2003 (BRASIL, 2003). Diante do exposto, infere-se que o Brasil, ao tempo que vive uma transição demográfica, está também “numa transição jurídica para o reconhecimento, no contexto democrático, dos direitos da pessoa idosa enquanto sujeito de direito à cobertura das necessidades, à dignidade, à velhice, à proteção e ao protagonismo” (FALEIROS, 2007, p. 36). Essas conquistas são o resultado de lutas sociais do segmento idoso.

No entanto, é importante ressaltar que mesmo diante desses direitos conquistados ao longo da história, para muitos, a velhice, ao contrário “de ser uma fase da vida marcada pelo descanso do trabalho, protegida pela família, pelas políticas sociais e acolhida pela sociedade, é a evidência do coroamento da decrepitude, do abandono e da negação de qualquer indício de realização da emancipação humana” (CAMPELO E PAIVA, 2014, p. 30).

Em relação ao sistema de proteção social e à articulação das diversas políticas sociais, cabe destacar a mudança do paradigma da assistência social, que passa da noção de caridade e filantropia para o patamar de direito social. Mesmo que restrito a grupos vulnerabilizados, compõe importante fonte de melhoria das condições de vida e de cidadania, isto é, de proteção aos velhos trabalhadores no Brasil. Assim,

[...] a Assistência Social também ganhou nova institucionalidade, que a fez pautar-se pelo paradigma da cidadania ampliada e funcionar como política pública concretizadora de direitos sociais básicos, particularmente de crianças, idosos, portadores de deficiência, famílias e pessoas social e economicamente vulneráveis. (PEREIRA, 2011, *online*).

A assistência social, regida pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742/1993 com alteração pela Lei nº 12.435, em 2011, define a assistência social como direito do cidadão e dever do Estado e intenta promover mínimos sociais para garantir atenção às necessidades básicas da população com vulnerabilidade social. No seu artigo 2º, incisos I e IV, dispõe sobre seus objetivos:

I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e a velhice;

V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. (BRASIL, 2011, *online*).

Pereira (2011, *online*) assevera que a LOAS estabeleceu, a partir do plano legal, a diferença marcante entre a política pública de assistência social de direitos e o “assistencialismo” vulgar praticado, indiscriminadamente, como um desvio ou doença da Assistência.

Em relação ao segmento idoso, a Lei nº 8.842/1994, denominada Política Nacional do Idoso (PNI), dispõe normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. É importante ressaltar que essa lei é resultado de uma ampla mobilização de segmentos organizados da sociedade e representa uma grande conquista em termos legais, pois está embasada no paradigma da cidadania, o qual valoriza o ser humano como pessoa que possui necessidades biológicas, pessoais, intelectuais e sociais, entre outras.

Teixeira (2008) observa que a PNI é uma legislação moderna que reforça a característica brasileira de legislação complexa, rica de proteção social, entretanto, com nítido caráter formal e legalista, que não se expressa em ações efetivas de proteção.

O Estatuto do Idoso, criado pela Lei nº 10.741/2003, garante o direito à vida, à liberdade, ao respeito, à saúde, aos alimentos, à educação, à cultura e ao lazer; acesso a trabalho, previdência e assistência social, habitação, gratuidade no transporte público e coletivo, prioridade de atendimento, atentando para que a violação destes provoca a discriminação e a exclusão do idoso (BRASIL, 2003).

De acordo com as duas legislações específicas para a pessoa idosa, a PNI e o Estatuto do Idoso, estão previstas a criação e a atuação dos Conselhos de Direito do Idoso nas três esferas federativas (municipal, estadual e nacional), concebidos como órgãos colegiados e paritários, imbuídos de atribuições como controle democrático, acompanhamento e avaliação no desenvolvimento das políticas (MENDONÇA, 2006, p. 183).

Ao discutir o caminhar das políticas, outro ponto relevante é a reflexão sobre as políticas públicas, sua construção por incentivo e pressão popular, a ambiguidade que perpassa todo esse processo. Segundo Teixeira (2008), não se deve perder de vista o modo dominante ou a “nova cultura” de compreensão dos direitos sociais e das políticas sociais, como aqueles que visam dividir responsabilidades sociais no trato das refrações da questão social com

a família, com a comunidade, com a sociedade e com o Estado, e que legitimam e incentivam as ações de organizações não governamentais na execução da política social. Nesse cenário de correlações de forças, os conselhos devem estar atentos e preparados para enfrentá-las e fortalecer sua função democrática, pois, como órgãos deliberativos e propositivos, têm um importantíssimo papel na formulação de políticas públicas e no acompanhamento de sua realização, sobretudo diante do desmonte dos direitos sociais conquistados nos últimos anos.

Desde a Constituição Federal de 1988, houve avanços legais significativos, já citados anteriormente. Um ponto positivo foi a diversidade da base de financiamento da Seguridade Social, que apontou para a alocação mais democrática dos recursos públicos, com a previsão de um orçamento da seguridade social e a perspectiva de ampliação da cobertura, tendo em vista a ideia da universalidade de acesso a direitos sociais legalmente definidos. A partir disso, verificam-se avanços efetivos na atenção à população brasileira, como a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 1990 (como política pública de caráter universal) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2004.

No entanto, é preciso também apontar que, desde a década de 1990, há sucessivas manobras de desmonte dos direitos sociais conquistados. A explicação para isso está na necessidade de ajustes fiscais almejando o superávit primário conforme determinado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) a partir de 1999.

Um dos mecanismos criados sobre essa situação foi a Desvinculação de Receitas da União (DRU), cujo propósito era desvincular 20% das receitas de impostos e contribuições sociais que financiam a Seguridade Social. Esta foi prorrogada pela reforma tributária de 2007 e em 2016, com a justificativa da crise do Estado, passando a 30%.

Assim, e sob essa perspectiva, o vilão do orçamento da seguridade social não é o gasto previdenciário conforme a mídia e o próprio Estado vêm a público a inferir, mas sim os recursos retidos pelo Estado para a formação do superávit primário.

Com esse argumento, os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva fizeram reformas na Previdência Social; as mais recentes se referem às medidas provisórias (MP) 664 e 665, aprovadas em 2014 no governo Dilma Rousseff; ambas fazem alterações no acesso ao seguro-desemprego e à pensão por morte.

Quanto ao seguro-desemprego, serão necessários 18 meses de traba-

lho para o primeiro pedido do seguro. Em uma segunda solicitação, o trabalhador terá de ter contribuído, pelo menos, por 12 meses, e a partir da terceira solicitação, por no mínimo seis meses. No caso das pensões por morte, será necessário que o trabalhador tenha contribuído, no mínimo, por 24 meses, com exceção das mortes por acidente de trabalho. O beneficiado terá acesso à pensão desde que seja legalmente casado ou comprove união estável há, pelo menos, dois anos. O valor a ser recebido também sofreu reajustes, a saber: 50% para o/a cônjuge, acrescido de 10% por dependente até completar 100% do total e até que eles completem a maioria. Já para os auxílios-doença, foi fixado o valor do benefício conforme a média das últimas 12 contribuições. Essas questões trazem consequências para as famílias mais vulneráveis e que têm velhos trabalhadores que, sem alternativas de trabalho e renda, procuram o SUAS para o atendimento de suas necessidades básicas.

Assiste-se ao fortalecimento do sistema privado, em especial o da saúde e da previdência, com incentivos por parte do governo para que a parcela da população que tem condições financeiras possa assumir esses gastos; já aquela parcela da população que não possui essas mesmas condições, limita-se ao uso do sistema público.

Em 2016, também foi aprovada a PEC 55, cuja restrição aos gastos sociais ocorrerá por um período de vinte anos. Essa medida trará regressão dos direitos conquistados quanto aos serviços oferecidos a toda a população e, em particular, às políticas sociais da saúde e da assistência social, com impactos significativos quanto à qualidade de vida do segmento idoso, principalmente nos de situação de vulnerabilidade social.

Diante de tantos retrocessos, os espaços de controle social democrático podem contribuir na luta pela garantia dos direitos conquistados, bem como na ação de mobilização sobre a conscientização destes.

O processo de controle democrático dos velhos: conselhos de direito

Os conselhos de direito são espaços coletivos de conquistas políticas dos cidadãos, resultado da participação da população nos movimentos de redemocratização. Gohn (2011, p. 16) afirma que a participação equivale à construção da “[...] luta por melhores condições de vida e pelos benefícios da civilização”.

Nas teorizações revolucionárias, a participação é entendida como os movimentos coletivos que lutam contra as formas de opressão da sociabilidade capitalista; Gohn (2011, p. 27) ressalta que, “[...] na abordagem marxista, o conceito de participação não é encontrado de forma isolada, mas sim articula-

do a duas outras categorias de análise: lutas e movimentos sociais.”As lutas pela participação plena da população – sob esse ponto de vista – se dão no cotidiano, tanto por via da luta por garantias legais quanto por movimentos sociais. Tais lutas se consolidam tanto pela redistribuição do poder e pela participação política consciente da população quanto pelas mobilizações sociais, que se mostram como outro caminho para o questionamento da ordem vigente.

Evidencia-se, no decorrer desta reflexão, que não se pode excluir a historicidade do embate entre capital e trabalho e suas expressões no campo político, haja vista que a conquista da participação se constrói como espaço de luta entre projetos societários antagônicos.

O exercício de participar inclui a realização de leitura da realidade e suas contraditoriedades, assim como a análise crítica da sociedade contemporânea e o enfrentamento dessa ordem social injusta e desigual. O processo de participar faz parte da construção da cidadania, que se consolida como uma proposta coletiva de sujeitos que se sentem pertencentes e participantes do processo de conquistas de direitos. Desse modo, “[...] participação é conquista para significar que é um processo, no sentido legítimo do termo infundável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo” (DEMO, 2001, p. 1).

Na década de 1990, no Brasil, foram construídas outras dimensões para a categoria participação. Gohn (2011, p. 57) ressalta que aqueles indivíduos que se mostravam engajados no intuito de redemocratizar o Estado testemunharam que “[...] inicialmente o processo concentrou-se na questão dos conselhos, priorizando no debate a dicotomia do caráter que deveriam ter: consultivo, para auscultar a população, ou normativo/representativo, com poder de decisão”.

A efetivação dos mecanismos de controle democrático foi marcada, a partir da década de 1990, fundamentalmente, pela tensão entre dois projetos societários: (i) o primeiro, caracterizado como aquele da redemocratização e de garantia de direitos; (ii) e o segundo, como aquele voltado para a rearticulação das forças conservadoras, sustentada pelo ideário neoliberal, propunha a contenção de direitos, a redução do Estado e alterações no mundo do trabalho (SILVA, 2010, *online*).

A opção estratégica expressa em proposições e deliberações dos governos brasileiros, a partir desta década, que inclui políticas sociais, assegura-se no projeto conservador. Este projeto hegemônico legítima e garante funcionalidade para as instâncias responsabilizadas a

implantar e implementar políticas sociais (como as que incluem e as destinadas ao segmento de idosos), mostrando-se permeada por contradições. (SILVA, 2010, *online*).

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988, anteriormente citados, segundo Bravo (2009, *online*), introduziram “avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, mas incapazes de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes”.

Em paralelo à implementação dos mecanismos de controle democrático, há no cenário brasileiro, na década de 1990, a contrarreforma do Estado, advento do neoliberalismo com a reestruturação produtiva e a mundialização do capital. Bravo (2009, *online*) afirma que esse “[...] cenário de regressão de direitos sociais, de globalização e mundialização do capital, tem na financeirização da economia um novo estágio de acumulação capitalista”. O capitalismo mostra suas estratégias (como a estratégia capital), numa “acirrada crítica às conquistas da Constituição de 1988, – com destaque para a concepção de Seguridade Social –, com a construção de uma cultura persuasiva para discutir e tornar seu projeto consensual e compartilhado”.

As políticas sociais e a constituição das instâncias de controle social, dos anos 1990 até os dias atuais, “[...] têm sido de contrarreforma do Estado e de *obstaculização* e/ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 147, grifos do autor).

Bravo (2009, *online*) anota que o “[...] controle social enquanto direito conquistado na Constituição Federal de 1988, mais precisamente do princípio ‘participação popular’, pretende ampliar a democracia representativa para a democracia participativa de base”. Argumenta a autora que estão previstas duas instâncias de participação nas políticas sociais: os conselhos e as conferências.

Os conselhos são espaços paritários em que a sociedade civil (50%) e os prestadores de serviços públicos, privados e filantrópicos discutem, elaboram e fiscalizam as políticas sociais das diversas áreas: saúde, educação, assistência social, criança e adolescência, idoso, entre outras. (BRAVO, 2009, *online*).

A concepção de participação social nesses espaços baseia-se na universalização dos direitos, pautada por uma nova compreensão do caráter e do papel do Estado (CARVALHO, 1995 apud BRAVO, 2009, *online*). Uma das ideias centrais que permeiam a criação dos conselhos é a paridade, porquanto

possibilita que os representantes da sociedade civil e do governo estejam frente a frente. Segundo Bredemeier (2003, p. 88), “a questão da paridade tem o objetivo de evitar que uma parte se sobreponha à outra, ao menos numericamente”; contudo, por participarem segmentos em interação, a relação de forças entre as partes pode se tornar desigual ou mesmo acontecer um processo de cooptação.

Os conselhos de direito são fruto da mobilização popular para a democratização e possuem como competência a fiscalização, a avaliação, a efetivação e a ampliação dos direitos e serviços prestados. Trata-se de instâncias que articulam a participação, a deliberação e o controle do Estado. Todavia, esses espaços não assumem a responsabilidade pela execução das ações, que fica a cargo do Executivo, sejam elas de caráter municipal, estadual ou nacional. Cabe aos conselhos a participação nas decisões sobre a aplicação de verbas e de recursos financeiros destinados à operacionalização das políticas sociais, bem como a fiscalização destas.

A outra instância de participação nas políticas sociais são as conferências, realizadas periodicamente, com a finalidade de discutir as políticas sociais de cada esfera e propor diretrizes de ação. Conforme Bravo (2009, *online*), “as deliberações das conferências devem ser entendidas enquanto norteadoras da implantação das políticas e, portanto, influenciar as discussões travadas nos diversos conselhos”.

No que se refere ao Conselho de Direito à Pessoa Idosa, como mecanismo de acesso à defesa de seus direitos, em 2003 o artigo 53 do Estatuto do Idoso deu nova redação ao artigo 7º da PNI, alterando a sua competência.

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

Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas. (Redação dada pela Lei nº 10.741, de 2003) [...] (BRASIL, *online*).

As responsabilidades delegadas aos municípios, ou seja, aos conselheiros, em função da descentralização, coloca-lhes novas exigências – participar na formulação de planos de ação e de controle quanto à aplicação de recursos – e torna-os corresponsáveis pelas propostas e iniciativas operacionalizadas; assim, torna-se visível a necessidade de capacitação para assumir as

novas incumbências, uma vez que os conselheiros, entre eles a pessoa idosa, deparam com situações antes nunca enfrentadas (BREDEMEIER, 2003, p. 96).

Sobre a participação das pessoas idosas nos espaços de controle, Borges (2003, p. 1041 apud BERZINS, 2012, p. 214) afirma que

[...] ela tem de ser conquistada e assumida por todos os envolvidos, de forma consciente, e sentida como um processo contínuo. A participação não pode ser individual, mas coletivamente organizada, resultando na restauração da confiança, na esperança e na ânsia de compartilhar tanto os avanços como as dificuldades.

A análise da evolução das políticas públicas direcionadas ao segmento idoso no Brasil mostra que são resultados das lutas sociais, que incluem desde o movimento operário ao movimento de aposentados e pensionistas, e a outros conduzidos por organizações não governamentais (ONGs) de nível nacional e internacional, sendo fundamental a problematização das necessidades sociais.

A perspectiva das lutas sociais envolve a constituição de “[...] sujeitos políticos e os mecanismos de reivindicações, mobilizações, problematização de necessidades sociais” (TEIXEIRA, 2009, p. 65). Contudo, as diversas respostas contemporâneas à problemática social do envelhecimento, tomada de forma genérica, “[...] não só mascaram a centralidade do envelhecimento do trabalhador na constituição dessa problemática social, mas também os novos movimentos sociais, especialmente na fase atual, em que as ONGs assumem a dianteira nessas lutas” (TEIXEIRA, 2009, p. 70).

Esse fato, de acordo com Teixeira (2009, p. 70), faz parte da cultura privatista e revela dois lados: 1) transfere as responsabilidades sociais, como as mazelas sociais, para a sociedade civil; 2) reforça a responsabilidade individual, de cada um pelo seu bem-estar, transmutando problemas sociais em problemas individuais. “Essas novas simbioses entre o público e o privado se expressam nas retóricas de ampliação da esfera pública para a sociedade civil, para o privado, por meio da participação ativa de suas organizações, que mascara a cultura privacionista”.

O Estado, apesar de instituir os mecanismos de gestão democrática, limita seu poder de ação, dividindo suas responsabilidades com a sociedade civil; nesse sentido, a “[...] garantia, concernente aos direitos sociais, é camuflada pelo campo nebuloso do público não estatal (que só pode ser campo de ajuda, esporádica, eventual, inconstante, local)” (TEIXEIRA, 2009, p. 75).

Destaca-se a importância das lutas sociais que problematizam as necessidades sociais e a participação social do segmento idoso para a efetivação e a ampliação dos direitos conquistados por meio de fóruns de representação e

dos conselhos de direito, grupos de discussão e formação, nas associações de aposentados e tantos outros. Conforme Bulla, Soares e Kist (2007), dessa maneira será possível contribuir para mudanças nas construções sociais sobre o processo de envelhecimento e velhice, desmistificando os processos homogeneizadores e a ideologia das velhices.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é um desafio para o século XXI, exigindo novas posturas do poder público e da sociedade civil. Para tanto, é necessária a responsabilização do Estado na materialização dos direitos da população idosa, na garantia de políticas públicas para o envelhecimento digno e ativo, bem como a mobilização da sociedade civil para exigir a efetivação de tais políticas, contribuindo para a construção de uma sociedade sem opressão de classe, etnia, gênero ou mesmo geração, colaborando, assim, para a construção de um projeto societário que confira amplitude às lutas políticas.

Diante do contexto histórico da sociedade brasileira, deve-se levar em conta a marca da repressão, a timidez e o silêncio imposto pela ditadura, principalmente aos velhos trabalhadores, em relação à reivindicação e à luta por direitos e melhoria de condições de vida. No entanto, não se deve persistir na inércia daquele período histórico; como profissionais do Serviço Social, cumpre incentivar e participar junto ao sujeito de direitos, buscando os espaços de luta e de decisão, tendo o Conselho de Direito da Pessoa Idosa como um dos caminhos para a participação e o exercício do controle democrático.

É necessário investir na integração de conselhos de direito e de políticas a fim de preservar as diversas especificidades, tendo em vista que as diversas políticas públicas atendem ao segmento idoso. Essa questão se estende ao espaço das conferências, de forma tal que o espaço de luta pela manutenção e expansão dos direitos sociais envolverá os trabalhadores das diversas políticas públicas, a população usuária e o segmento idoso.

Nesta reflexão, não se pode esquecer que, apesar dos avanços e das conquistas na compreensão dos direitos sociais e das políticas sociais, elas desvelam que o envelhecer bem, com qualidade de vida, ainda é visto como responsabilidade exclusiva de cada indivíduo. Fato esse que reitera o discurso ideológico-político de cunho neoliberal, que se apresenta nos diversos ataques aos direitos sociais nos últimos anos (seguro-desemprego, pensões por morte, auxílio-doença, aumento da DRU para 30% e aprovação da PEC 55), que reverberam não somente para o segmento idoso, mas para toda a população brasileira.

No decurso desta breve reflexão quanto ao caminhar das políticas sociais destinadas ao segmento idoso e à constituição das instâncias de participação, tendo como exemplo os conselhos, observa-se que o controle social pode ser realizado por qualquer cidadão, bem como sua participação, pois são canais que permitem que a cidadania seja um direito pertencente ao cotidiano dos sujeitos sociais, visando à construção da emancipação política, com vistas a uma sociedade mais humana, calcada nos pilares da emancipação humana.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. B.; CAMPELO E PAIVA, S. O.; ARRUDA, F. T. Produção de conhecimento no serviço social sobre as lutas e proteção social à velhice dos trabalhadores. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 75-83, jan./jul. 2016. Disponível em: <file:///E:/Documents/Minhas%20Pastas-Projetos/envelhecimento/Salvea%20textos/Produ%C3%A7%C3%A3o%20de%20conhecimento%20no%20servi%C3%A7o%20social.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica do Serviço Social; v. 2).

BERZINS, M. V. A importância dos conselhos de direitos da pessoa idosa nas políticas públicas. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 209-226.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília: DF. 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a organização da saúde e dá outras providências. Brasília: DF. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo. Brasília: DF. 8 dez. 1993. p. 18.769. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, 2003.

_____. **Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. **Diário Oficial da União**.

Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF, 1994.

BREDEMEIER, S. M. L. Conselho do idoso como espaço público. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Ano XXIV, n. 75, p. 84-102, set. 2003.

BRAVO, M. I. S. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. In: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: DF, 2009. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/K27R5ULO0r1Qq31quL42.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

BULLA, L. C.; SOARES, E. S.; KIST, R. B. B. Cidadania, pertencimento e participação de idosos – grupo Trocando Ideias e Matinê das Duas: Cine Comentado. **Ser Social**. Brasília: DF, n. 21, p. 169-196, jul./dez. 2007.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: _____. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

CAMPELO E PAIVA, S. O. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE. **Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. Centro Internacional de Longevidade Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: CIL-Brasil, 2015.

COSTA, J. S. **Velhice, ideologia e crítica: uma análise sobre a participação, protagonismo e empoderamento dos(as) velhos(as) nos espaços das conferências**. Franca, 2015. p. 166. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. 2015.

DEMO, P. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2011.

LIMA, Â. M. M.; SANGALETI, C. T. **Cuidar do idoso em casa: limites e possibilidades**. São Paulo: Ed. Unesp, 2010.

LIPORONI, A. A. R. C. **Os caminhos da participação e do controle social na saúde**: estudo das realidades do Brasil e Espanha. Franca. 2010. p. 198. Tese (Doutorado em 2010) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2010.

MENDONÇA, J. Os conselhos e o protagonismo do idoso como exercício ativo da cidadania. In: CÔRTE, B.; MERCADANTE, E.; ARCURI, I. G. (Org.). **Envelhecimento e velhice**: um guia para a vida. São Paulo: Vetor, 2006. p. 183-196. (Coleção Gerontologia; v. 2).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: DF, 2005.

PEREIRA, P. A. P. **Política de assistência social a pessoa idosa**. 2011. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/eixos_tematicos.doc>. Acesso em: 3 jul. 2016.

SILVA, J. I. **Gestão da política nacional do idoso à luz da realidade de Juiz de Fora**. Juiz de Fora. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social de Juiz de Fora. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2010/06/jose_anisio.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SOARES, N.; POLTRONIERI, C. F.; COSTA, J. S. Repercussões do envelhecimento populacional para as políticas sociais. **Argumentum**. Vitória: ES. v. 6, n. 1, p. 133-152, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/7474/5761>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SOARES, N. Prefácio. In: DÁTILLO, G. M. P. A.; CORDEIRO, A. P. (Org.). **Envelhecimento humano**: diferentes olhares. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

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

TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. **Argumentum**. Vitória: ES. v. 1, n. 1, p. 63-77, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/13/0>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

VERAS, R. P. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: VERAS, R. P. (Org.). **Terceira idade**: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, TI, 1999.

CAPÍTULO XII

SERVIÇO SOCIAL E ENVELHECIMENTO: PERSPECTIVAS E TENDÊNCIAS NA ABORDAGEM DA TEMÁTICA

Solange Maria Teixeira

RESUMO: Este artigo tem por objetivo discutir as dificuldades do Serviço Social para trabalhar a temática do envelhecimento na perspectiva da totalidade social, a partir do método histórico dialético, portanto, compatível com o direcionamento ético-político da profissão, hegemônico na categoria. Nessa perspectiva, discute a produção do conhecimento em Serviço Social sobre a temática do envelhecimento, a partir de uma análise sobre os artigos aprovados e apresentados no XV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, de 2016, buscando identificar as tendências no debate, as lacunas e as contribuições para a formação e trabalho profissional.

Palavras-chave: Serviço Social; envelhecimento; totalidade Social.

INTRODUÇÃO

O Serviço Social, desde os anos 1980, vem avançando na crítica ao conservadorismo da profissão e construiu, no trânsito para os anos 1990, o Projeto Ético-Político (PEP) da profissão, uma direção hegemônica, porém, não unívoca e uniforme, uma vez que comporta o respeito ao pluralismo de perspectivas teórico-metodológicas, embora haja a direção e uma orientação-pela teoria marxiana e tradição marxista, compatível com a direção ético-política, e por um debate frontal com as demais teorias.

Todavia, esse avanço não tem sido suficiente para gerar tradição na abordagem de inúmeras expressões da questão social, como o envelhecimento pobre, doentio, isolado, com acesso precário ou insuficiente às políticas públicas, que caracterizam o envelhecimento do trabalhador, de maneira a abordá-lo a partir do método histórico dialético e a gerar conhecimentos na temática capazes de iluminar o trabalho profissional crítico e materializador do Projeto Ético-Político da profissão.

As inquietações sobre o porquê das dificuldades na produção do conhecimento em Serviço Social sobre a temática do envelhecimento, em perspectivas compatíveis com o PEP, inspiraram a produção deste artigo. E, para levantar as tendências na produção do conhecimento na área do Serviço Soci-

al, buscou-se como fontes de dados os 56 artigos aprovados no XV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), de 2016, sobre o qual se procurou levantar e analisar as tendências do debate no eixo, bem como as lacunas e as contribuições para a formação e o trabalho profissional, ou seja, os limites das abordagens e as perspectivas.

O artigo está organizado em três seções. A primeira busca resgatar os elementos do PEP e a direção dele; a segunda, os problemas da apreensão numa perspectiva de totalidade social que, em tese, seria compatível com a direção do PEP; e a terceira que busca, a partir do material empírico, apreender como a temática é trabalhada na produção do conhecimento nesse Congresso.

Projeto ético-político do Serviço social e os desafios para sua implementação

O PEP do Serviço Social brasileiro articula em si mesmo elementos, tais como: “[...] a imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, função social e objetivos, conhecimento teórico, saberes interventivos, normas, práticas, etc” (NETTO, 1999, p.98),

As origens do PEP remontam à transição dos anos 70 aos 80 do século XX, cujos marcos foram o Movimento de Reconceituação do Brasil (1977) e o Congresso da Virada (1979), momentos históricos de questionamentos da postura teórico-metodológica, ideológica e prática do Serviço Social até então adotada, com denúncia do conservadorismo profissional e com posicionamento pela perspectiva crítica – especialmente a partir da fase de intenção de ruptura, no final da década de 1970, de sua retomada e dos avanços nos anos 1980 e 1990, com adoção da perspectiva de compromisso profissional com os interesses dos usuários dos serviços e, portanto, como o projeto societário da classe trabalhadora.

Porém, é no trânsito dos anos 1980 aos 1990 que o PEP do Serviço Social se configurou em sua estrutura básica – *Código de Ética, Lei que regulamentava a profissão e Projeto de formação profissional*. Esse avanço no interior da profissão, segundo Netto (2007), é fruto da conjuntura de movimentação social nos anos 1980, do euforismo dos vários movimentos sociais, do processo que culminou com a Constituição de 1988, e das resistências ao neoliberalismo.

Essa postura de construir um coletivo novo de profissionais como nova direção social foi possível devido ao significado e à inserção da profissão em processos contraditórios da sociedade capitalista, marcados por interesses

antagônicos em disputas. “Ao atuarmos no movimento contraditório das classes, acabamos por imprimir uma direção social às nossas ações profissionais que favorecem a um ou a outro projeto societário” (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p.189).

Dentre os elementos que orientam a materialização do PEP, destacam-se:

1- Lei de Regulamentação da Profissão. A primeira lei de regulamentação da profissão foi com o decreto de nº 994/1962, que estabelece o exercício da profissão de Assistente Social, bem como pontua vetores determinantes para o direcionamento do PEP profissional daquela época. Mas é sua revisão, em 7 de julho de 1993, pela lei nº 8.662, que a ajusta com base na nova postura crítica da profissão;

2- Código(s) de Ética Profissional. Os Códigos de Ética de 1986 e de 1993 sinalizam um projeto profissional que contempla as dimensões teórica, política, técnica e política da profissão, a partir da direção posta pelo Movimento de Reconceituação (desde a fase de intenção de ruptura). Dentre os seus princípios, destacamos o “VIII-opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (BRASIL, 1993, p.24); e seu corolário, a necessidade de uma perspectiva teórico-metodológica crítica que ilumine a intervenção. Apesar da adoção do pluralismo profissional, a direção hegemônica coloca como fundamental para a materialização desse princípio a necessidade de uma teoria crítica, como a marxista.

3- Novas diretrizes curriculares. O primeiro esforço de revisão curricular na perspectiva de se materializar uma ruptura com o modelo conservador se deu em 1982. A última versão de currículo (1996) estabelece novas Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social, norteando os projetos pedagógicos a partir de novos valores e de novas referências teórico-metodológicas críticas.

Segundo Teixeira e Braz (2009), esses elementos constituem a dimensão jurídica-política da profissão, complementada pelas dimensões da produção do conhecimento no interior do Serviço Social e da política organizativa do coletivo profissional.

Mas, segundo Netto (2007), a conjuntura atual, no Brasil, é outra, na qual não se registram mobilizações e resistências expressivas à cultura neoliberal, de recuo dos movimentos sociais e de avanços das Organizações Não Governamentais (ONGs) como mediação da relação Estado\população, parceiras do Estado na execução e na oferta de políticas e de serviços sociais, quadro que contribui decisivamente para dificultar a implementação do PEP.

Essas dificuldades se expressam mais diretamente, segundo Netto, em dois níveis.

Primeiro, mudanças nos objetivos profissionais. O elenco de objetivos do Serviço Social, de compromisso com os interesses dos usuários e com a efetivação de seus direitos, “[...] tem sido intencional e acintosamente minimizado mediante a centralização das suas funções no plano assistencial” (NETTO, 2007, p. 38), a redução do Serviço Social “à profissão da assistência”, decorrente, em parte, da assistencialização das formas de enfrentamento da questão social, posta pela equívoca estratégia de redução da pobreza, pela focalização nos pobres, pela seletividade do grupo alvo, nos programas de combate à pobreza, nas ações dirigidas aos vulneráveis e em “situação de risco”, de forma focalizada e seletiva.

O contexto contemporâneo modificou o modo de fazer política social, legalizando e legitimando as parcerias com organizações da sociedade civil, com o mercado, com a família e com os indivíduos, favorecendo o renascimento do trabalho voluntário, da filantropia, em detrimento de políticas públicas redistributivistas e universalistas garantidoras de direitos sociais.

O segundo, é o que se refere aos requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, ou seja, toda a problemática da formação profissional. Também reflexo da política neoliberal sobre a educação superior, as práticas de “desregulamentação” e de “flexibilização” da educação superior operam para degradar e aviltar a formação profissional.

Os problemas na formação profissional, apesar das Novas Diretrizes Curriculares, ocorrem devido à precarização do ensino público, ao crescimento da educação a distância (54,7% das vagas) e à educação privada de Serviço Social (91,7% dos cursos), ou seja, com a assombrosa proliferação de cursos privados de Serviço Social, a expansão fora de qualquer controle da educação a distância, a precarização do ensino público, ocorrem desvios das Diretrizes Curriculares e adoção de uma formação aligeirada, sintetizada (apostilas), sem espaço de discussão, de participação organizada dos estudantes; ensino sem articulação com a extensão e pesquisa; formação profissional para o mercado e suas demandas.

Essa formação ameaça o perfil profissional generalista, criativo, propositivo e crítico. Além disso, cria um Exército de Reserva na profissão com poucas possibilidades de inserção, exceto pelo apadrinhamento.

Associado a esses fatores, acrescentam-se outros, tais como:

- A retomada do neoconservadorismo na forma de pensar, analisar e intervir sobre a realidade, posta pela adesão aos referenciais pós-modernos

(do efêmero, do local, das subjetividades, do cultural) nas Ciências Sociais. Retomada marcada pelo ecletismo, apelo às subjetividades, às abordagens psicossociais – terapêutica ou “clínicas”, sob o argumento de que certos conhecimentos teóricos oferecidos na academia não permitem entender e intervir na realidade.

Destacam-se, ainda, outros velhos problemas ainda presentes na profissão, como o metodologismo/tecnicismo inerente à ideia de que uma boa técnica ou um bom arsenal metodológico pode substituir o pensar crítico, a teoria contestadora; ou a redução da metodologia a um conjunto de técnicas dissociadas da teoria e dos valores ético-políticos. Teoricismo a-crítico de adesão a novas teorias que reiteram a reprodução das relações sociais presentes em categorias como empoderamento, autonomia, integração, terceiro setor, nova questão social, etc. Pragmatismo/imediatismo presente no cotidiano do fazer profissional que burocratiza e rotiniza as ações, sem momento de análises, de sistematizações, de planejamentos, dentre outros.

O enfrentamento dessas problemáticas, que dificultam a implementação do PEP de forma massiva no seio da categoria, supõe mais vontade política organizada, fortalecimento coletivo, maior adesão, portanto, óbvia opção pelos seus princípios, como horizonte das práticas profissionais, além da opção entre as estratégias de enfrentamento da questão social, hoje tensionadas por projetos sociais distintos, visíveis na estruturação e na implementação das políticas sociais.

Como destaca Iamamoto (2008), vive-se uma tensão entre dois projetos societários antagônicos: o da classe dominante, reflexo das atuais mudanças no modelo de acumulação, com a mercantilização, a refilantropização e o familismo no atendimento às necessidades sociais, com evidentes implicações nas condições e nas relações de trabalho do assistente social; e o da classe trabalhadora, na luta por direitos como mediação para um projeto de emancipação humana para além do capital.

O projeto dos direitos de cidadania e humanos em bases emancipatórias tem caráter universal e democrático, e como parâmetro a Constituição Federal de 1988. Aposta no avanço da democracia, fundado no princípio da participação e do controle popular, da universalização dos direitos, garantindo a gratuidade no acesso aos serviços, a integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos numa perspectiva de equidade e de justiça social.

Esse projeto requer ações voltadas ao fortalecimento dos sujeitos coletivos, dos direitos sociais; e a necessidade de organização para a sua defesa, construindo aliança com os usuários dos serviços na sua efetivação, partici-

pando dos fóruns de debates, deliberativos coletivos e outros.

O projeto da classe dominante é de inspiração neoliberal, social-liberal ou neodesenvolvimentista, que subordina os direitos sociais à lógica orçamentária; a política social à política econômica, em especial às dotações orçamentárias, ao ajuste fiscal e, no Brasil, subverte o preceito constitucional e desmonta as conquistas populares. Esse projeto adotado no Brasil, nos anos 1990, com sequência nos governos posteriores, que implementaram um deslocamento das ações governamentais públicas – de abrangência universal – no trato das necessidades em favor da privatização, das parcerias público\privada, e instituíram critérios de focalização e de seletividade no atendimento dos direitos sociais.

Apesar do contexto adverso, nossas respostas profissionais às inúmeras demandas profissionais devem ter uma direção crítica com reforço da dimensão ético-política da profissão, da teleologia (finalidade), do planejamento e da ação. Imprimir a marca profissional nesses espaços requer o fortalecimento, a legitimidade e a implementação das orientações do PEP como guia das ações e dos objetivos profissionais, imprimindo uma autonomia relativa – dados os limites estruturais das condições de trabalho –, mas que é possível pela dimensão política da profissão e pela busca de pôr uma direção à ação profissional.

Para o avanço dessa direção, é fundamental a produção do conhecimento no Serviço Social pela via da teoria crítica. As análises do objeto da ação profissional (múltiplas expressões da questão social), por essa perspectiva teórico-metodológica, podem não apenas criar uma tradição no modo de abordar as temáticas, mas gerar parâmetros analíticos para a intervenção sobre eles. Em relação à temática do envelhecimento, ainda há uma lacuna nessas análises do Serviço Social, se considerarmos a direção da profissão. Mas porque essas dificuldades na abordagem da temática, pela via da perspectiva crítica?

Envelhecimento na perspectiva da totalidade: dificuldades na abordagem a partir da teoria crítica

A temática do envelhecimento, seja como campo de trabalho ou de produção do conhecimento, é recente, considerando o crescimento da população idosa, a elaboração de políticas públicas – Política Nacional do Idoso (PNI) e Política Nacional da saúde da pessoa idosa, da carta de direitos (Estatuto do Idoso), criação de serviços para esse público na Política Nacional da Assistência Social (PNAS) (2004) nas proteções básica e especial, nos equi-

pamentos ou unidades estatais municipais ou da sociedade civil e mercado, ampliando os espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social nessa área. Entretanto, são inúmeras as dificuldades da adoção do método histórico dialético para análise da realidade do envelhecimento humano, sendo escassas as referências, a partir dessa perspectiva, que iluminem as intervenções profissionais.

São consequências da ausência de pesquisas (CAMPOS, 2016; MIO-TO, 2010), em especial, com a perspectiva compatível como o PEP:

- A) Ações profissionais menos qualificadas para responder às demandas;
- B) Aprisionamento em formas tradicionais de intervenção;
- C) Aderência epidérmica a determinados modelos teóricos, principalmente ao marxista;
- D) Diluição e pouca visibilidade das particularidades das ações profissionais;
- E) “Migração” dos assistentes sociais em busca de referências teóricas alheias às novas referências teórico-metodológicas da profissão pós-reconceituação, em especial, da Gerontologia Social hegemônica.

A resultante das dificuldades de implementação do PEP da profissão ressoa nas análises das expressões da questão social, e, com elas, as dificuldades de produzir conhecimentos a partir do método histórico dialético e do trabalho profissional compatível com essa direção.

A recente conquista do Serviço Social, como campo de conhecimento científico, e a ainda precoce produção acadêmica sobre a temática do envelhecimento fazem com que os pesquisadores da área busquem as produções da Gerontologia Social, que não assume a direção do Materialismo Histórico Dialético na abordagem do objeto, sendo essa produção apreendida sem críticas.

Entretanto, iniciativas vêm ocorrendo no Serviço Social, nos últimos anos, para apreender o envelhecimento na perspectiva da totalidade e formar tradição na área, demarcando as diferenças entre essas abordagens pela via do método histórico dialético e a gerontologia. Vale, então, destacar essas mudanças na apreensão do objeto de estudo.

O envelhecimento na perspectiva da totalidade social, segundo Teixeira (2008) e Paiva (2014), implica romper com a homogeneização a-histórica atribuída ao processo de envelhecimento e à população idosa, como se o envelhecimento biológico e demográfico fosse uma condição unificadora e as problemáticas sociais que atingem os trabalhadores fossem inexoráveis a toda a população que envelhece. Uma população sem as classes, sem os diferenci-

adores socioeconômicos, ou seja, sem relação com as condições de produção e de reprodução da sociedade capitalista é um todo caótico, imediato, uma mera aparência fenomênica, que, tanto com as categorias mais simples quanto com as complexas, é possível resgatar as mediações e as determinações, tornando-se um todo rico de determinações ou síntese de múltiplas determinações, um todo pensado, o verdadeiro ponto de partida, embora não sendo dado a ver, nesse início da partida, se não por meio da análise mediante método histórico dialético.

Como destaca Faleiros (2014), ao se falar em envelhecimento, é preciso olhar a complexidade desse campo e suas múltiplas determinações nas relações com a demografia, as perdas biológicas, os diferenciadores culturais (gênero, etnia, raça, regionais, geracional), os aspectos econômicos, sociais e psicológicos, as trocas em diversos âmbitos (família, amigos, gerações, cultura), dentre outros. Abordar essa temática numa dimensão de totalidade é a especificidade do modo de investigar cientificamente o tema, a partir do campo do Serviço Social, das ciências sociais aplicadas, e um diferencial em relação às abordagens gerontológicas como campo hegemônico.

Na visão gerontológica crítica, o envelhecimento é um processo biopsicossocial, todavia, a maioria das análises que partem dessa dimensão não consegue mostrar como esses elementos se relacionam e quais os determinantes da sua condição social. O envelhecimento, na perspectiva da totalidade, no Serviço Social, parte de um pressuposto que a condição de classe é aquela capaz de fazer certas homogeneizações dentro de uma mesma classe, pela vivência de situações de vida e de trabalho em comum, e diferenciar entre as classes e entre frações de classe, além disso, outros diferenciadores tornam esse envelhecimento bastante diversificado e plural.

O envelhecimento é um processo que é resultado da vida individual e social, profundamente marcado pelas desigualdades sociais – de classes (e nos seus segmentos de classes), gênero, raça, etnia, regionais, dentre outras. Nessa dimensão, não é totalmente singular, antes, ao contrário, tem particularidades que o ligam à totalidade. Mas, ao mesmo tempo, não é um todo amorfo ou homogêneo, sem diferenças ou antagônico, trata-se de uma unidade na diferença e com diferenças.

O envelhecimento biológico tem aparência de naturalidade e de universalidade, implica deterioração ou diminuição da capacidade funcional, mas esse é vivido de forma diferenciada e influenciado por determinantes genéticos, comportamentais, econômicos, políticos, sociais, familiares e de percepção de si e do mundo. Até mesmo o envelhecimento demográfico, etário, me-

didado pela longevidade e pela expectativa de vida, é vivido, experimentado de forma variada entre sociedades, países, regiões e entre as classes sociais.

Nesse sentido, analisar o envelhecimento na perspectiva da totalidade implica em desconstrução das categorias “velhice, envelhecimento, longevidade” como homogêneas, por critérios a-históricos, considerando-se a desigualdade, a heterogeneidade e a diversidade social, cultural, biológica e psicológica do processo, ou seja, os pesquisadores devem levar em consideração as condições de produção e de reprodução na ordem do capital, capazes de explicar as relações entre singularidade, particularidade e totalidade no modo como se envelhece, em especial, conforme as classes sociais e outros demarcadores de diferenças e de desigualdades.

Todavia, o Serviço Social, ao invés de reconstruir suas perspectivas de análise – a partir de crítica às abordagens que não conseguem sair da imediatividade do fenômeno –, pelos limites do método adotado, vem se fundamentando na literatura gerontológica sem críticas. Esse elemento contribui para as dificuldades na efetivação do PEP ou para sua adesão epidérmica, superficial, sem fazer dele o guia mestre da produção do conhecimento e da intervenção social. Esses problemas internos se somam aos problemas gerados conjuntamente e estruturalmente pelo modelo de acumulação capitalista, descrito na seção anterior, que atinge seus objetivos e a formação profissional.

Mas, então, quais seriam as tendências na produção do conhecimento em Serviço Social acerca da temática do envelhecimento? Essas dificuldades inviabilizariam a criação de uma tradição crítica na abordagem da temática? Que contribuições essa produção vem dando à formação e ao trabalho profissional?

Para averiguar o modo como o Serviço Social aborda a temática do envelhecimento, verificando tendências, direções e contribuições ao debate profissional, analisaremos os 56 trabalhos aprovados e apresentados no XV Congresso Brasileiro de Assistente Sociais, de 2016.

Principais tendências na produção sobre a temática envelhecimento no CBAS de 2016

Foram aprovados 56 trabalhos no eixo do envelhecimento. Desse total, conforme Tabela 1, 83,9% são resultados de pesquisas, e apenas 16,1% são resultantes de relatos de experiências profissionais. Esse dado mostra como a pesquisa vem sendo assumida como uma dimensão importante do trabalho profissional.

Vale ressaltar que esses resultados de pesquisa não decorrem apenas de pesquisa bibliográfica, sendo essas apenas 46,8% do total dos trabalhos, mas decorrem de pesquisas que envolvem mais de um procedimento, como o bibliográfico e o de campo. Isso está relacionado às capacitações via pós-graduações, e também a necessidades do exercício profissional de sistematizar dados de suas práticas e de gerar novos conhecimentos.

Tabela 1 – Tipos de trabalhos apresentados

Tipo	Número	Porcentagem
Relato de experiências ou sistematização do trabalho profissional	9	16,1%
Resultado de pesquisas	47	83,9%
Total	56	100

Fonte: Pesquisa da autora em 2016.

Tabela 2 – Tipos de Pesquisas

Número	Porcentagem
Pesquisa bibliográfica/reflexão teórica	46,8%
Pesquisa de campo	53,2%
Total	100

Fonte: Pesquisa da autora em 2016.

Os temas abordados nos artigos foram diversificados e atendem às necessidades e às demandas da pessoa idosa, como saúde e cuidados com a pessoa idosa, que correspondeu ao tema de maior incidência – 11 artigos discutiram questões relacionadas à saúde, como as doenças incapacitantes, os cuidadores informais e familiares, a transição epidemiológica com o envelhecimento, a carga que o cuidado familiar acarreta, as necessidades de apoio às famílias cuidadoras pelos serviços públicos, dentre outros.

Tabela 4- Temas mais recorrentes nos artigos

TEMAS	NÚMERO	PORCENTAGEM
1- Saúde e cuidados com a pessoa idosa	11	19,7%
2- Direitos da pessoa idosa e políticas públicas	9	16,1%
3- Envelhecimento e serviços da Proteção Social Básica da Assistência Social	8	14,3%
4- Violência contra a pessoa idosa	7	12,4%
5- Envelhecimento humano	4	7,2%
6- Envelhecimento e Gênero	3	5,3%
7- Envelhecimento, movimentos sociais e Conselhos	3	5,3%
8- Preparação para a aposentadoria	3	5,3%
9- Envelhecimento e Universidade para a Terceira Idade	3	5,3%
10- Envelhecimento e família	3	5,3%
11- Envelhecimento e desigualdade racial/população negra	1	1,8%
12- Envelhecimento e instituições de longa permanência	1	1,8
Total	56	100

Fonte: Pesquisa da autora em 2016.

Os direitos da pessoa idosa, bem como as políticas públicas que os materializam, foram a segunda temática de maior incidência nos trabalhos aprovados que, em geral, discutem o hiato entre os direitos reconhecidos normativamente e a implementação das políticas públicas aquém das necessidades da população. Seguida da discussão do envelhecimento e dos serviços da proteção social básica da Assistência Social. Oito artigos abordaram experiências e sistematizações de serviços preventivos que visam à convivência e ao fortalecimento de vínculos para a pessoa idosa. Esses dois temas, somados, uma vez que abordam políticas públicas, formam a maioria dos trabalhos, num total de 17.

A temática da violência contra a pessoa idosa foi o quarto de maior incidência (sete), e os artigos discutem, conceitualmente, a violência, os tipos de violências, o perfil dos agressores e dos agredidos, medidas de proteção via políticas e serviços, dentre outros.

Outros trabalhos (quatro artigos) discutiram o envelhecimento humano, problematizando, seja pela via do crescimento demográfico dessa população e suas implicações nas políticas sociais ou colocando a necessidade de novas políticas e novos serviços sociais; seja pela via da crítica à homogeneização pelo critério etário, destacando os inúmeros diferenciadores do processo de envelhecimento. Incluem-se também outros artigos que, nessa mesma linha de problematização, discutem o viés de gênero e de raça na diferenciação das velhices.

A temática dos movimentos sociais e dos conselhos de direitos, preparação para a aposentadoria, Universidade Aberta para a Terceira Idade (Unati), envelhecimento e família, cada uma com três trabalhos cada, também foram abordadas com relativa incidência.

Dentre os autores mais citados, destacam-se: Camarano, Beauvoir, Minayo, Debert, Teixeira, Karsch, Papaléo Netto, dentre outros, a maioria teóricos da Gerontologia, considerando a escassa literatura no Serviço Social. Evidenciam-se: Teixeira, Paiva, Faleiros e Goldman, que despontam como referências nessa área do Serviço Social, com produções em perspectiva crítica.

Tabela 5 – Autores mais citados nos artigos

AUTORES	QUANTIDADE DE VEZES CITADOS
CAMARANO, Ana Amélia.	22
BEAUVOIR, Simone.	14
MINAYO, Maria Cecília Souza	12
DEBERT, Guita Gun	12
TEIXEIRA, Solange Maria	11
KARSCH, Úrsula M.	08
BERZINS, Marília.	07
PAPALÉO NETTO, Matheus	06
PAIVA, Sálvea Campelo	05
MOTTA, Alda Britto da	05

GOLDMAN, Sara Nigri	04
NERI, Anita Liberalesso	04
MORAGAS, Ricardo M.	04
CALDAS, Cecília Pereira	03
HADDAD, Eneida G. de M.	03
VERAS, Ricardo	03
LOBATO, Alzira Tereza G.	03
PEIXOTO, Clarisse Ehler	02
FALEIROS, Vicente de Paula	02
BOSI, Ecléa	02
SALGADO, Marcelo Antonio	02
ALCANTARA, Adriana de O.	02

Fonte: pesquisa da autora em 2016.

Principais tendências apontadas no debate

A literatura concernente ao Serviço Social a cerca da temática em evidência neste trabalho é expressiva e significativa, apesar de incipiente com relação à direção do PEP da profissão, em antagonismo à boa parte da literatura gerontológica hegemônica. Em função disso, podem-se apontar perspectivas críticas nesse debate, tais como:

- 1- Problematização da temática do envelhecimento denunciando a homogeneização a-histórica pelo critério da idade cronológica, destacando outros demarcadores de desigualdades e de diferenças no envelhecer humano;
- 2- Abordagem diversificada e abrangente das várias questões que perpassam o envelhecimento contemporâneo (cuidado, família, dependência, políticas públicas, direitos, movimentos sociais, dentre outras);
- 3- Abordagem crítica ao descompasso entre direitos dos idosos, as normativas/legislações das políticas sociais e sua efetivação no cotidiano, aquém do normativo;
- 4- Críticas ao cenário econômico-político contemporâneo, da orientação neoliberal e os entraves e desmontes das políticas públicas;
- 5- Crítica à responsabilização familiar pelo cuidado dos idosos com poucos suportes das políticas sociais e das equipes interdisciplinares;

- 6- Identificação de inúmeras possibilidades de trabalho profissional do assistente social na área do envelhecimento e nos serviços das políticas públicas: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Instituições de Longa Permanência (ILPs), Centros de Convivência, UNATIs, Hospital-Dia, empresas públicas ou mistas com Programas de Preparação para a Aposentadoria (PPAs), dentre outros;
- 7- Ênfase para o suporte oferecido pelas políticas públicas e pelas equipes multidisciplinares ao idoso dependente e aos cuidadores;
- 8- Análise das violências contra o idoso, no âmbito familiar e doméstico, como expressões da questão social e como campo de intervenção profissional;
- 9- Análises dos idosos como sujeitos políticos, com participação em movimentos sociais e nos conselhos de direitos;
- 10- Crítica à invisibilidade e aos estigmas em torno da sexualidade no envelhecimento e da incidência da AIDS entre pessoas idosas;
- 11- Problematização da temática do envelhecimento a partir dos dados demográficos e do aumento da longevidade.

Lacunas ou ausências no debate

Em que pese apontar tendências positivas no debate e que se encaminham na direção da profissão, ainda há muitas lacunas, debilidades, ecletismos nas abordagens, dentre as quais, destacamos:

- 1- Número restrito de trabalhos assumem, intencionalmente a perspectiva teórico-metodológica marxista ou uso do método histórico dialético na abordagem da temática;
- 2- Artigos com incipiente fundamentação teórico-metodológica e escassa revisão de literatura;
- 3- Estudos descritivos e pouco analíticos;
- 4- Artigos que se fundamentam estritamente nas legislações sociais das políticas sociais;
- 5- Falta de criticidade ao utilizar a literatura da Gerontologia;
- 6- Falta de análises que destaquem as contradições das políticas sociais e de seu desenho normativo;
- 7- Estudos que reforçam o cuidado pela família como espaço de amor, afeto, cuidado sem destacar as contradições e as restrições de funções;
- 8- Restritas discussões, e pouco aprofundadas, sobre a atuação do assistente social na área do envelhecimento, geralmente no último item do artigo;

9- Problematização do envelhecimento pelos dados demográficos, que podem ser utilizados em duplo sentido: i- para ressaltar os custos do envelhecimento, a sobrecarga e a falência do sistema de proteção social público; ii- para ressaltar a necessidade de políticas públicas e de cuidados especiais;

10- Singularização/individualização no modo de abordar o envelhecimento.

Desafios à Formação e ao Trabalho Profissional do Assistente Social

Diante das lacunas, são muitos os desafios tanto à formação profissional quanto ao trabalho profissional. Dentre eles, evidenciamos:

1-Trabalhar dialeticamente a temática, mediante a relação entre totalidade, particularidade e singularidade, de modo a superar a singularização/individualização e a universalidade a-histórica que homogeneíza;

2- Trabalho interdisciplinar nas equipes de saúde e de assistência social, em todos os níveis de proteção social que oferecem (básica e especial), na garantia dos direitos;

3- Atendimento integral e intersetorial, considerando ser o envelhecimento um processo multidimensional marcado por desigualdades sociais, de gênero, de raça, e diferenças conforme múltiplos fatores;

4- Criar uma tradição no modo do Serviço Social abordar cientificamente o envelhecimento, compatível com os direcionamentos do Projeto Ético-Político do Serviço Social que sirva de fundamentação aos novos estudos e ao trabalho profissional.

Contribuições do debate à formação e ao trabalho profissional

Apesar de algumas lacunas que ampliam os desafios, essa produção também traz contribuições que podem incidir na formação e no trabalho profissional, considerando os esforços recentes na área para a superação da incipiente produção científica, que já incide nesses artigos. Dentre tais contribuições, ressaltamos:

1- Contribuições com o campo de estudos e com pesquisas sobre o envelhecimento numa perspectiva crítica, destacando suas dimensões biopsicossociais e outros demarcadores de diferenças e de desigualdades no modo de envelhecer da população;

2- Trabalho profissional na perspectiva da garantia dos direitos da

população idosa, do acesso às políticas públicas, mediante programas, projetos e serviços diversos para atender suas necessidades e demandas;

3- Contato direto com as múltiplas demandas da pessoa idosa, podendo sistematizá-las e fundamentar a criação de novos serviços e projetos de intervenção do profissional de Serviço Social e outros da equipe;

4- A intervenção profissional como parte das respostas do poder público às múltiplas expressões da questão social que atingem a vida dos idosos, logo, de reponsabilidade do Estado, mediante atendimento profissionalizado, técnico nas unidades públicas ou nos domicílios dos idosos;

5- Criação de programa, projetos e serviços a partir das demandas sistematizadas, para atendê-las numa perspectiva de cidadania garantida pelo Estado;

6- Materialização da intersetorialidade nos seus processos de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre a temática do envelhecimento, o ponto de partida do Serviço Social é a pergunta: afinal, de que idoso se está falando? Pois este é o caminho para visualizar os demarcadores opressores que geram desigualdades e diferenças no modo como se envelhece. Nesse sentido, a classe social assume a centralidade como elemento explicativo dessas desigualdades e heterogeneidades que, somadas a outras categorias como gênero, raça e etnia, agem conjuntamente e se constroem mutuamente, sendo um entrecruzamento de diferenciações sociais como processos múltiplos que conformam as desigualdades. Todavia, o método histórico dialético ajuda não apenas a superar as homogeneizações a-históricas, os universalismos e os essencialismos, mas também as individualizações e as singularizações desarticuladas da totalidade social, além de permitir a produção do conhecimento compatível com o PEP.

Todavia, apesar de hegemônica, essa direção social posta pelo PEP sofre ataques constantes, ameaças na sua implementação, seja pela adesão epidérmica de muitos profissionais a esses valores e à perspectiva teórico-metodológica, ao ecletismo, ao avanço do neoconservadorismo dos referenciais pós-modernos, seja pelo movimento conjuntural e estrutural da atualidade capitalista, uma ofensiva político-ideológica contra a classe trabalhadora que a atinge de forma objetiva e subjetiva, alcançando também o Serviço Social, nas condições de trabalho, de contratação, mas também nos seus objetivos profissionais e na sua formação profissional.

Isso explica as dificuldades na abordagem da temática do envelhecimento a partir do método histórico dialético, da incipiente literatura crítica na área e a busca sem críticas de estudos da Gerontologia Social.

A produção apresentada no XV CBAS, de 2016, expressa esses problemas e essas dificuldades na abordagem da temática, mas apresentando tendências de mudanças, embora ainda tímidas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.
- CAMPOS, M. S. Família: dificuldades na sua configuração como objeto de estudo científico e de prática profissional. In: TEIXEIRA, S. M. (Org.). **Política de Assistência Social e temas correlatos**. Campinas-SP: Papel Social, 2016.
- FALEIROS, V. de P. Envelhecimento no Brasil do século XXI: transição e desafios. **Argumentum**, Vitória, v.6, n.1, p.6-21, 2014.
- IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social e contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 2008.
- 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.
- _____. Das ameaças à crise. **Revista Inscrita**, Rio de Janeiro, v. x, p.37-41, 2007.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família: trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, 2010.
- PAIVA, S. de O. C e. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.
- TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS. **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

unesp  UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Fundunesp  Fundação para o
Desenvolvimento
da Unesp