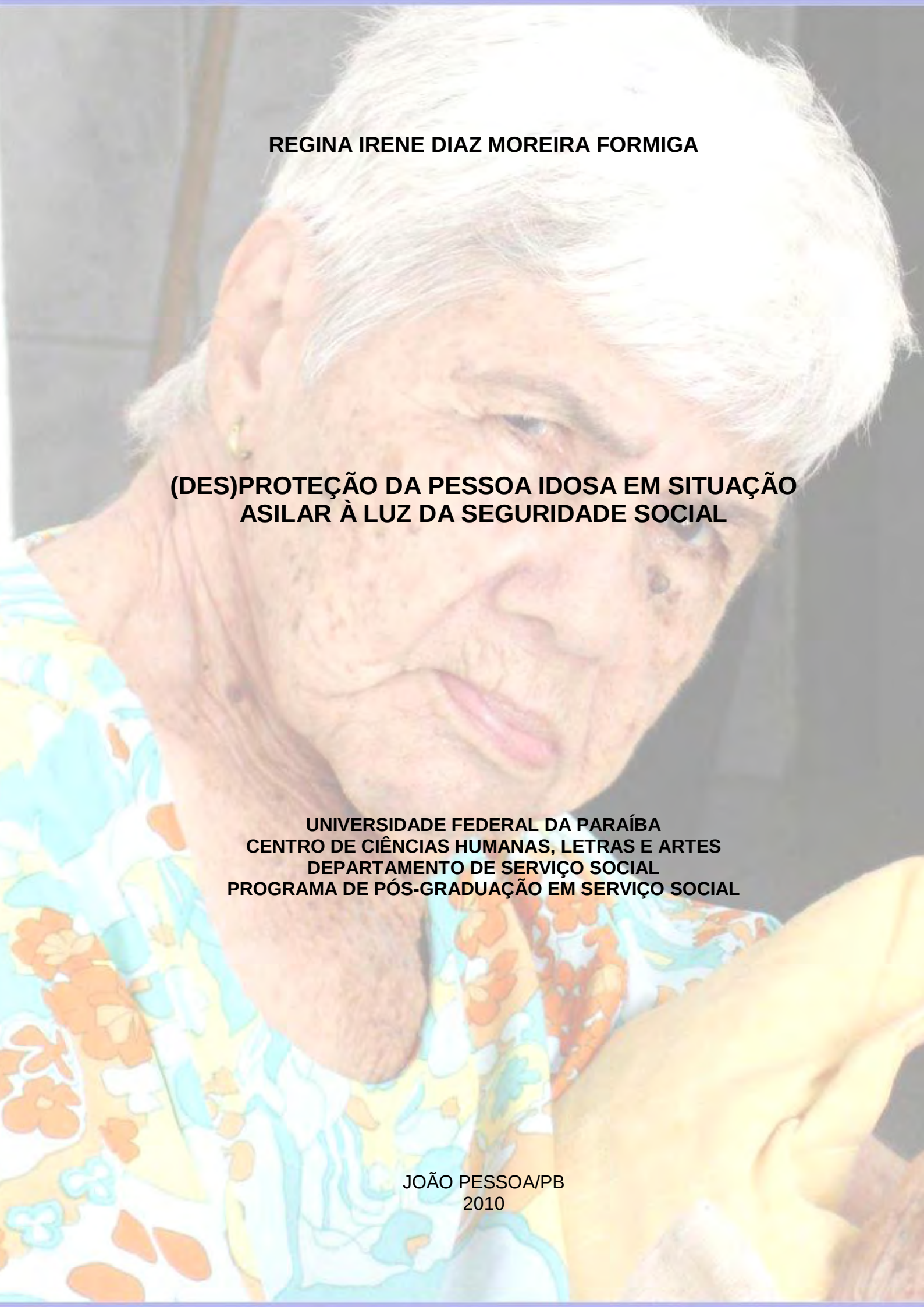


A close-up portrait of an elderly woman with short, wavy white hair. She is looking slightly downwards and to the right with a gentle expression. She is wearing a small gold hoop earring and a colorful floral patterned blouse with orange, yellow, and blue flowers on a white background. The background is a soft, out-of-focus grey.

REGINA IRENE DIAZ MOREIRA FORMIGA

**(DES)PROTEÇÃO DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO
ASILAR À LUZ DA SEGURIDADE SOCIAL**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**JOÃO PESSOA/PB
2010**

REGINA IRENE DIAZ MOREIRA FORMIGA

**(DES)PROTEÇÃO DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO
ASILAR À LUZ DA SEGURIDADE SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração Política Social, em cumprimento às exigências parciais para a obtenção do grau de Mestre Acadêmico em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Bernadete de Lourdes Figueirêdo de Almeida

Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

João Pessoa/PB
2010

REGINA IRENE DIAZ MOREIRA FORMIGA

**(DES) PROTEÇÃO DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO
ASILAR À LUZ DA SEGURIDADE SOCIAL**

Aprovada em _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Bernadete de Lourdes Figueirêdo de Almeida
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Marisete Fernandes de Lima
Examinadora Externa

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Ramos de Meneses
Examinadora Interna

Formiga, Regina Irene Diaz Moreira.

A (des)proteção social da pessoa idosa em situação asilar à luz da seguridade social / Regina Irene Diaz Moreira Formiga. – João Pessoa, 2010. 223f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida.

Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social) – UFPB / CCHLA

1. Pessoas Idosas. 2. Instituições Asilares.
3. Seguridade Social.

DEDICATÓRIA

Para você, exemplo de mulher, esposa, mãe, avó e amiga, exemplo de perseverança e fonte de inspiração para minha vida;

Para você, que é minha força motivadora, incentivando-me sempre a prosseguir;

Para você, que transmitiu valores tão importantes, ensinando-me o caminho certo que deveria trilhar, hoje transmito para meus filhos;

Para você, que renunciou seus sonhos para que muitas vezes pudesse realizar os de seus filhos;

Para você, minha eterna gratidão por tudo que fazes por mim;

É para você, mamãe, que dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, presente em todos os momentos de minha vida, possibilitando-me alcançar mais uma conquista.

Aos meus pais, Emy Moreira e Alfonso Bernal, que sempre demonstraram acreditar em mim, incentivando-me a prosseguir sempre. Minha eterna gratidão.

Ao meu esposo e companheiro, José Carlos, pela compreensão, paciência e apoio nos momentos difíceis desta caminhada;

Aos meus filhos, Pedro Hugo, Luiz Alfonso e Luiz Felipe, que tantas vezes deixaram de usufruir da minha presença, enquanto cumpria a longa jornada;

À Prof.^a Iany Cavalcanti da Silva Barros, Coordenadora do Curso de Psicologia (UNIPÊ), por todo apoio e estímulo;

À Prof.^a Dr.^a Bernadete de Lourdes Figueirêdo de Almeida, que com dedicação e segurança humanizou o ato de orientar;

À companheira e amiga, Prof.^a Margarida Maria Silva Gomes, pela dedicação com que nos atendeu quando solicitada;

À amiga de curso de Pós-graduação Janelene Melo da Silva, pelo incentivo a mim dispensado durante esta jornada;

Às professoras que formaram a banca, pela valorosa contribuição;

A todas as pessoas idosas e diretores das instituições asilares que fizeram parte desta pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE SIGLAS

ANBEAS – Associação Brasileira de Educação e Assistência Social

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ASPAN – Associação Promocional do Ancião

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEF – Caixa Econômica Federal

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

EMLUR – Empresa Municipal Especial de Limpeza Urbana

EUA – Estados Unidos da América

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituição de Ensino Superior

IESP – Instituto de Educação Superior da Paraíba

ILPs – Instituições de Longa Permanência

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MAANAIN – Ministério de Atendimento Assistencial Nordestino de Acampamento e Instituto

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAIF – Programa de Atenção Integral à Família

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNI – Política Nacional do Idoso

PMJP – Prefeitura Municipal de João Pessoa

PES – População Economicamente Ativa

PSF – Programa de Saúde da Família

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UNIPÊ – Centro Universitário de João Pessoa

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – Pessoas de 60 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por sexo e grupos de idade, segundo as grandes regiões brasileiras, 2005	40
TABELA 02 – Universo e Amostra da Pesquisa das Instituições Asilares. João Pessoa/PB, 2007	76
TABELA 03 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo Nível de Escolaridade. João Pessoa/PB, 2007	139
TABELA 04 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo a Inserção ou Não no Mundo do Trabalho. João Pessoa/PB, 2007.	140
TABELA 05 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o recebimento de visitas e a identificação do visitante. João Pessoa/PB, 2007.....	151
TABELA 06 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo Serviços prestados pela instituição asilar. João Pessoa/PB, 2007	153
TABELA 07 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o lugar onde moram atualmente. João Pessoa/PB, 2007	158
TABELA 08 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo as formas de aquisição dos medicamentos João Pessoa/PB, 2007.	166
TABELA 09 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a necessidade de tratamento de reabilitação via hospitalização. João Pessoa/PB, 2007.	168
TABELA 10 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo as formas de aquisição de recursos de reabilitação. João Pessoa/PB, 2007.	169
TABELA 11 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a internação. João Pessoa/PB, 2007.....	172
TABELA 12 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a natureza do Hospital onde foi internado(a). João Pessoa/PB, 2007.	173
TABELA 13 – Distribuição percentual das pessoas idosas dos países da América Latina segundo a relação à linha de pobreza e aposentadoria	174
TABELA 14 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o direito a acompanhante. João Pessoa/PB, 2007.....	175

TABELA 15 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a identificação do Acompanhante na hospitalização. João Pessoa/PB, 2007.....	176
TABELA 16 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a necessidade de procedimentos cirúrgicos. João Pessoa/PB, 2007.	178
TABELA 17 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo tipo de procedimento cirúrgico. João Pessoa/PB, 2007.	179
TABELA 18- Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a avaliação dos hospitais públicos. João Pessoa/PB, 2007.	180
TABELA 19 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo benefícios recebidos. João Pessoa/PB, 2007.	187
TABELA 20 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo tipos de benefícios recebidos. João Pessoa/PB, 2007.....	189
TABELA 21 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo recebimento do 13º salário. João Pessoa/PB, 2007.....	194
TABELA 22 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo motivo do benefício atender às necessidades. João Pessoa/PB, 2007.	196
TABELA 23 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a existência de pagamento à instituição asilar. João Pessoa/PB, 2007.....	198

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 – Pessoas com 60 anos ou mais de idade, sem instrução e menos de 1 ano e com mais de 9 anos ou mais de estudo – Região Nordeste e Sudeste, 1995–2005.	37
FIGURA 02 – Mulheres de 60 anos ou mais de idade, pensionistas e aposentadas e pensionistas, aposentadas e pensionistas (*). Regiões Nordeste e Sudeste, 1995-2005.	39
FIGURA 03 – Composição da Amostra dos Usuários por instituições asilares pesquisadas. João Pessoa/PB, 2007.	129
FIGURA 04 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo Gênero. João Pessoa/PB, 2007.	130
FIGURA 05 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo a Faixa Etária. João Pessoa/PB, 2007.	133
FIGURA 06 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo Estado Civil. João Pessoa/PB, 2007.	134
FIGURA 07 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo Existência de Filhos. João Pessoa/PB, 2007.	136
FIGURA 08 – Perfil dos usuários Idosos Entrevistados segundo Local de Nascimento. João Pessoa/PB, 2007.	137
FIGURA 09 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo Renda Mensal. João Pessoa/PB, 2007.	142
FIGURA 10 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo o valor da Renda Mensal. João Pessoa/PB, 2007.	143
FIGURA 11 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados, segundo tempo de institucionalização. João Pessoa/PB, 2007.	147
FIGURA 12 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados, segundo motivo da institucionalização. João Pessoa/PB, 2007.	148
FIGURA 13 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo responsável pela institucionalização. João Pessoa/PB, 2007.	150

FIGURA 14 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a existência de atividades que preenchem o seu tempo livre. João Pessoa/PB, 2007	155
FIGURA 15 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo conceito atribuído à instituição asilar. João Pessoa/PB, 2007.	156
FIGURA 16 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o recebimento de medicação diária. João Pessoa/PB, 2007.	165
FIGURA 17 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a facilidade no atendimento João Pessoa/PB, 2007.	171
FIGURA 18 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o acesso a vacina antigripe. João Pessoa/PB, 2007.....	177
FIGURA 19 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a satisfação das necessidades básicas através de sua renda. João Pessoa/PB, 2007.	195
FIGURA 20 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o benefício que sua renda trouxe para sua vida. João Pessoa/PB, 2007.	197
FIGURA 21 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a opinião de ser justo ou não o pagamento ao asilo. João Pessoa/PB, 2007.	199
FIGURA 22 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a opinião sobre como gostaria de utilizar sua renda. João Pessoa/PB, 2007.....	200

LISTA DE FOTOS

FOTO 01 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007).....	102
FOTO 02 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007).....	103
FOTO 03 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007).....	103
FOTO 04 – Lar da Providência (Data: 17/06/2007).....	104
FOTO 05 – Casa da Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)	104
FOTO 06 – Instituição Espírita Nosso Lar (Data: 14/04/2008)	105
FOTO 07 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007).....	106
FOTO 08 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007).....	107
FOTO 09 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007).....	107
FOTO 10 – Casa Divina Misericórdia das pessoas idosas (Data: 23/03/2008).....	108
FOTO 11 – Casa da Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)	108
FOTO 12 – MAANAIN (Data: 11/04/2007)	109
FOTO 13 – Instituição Espírita Nosso Lar (Data: 14/04/2007)	109
FOTO 14 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007).....	110
FOTO 15 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)	111
FOTO 16 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007).....	111
FOTO 17 – MAANAIN (Data: 11/04/2007)	112
FOTO 18 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007).....	113
FOTO 19 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007).....	114
FOTO 20 – Instituição Espírita Nosso Lar (Data: 14/04/2007)	114
FOTO 21 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)	115

FOTO 22 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007).....	115
FOTO 23 – Instituição Espírita Nosso Lar (Data 14/04/2007)	116
FOTO 24 – MAANAIN (Data: 11/04/2007)	116
FOTO 25 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007).....	117
FOTO 26 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)	118
FOTO 27 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)	119
FOTO 28 – MAANAIN (Data: 11/04/2007)	119
FOTO 29 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)	120
FOTO 30 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007).....	121
FOTO 31 – Lar da Providência (Data: 17/06/2007)	121
FOTO 32 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007).....	122
FOTO 33 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007).....	123
FOTO 34 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007).....	123
FOTO 35 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)	124
FOTO 36 – MAANAIN (Data: 11/04/2007)	124
FOTO 37 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007).....	125
FOTO 38 – Instituição Espírita Nosso Lar (Data: 14/04/2007)	125

RESUMO

O presente estudo investigativo é fruto da Dissertação de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba e versa sobre a (des)proteção à pessoa idosa em situação asilar à luz da Seguridade Social. Objetiva identificar as características sociodemográficas e econômicas dos usuários idosos das instituições asilares da cidade de João Pessoa/PB; e avaliar a proteção direcionada à pessoa idosa em situação asilar à luz da Seguridade Social. O referido estudo foi estruturado em quatro dimensões analíticas: a primeira consiste na análise histórica de cunho analítico da velhice com recorte na atual conjuntura perpassada pela explosão demográfica da população idosa em escala mundial e nacional, descreve a velhice em condição asilar, Contextualiza a Histórica da Seguridade Social no Brasil e finaliza enfocando as Políticas de Seguridade Social. A segunda descreve a caracterização da realidade das instituições asilares de João Pessoa/PB. A terceira descreve o perfil sociodemográfico e socioeconômico dos Usuários das Instituições Asilares e avalia a Instituição Asilar Segundo a Pessoa Idosa Usuária. A quarta dimensão aprecia a Seguridade Social na proteção a pessoa idosa em situação asilar. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa social aplicada, de cunho avaliativo, junto a 06 gestores e a 46 pessoas idosas (15% do universo), residentes em seis instituições asilares, cadastradas no Conselho Municipal do Idoso de João Pessoa/PB: Lar da Providência, Associação de Promoção ao Ancião (ASPAN), Abrigo de Idosos Vila Vicentina, Casa da Divina Misericórdia, Lar Espírita Nosso Lar, Internato Casa da Vovozinha e Ministério de Atendimento Assistencial Nordeste de Acampamento e Instituto (MAANAIN). Metodologicamente, recorreu-se a instrumentos e técnicas quanti-qualitativas a partir do uso do questionário da entrevista semiestruturada, da análise estatística descritiva e da análise de conteúdo segundo a categorização temática. Os resultados obtidos comprovam a hipótese da pesquisa de que a Seguridade Social direcionada à pessoa idosa em situação asilar não garante o pleno exercício da cidadania, restando a essa pessoa vivenciar uma velhice segregada dos seus direitos, da família e da sociedade. Desse modo, atesta-se que há muito por fazer em termos da efetivação dos direitos sociais neste País, e, no caso da proteção social às pessoas idosas a distância entre os dispositivos legais e a sua efetividade ainda se apresenta de forma longínqua, o que permite dizer que as pessoas idosas ainda vivem em desproteção no Brasil, sobretudo, nas instituições asilares. Trata-se de instituições mantidas pela sociedade, pelos familiares e pelos próprios usuários idosos, esquecidos e escondidos da proteção social devida do Estado.

Palavras-chave: Pessoas Idosas. Instituições Asilares. Seguridade Social.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS, TABELAS, FIGURAS E FOTOS

RESUMO

INTRODUÇÃO.....18

1 CONSTRUÇÃO DO ESPAÇO HISTÓRICO DA VELHICE E DA SEGURIDADE SOCIAL26

1.1 PERSPECTIVAS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO MUNDO E NO BRASIL.....30

1.2 VELHICE E CONDIÇÃO ASILAR41

1.3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL51

1.4 POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL: SAÚDE, ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA SOCIAL60

2 FENÔMENO DA VELHICE EM JOÃO PESSOA/PB: CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ASILARES PESQUISADAS75

2.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ASILARES PESQUISADAS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB.....78

2.1.1 Lar da Providência “Carneiro da Cunha”79

2.1.2 Associação Promocional do Ancião (ASPAN)83

2.1.3 Casa da Divina Misericórdia86

2.1.4 Instituição Espírita Nosso Lar90

2.1.5 Internato Casa da Vovozinha.....92

2.1.6 Ministério de Atendimento Assistencial Nordestino de Acampamento e Instituto (MAANAIM)95

2.2 IMAGENS DAS INSTITUIÇÕES ASILARES DE JOÃO PESSOA/PB A PARTIR DE ESTUDOS ICONOGRÁFICOS98

2.2.1	Infraestrutura: instalações físicas (externas e internas).....	102
2.2.2	Pessoas idosas nos cenários de asilamento: aparência física, expressões e manifestações de alegria, apatia, interesse etc.	122
3	FENÔMENO DA VELHICE EM JOÃO PESSOA/PB: PERFIL DOS USUÁRIOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E A INSTITUIÇÃO ASILAR	127
3.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS DAS INSTITUIÇÕES ASILARES DE JOÃO PESSOA/PB	128
3.1.1	Perfil Sociodemográfico dos Usuários das Instituições Asilares de João Pessoa/ PB	128
3.1.2	Perfil socioeconômico das Pessoas Idosas Usuárias das Instituições Asilares da João Pessoa/ PB.....	140
3.2	INSTITUIÇÃO ASILAR: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA USUÁRIA E A AVALIAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ASILAR.....	143
3.2.1	Instituição asilar: institucionalização da pessoa idosa.....	144
3.1.2	Avaliação da Instituição Asilar Segundo a Pessoa Idosa Usuária	153
4	SEGURIDADE SOCIAL NA PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO ASILAR.....	161
4.1	SEGURIDADE SOCIAL DESTINADA À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO ASILAR: PROTEÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	162
4.1.1	Atendimento à saúde da pessoa idosa: acesso aos medicamentos e ao tratamento na instituição asilar	164
4.1.2	Internamento hospitalar	170
4.2	SEGURIDADE SOCIAL DESTINADA À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO ASILAR: PROTEÇÃO DAS POLÍTICAS DA PREVIDÊNCIA E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL	181
4.2.1	Benefícios	186
4.2.2	Avaliação dos Benefícios.....	194
4.2.3	Relação entre o Benefício e a Instituição Asilar	198
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	203
	REFERÊNCIAS	213

ANEXOS

ANEXO A – MODELO DO QUESTIONÁRIO DO USUÁRIO

ANEXO B – MODELO DO CADASTRO INSTITUCIONAL

INTRODUÇÃO

São profundas as modificações demográficas que vêm ocorrendo em todas as partes do mundo a partir de meados do século XX. O aumento da população envelhecida tem contribuído para que as várias áreas da ciência, os diversos setores da sociedade e ações de proteção sociais do Estado despertem para o interesse e a compreensão da atual condição da velhice. Apesar de ser um fenômeno aparentemente recente, o envelhecimento populacional tem se tornado principalmente nessas últimas décadas, objeto de estudos os mais diversos.

Em termos de números absolutos de habitantes maiores de 60 anos, estudiosos estimam que o Brasil passe do 16º lugar em 1950, para o 6º lugar em 2025. De uma população, que até pouco tempo era tida como uma população com características jovens, o Brasil transforme-se em uma população com características envelhecidas, sendo comprovada uma verdadeira transição demográfica no país (RODRIGUES, 2001).

A esse respeito Pestana e Espírito Santo (2008, p. 3) expressa que:

A longevidade da população é um fenômeno mundial com inúmeras repercussões nos campos social e econômico. No Brasil, estima-se que a população idosa poderá alcançar 34 milhões de pessoas até 2025, o que representa, aproximadamente, 13% da população.

Em meio desse cenário, com o crescimento da população idosa no Brasil, observa-se que refletir e analisar sobre a velhice torna-se algo que leva a constatação da existência de uma dualidade: o interesse e a rejeição. O interesse em conhecer algo real e universal. Conforme Beauvoir (1970, p. 63) “[...] morrer prematuramente ou envelhecer não existe outra alternativa”. E a rejeição, decorrente dos preconceitos, estereótipos e mitos, até então, ainda existentes, sobre o processo do envelhecimento, marginalizando a pessoa idosa a todo instante.

Entende-se a situação sociocultural, como um fator determinante na condição da pessoa idosa no país, uma vez que parte expressiva da população idosa tem uma vida indigna. Em face dessa situação, encontra-se pouco motivada a vivenciar essa etapa da vida, muitas vezes, apresentando atitudes hostis, pouca aceitação da

situação como ser idoso, diminuição das aspirações e isolamento social tornando-se, muitas vezes, seres discriminados, desrespeitados e marginalizados no contexto societário.

Afirma Simões, citado por Rodrigues (2001, p. 4) que:

[...] a sociedade não lhe propicia (ao idoso) oportunidade para viver condignamente seus anos de vida conquistados. Esse grupo populacional em sua maioria compõe-se de pessoas sozinhas que não trabalham mais, com baixo nível de escolaridade e baixa renda mensal.

Ademais, o Brasil possui uma formação historicamente marcada pelas relações de intensa desigualdade social que perpetuam a existência de contingentes de trabalhadores e de desassistidos a uma vida de condições indignas, obrigados a viver de forma desrespeitosa e desprotegida, tanto pela sociedade quanto pelo Estado. Nesse contexto, inserem-se as pessoas idosas enquanto segmentos populacionais discriminados e desamparados e em franco processo de explosão demográfica.

Em face dessa realidade instigante e por vivenciar a prática da pesquisa científica na qualidade de gerontóloga e docente da disciplina de Psicologia do Desenvolvimento III, além de responsável pelo Projeto de Extensão Universitária “Programa de Estimulação Cognitiva e Socioemocional ao Idoso em Situação Asilar” despertaram a necessidade de aprofundar o conhecimento, de forma mais sistematizada, sobre uma das mais perversas expressões da questão social que é a pessoa idosa no atual contexto asilar. Em decorrência desse interesse investigativo fundamenta-se o objeto de estudo desta Dissertação de Mestrado, intitulada: **(Des)Proteção da Pessoa Idosa em Situação Asilar à Luz da Seguridade Social.**

O presente estudo investigativo foi elaborado enquanto uma das exigências acadêmicas para aferição do grau de mestre acadêmico em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Trata-se de um estudo descritivo e analítico-crítico em torno do objeto de estudo que se centraliza na análise da proteção/desproteção da pessoa idosa em situação asilar a partir da Seguridade Social. Configura-se como uma temática que

adquire relevância científica e social na contemporaneidade, sobretudo, em razão do crescente aumento da população envelhecida na sociedade brasileira.

Por se constituir em uma pesquisa social aplicada foi realizada uma pesquisa empírica junto às pessoas idosas residentes e aos gestores das instituições asilares, cadastradas no Conselho Municipal do Idoso de João Pessoa/PB. Foram elas:

- Lar da Providência Carneiro da Cunha;
- Associação Promocional do Ancião (ASPAN);
- Casa da Divina Misericórdia;
- Instituição Espírita Nosso Lar;
- Internato Casa da Vovozinha;
- Ministério de Atendimento Assistencial Nordestino de Acampamento e Instituto (MAANAIN).

Iniciou-se a pesquisa com a elaboração de um recorte teórico a respeito da **Construção do Espaço Histórico da Velhice e da Seguridade Social**, no qual se destacou que a questão do envelhecimento e da longevidade humana é algo que já se fazia presente, na mais remota história. Seja como busca pela fórmula da eterna juventude, associada à felicidade plena ou como preocupação constante do homem em todos os tempos. No entanto, Figueiredo (2003, p. 18) assevera que:

[...] embora o tema sobre velhice possa ser encontrado nas obras clássicas que vão de Ulisses, Homero, Platão, Sócrates, Aristóteles, Cícero, Sêneca, Montaigne, Rousseau a Schopenhauer e Freud como na literatura nas obras de Sófocles, Shakespeare, Pedro Nava, Ernest Hemingway, Lígia Telles, mas, no campo da investigação social, é recente.

Essa construção histórica é objeto do primeiro capítulo que se decompõe, analiticamente, a partir das Perspectivas do Envelhecimento Populacional no Mundo e no Brasil que assentam o envelhecimento populacional como um fenômeno humano com inúmeras repercussões nos campos social, político, cultural e econômico.

No tocante ao envelhecimento populacional brasileiro verifica-se que o País será o sexto com maior número de pessoas idosas até 2025, o que torna urgente a necessidade de investigações derivadas das mais áreas do saber que contribuam

para qualidade de vida nessa faixa etária que se expressa pelo envelhecimento digno e ativo (ARAUJO *et al.*, 2006).

Outra temática trabalhada no primeiro capítulo consiste na contextualização da Velhice e da Condição Asilar. Nessa construção analítica, evidencia-se que o envelhecimento humano corresponde a uma fase do curso da vida permeada por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem cada pessoa, de forma singular e única. A esse respeito, Pestana e Espírito Santo (2008, p. 3) destacam que:

Essas mudanças advindas da velhice tendem a ser maximizadas de forma negativa em nossa sociedade, que segue um modelo capitalista, cuja base está centrada na valorização do homem de acordo com sua capacidade produtiva. O modelo capitalista fez com que a velhice passasse a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, na medida em que a individualidade já teria os seus potenciais evolutivos e perderia, então, o seu valor social. Desse modo, não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, a velhice perderia seu valor simbólico.

O segundo capítulo estrutura-se em torno da **caracterização das instituições asilares da cidade de João Pessoa/PB**. Tipificam-se como uma comunidade que reside sob o mesmo teto e utiliza os mesmos espaços físicos e está sujeito as normas estabelecidas pela instituição. Embora essas normas sejam criadas para cuidar e proteger as pessoas idosas desamparadas, nem sempre desempenham esse papel de forma satisfatória. Beauvoir (1970) argumenta que mudança de residência, independentemente de se ir para uma instituição, afeta profundamente a vida da pessoa idosa, culminando muitas vezes na própria morte. No tocante as instituições, essa autora enfatiza que “[...] todos os processos patológicos nos quais a velhice está sujeita, precipitam-se no interior dos asilos” (BEAUVOIR, 1970, p. 319).

Desse modo, a institucionalização asilar deve ser evitada, considerada uma alternativa somente quando esgotarem-se todos os esforços anteriores.

A sistematização do segundo Capítulo direcionou-se em torno de duas dimensões investigativas: a caracterização das 06 instituições asilares à luz da metodologia adotada pelo Relatório de Inspeção às Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil, elaborado pela Ordem dos Advogados do Brasil

e pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2008; e os estudos iconográficos realizados a partir da pesquisa fotográfica das instituições asilares investigadas.

Esses estudos objetivam interpretar e analisar através das fotografias os detalhes empíricos da vida cotidiana das instituições asilares que permaneceram invisíveis na coleta dos dados quantitativos, revelando elementos indecifráveis. Parte-se da concepção de que a utilização de registros de imagens, sejam fotografias ou caricaturas, vem se constituindo em um novo campo para o pesquisador. (UEÓCKA, 2008).

O terceiro capítulo consiste na construção analítica do **perfil dos idosos residentes nas instituições asilares** em torno das dimensões sociodemográficas e socioeconômicas. Para Giglio; Von Simpson (2001) é indispensável para as pesquisas sociais caracterizar as categorias sociológicas, como gênero, idade, classe social e etnia. Cada uma dessas categorias é compreendida como dimensão básica da vida social.

Nesse capítulo, atesta-se que o percentual de pessoas idosas em situação asilar, comparado com o percentual total de idosos residentes em domicílios ainda é pequeno na cidade de João Pessoa. Tradicionalmente em João Pessoa, ainda quem abriga seus membros idosos é a família. No entanto, as pessoas idosas que não constituíram famílias, não tiveram filhos, não fortaleceram os vínculos afetivos com seus familiares, não possuem condições de autossustentar e outros motivos, resta a essas pessoas as instituições asilares.

E a estruturação do quarto capítulo centra-se na **análise da proteção/desproteção da pessoa idosa em situação asilar à luz da Seguridade Social** (Políticas de Saúde, da Previdência e Assistência Social). Para tanto, parte-se da evolução histórica da Seguridade Social no Brasil com recorte temporal no marco legal que se constituiu a promulgação da Constituição Federativa da República do Brasil em 1988. A Seguridade Social, conforme expressa Corrêa (1999), compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Em seguida, analisa-se a Seguridade Social derivada da construção histórica das políticas de proteção social, influenciadas por profundas alterações sociais, políticas e econômicas que ocorreram na década de 1930, quando o processo de industrialização eclode e amplia-se. Esse processo provoca uma intensificação no processo de urbanização com o aumento desmedido da massa trabalhadora, o que contribui para a emergência e explosão da questão social, marcada pela intensa exploração da classe trabalhadora e pelo aumento da precariedade na sua condição de vida. A efervescência política da questão social passa a exigir do Estado uma intervenção no campo da proteção social.

Passa-se, a seguir, a elaborar uma análise direcionada à pessoa idosa em condição asilar, iniciando-se com a Política de Saúde a partir da perspectiva da garantia de direitos. Para tanto, registra-se a importância do Movimento Sanitarista na década de 1980 à aprovação do Sistema Único de Saúde. Sob a influência do Plano Nacional do Idoso, são forjados e aprovados o Plano Nacional de Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso.

No tocante à Assistência Social é referenciada pela Constituição de 1988 como direito social. Mais tarde, a Lei Orgânica da Assistência (LOAS), em seu artigo 1º legitima “[...] a Assistência Social, como um direito do cidadão e dever do Estado, que prevê os mínimos sociais realizadas através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento as necessidades básicas”. (BRASIL/SENADO FEDERAL, 1993, p. 1).

Nessa perspectiva de garantidora de direitos, a Assistência Social avaliza os programas de transferência continuada de renda a pessoas idosas impossibilitadas de prover a sua própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; e a proteção social básica e especial à pessoa idosa.

No que diz respeito à Previdência Social, funciona através de um conjunto de princípios, regras e instituições que buscam estabelecer um sistema de proteção social, mediante contribuição. Dessa forma busca-se através desses mecanismos proporcionarem meios suficientes para a subsistência ao segurado e a sua família de acordo com a contingência prevista na lei.

Em termos metodológicos, trata-se de uma pesquisa de campo junto a 46 pessoas idosas, residentes nas instituições asilares de João Pessoa e junto a 06 gestores dessas instituições. Para tanto, foram adotadas múltiplos procedimentos na perspectiva quanti-qualitativa nas fases de coleta e de interpretação dados empíricos. Para coleta dos dados foi utilizado o questionário, cujo modelo se encontra em anexo, a entrevista semiestruturada, a ficha cadastral, o diário de campo e a observação.

Destaca-se ainda na fase de coleta, a pesquisa bibliográfica em torno dos autores que estudam as temáticas investigadas nesta pesquisa; a pesquisa documental em torno da legislação social e fontes secundárias, como IPEA, IBGE, ONU, OAB, CFP, entre outras instituições. Procedeu-se o cadastro institucional das 06 unidades asilares, cujo modelo se encontra em anexo; e os estudos iconográficos organizados e categorizados à luz das dimensões analíticas da pesquisa iconográfica dos abrigos para crianças e adolescentes de João Pessoa/PB, elaborada por Almeida e Barros (2008). A pesquisa fotográfica das unidades asilares aconteceu no período de 2006 a 2007.

Na fase da interpretação de dados, recorreu-se às seguintes leituras metodológicas em uma perspectiva quanti-qualitativa: a estatística descritiva com o uso de Tabelas e Gráficos, a análise descritiva, sobretudo, na caracterização das unidades asilares e a análise crítica que perpassou, sobretudo, a análise de conteúdo via categorização temática de Bardin (2006).

Apresentam-se ainda as considerações finais, as referências, e os anexos (ficha cadastral institucional e questionário).

Nesta pesquisa não se aplicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto aos sujeitos entrevistados em atendimento à Resolução do CNS/MS nº 196, de 10.10.1996 em razão de as instituições asilares serem oficialmente, através de convênios firmados, campos de estágio curricular e de projeto de extensão do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Como docente e responsável pelo Projeto de Extensão junto a essas instituições, foi nessa condição que realizei a presente pesquisa.

Acrescenta-se ainda que embora não tenha aplicado o TCLE junto aos entrevistados – diretores e usuários idosos das instituições asilares – todos foram devidamente informados do objetivo da pesquisa e da garantia do seu anonimato. Registra-se ainda que todos entrevistados aceitaram participar livremente desta pesquisa.

Neste espaço introdutório registra-se a participação dos alunos da disciplina de Psicologia do Desenvolvimento III, do Curso de Graduação de Psicologia do Centro Universitário de João Pessoa que participaram da pesquisa fotográfica nas 06 instituições asilares.

Por fim, ressalta-se que neste estudo não se tem pretensões generalizantes, nem tampouco a intenção de esgotar a temática estudada, não só diante da amplitude do tema como por considerar o processo de captura do objeto social algo inesgotável. Desse modo, espera-se que este estudo possa contribuir para todos aqueles interessados em compreender e em investigar o processo de envelhecimento humano, a condição asilar e a proteção social das pessoas idosas na perspectiva da Seguridade Social.

1 CONSTRUÇÃO DO ESPAÇO HISTÓRICO DA VELHICE E DA SEGURIDADE SOCIAL

“Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria e uma das partes mais difíceis da grande arte de viver.”

(F. H. Amiel)

Estudar e investigar a história da velhice através das diversas épocas tem sido até hoje uma tarefa difícil, pois são poucos os registros na literatura e não há dados suficientes para calcular a proporção de idosos existentes. Além da insuficiência de documentos disponíveis acerca desse assunto, “[...] os idosos são incorporados ao conjunto de adultos” (BEAUVOIR, 1990, p.109). A pessoa idosa é tão somente compreendida como um adulto de idade avançada

Para Mascaro (1997, p.24), “As únicas fontes de documentação disponíveis são as pedras tumulares, que não são representativas da maioria da população”. Sabe-se que nas sociedades antigas, as circunstâncias não favoreciam a longevidade, a expectativa de vida era curta e, logo cedo, o ser humano envelhecia.

Nesse sentido, pesquisas recentes de paleontólogos respeitados “[...] afirmam que o homem de Neandhertal vivia em média 29 anos. No século XIX, os homens viviam em média 34, e a média da idade das mulheres era 35 anos”. (FRUTUOSO, 2000, p. 17). No entanto, no último século, percebe-se um prolongamento de vida em aproximadamente 40 anos, nos países mais desenvolvidos, graças às vacinações, cuidados médicos, avanços tecnológicos e demais conquistas científicas (FRUTUOSO, 2000).

Parecem existir evidências antropológicas de que a idade máxima de vida humana não se tenha alterado substancialmente nos últimos 100 séculos ou 10.000 anos. Não obstante, a expectativa de vida humana na sociedade antiga era extremamente reduzida em relação à atualidade, mercê os problemas de saúde pública, de doenças endêmicas e epidêmicas e a violência, sendo extremamente raro que as pessoas sobrevivessem até a senectude. (LEME, 2006, p. 13).

Mesmo diante dessa dificuldade de fontes de pesquisa, podem-se observar importantes testemunhos históricos de diversas sociedades e culturas. Através destes, observa-se que a imagem da velhice é incerta, confusa e contraditória, modifica-se de acordo com o tempo e os lugares (BEAUVOIR, 1990).

No Egito Antigo, aproximadamente 3000 anos a.C., vários documentos destacam a obrigatoriedade dos filhos de cuidar de seus pais idosos e de seus túmulos após a morte. Naquela civilização, a velhice era desejada, e viver muito era considerado um prêmio. Nessa mesma concepção, encontra-se o povo judeu, que demonstra respeito pelas pessoas idosas em seu principal livro, a Bíblia, que trata o velho de forma respeitosa e valorizada: “Maltratar os pais era um crime que podia chegar a ser punido com a morte” (LEME, 2006, p. 14). Complementa Beauvoir (1990, p.115), “O povo judeu é conhecido pelo respeito de que cercou a velhice”.

Na Bíblia Sagrada, no livro Eclesiástico 24:5-8, a velhice é compreendida como um período de acúmulo de sabedoria e experiência:

Como acharás na velhice / Aquilo que não tiveres acumulado na juventude? / Quão belo é para a velhice o saber julgar, / E para os anciões o saber aconselhar! Quão bela é a sabedoria nas pessoas de idade avançada, / E a inteligência com a prudência nas pessoas honradas! / A experiência consumada é a coroa dos anciões, o temor de Deus é a sua glória.

Na Grécia o envelhecimento era detestado, representava um declínio na juventude, altamente valorizada pela cultura helênica. No entanto, existia demonstração de respeito pelos seus estadistas e filósofos idosos; assim a velhice encontrava-se diretamente relacionada à questão de poder, a valorização de velhice dependia do *status* social (LEME, 2006).

Por outro lado, conforme esse autor, os gregos deixaram um rico legado que contribuiu para a medicina e a compreensão da velhice nos dias atuais. Destaca-se o método hipocrático, que consistia de uma observação cuidadosa da aparência do paciente, seu estado emocional, condição funcional, condição de vida e ambiente, incluindo clima e costumes locais. Hipócrates sugeria moderação em todas as atividades e desaconselhava às pessoas idosas suspender suas ocupações habituais.

Essa imagem da pessoa idosa respeitada e valorizada oportuniza a discussão acerca da velhice na civilização chinesa. Talvez, por ser uma civilização, conforme Beauvoir (1990), “fortemente hierarquizada”, a velhice era compreendida como fase de direitos e prestígio, “[...] toda casa devia obediência ao homem mais idoso” (BEAUVOIR, 2000, p.112). Salienta-se, ainda, que o respeito a todas as pessoas idosas estendia-se até fora da família, sendo a velhice valorizada e desejada: “[...] muitas vezes as pessoas fingiam-se mais velhas do que realmente eram, para ter direito a atenções” (BEAUVOIR, 2000, p.113).

No taoismo, ensinamento filosófico e religioso, a velhice aparece como uma virtude. Conforme Beauvoir (1990, p. 113),

Confúcio associava a velhice à posse da sabedoria: “Aos 15 anos, eu me aplicava ao estudo da sabedoria; aos 30, consolidei-o; aos 40, não tinha mais dúvidas; aos 60, não havia mais nada no mundo que me pudesse chocar; aos 70, podia seguir os desejos do meu coração sem transgredir a lei moral.”

Sob esse prisma, torna-se evidente que em algumas sociedades antigas, a velhice estava diretamente relacionada a sentimentos de dignidade. Ser uma pessoa idosa representava *status*, respeito, poder e sabedoria.

Contrapondo-se a essas civilizações que nunca denunciaram a velhice como um flagelo, encontra-se a civilização ocidental. Em 2500 a.C., Ptah-hotep, filósofo e poeta, escreveu um poema que retratava as alterações fisiológicas, biológicas e morfológicas que acometem a pessoa idosa. Para ele: “A velhice é o pior dos infortúnios que pode afligir um homem” (BEAUVOIR, 1990, p.114).

Em relação à Idade Média, com o desenvolvimento do Feudalismo, a pessoa idosa pobre passou a ter menos privilégio; a sua vida tornou-se mais árdua, visto que seu trabalho era voltado para o campo. Paralelo a isso, o sistema feudal começava a valorizar os jovens e adultos em pleno vigor físico para defender seus feudos nas guerras e batalhas, excluindo a pessoa idosa de atividade relacionada à vida pública. O culto à beleza jovem era exaltado e valorizado, sendo vistas como um naufrágio à velhice do corpo, a decadência física e a perda do vigor (LEME, 2006).

Naquela época, a velhice continuava sendo uma raridade, o número de pessoas idosas de 65 a 70 anos não era elevado. No entanto, quando estes

sobreviviam e eram proprietários e chefes de família, mereciam respeito e obediência de seus filhos e de seus netos: "O pai era um ser autoritário e seu poder podia ser identificado ao poder de Deus [...] os jovens obedeciam e respeitavam os mais velhos como obedeciam a Deus" (MASCARO, 1997, p. 29).

Por outro lado, ser mulher idosa na Idade Média era mais difícil, conforme o historiador Roncière, citado por Mascaro (1997, p. 30):

Envelhecer para a mulher em Florença, no ano de 1427, significava muitas vezes enfrentar a viuvez: 46% já estavam viúvas aos sessenta anos, 53% aos 65 anos e 75% aos 70 anos. A condição das viúvas idosas na família era muitas vezes de inferioridade. O destino que aguardava essas idosas era a solidão e a pobreza, e caso encontrasse acolhida na casa de um filho, sentia-se muitas vezes desamparada e desprestigiada.

Assim, é possível observar que, apesar do avanço nos estudos que se propõem à compreensão dos problemas da velhice, as atitudes das sociedades modernas frente à velhice, em geral, são análogas as da Idade Média: a vida da pessoa idosa na Idade Moderna continua difícil.

Foram vários os estudos realizados no início daquela época, os quais contribuíram para melhor entendimento da velhice. Entre eles, encontra-se o livro **Análise do estado do corpo e da mente na velhice**, com observações sobre as doenças e os remédios, escrito pelo médico americano Rush (1813). O livro faz uma análise da fisiologia, demonstrando as implicações clínicas das alterações observadas. Esse autor, de maneira pioneira, lança o conceito de que as doenças, e não o envelhecimento em si, são os responsáveis pela morte. Assim sendo, o envelhecimento não é necessariamente uma doença (LEME, 2006).

Paralelo ao aumento da população envelhecida que teve início a partir da metade do século XIX, cresce também o interesse em cuidar da pessoa idosa. Surgem, então, os primeiros hospitais geriátricos e asilos.

O Hospital Salpêtrière em Paris, que acomodava de dois a três mil idosos, pode ser considerado como o primeiro estabelecimento geriátrico. Neste hospital, Jean-Martin Charcot (1825 – 1893), a par de suas atividades nas áreas de neurologia e psiquiatria, deu suas famosas aulas sobre o envelhecimento, tendo publicado em 1867 as Lições sobre o Envelhecimento. (LEME, 2006, p. 23).

Diante dessa realidade, verifica-se que, na atualidade, a condição da pessoa idosa continua penosa na maioria das vezes; apenas a pessoa idosa em situação economicamente mais favorecida é que possui o reconhecimento e o respeito da sociedade. Para Mascaro (1997, p. 32),

[...] o homem idoso pertencente às classes privilegiadas era visto como uma figura nobre e reverenciada, simbolizando a união dos laços familiares. Essa imagem de respeito vai acompanhá-lo durante o século XIX e começo do século XX.

Nessa perspectiva, observa-se que, no Brasil, o culto à beleza, a admiração e valorização dos jovens, reforçam o significado estereotipado da condição da pessoa idosa e, conforme Campos (2006, p. 30), “Quando a pessoa não é mais capaz de produzir, trabalhar, para uma sociedade que valoriza a capacidade de produção, acaba por ser colocada à margem das relações sociais”. Assim, envelhecer no nosso país ainda representa grandes desafios. A luta da pessoa idosa brasileira continua sendo por mudanças culturais que venham contribuir para a sociedade reconhecer o verdadeiro valor social da velhice.

1.1 PERSPECTIVAS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO MUNDO E NO BRASIL

Uma das grandes conquistas da humanidade, no século XX, foi o aumento da expectativa de vida humana, que se ampliou mais no último século, do que no período compreendido entre a Pré-história e o final do século XIX. Esse fenômeno ocorreu inicialmente, nos países desenvolvidos; no entanto, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), desde a década de 1960, mais da metade da população com mais de 65 anos vive nos países do Terceiro Mundo (SELVEIRA,1997).

Pesquisas revelam que o número de pessoas envelhecidas, em todo o mundo, tem se elevado significativamente no último século. Segundo Papaléo Netto (2006, p. 3), “[...] em 1900, menos de 1% da população tinha mais de 65 anos, enquanto, nos dias atuais, este valor atinge 6,2%, levando a crer que no ano de 2050 os idosos serão um quinto da população mundial”. Com base nesses dados,

estima-se que a velhice será uma das principais questões socioeconômicas a serem enfrentadas neste milênio.

O aumento da proporção da pessoa idosa na população é um fenômeno mundial tão profundo, que muitos chamam de “revolução demográfica”: a expectativa de vida aumentou cerca de 20 anos no último século. Atualmente, a população mundial é composta por 28% de crianças com menos de 15 anos; 18% de jovens com idade de 15 a 24 anos; e 44% de população economicamente ativa com idade de 25 a 59 anos. As pessoas idosas acima de 60 anos representam apenas 10% da população mundial.

Entretanto estima-se que o número de pessoas idosas de 60 anos acima, triplicará – dos 705 milhões atuais para quase dois bilhões em 2050. Esses dados revelam que “[...] no século XX ocorreu uma verdadeira explosão de longevidade, que tende a perpetuar-se por várias décadas neste século,” conforme expressa Queiroz e Netto (2007, p. 807). A esse respeito Moragas (1997, p. 15) expressa que “[...] peritos concordam que o número de pessoas idosas sobre o total da população crescerá em todos os países do mundo, considerando-se as melhorias no nível de vida e a redução na taxa de natalidade”.

Nesse sentido, são vários os fatores que contribuem para o aumento da população envelhecida. Dentre esses, o declínio das taxas de mortalidade, observado em quase todos os países, somado à diminuição de fecundidade. Ressalta-se, também, o avanço tecnológico e, conseqüentemente, o avanço da medicina, que tem controlado as mortes prematuras nos países em desenvolvimento, por intermédio das vacinas, que inexistiam até a metade do século passado, assim como do uso dos antibióticos, que possibilitou a prevenção e/ou tratamento eficaz da grande parte das enfermidades infecciosas que dizimavam populações no passado.

O envelhecimento populacional foi característica, por algum tempo, das populações desenvolvidas; no entanto observa-se que, atualmente, não só os países ricos, como também as populações subdesenvolvidas estão envelhecendo. Diante desse fato, Papaléo Netto (2006, p. 8) afirma:

Visto até poucos anos como problema tipicamente europeu, pois nesse continente vivem 12% da população mundial e 28% de pessoas com mais de 65 anos de idade, a partir do início da última década não é possível sustentar tal visão, pois que, desde 1960 mais de 50% dos gerontes são originários de nações que constituem o Terceiro Mundo. Um exemplo disto é o que ocorrerá com a América Latina, que entre os anos de 1980 e 2000, isto é, em apenas 20 anos poderá ter um acréscimo de 120% da população como um todo (de 363,7 para 803,6 milhões de pessoas), enquanto que o aumento da população idosa será da ordem de 236% (de 23,3 para 78,2 milhões de idosos), portanto duas vezes maior que o percentual de aumento da população total.

Outro fator importante é o nível educacional, que se elevou no último século, propiciando mais informações e conscientização da humanidade, contribuindo para melhorar a qualidade de vida. Dessa maneira, a transição demográfica nos países desenvolvidos aconteceu de forma mais gradual e ao longo de um período de tempo maior do que vem ocorrendo nos países em desenvolvimento.

Como exemplo característico desse fenômeno crescente de pessoas envelhecidas, encontra-se a França, conforme Selveira (1997), que, em decorrência da melhoria de condições de vida para uma maioria da sua população, teve um aumento da proporção de pessoas idosas, que passou de 7% para 14% em 120 anos; ao passo que o mesmo crescimento só se dará em 25 anos na China, Indonésia e Brasil. No entanto, esses países, além de problemas inerentes ao subdesenvolvimento, ainda precisam alertar para a problemática da pessoa idosa no que se refere às políticas e programas públicos necessários ao atendimento desse contingente populacional, ao contrário da França que já tinha esses recursos.

No contexto mundial, observa-se que os países ricos constituídos com grande número de pessoas envelhecidas possuem programas de políticas públicas que objetivam resgatar a dignidade e autonomia da pessoa idosa, oferecendo-lhe melhor qualidade de vida. A exemplo, destaca-se a União Soviética conforme Selveira (1997), onde são realizados programas que visam fortalecer a saúde física e psicológica das pessoas idosas, bem como reconhecer e passar, para gerações posteriores, as experiências por eles adquiridas no decorrer dos anos.

Em Washington (EUA), há um programa – denominado de “avós adotivos” – que oferece oportunidade a homens e mulheres com mais de 60 anos de idade de trabalhar em hospitais, centros para menores abandonados, portadores de

deficiência física, mental ou emocional (SELVEIRA, 1997). Já na Inglaterra 17% de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, são amparadas por um sistema de atendimento domiciliar que assiste a pessoa idosa em seu ambiente, retardando com isso o momento da institucionalização. É considerado um país que investe de forma acentuada na saúde da sua população idosa (PAPALÉO NETTO, 2006).

Os Estados Unidos têm experiência com habitações e comunidades só para pessoas idosas, onde são tomadas medidas de segurança e de proteção. Embora não sejam asilos, deixam muitos a desejar, porque também são meios de segregação. A velhice não tem sentido sem os jovens e vice-versa; uma cidade só de pessoas idosas é tão absurda quanto uma cidade só de crianças ou de jovens. Os vários grupos etários têm expectativas, objetivos, experiências e necessidades a serem satisfeitos e que se completam na troca entre eles.

Embora pareça confortável ficar entre outros do mesmo grupo de idade, pois estariam falando a mesma linguagem, faltaria o saudável questionamento entre as gerações, que é o gerador de conhecimento, de vida. Segregar pessoas idosas ou qualquer outro grupo de pessoas é tentar submetê-las a um marasmo, sem os desafios que estimulam o homem a criar sua existência. (SELVEIRA, 1997). Considera-se ainda, que nos EUA predomina a cultura do “descartável”, quando algo não se enquadra no padrão do “novo”, perde seu valor e consequentemente é excluído.

O Japão é o país com maior expectativa de vida ao nascer, abriga uma das maiores proporções de população acima de 65 anos em torno de 15,7% em 1997 (JOICFP, 1999, citado por SCOTT, 2004). Esses dados contribuem para que o Japão ocupe a primeira posição no *ranking* dos países com o maior percentual de pessoas idosas (SCOTT, 2004). Contudo, salienta-se que, nesse país, a importância da pessoa não diminui pelo fato de estar idosa; todos admitem e reconhecem que a sabedoria amadurece quando a velhice chega. Enfoca-se a velhice como sendo um privilégio.

Nesse entendimento, observa-se que o envelhecimento da população é um fenômeno mundial, que vem preocupando muitos países. Portanto, é necessário em algumas sociedades à reformulação e ampliação de ações já existentes, além da criação de propostas de políticas públicas que possam favorecer o envelhecimento

saudável, motivando a pessoa idosa a enfrentar a vida de maneira plena e satisfatória, tornando-a tão agradável quanto poderia ser qualquer outra fase da vida.

Como se refere Kalache, citado por Selveira (1997, p. 42), “[...] envelhecer é um triunfo, mas para gozar da velhice é preciso dispor de políticas adequadas que possam garantir um mínimo de condições de qualidade de vida para as pessoas que chegam lá”.

Quanto ao envelhecimento populacional brasileiro, o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (2002, p. 7), comenta que, desde o final do século XX, “[...] assistimos a um verdadeiro “boom” de idosos: a faixa etária de 60 anos é a que mais cresce em termos proporcionais”.

No Brasil, a esperança de vida é de 67 anos, estimando-se que, em 2025, esta chegue aos 74 anos; enquanto que a expectativa de vida da população mundial é hoje de 66 anos e passará a ser de 73 anos nos próximos 20 anos (ZIMERMAN, 2000).

A esse respeito, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 2006) revela que já são quase 21 milhões de pessoas com mais de 60 anos. A proporção de brasileiros idosos aumentou 5,7% em 2008 em relação a 2007 e cresceu mais de 23% nos últimos dez anos. No outro extremo, houve uma queda de 22,6% na proporção de crianças de até quatro anos desde 1999. Na comparação entre 2008 e 2007, a redução foi de 1,4%.

Essa questão afirmada anteriormente por Veras (2003), quando registrou que no Brasil o número de pessoas idosas com mais de sessenta anos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 14 milhões, em 2002; um aumento de 500% em quarenta anos. Dados que contribuem para o Brasil passar de um país jovem para um país envelhecido.

Aquino (1998, p. 9) já evidenciava que fenômeno, denominado de transição demográfica, “[...] decorre basicamente do declínio da fecundidade, que leva à diminuição do peso relativo da faixa etária mais jovem; e o declínio da mortalidade que, entre 1940 e 1991, acrescentou 24 anos à esperança de vida dos brasileiros”.

Outros autores também analisaram essa questão e já previam em 2004 uma profunda alteração demográfica, marcada pelo envelhecimento humano do país.

“Para se ter ideia do que isso significa, a esperança de vida ao nascer dos brasileiros era de 33,7 anos em 1900; 43, em 1950; 65, em 1990; chega quase a 70 anos na entrada do novo século; e prevê-se que ultrapasse os 75 anos em 2005” (MINAYO; COIMBRA JR, 2004, p.11).

Diante desse quadro populacional, demógrafos estimam que no ano de 2020 “[...] existam aproximadamente cerca de 1,2 bilhões de idosos em todo o mundo, dentre os quais 34 milhões sejam brasileiros com mais de 60 anos” (MINAYO; COIMBRA JR, 2004, p. 12), o que corresponde nesse mesmo ano à sexta população mais velha do planeta e ficando atrás apenas de alguns países europeus, do Japão e da América do Norte (MINAYO; COIMBRA JR, 2004).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) prevê, para 2050, o número de pessoas idosas será igual ao de jovens. Uma vez que em 2000 as pessoas com mais de 65 anos já representavam 5% da população, estima-se que na década de 20 deste século elas serão 18%, equivalendo à mesma porcentagem das pessoas que terão entre zero e quatorze anos (MEDEIROS, 2004).

Para Brandão (2003, p. 113), “[...] o Brasil está caminhando para se tornar um país de idosos num futuro muito próximo”. Desde o levantamento do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2001), observa-se que a população brasileira poderá passar em próximos anos de 30 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, equivalendo aproximadamente a 13% do total de habitantes. Como se registrou anteriormente, as pessoas idosas já são quase de 21 milhões (PNAD/2008).

Benzins (2003) destaca outro aspecto do envelhecimento populacional brasileiro: o acréscimo acentuado da proporção de pessoas com mais de 80 anos, representando 12,6% da população idosa, sendo esse o contingente, segundo ela, embora ainda seja pequeno, é o que mais cresce.

Os dados da PNAD/2006 (IBGE, 2007) já revelavam que os estados brasileiros com maiores proporções de pessoas idosas em 1995 eram a Paraíba, com 11,1%; seguido do Rio de Janeiro, com 10,8%; e o Rio Grande do Sul, com 10,1%. Em 2005, a proporção de pessoas idosas no Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul alcançou, respectivamente, 13,5% e 12,3%. Os estados de São Paulo e Minas

Gerais, ambos com 10,5%, ultrapassaram a Paraíba, que apresentou um decréscimo, ficando com 10,1%.

Os dados da PNAD/2008 (IBGE, 2009) indicam que, no Nordeste, onde os Estados costumam apresentar populações mais jovens, a Paraíba aparece com alta proporção de pessoas mais velhas: 11,6% dos habitantes são pessoas idosas. O Norte é a única região que tem mais jovens – com 1,4 milhão – que pessoas idosas com 1,1 milhão. Os estados do Acre, Roraima e Amazonas concentram os maiores percentuais de crianças de até 4 anos: 11%, 10,2% e 10,1% do total geral. No Rio Grande do Sul e em São Paulo há 13,5% e 11,9% de população idosa, respectivamente, do total de residentes.

Em função desses dados, observa-se que o processo de envelhecimento nos estados da Região Sudeste e Sul tem como explicação à queda da fecundidade e os baixos níveis de mortalidade. Quanto à Paraíba, o fator explicativo é ainda atribuído, conforme IBGE às mudanças ocorridas no fluxo emigratório dos últimos anos.

Ano após ano, as mulheres brasileiras têm menos filhos. A PNAD/2008 (2009) indica que a taxa de fecundidade caiu mais uma vez para o nível mais baixo da história: 1,89 filhos por mulher. O indicador foi ainda menor do que em 2007, quando ficou abaixo dos dois filhos por mulher pela primeira vez (1,89) (UCHINAKA; D'AGOSTINO, 2009, p. 1).

Outro fato surpreendente, compreendido como um dos grandes desafios das políticas públicas de atendimento à pessoa idosa, revelado desde a PNAD/2006, é o aumento expressivo de pessoas idosas com mais de nove anos de estudo. No Nordeste, a proporção de pessoas idosas com esse nível de escolaridade duplicou.

Os estados brasileiros que se destacam pelos altos níveis educacionais, são o Distrito Federal, com 29,1% e a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, com 26,7% da proporção de pessoas idosas que possuem mais de nove anos de estudo (IBGE, 2006). Essa prevalência permanece, conforme atesta a PNAD/2008.

O Gráfico seguinte revela as melhorias no nível educacional ocorridas na população idosa entre 1995 e 2005. Destaca que as regiões Nordeste e Sudeste possuem o maior percentual de pessoas idosas com mais de nove anos de estudo.

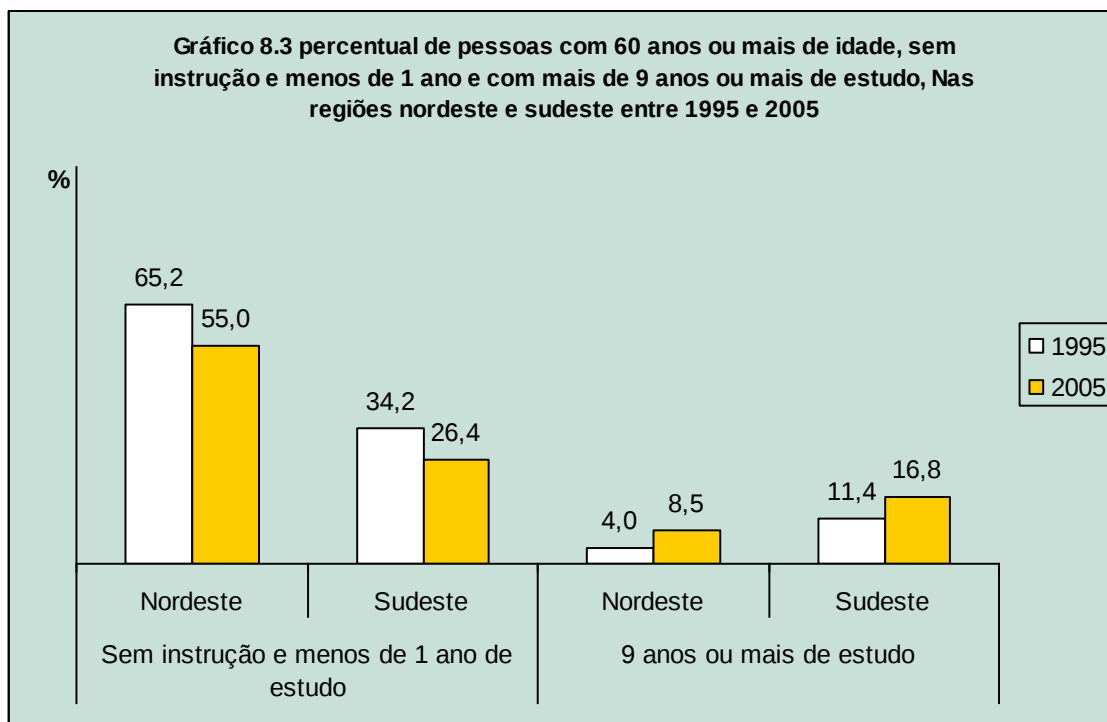


FIGURA 01 – Pessoas com 60 anos ou mais de idade, sem instrução e menos de 1 ano e com mais de 9 anos ou mais de estudo – Região Nordeste e Sudeste, 1995–2005.

Fonte: IBGE, PNAD/2006.

A esse respeito, dados do IBGE (2006, p. 218) expressam que:

Essas são consequências, a longo prazo, de políticas antigas como a Constituinte de 1946 que estabeleceu o ensino primário (quatro anos) obrigatório e gratuito nas escolas públicas. Verifica-se, no entanto, que as Regiões Norte e Nordeste ainda possuem proporções superiores a 50% de idosos sem instrução ou com menos de 1 ano de estudo.

Apesar do aumento que houve no percentual de pessoas idosas alfabetizadas no país, ainda existe um expressivo contingente de pessoas envelhecidas que declaram não saber ler, nem escrever. Essa realidade incide ainda sobre toda a população brasileira conforme assevera a PNAD/2008 (2009).

De 2007 para 2008, houve aumento dos anos de estudo em todas as regiões do país. Pequeno, mas houve – o brasileiro estudava 6,9 anos e passou a dedicar 7,1 anos ao ensino. Na prática, esse aumento significa um acréscimo de 40 dias letivos, em média – ou seja: praticamente dois meses de estudo a mais (HARNIK, 2009, p. 1).

Em 2006, o estudo específico elaborado pelo IBGE sobre pessoas idosas destaca que o número de pessoas idosas em situação de precarização, com renda

per capita média familiar de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, sofreu uma queda expressiva tanto no Nordeste quanto no Sudeste entre 1995 a 2005. Outro fato é que as Regiões Norte e Nordeste possuem maiores proporções de pessoas idosas residindo com filhos e/ou parentes, mesmo sendo essas Regiões possuidoras de famílias com menor poder aquisitivo do país.

A região com maior proporção de famílias do tipo “ninho vazio” (casais sem filhos e pessoas morando sozinha), é o Sul com 47,7%. O Rio Grande do Sul e a Região Metropolitana de Porto Alegre são áreas, onde esse tipo de família supera aquelas com filhos, indicando um grau mais elevado de independência dos idosos (IBGE, 2006, p. 218).

Quanto à proporção de aposentados e pensionistas no Brasil, esta é de 65,3% e de 78,2%, respectivamente. A proporção de homens pensionistas é bem menor que a de mulheres: os homens pensionistas são apenas 3,2%. O Nordeste é a Região com maior proporção de aposentados: 72,2%; fato explicado, segundo IBGE (2006), pela aposentadoria rural, que é representativa nessa Região.

Em relação ao gênero, a proporção de pessoas aposentadas do sexo masculino manteve-se constante tanto no Nordeste quanto no Sudeste; já a proporção de mulheres aposentadas no Sudeste apresentou um aumento, justificado, segundo o IBGE (2006), pelo ingresso destas no mercado de trabalho nas últimas décadas. Já o Nordeste apresentou um decréscimo na população de mulheres aposentadas.

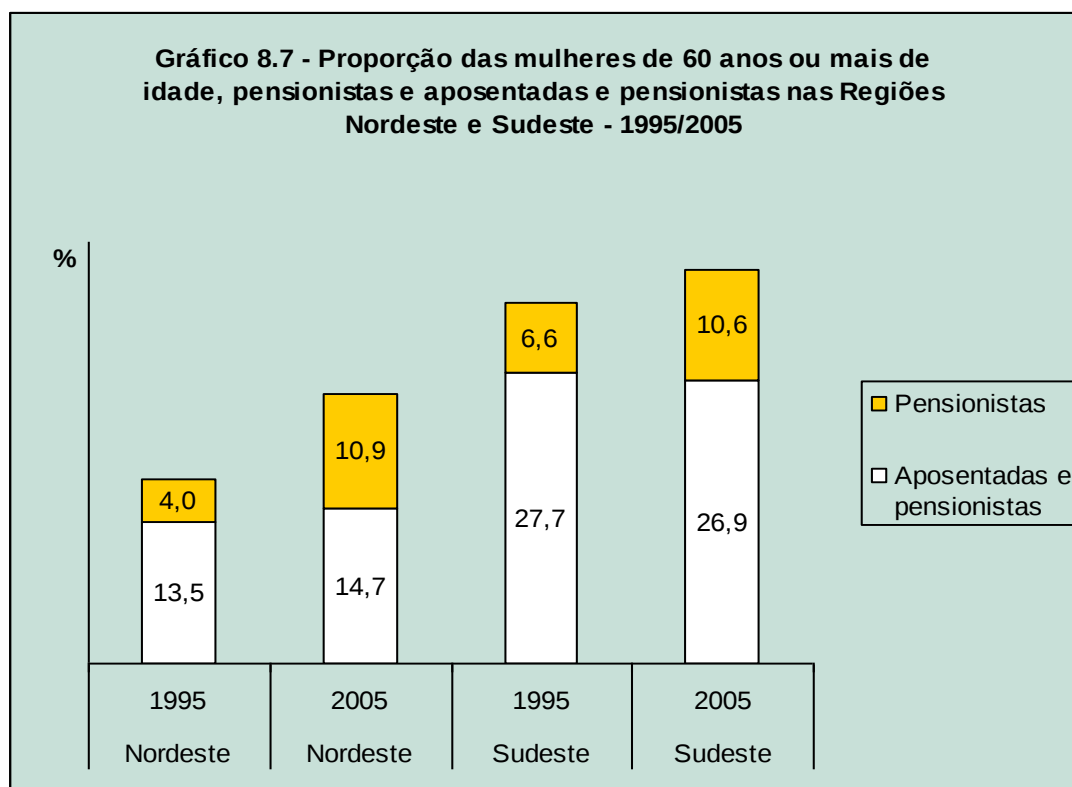


FIGURA 02 – Mulheres de 60 anos ou mais de idade, pensionistas e aposentadas e pensionistas, aposentadas e pensionistas (*). Regiões Nordeste e Sudeste, 1995-2005.

Fonte: IBGE, PNAD/2006.

(*) NOTA: Mulheres que acumulam tanto aposentadoria quanto pensão.

Os dados desse Gráfico apontam um aumento, entre 1995 e 2005, no número de mulheres que acumulam aposentadoria e pensão, tanto no Sudeste como no Nordeste, sendo esse aumento mais expressivo na Região Sudeste.

Com relação à proporção de pessoas idosas que se mantêm em atividades, segundo o IBGE (2006), é de 30,2% do total de idosos; dado esse que expressa a condição de ociosidade da grande maioria das pessoas idosas brasileiras. Verifica-se que os homens (43%) trabalham mais que as mulheres (aproximadamente 20%). Entre as pessoas idosas do sexo masculino com idade acima de 70 anos, quase 28% apresentavam-se ocupados no mercado de trabalho. No Sul, o percentual sobe para 36,4%, conforme Tabela abaixo.

TABELA 01 – Pessoas de 60 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por sexo e grupos de idade, segundo as grandes regiões brasileiras, 2005

Tabela 8.12 – Proporção das pessoas de 60 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas – 2005

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas	Proporção das pessoas de 60 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por sexo e grupos de idade (%)			
	Mulheres			
	Total	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 anos ou mais
Brasil	30,2	46,7	31,7	17,9
Norte	38,5	59,5	39,7	20,7
Nordeste	35,6	53,1	38,8	22,8
Sudeste	23,8	39,6	24,3	12,9
Sul	37,1	52,5	39,5	24,5
Centro-Oeste	31,9	48,8	31,1	17,6

Fonte: IBGE, PNAD/2006.

Diante desses resultados comprova-se que as pessoas idosas no Brasil, em função de um meio social relativamente hostil a sua realidade e da precária situação econômica em que a grande maioria vive, nem sempre encontram condições satisfatórias para uma velhice digna.

Conscientes da condição de vida em que a pessoa idosa brasileira se encontra inserida, precisa-se mudar os conceitos, inventar uma nova realidade. Não se pode continuar a considerar que viver muito é viver bem. Desse modo, necessita-se urgentemente preocupar não só com a longevidade, mas atentar para a qualidade de vida das pessoas idosas, transformando essa fase do desenvolvimento humano em um período de bem-estar físico, psíquico e social.

A esse respeito, Neri e Freire (2000, p. 32) destacaram que “A velhice satisfatória não é apenas uma qualidade da pessoa, mas o resultado da interação do indivíduo em transformação vivendo numa sociedade também em transformação”.

1.2 VELHICE E CONDIÇÃO ASILAR

Por mais que a ciência se esforce em encontrar caminhos que levem ao retardamento do envelhecimento humano e ao prolongamento do limite da vida, uma realidade persiste: envelhecer, para o ser humano, continua sendo um processo extremamente doloroso e conflituoso. Parte do problema é que a pessoa idosa, talvez na sua maioria, passa a fazer uma imagem negativa de si mesma, chegando a pensar que velhice é sinônimo de doença e de fraqueza, de perda da autonomia e da dependência e, conseqüentemente, de desengajamento social.

Quando jovens, pensa-se que o envelhecimento e a velhice só ocorrem com o outro, coloca-se distante desse processo, não se dá conta de que também se está envelhecendo. O desejo de adiar a velhice é um anseio verdadeiro, inerente e compreensível do ser humano.

Os sinais visíveis do envelhecimento no corpo humano fazem crer que este poderá ser um período conflituoso do ciclo vital, associado, muitas vezes, à incapacidade e à aproximação da morte. “Falar do envelhecer envolve inevitavelmente falar da finitude existencial, única certeza do ser humano” (BRANDINI, 2003, p.69). A esse respeito, Neri (2001, p. 8), expressam que

[...] existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência. Essa associação atravessou os séculos e, mesmo hoje, quando são tantos os recursos para prevenir doenças e para retardar o envelhecimento, muitos temem a velhice. Além disso, o envelhecimento e a velhice estão vinculados à ideia de incapacidade.

Diante dessa realidade, depara-se com o desejo de melhor compreender a questão da velhice, sendo necessário a princípio definir o que é e como é esse processo do desenvolvimento humano.

Essa definição, entretanto, não é fácil, uma vez que os estudiosos sentem dificuldades em afirmar em que idade uma pessoa é considerada idosa. Porque durante o processo do envelhecimento ocorrem diversas alterações orgânicas, sejam em nível biológico, fisiológico ou psicológico. No sentido cronológico, não

existe um indicador exclusivo para determinar a faixa etária a que pertence uma pessoa para ser considerada idosa.

[...] mesmo a convenção sociodemográfica da ONU estipulando que idosos são pessoas de mais de 60 anos nos países em desenvolvimento, e de 65 anos, nos países desenvolvidos, continua arbitrário definir “idades” ou “faixas etárias” para enquadrar a velhice (PEREIRA, 2005, p.36).

A esse respeito, Mascaro (1997) considera que determinar a idade na qual uma pessoa pode ser vista como idosa é uma tarefa árdua, pois, em um determinado momento histórico, em uma dada sociedade e em diferentes situações sociais, uma pessoa pode ser considerada idosa aos 70, 60 ou, até mesmo aos 40 anos. A idade cronológica deve ser compreendida apenas como uma questão legal e social no processo de envelhecimento.

Em razão do contexto socioeconômico, de acordo com Frutuoso (2000), a ONU estabeleceu 60 anos como idade que demarca o início da velhice, nos países subdesenvolvidos; e 65 anos, nos países desenvolvidos.

Outro parâmetro que se precisa considerar na análise da questão do envelhecimento no Brasil é a Política Nacional do Idoso – PNI, aprovada através da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 que, em seu artigo 2º determina como idosa a pessoa maior de 60 anos de idade.

Evidencia-se ainda no país outro instrumento jurídico que regula a questão do envelhecimento. Trata-se do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) que sanciona esse conceito, regulamentando e estabelecendo prioridades e deveres de assistência a pessoas idosas, na busca de garantir a proteção dos seus direitos. Diante dessas concepções, Rodrigues (2001, p. 3) expressa que:

[...] essa é uma faixa etária de difícil limite, pois não depende só de uma classificação cronológica, mas de inter-relação de fatores sociais, psicológicos, econômicos e, também, das intercorrências, como as doenças associadas. O senso comum entende o idoso como aquela pessoa de muitos anos de idade pelas marcas do seu corpo, pelo seu quadro patológico e pela grande experiência acumulada. Ser idoso para a sociedade difere de outras categorias etárias, basicamente no que se refere a inúmeras perdas.

Em torno desse entendimento, Camarano *et al.* (1999) expressam que pessoa idosa é aquela que possui “muita idade”. A definição do que vem a ser “muita idade” deve ser considerado um juízo de valores. Os valores que referendam esse juízo dependem de características específicas de cada sociedade; assim essa definição de pessoa idosa não diz respeito a um indivíduo isolado, mas à sociedade em que ele vive. Portanto, por mais que a sociedade estipule o marco de idade, é imprescindível reconhecer que a idade da velhice é relativa e não possui o mesmo significado para todas as pessoas.

[...] o envelhecimento, a vivência e a situação do idoso é marcadamente diferente se ele é rico ou pobre; se é saudável ou doente; se é dependente ou independente; se é homem ou mulher; se trabalha ou é aposentado; se mora em casa ou em um asilo (NERI, 2000, p. 42).

Nessa perspectiva, Campos (2006, p.18) assevera que “O envelhecimento é uma experiência heterogênea, vivenciado por cada indivíduo de acordo com suas referências pessoais e culturais”. Isso significa que não é um estado na qual as pessoas se submetem passivamente, mesmo que a sociedade tente delimitar o lugar e o papel da pessoa idosa.

Essa concepção é reforçada por Woortmann e Woortmam (1999, p. 141) “A velhice é dada pelo contexto social, cultural e histórico de uma sociedade. Nem todos com a mesma idade são igualmente velhos, tudo depende da história de vida de cada um”.

Desse modo, apreende-se que o conceito de velhice não apresenta equivalência sobre as características de uma pessoa em determinada idade. A idade cronológica pode não corresponder à biológica e à social do indivíduo, o que significa que não seria conveniente relacionar a idade cronológica a essa fase do desenvolvimento humano.

Em torno dessas questões conceituais, os estudiosos se encontram em um real impasse para a definição do termo velhice. “Por sua vez o termo velhice é impreciso e sua realidade difícil de captar, impossibilitando, assim, estabelecer conceitos universalmente aceitos com relação a essa questão” (FIGUEIRÊDO, 2003, p.29).

Para a Geriatria, termo cunhado pelo médico americano Ignatz Leo Nascher para explicar o estudo clínico da pessoa idosa, a velhice não significa precisamente senilidade, e o processo do envelhecimento ou de senescência difere de pessoa para pessoa. A Geriatria considera, ainda, que, apesar da pessoa idosa ter estatisticamente mais doenças e cicatrizes de doenças anteriores do que os mais jovens, velhice não é doença. A esse respeito, Hayflick (1997) considera o processo de envelhecimento normal, independente das mudanças que ocorrerão.

A Gerontologia, tal como designa a sua etimologia grega, Geron = homem velho e logo = estudo; ou conhecimento que se propõe a estudar o processo de envelhecimento e os múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa, compreende a velhice como um fenômeno universal, porém individual, já que duas pessoas não envelhecem da mesma forma, considerando-se os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais. A gerontologia tem como objeto principal o bem-estar físico, psíquico e social da pessoa idosa (PAPALÉO NETTO, 2006; ZIMERMAN, 2000).

Assim, o envelhecimento pode ser considerado como um processo natural, sequencial, cumulativo, progressivo e irreversível, cuja característica principal é a diminuição da reserva funcional de todo o organismo. No entanto, não se deve considerar como um processo patológico, devendo ser encarado como uma etapa natural do desenvolvimento humano (SAVONITTI, 2000; JORDÃO NETTO, 1997).

A própria medicina moderna considera o envelhecimento biológico inerente ao processo da vida, do mesmo modo que o nascimento, o crescimento, a reprodução, a morte. Portanto ninguém que vive muito tempo vai escapar da velhice. Conforme Simone do Beauvoir (1990, p. 46), “Velhice é um fenômeno inelutável e irreversível”. Nessa direção, o Plano Internacional para o envelhecimento dispõe que:

O envelhecimento não é uniforme em todos os indivíduos, de maneira que alguns podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde. Todavia, devemos ter em mente que esta é a exceção não à regra. [...] No entanto, a presença de uma doença crônica não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar seu dia-a-dia de forma totalmente independente (2002, p.10).

A esse respeito, a Psicologia de Desenvolvimento e Envelhecimento, na tentativa de facilitar a compreensão dos fenômenos comportamentais da velhice,

estabelece três processos que compreendem a velhice: Envelhecimento Primário, Secundário e Terciário. Com base nos estudos de Birren, Schaie e Schorroots, Neri (2001), destacam-se as seguintes condições:

Envelhecimento Primário ou Senescência corresponde ao fenômeno que atinge a todos os seres humanos pós – reprodutivos de maneira universal, gradual e progressivo. Trata-se de mudanças normais associadas ao aumento da idade, correspondendo à deterioração corporal, ou seja, mudanças físicas, fisiológicas e cognitivas.

Entretanto, salienta-se, conforme Pereira (2005, p.31), que esse processo é “[...] influenciado pela interação de fatores diversos, tais como: estilo de vida, condição social, condições de saúde e de educação, traços de personalidade, exposição a eventos estressantes, contexto socio-histórico, dentre outros”.

Envelhecimento Secundário ou Senilidade consiste nas alterações ocasionadas por doenças, tais como: patologias cardiovasculares e cerebrovasculares, certos tipos de câncer e de doenças neurológicas. Essas doenças não se confundem com as mudanças normais ocasionadas pelo envelhecimento. “Embora não estejam ainda totalmente estabelecidas, as causas para sua ocorrência apontam igualdade para a interação entre mecanismos genéticos, fatores ambientais, estilo de vida e personalidade” (PEREIRA, 2005, p.31).

Envelhecimento Terciário ou Terminal é compreendido como um período curto que culmina com a morte, caracterizado por um aumento acentuado das perdas físicas e cognitivas. Para Neri, o envelhecimento terciário não pode ser universal, no entanto, ela expressa que “[...] o fenômeno de acumulação de perdas é reconhecido como o ponto final das doenças terminais que ocorrem em qualquer idade” (2001, p.34).

Entretanto, enfatiza-se, conforme o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, que o envelhecimento não é uniforme em todos os indivíduos; algumas pessoas idosas podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde. Todavia, deve-se ter em mente que esta é a exceção e não a regra:

envelhecer sem nenhuma doença crônica. Porém, “[...] a presença de uma doença crônica não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida [...]” (PAIE, 2002. p.10).

Ao se observar essas distintas peculiaridades do envelhecimento não restam à menor dúvida de que a velhice é um período vulnerável. Entretanto estudos recentes sobre indivíduos sadios demonstram que, mesmo aos 70 anos de idade, estes podem fazer muito mais que cuidar simplesmente de si mesmos; possuem, também, condições de realizar uma boa jornada de trabalho, utilizar sua mente de maneira criativa, manter relações de afeto e desempenhar um papel ativo na comunidade. É necessário, no entanto, desmistificar a imagem estereotipada de pessoa idosa impossibilitada e inútil.

Diante das distintas considerações que cercam o processo do envelhecimento humano e, na tentativa de se compreender as transformações vivenciadas pelas pessoas idosas na atual sociedade, discorre-se, a seguir, sobre a condição da pessoa idosa em situação asilar, que se amplia em consequência do aumento no contingente de pessoas acima de 60 anos.

Nesse sentido, Zimmerman (2000) expressa que o envelhecimento demográfico traz consequências sociais, médicas e econômicas. Entre as consequências sociais, observa-se um aumento no surgimento de Instituições asilares e, consequentemente, um acréscimo no número de pessoas acima de 60 anos em situação asilar. Apesar da correlação multicausal entre estrutura etária da população e demanda por asilos, essa condição associa-se a questões relacionadas a mudanças que vêm ocorrendo na estrutura familiar: o aumento das famílias monoparentais; a dispersão dos parentes consanguíneos que gera o medo da solidão; o alto custo do cuidado domiciliar; a inexistência de serviços de suporte social e de saúde; a presença da mulher no mercado de trabalho, que retira do domicílio a figura tradicionalmente convocada para os cuidados dos mais velhos; entre outros.

Ainda nessa perspectiva, é possível observar novos arranjos familiares, como mulheres sós, mães solteiras, casais sem ou com poucos filhos, casais com filhos que emigraram. Esses fatores reduzem a possibilidade de envelhecer em um ambiente

familiar seguro, o que acaba por favorecer a internação de pessoas idosas em instituições asilares. A esse respeito, Nunes; Magedanz; Creutzberg afirmam que

Nos países desenvolvidos, o número de idosos em residências coletivas de o tipo asilar chega a 11%. No Brasil e outros países em desenvolvimento ainda não chega a 1,5%, mas a tendência é o aumento da procura por instituições asilares, também nesses países. (2002, p. 374).

As instituições asilares surgiram da necessidade de um serviço para abrigar pessoas idosas pobres, sem família ou em estado de mendicância. Para Chaimowicz e Greco (1999) a internação do idoso em instituições asilares também pode ser uma alternativa associada à necessidade de reabilitação intensiva no período entre alta hospitalar e o retorno à família, ausência temporária de cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados.

Normalmente as instituições que abrigam pessoas idosas são classicamente chamadas de asilos, albergues e mais recentemente denominada de Instituições de Longa Permanência (ILPs). O termo asilo é tradicionalmente empregado com sentido de abrigo e recolhimento, usualmente mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos (BARTHOLO, 2003).

Para Ferreira (2001), instituição é compreendida como ato ou efeito de instituir, associação ou organização de caráter social, religioso ou filantrópico. Assim pode-se definir como instituições asilares aquelas destinadas ao atendimento da pessoa idosa carente que são mantidas, na sua grande maioria, por Organizações Não Governamentais (ONGs), associações religiosas (católicas, espíritas, evangélicas) e outras organizações.

Nessa perspectiva, Mário Filizzola (1979), citado por Alcântara (2004, p. 31) assevera que “O cristianismo tem sido, há dois mil anos, o grande educador e apurador de sentimentos”. Foi o cristianismo que inspirou o amor, o respeito e a preocupação com a velhice, resultando no surgimento das primeiras instituições asilares.

O surgimento dos asilos tem sua história associada à Igreja Católica e a alguns segmentos da sociedade civil. Nesse sentido, é possível constatar que o cristianismo foi a primeira instituição preocupada no amparo às pessoas idosas. De

acordo com Debert (1999), a primeira instituição filantrópica destinada à proteção dessa população surgiu no século V da Era Cristã, no Império Bizantino. Estudos históricos relatam que o primeiro asilo foi fundado pelo Papa Pedágio II, que transformou sua casa em hospital (ALCÂNTARA, 2004).

No Brasil, as instituições filantrópicas denominadas de asilos, abrigos ou lares, destinadas a prestar cuidados a pessoas envelhecidas, tiveram sua origem no século XX. Conforme Alcântara (2004, p. 32), essas instituições visavam a “[...] atender a velhice desamparada, que se configurava como uma população pobre e sem vínculos familiares”.

Sob esse prisma, Figueirêdo (2003) expressa que os asilos, a princípio, serviam como abrigo para miseráveis, viúvas, órfãos, desempregados, doentes mentais ou qualquer outro tipo de excluídos, configurando-se como verdadeiros depósitos de pessoas. Essa representação, infelizmente, no Brasil, permanece até os dias atuais.

Nesse entendimento, verifica-se que os asilos constituem a modalidade mais antiga e universal de atenção à pessoa idosa fora de sua família. No entanto, há o inconveniente de conduzir a pessoa idosa ao isolamento e à inatividade física, em decorrência dos altos custos dos serviços de apoio e da inadequação técnica necessária. Dessa forma, deve ser compreendida como a última alternativa a ser considerada entre os serviços sociais oferecidos às pessoas idosas (BRITO e RAMOS, 1996).

A esse respeito, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sugere a Instituição Asilar como a última alternativa para o amparo e cuidado à pessoa idosa, devendo acontecer somente após se esgotarem todas as possibilidades familiares e comunitárias (NUNES; MAGEDANZ; CREUTZBERG, 2002).

Isto é reafirmado pela Política Nacional do Idoso. Essa também é a posição da maior parte das pessoas que estudam o assunto. Acredita-se que o empenho deva ser o de implantar e ampliar práticas de suporte social e de saúde eficazes, no sentido de apoiar as famílias e idosos na comunidade, evitando ou reduzindo significativamente a institucionalização. (NUNES; MAGEDANZ; CREUTZBERG, 2002, p. 374).

Nessa perspectiva, o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento expressa que todas as ações em saúde da pessoa idosa devem objetivar o máximo mantê-la na comunidade, junto à sua família, da forma mais digna e confortável possível. “Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital de longa permanência, asilo, casa de repouso ou similar, pode ser considerada uma alternativa, somente quando falharem todos os esforços anteriores” (NUNES; MAGEDANZ; CREUTZBERG, 2002, p. 15).

O Estatuto do Idoso, no Capítulo VII, artigo 229º, dispõe que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice. Mesmo sendo lei, estudos neste sentido revelam que a família tem, muitas vezes, se omitido de tal responsabilidade, ao segregar e isolar o seu parente idoso do convívio familiar e social, levando-o a ingressar em instituições assistenciais.

Decerto, sabe-se que, no transcorrer da história, poucas mudanças foram efetivadas, uma vez que as instituições asilares continuam sem desenvolver ações que visem à promoção do envelhecimento de forma integral e integrada. “A atual realidade da velhice no Brasil demonstra que esta não é tão diferente da encontrada no passado em que os asilos se tornam esconderijo de velhos abandonados e pobres.” (FIGUEIREDO, 2003, p. 81).

Ao ser institucionalizada a pessoa idosa é segregada do contexto social e familiar, sendo, na maioria das vezes, colocada em um ambiente onde tem que conviver com pessoas estranhas, adquirir novos hábitos e adotar um estilo de vida diferente do seu. A institucionalização torna-se uma situação estressante de isolamento social e desamparo, levando a pessoa idosa à perda de identidade, de liberdade, de autoestima e, muitas vezes, de recusa da própria vida. Para Alcântara (2004), a velhice institucionalizada dissimula outras categorias como os moribundos, indigentes, pobres, inválidos, abandonados, solitários, doentes e outros desvalidos.

A esse respeito, Goffman (1987) expressa que a vida humana em uma instituição é reprimida e conduz “à mortificação do eu”, ou seja, a condição asilar propicia a perda da autonomia de sua própria vida e requer da pessoa idosa uma adaptação às normas impostas pelas instituições, que vão desde a disciplina em horários estabelecidos para deitar, levantar, comer até a perda da própria

identidade, quando é imposto a essa pessoa o uso de pertences que não são seus, como roupas e produtos de higiene.

Diante dessa realidade, verifica-se que as instituições asilares tendem a proporcionar uma vida isolada, silenciosa e introspectiva, impedindo a pessoa idosa de ter uma vida participativa e integrada a outras gerações.

Preti (1994), citado por Alcântara (2004, p. 38), afirma que as instituições geriátricas possuem normas que “[...] contribuem para o afastamento dos problemas sociais externos, restringindo os internos à discussão somente da vida no asilo, proibindo-os de se posicionarem a respeito da vida privada, como se tivesse acontecido uma ruptura dos elos que os ligavam a vida familiar e social”.

Além do mais, Yamamoto e Diogo acrescentam que

[...] as instituições asilares não representam o perfil de estabelecimento de assistência à saúde, mas nelas são exercidas ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, a fiscalização sanitária é precária quanto à capacidade legal do agente, ou seja, não ocorre com o devido rigor uma fiscalização dos documentos de habilitação inerentes ao âmbito profissional ou ocupacional das pessoas que prestam assistência e cuidados aos residentes. (2002, p.661).

Nesse entendimento, o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento manifesta que a internação de pessoas idosas em “[...] serviços de longa permanência representa um modelo excludente e que causa uma importante deterioração na autonomia e capacidade funcional” (2002, p. 15).

Essa realidade ressalta a heterogeneidade existente entre as instituições asilares, as pessoas idosas e as relações destas com a equipe, por conseguinte, universalizar todas seria de fato uma conduta imprudente.

Assim, deve-se descartar a premissa de que todas as instituições são ambientes hostis e impessoais, como afirma a literatura de forma geral. De fato, a experiência institucional pode ser vista também como espaço de sociabilidade bem-sucedido (ALCÂNTARA, 2004, p. 38).

Apesar dessa posição contrária ao abrigamento, muitas vezes, a institucionalização asilar pode-se tornar uma alternativa necessária. A esse respeito

cita-se a contribuição de Chaimowicz e Greco (1999) que defendem a inserção da pessoa idosa em instituições asilares como uma alternativa necessária em situações, como: necessidade de reabilitação, ausência do cuidador domiciliar, estágios terminais de doença e níveis de dependência elevados. Tal subjetividade transforma a decisão de institucionalizar em uma função da disponibilidade da assistência domiciliar provida pelo tripé família-Estado-sociedade.

Para Alcântara (2004), a instituição asilar pode ser um lugar de pertencimento para as pessoas idosas que não possuem laços familiares ou estão em condição de abandono, estas se sentem confortáveis e protegidas pelo carinho dos funcionários da instituição. A mesma autora expressa que:

[...] quando não há vínculos de nenhuma espécie, o asilo pode ser um lugar de pertencimento. Os atendentes passam a ser da família, uma família que se constitui num tempo de apagamentos, quando as memórias subterrâneas cedem espaço para um presente congelado do tempo (ALCÂNTARA, 2004, p.11).

1.3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

A intenção deste tópico é periodizar historicamente a Seguridade Social no Brasil, desde a família romana até a atual Constituição brasileira de 1988, que traz em seu capítulo II, disposições relativas a Seguridade Social que representa um “[...] conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (CORRÊA, 1999. p. 1).

A origem da Seguridade Social está relacionada à família romana, sendo esta uma das primeiras instituições a prestar assistência aos servos e clientes mais necessitados. Naquela época as confrarias com características religiosas, recebiam de seus associados, taxas anuais para serem utilizadas em caso de pobreza, velhice e doença.

As primeiras ações assistenciais foram desenvolvidas nos países europeus em fim do século XVII e início do sec. XVIII, sobretudo, na Inglaterra. Preocupada com as desigualdades sociais, a Inglaterra em 1601, cria a *Poor Relief Act* (Lei de Amparo aos Pobres), compreendida como a primeira lei pública que instituía a contribuição obrigatória para fins sociais, prestando socorro à miséria, ao abandono, à pobreza à indigência, que antes era feita pela Igreja Católica com caráter caritativo (COUTINHO, 2003).

Ainda na Inglaterra, como forma de atenuar os problemas advindos do aumento da população idosa, cria-se em 1907 o sistema de assistência à velhice e acidentes de trabalho. Em 1908, o *Old Age Pensions Act* concedeu pensões a pessoas com mais de 70 anos, independente de contribuição.

Outro marco no desenvolvimento dos Direitos Sociais foi à Alemanha. Otto Von Bismarck, ao visar minimizar a tensão existente nas classes trabalhadoras cria uma serie de seguros sociais, sendo instituído em 1883 o seguro doença; em 1884, o seguro contra acidentes de trabalho custeado pelos empresários; e em 1889 o seguro de invalidez e velhice, pago pelos trabalhadores, empregadores e pelo Estado (MARTINS, 2003; COUTINHO, 2003). A partir de então, conforme Martins, “Surge uma nova fase, denominada constitucionalismo social, onde as constituições dos países começam a tratar de direito sociais, trabalhistas e econômicos, inclusive direitos previdenciários” (2003, p. 30).

Nessa perspectiva, verifica-se que nos países centrais como a Inglaterra, Estados Unidos, França, Itália, Alemanha, Japão e outros, a Seguridade Social, na década de 1970 e 1980, passou por profundas reformas que tinham em seu bojo programas voltados ao combate à pobreza.

Entretanto, foi o México o primeiro país do mundo a incluir na Constituição de 1917, em seu artigo 123, o seguro social. Em 1919, foi criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que passou a evidenciar a necessidade de um programa sobre a previdência social, sendo aprovado em 1921. Porém, foi somente entre os anos 20 e 40 do século passado que a Seguridade Social passa a ter maior aplicabilidade (MARTINS, 2003).

Nesse entendimento, Mota (1995, p.123) destaca que as formas de proteção social existentes como ajuda aos pobres, desocupados, órfãos etc., “[...] podem ser definidas como os embriões de uma política de Seguridade Social” Convém ressaltar, conforme essa autora, que desde então a Seguridade Social transforma-se em “[...] objeto prioritário de mudanças e ajustes, tanto nos países hegemônicos quanto nos países periféricos” (MOTA, 1995, p. 121).

Na Inglaterra, o Plano Beveridge de 1941 propôs um programa de prosperidade política e social, garantia algumas contingências sociais para quem por algum motivo não pudesse trabalhar. Tinha por objetivo estabelecer o princípio da universalidade para que todos os cidadãos independentes de serem trabalhadores ou não tivessem direito à proteção social. Em 1944, o governo inglês, inspirado no Relatório de Beveridge cria um plano de previdência, dando início à reforma do sistema de proteção. Esse sistema, conforme assevera Coutinho (2003, p. 5),

[...] garantia a todos os indivíduos cobertura com certas contingências sociais. Inspirado no Relatório Beveridge, o governo inglês apresentou em 1994 um plano de previdência social que deu ensejo à reforma do sistema inglês de proteção social, implantado em 1946.

Assim, conforme Marshall (1967), citado por Boschetti (2003), o Plano Beveridge constituiu em fazer uma união das medidas já existentes, ampliar e consolidar aos vários planos de seguro social, padronizar e incluir novos benefícios como seguro acidente de trabalho, salário família, seguro desemprego e outros auxílios sociais.

Nos anos seguintes, em vários países foram sendo elaborados e instituídos programas de Seguridade Sociais. A história da Seguridade Social no Brasil inicia-se com a Constituição de 1824 que sutilmente instituiu uma única disposição pertinente à Seguridade Social, no artigo 179, inciso XXXI: “A Constituição dos socorros públicos”. Porém, foi a Constituição de 1891 que primeiro utilizou a expressão aposentadoria. Como aponta Martins (2003, p. 32)

A Constituição de 1891 foi a primeira a conter a expressão “aposentadoria”. Determinou que a “aposentadoria só poderá ser dada aos funcionários públicos em caso de invalidez no serviço da Nação (artigo 75)”. Na verdade, o benefício era realmente dado,

pois não havia nenhuma fonte de contribuição para o financiamento de tal valor.

A partir de então, algumas medidas legislativas começaram a ser tomadas para proporcionar aos empregados públicos certas formas de proteção, entre elas, o Decreto 221, de 26/02/1890 que trata da Aposentadoria aos Trabalhadores da Central do Brasil; o Decreto 405 que estende a aposentadoria aos funcionários ferroviários do país; o Decreto 942-A que instituiu o Montepio obrigatório dos Empregados do Ministério da Fazenda (COUTINHO, 2003).

Outro fato importante no tocante aos direitos sociais foi à promulgação da Lei 4682, de 24/01/1923, a chamada Lei Eloy Chaves, primeira lei a instituir no Brasil a previdência social. Criam-se as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os empregados de cada empresa ferroviária. Prevvia também, os benefícios de aposentadoria por invalidez, ordinária (equivalente à aposentadoria por tempo de serviço), pensão por morte e assistência medica. A partir de então, surge um modelo de organização da seguridade no âmbito da proteção ao trabalhador.

A Constituição de 1934 estabelecia competência para a União fixar regras de assistência social. O artigo 170, parágrafo 3º, previa a aposentadoria compulsória para os funcionários públicos que tivessem 68 anos. Nota-se que a Constituição fez referência pela primeira vez à expressão “previdência”, embora não a adjetivasse “social” (MARTINS, 2003). A esse respeito, Coutinho (2003. p.6) expressa que:

A Lei Fundamental de 1934 estabeleceu a contribuição tripartite: trabalhador, empregador e o Poder Público em igualdade de condições. A Constituição mantinha a competência do Poder Legislativo para instituir normas sobre aposentadoria; fixava a proteção social ao trabalhador, entre outras

Já a Constituição de 1937, conforme descreve Martins (2003, p. 35), foi muito sintética em matéria de Previdência, tratada apenas no artigo 137, alínea m, que menciona “[...] a instituição de seguros de velhice, de invalidez, de vida e para os casos de acidentes de trabalho”; e na alínea n, que dispõe sobre “[...] as associações de trabalhadores” que têm o dever de prestar aos seus associados auxilio ou assistência, no que se refere às práticas administrativas ou judiciais relativas aos seguros de acidentes do trabalho e aos seguros sociais.

Ao contrário da Constituição de 1937, a Constituição de 1946 abrange de maneira sistemática a Previdência. Surge pela primeira vez a expressão “Previdência Social”, desaparecendo a expressão até então usada: “Seguro Social”. Em seu artigo 157, consagra a “[...] previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as consequências da doença, velhice, invalidez e da morte” (MARTINS, 2003, p. 36).

Um avanço na história da Previdência Social é a criação da Lei nº 3841, de 15/12/1960, Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS, que uniformizou os benefícios previdenciários, rumo à universalidade da Previdência Social no país, proporcionando igual importância aos benefícios e serviços.

[...] a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), padronizou o sistema assistencial. Ampliou os benefícios, tendo surgido vários auxílios, como: auxílio-natalidade, auxílio-funeral e auxílio-reclusão, a estendeu à área de assistência social e outras categorias profissionais [...]. Era uma lei nova, que trazia novos benefícios e disciplinava as normas de previdência social, em um conjunto. (MARTINS, 2003, p. 36).

A LOPS representou, na prática, a cobertura potencial de todos os trabalhadores urbanos, exceto empregados domésticos e ministros religiosos, incluídos em 1972, os primeiros, de forma compulsória, e os outros de forma facultativa.

As Constituições seguintes, a de 1967 e a Emenda Constitucional nº 1 de 1969, em plena Ditadura Militar, não avançaram em matéria previdenciária, sobretudo, se comparadas à Constituição de 1946. Repetem as disposições já existentes em que a matéria previdenciária era tratada juntamente com a do Direito do Trabalho no artigo 165: “ Previdência Social nos casos de doença, velhice, invalidez e morte, seguro-desemprego, seguro contra acidente de trabalho e proteção de maternidade, mediante contribuição da União, do empregador e empregado” (COUTINHO, 2003. p.7).

Entre as leis criadas nesse período destacam-se as Leis nº 6179, de 11/12/1974, que versa amparo previdenciário para maiores de 70 anos ou inválidos, no valor de meio salário mínimo, e a Lei nº 6439, de 1º de julho de 1977, que

instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que teve como objetivo a reorganização da Previdência Social.

O SINPAS destinava-se a integrar as atividades da previdência social, da assistência médica, da assistência social e de gestão administrativa, financeira e patrimonial, entre as entidades vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MARTINS, 2003. p. 39).

Essa estrutura manteve-se até o advento da Constituição de 1988, que definiu um conceito de Seguridade Social abrangente, estendendo os direitos à cobertura previdenciária, saúde e assistência social para a totalidade da população, independente do exercício profissional e da existência de vínculo contributivo.

Mesmo assim, Nogueira (2000) revela que até a década de 1960, período de formação do sistema de proteção social e organização das estruturas básicas do *Welfare State* na Europa, a Seguridade Social, no Brasil, evoluiu de modo imperfeito: restrito, incompleto e excludente. Para esse autor, a Seguridade Social até então em vigor, abrangia apenas parte da população rural, os pobres, os trabalhadores do setor informal e aqueles que faziam parte de subempregos.

Ao contrário das duas últimas Constituições, a Constituição de 1988, também conhecida como “Constituição Cidadã”, trouxe grandes avanços e inovações em relação aos textos anteriores, apresentando um capítulo que trata de maneira sistemática a Seguridade Social. É a Constituição brasileira que, inegavelmente avançou na garantia dos direitos sociais.

A partir de então, a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde passaram a fazer parte da Seguridade Social. Nessa perspectiva, Mota (1995) afirma que o maior avanço da Constituição de 1988 é a adoção do conceito de Seguridade Social, que engloba as áreas da saúde, da previdência e da assistência. Esse novo formato da Seguridade Social, considerando a disparidade na distribuição de renda do povo brasileiro e das desigualdades e as injustiças sociais, é fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população idosa e da sociedade geral (BORGES, 2003).

Por sua vez, Fleury patenteia que o fato de Saúde, Previdência e Assistência Social estarem colocadas juntas na Constituição de 1988 é um avanço. Porque, conforme essa autora, “[...] é a primeira vez na história que os direitos sociais não estão vinculados necessariamente a uma contribuição anterior, mas a um modelo social. Isso é um modelo de sociedade muito mais justo” (2006, p1).

A esse respeito, evidencia-se que foi na década de 1990 que aconteceu um avanço na legislação e na criação de programas sociais destinados especificamente a categoria das pessoas acima de 60 anos. Esse impulso “[...] decorreu da Constituição de 1988, que no capítulo da Seguridade Social, trata de questões sociais da velhice” (ALCANTARA, 2004, p. 38).

Dessa forma, conforme se expressa anteriormente, a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (CORRÊA, 1999).

Horvath Júnior (2007, p. 2) define Seguridade Social como

[...] conjunto integrado de ações de iniciativa do poder público com a participação da sociedade atuando na área da saúde, assistência social e previdência social, é direito fundamental de segunda geração, ou seja, ligados às prestações que o Estado deve ao seu conjunto de integrantes (2007, p.2).

A incorporação de um conceito vigoroso e peculiar à proteção social como o de Seguridade Social a um texto constitucional conforme Werneck Viana (2005, p.01) “[...] respondeu, a época, às expectativas da sociedade organizada de ampliação do estoque de direitos sociais associados à cidadania, traduzindo a sensibilidade do legislador diante da situação pré-existente”. Em torno dessa concepção, a mesma autora expressa que:

[...] a Seguridade Social é um sistema de cobertura de contingências sociais destinado a todos os que se encontram em estado de necessidade, não restringindo os benefícios nem aos contribuintes nem à perda da capacidade laborativa. Auxílios a famílias numerosas, pensões não contributivas, complementações de renda, constituem benefícios de Seguridade porque ou não resultam de perda/redução da capacidade laborativa ou dispensa a contribuição pretérita (WERNECK VIANA, 2005, p. 2).

A esse respeito Horvath Júnior (2007) também levanta que o modelo de Seguridade Social adotado pela Constituição de 1988 é **misto** (adota técnicas não contributivas [Saúde e Assistência Social] e contributivas [Previdência Social que é financiada pelo Estado, empregadores e empregados]); é **universalista** (possibilita que todos os integrantes da sociedade tenham acesso); **não acabado** (enquanto busque a universalidade de cobertura e atendimento determina um núcleo mínimo de proteção que deve ser expandido à medida que o Estado suporte); **de gestão administrativa descentralizada** (participação democrática da sociedade) e **solidário** (aplicação do princípio da solidariedade não de forma plena, pois no âmbito previdenciário, a proteção alcançará apenas o universo de beneficiários [segurados e dependentes], não abrangendo todos os integrantes da sociedade brasileira).

Nessa direção, Soares (2001, p.38) assegura que compete ao Poder Público organizar a Seguridade Social, com base nos seguintes objetivos:

1. Universalidade da cobertura e do atendimento;
2. Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços a toda população;
3. Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
4. Irredutibilidade do valor dos benefícios;
5. Equidade na forma de participação no custeio;
6. Diversidade da base de financiamento;
7. Participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados;
8. Caráter democrático e descentralização da gestão administrativa.

Dessa forma, os objetivos da Carta Magna sintetizam uma nova organização das políticas de previdência, de saúde e de assistência social que se solidificadas representariam um avanço na melhoria de vida do povo brasileiro e consequentemente uma diminuição das desigualdades sociais e regionais.

No entanto, conforme Boschetti (2003, p. 73):

Tais princípios constitucionais, genéricos, norteadores da direção a ser tomada pela a Seguridade Social, deveriam provocar mudanças profundas na saúde, previdência e assistência, no sentido de articulá-los e formar uma rede de proteção ampliada, coerente e

consistente. [...] Apesar de tais indicações, não parecerem ter sido estes os princípios que sustentaram a implementação das políticas que compõem a seguridade social, e muito menos a reforma ocorrida recentemente no âmbito da previdência social.

A concepção de Figueirêdo (2003), é que a regulamentação da Seguridade Social, assentada no tripé Saúde, Previdência e Assistência Social, foi uma tentativa que o Estado encontrou de minimizar as desigualdades sociais e prover mínimos aos que dela necessitar. Já para Nogueira (2000), a Seguridade Social desde que foi incluída em lugar de destaque na Constituição de 1988, não saiu mais de cena, concentrando discussão em termos de bem-estar e justiça social.

Foi a partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº8742 de 7 de dezembro de 1993), que a Assistência tornou-se uma política de responsabilidade do Estado, direito do cidadão e, portanto uma política estratégica no combate à pobreza e para a constituição da cidadania das classes subalternas (OLIVEIRA, 2003).

Nessa perspectiva, a LOAS (2003, p. 3) “[...] regulamentou os artigos 203 e 204 da Constituição Federal, caracteriza-se por um conjunto de ideias e concepção da Política de Assistência Social como política de seguridade, garantidora dos direitos de cidadania”. Defende ainda, a superação da lógica da caridade e do favor. Substitui a visão equivocada da incompetência dos pobres pela noção dos direitos da cidadania e de responsabilidade do Estado na proteção aos mais necessitados.

Conforme o artigo 1º da LOAS,

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL/CONGRESSO NACIONAL, 1993, p. 7).

Porém, mesmo sendo notória a evolução da Seguridade Social no Brasil, constata-se que: “A Seguridade Social Brasileira chega ao século XXI em estado de tensão e carência: em busca do tempo perdido, de uma nova identidade e de um novo impulso” (NOGUEIRA, 2000, p. 18).

Nesse sentido, Figueirêdo (2003) assegura que o modelo de Seguridade Social vigente no país, não representa uma estrutura unificada e organizada o suficiente às crescentes demandas sociais postas principalmente pelo aumento desordenado das desigualdades e exclusão social. “O que se tem, de fato, é um sistema fragmentado, distorcido, que já nasce, como disse o poeta Cazuzu: ‘com cara de abortado’” (FIGUEIRÊDO, 2003, p. 48).

Vale salientar que no Brasil mesmo existindo uma estrutura formal de proteção social, capaz de combater a pobreza e diminuir as desigualdades sociais, “[...] o raio de ação de tal estrutura ainda é restrito e insuficiente para enfrentar as imensas carências que assola a população” (WERNECK; VIANNA, 2005, p. 1).

1.4 POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL: SAÚDE, ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA SOCIAL

As políticas sociais se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com as transformações industriais e na relação contínua entre Estado liberal e social em uma combinação em que se reconheciam os direitos sociais sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo.

Essas políticas estão associadas à constituição da sociedade burguesa, bem como ao reconhecimento da questão social, onde a burguesia impulsionada pela mobilização e organização da classe trabalhadora na luta por melhores condições de vida e trabalho ver-se obrigada a reconhecer alguns direitos sociais e políticos como estratégia para apaziguar as contradições entre capital e trabalho.

Sendo as Políticas Sociais um fenômeno associado ao reconhecimento da questão social, no Brasil, esse reconhecimento só ocorrerá a partir da primeira década do século XX através das lutas dos trabalhadores, que por meio das suas reivindicações conquistam as primeiras legislações voltadas para o mundo do trabalho.

Faz-se necessário ressaltar que as conquistas dos direitos sociais no Brasil é fruto da intensa luta de classes e também da expressão da correlação de forças predominante, tendo por um lado, os direitos sociais, principalmente os trabalhistas e previdenciários como pauta reivindicatória das manifestações da classe trabalhadora e, por outro, busca legitimar o poder das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis.

Nesse contexto de lutas e conquistas pela Seguridade Social, esta análise inicia com a Assistência Social, enquanto política pública, que se configurará em responsabilidade do Estado na garantia dos direitos sociais dos cidadãos brasileiros, dentre estes, na proteção social aos segmentos idosos mais empobrecidos.

Historicamente essa política vem sendo marcada por uma ação tradicionalmente clientelista e paternalista do poder público com um caráter de “benesse”, em que o usuário assume a condição de “assistido”, favorecido e não de cidadão.

Ao situar essa política no seu momento histórico, vivenciado a partir de 1930, observa-se seu caráter fragmentado, diversificado e instável em suas configurações. No entanto, mesmo de forma centralizada inicia-se na esfera federal a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) em 1942 vinculada à tutela, favor e clientelismo na relação entre Estado e sociedade. Posteriormente a LBA em convênio com instituições privadas torna-se uma instituição articuladora da Assistência Social no Brasil, porém sem perder sua marca assistencialista, seletiva e de primeiro-damismo, fato que só irá se modificar a partir da Constituição de 1988, que trouxe mecanismos de universalização dos direitos sociais.

Conforme se afirmou anteriormente, a Constituição Cidadã de 1988 foi à Carta brasileira que até então melhor abrangeu a Seguridade Social. É considerada por Cabral (2004), a primeira Constituição Brasileira a tratar de direitos sociais específicos para a população idosa.

A esse respeito, Coutinho (2003), expressa que a Constituição Federal de 1988 é um marco importante junto às políticas públicas de atenção à pessoa idosa, pois abrange em suas disposições o conceito de Seguridade Social, “[...] fazendo

com que a rede de proteção alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania” (p.12).

Por Seguridade Social compreende-se, conforme expressa Leite (2003, p. 17), “[...] um conjunto de medidas com as quais o Estado, agente da sociedade, procura atender à necessidade que o ser humano tem de segurança na adversidade, da tranquilidade quanto ao dia de amanhã”.

Por sua vez, Couto (2004) difunde que a Constituição de 1988 redefiniu o modelo de proteção social, atribuindo o conceito de Seguridade Social a um conjunto de ações referentes à Saúde, Previdência e Assistência Social, representando um grande avanço junto aos direitos sociais destinados a pessoa idosa.

Nessa perspectiva, a referida Constituição considera a Seguridade Social as três políticas sociais: a Saúde (Artigos 196 a 200); Assistência Social (Artigos 201 e 202); Social Previdência (Artigos 203 e 204). Essas três políticas sociais conforme assevera Coutinho (2003, p. 12) “[...] fornecem o reconhecimento de direito de cidadania e priorizam como público os segmentos mais importantes da sociedade, as crianças e os adolescentes, idosos e deficientes, que não auto-sustentam”.

Para Cabral (2000) a Seguridade Social é um sistema de proteção que decorre do direito social, compreendida como garantia e dever a ser assumido principalmente pelo Estado, respeitando os princípios da universalidade, da uniformidade, da equidade e da descentralização. Evidencia-se assim, que as políticas sociais objetivam uma melhor qualidade de vida e uma velhice com dignidade, possibilitando à pessoa idosa brasileira proteção e inclusão social.

Antes de se abordar a política de Saúde, precisa-se definir primeiramente o que é saúde. A Organização Mundial de Saúde – OMS define de forma abrangente, como o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, não apenas como ausência de doença ou enfermidade. Portanto, conforme Kituchi (2005, p. 25) “[...] a saúde depende também de educação, da alimentação, da habitação, da infraestrutura sanitária, das condições de vida e de trabalho, da renda, do estilo de

vida, do meio ambiente, do lazer”. Devendo, portanto, ser considerada multidimensionalmente e em sua dinamicidade.

No que diz respeito à saúde, o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, preconiza que é dever do Estado garantir a todos mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Para Grossi e Guilamelon (2006, p. 4) “[...] o significado de saúde vem sofrendo alterações, principalmente no modelo de saúde adotado, passando do hospital cêntrico, curativo e reabilitador, para um assistencial, promotor de saúde, preventivo e com a participação popular e de diferentes profissionais da saúde”.

Nesse entendimento, Borges (2003) expressa que a política de saúde no Brasil foi influenciada principalmente por algumas alterações sociais que ocorreram na década de 1930, quando o processo de industrialização se ampliou, ocorrendo uma intensificação no processo de urbanização como consequência do aumento da massa trabalhadora, contribuindo assim com o aumento da precariedade na condição de vida do povo brasileiro.

Esse cenário de precarização passa a ser considerado como uma questão social, exigindo do Estado uma maior intervenção. Diante dessa realidade, o papel do Estado é redefinido, surgem as políticas sociais de forma orgânica e sistemática, como forma de atender às reivindicações dos movimentos sociais.

Dentro do novo contexto sociopolítico e econômico, as questões sociais passaram a ser tratadas diante de um modelo de repressão e assistência, objetivando aumentar o poder de regulação do Estado sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais legitimando o regime e ainda como mecanismo de acumulação de capital, privilegiando o setor privado, tanto na área da saúde como na da educação (BORGES, 2003. p. 89).

Já na década de 1980, como consequência ao regime ditatorial vigente, instalou-se no Brasil uma crise econômica que conforme Borges (2003) permanece até os dias atuais. A partir de então, a Saúde passa a ser discutida em uma dimensão política, ligada à consolidação da democracia, sendo nessa época: tema

discutido no Congresso Nacional, uma reivindicação dos movimentos sociais e discurso político de partidos de esquerda. Amplia-se a discussão sobre saúde da esfera setorial para toda a sociedade, propondo-se a uma Reforma Sanitária que culmina com a promulgação da Constituição Federal em 1988, cujo texto conforme Borges (2003, p. 89) “[...] atende a grande parte das reivindicações:”

- Saúde como direito universal e dever do Estado, sem distinção entre rural e urbano e entre segurado e não segurado;
- Atenção à saúde considerada como de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, de forma regionalizada, hierarquizada, descentralizada e integral, contando com a participação comunitária.

Apesar dos avanços que ocorrem durante a década de 1980, verifica-se a fragilidade do sistema e a ineficiência do poder público, podendo ser constatado conforme Borges (2003), que a política de Saúde construída nos anos 80 está sendo desconstruída. Segundo essa autora

[...] a afirmação da hegemonia neoliberal promoveu a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desemprego estrutural a precarização das condições de trabalho, o desmonte da previdência pública, além do sucateamento da saúde e da educação (BORGES, 2003. p.90).

Efetiva-se a passagem da responsabilidade do Estado com a política de Saúde para a sociedade civil.

Diante dessa funesta realidade, verifica-se uma contradição entre o que se propõe a política de Saúde com o que ocorre na realidade. A Saúde como objetivo da Seguridade Social representa um conceito mais amplo do que simplesmente à atividade reparadora.

No tocante à saúde da pessoa idosa, o Estatuto do Idoso – Lei 10741/2003, assegura atenção integral à pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe conforme Grossi e Guilamelon (2006, p. 3) “[...] o acesso universal e igualitário, em conjunto contínuo e articulado das ações e

serviços, para a prevenção, proteção, recuperação e promoção da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam especialmente esse segmento da população”.

O Sistema Único de Saúde (SUS) objetiva estabelecer em todo território brasileiro, uma rede pública regionalizada e hierarquizada, respaldada nos princípios constitucionais de universalização, integralidade da atenção, participação social, descentralização e igualdade no direito de acesso a todos que precisarem às ações e serviços de saúde. “A garantia de saúde para todos, preconizada na Constituição Federal de 1988, está diretamente relacionada à implantação e implementação dos SUS e os cumprimento de seus princípios e diretrizes por todos os profissionais e órgãos envolvidos” (GROSSI; GUILAMELON, 2006, p. 3).

Compreendendo que o conceito de saúde reveste-se de questões relacionadas à qualidade de vida e se tratando da saúde da pessoa idosa verifica-se, conforme Grossi e Guilamelon (2006, p. 4) “[...] a necessidade de uma nova articulação, combinada à atenção primária de saúde dentro de um sistema integrado de serviços”.

Decerto, reconhece-se que ao compor o tripé da Seguridade Social a sociedade brasileira conquistou também o reconhecimento da política de Assistência Social como direito social, referendada pela Constituição de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em 1993. Significou para a Assistência Social o fim da travessia do deserto, já que seu reconhecimento, possuindo um significado político e social inquestionável “[...] apresenta-se como a ocasião privilegiada para superar sua compreensão corrente como dever moral de ajuda, e entendê-la como dever legal de garantia de benefícios e serviços sociais” (FERREIRA, 1998, p. 140).

A LOAS ao introduzir uma nova forma de pensar e discutir a política de Assistência Social, rompe a visão centrada na caridade e do favor. No seu artigo 1º, legitima “[...] a Assistência Social, como um direito do cidadão e dever do Estado, que prevê os mínimos sociais realizadas através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento as necessidade básicas” (BRASIL/CONGRESSO NACIONAL, 1993, p. 1).

Nesse contexto de garantia dos mínimos sociais e das necessidades básicas, essa política tem se defrontado, na atual conjuntura, com o binômio da seletividade *versus* universalidade, fato que está associado à forma equivocada e limitada como são interpretados esses princípios, culminando na restrição dos direitos assistenciais ao mínimo vital à sobrevivência humana.

O princípio da universalidade indica que a Assistência Social deve ser entendida e implementada tendo como horizonte a redução das desigualdades sociais. Isso não significa que os direitos assistenciais devam ser garantidos a todos os cidadãos pobres e ricos indiscriminadamente, mas que eles devem agir no sentido de buscar a inclusão de cidadãos no universo dos bens, serviços e direitos, que são patrimônio de todos, viabilizando-se mediante a vinculação orgânica com as políticas econômicas e sociais. (BOSCHETTI, 2003).

A Política de Assistência Social, regulamentada pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS-1993), Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Norma Operacional Básica (NOB-1999), inseriu no seu âmbito os princípios da seletividade e universalidade para que assim fossem garantidos os benefícios e serviços de forma gratuita e não contributiva no tocante à natureza dos direitos e redistributividade no que se refere ao seu financiamento. Como exigência da Lei Orgânica da Assistência Social, em 2004, foi criado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que apresenta um modelo de gestão descentralizado e participativo em relação à sua forma de organização político-administrativa.

De acordo com o SUAS os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário à atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela complexidade. Pressupõe, ainda, gestão compartilhada, cofinanciamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil, tendo estes entes o papel efetivo na sua implantação e implementação. (NOB/SUAS, 2004)

Porém o que vem ocorrendo é uma redução dessa descentralização, uma vez que há apenas uma transferência de atribuições e responsabilidades aos estados e municípios sem a efetiva transferência de recursos financeiros necessários para o desenvolvimento dessa política.

Diante das transformações ocorridas no desenvolvimento da política de Assistência Social, faz-se necessário analisá-la dentro da dinâmica econômica e política atual do país, a qual vem sendo norteadada pela política neoliberal.

O Estado brasileiro desde a década de 1990 passa por um processo de “reformas”. O conteúdo dessas reformas volta-se para atender a lógica do mercado, em um contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

A tendência é reformular o Estado para novas aquisições, sobre a lógica do ajuste fiscal, tendo como consequência direta, a baixa qualidade dos serviços oferecidos à população, principalmente na área social. Trata-se de “reformas” que desprezam as conquistas constitucionais no tocante ao conceito de seguridade social, dentre outros direitos.

Esse processo configura-se em uma contrarreforma do Estado, agravada com o programa de publicização das políticas sociais governamentais em gestão compartilhada (ou parcerias) com o terceiro setor, também denominadas de Organizações Não Governamentais, associadas ao setor voluntariado.

Essa política de ajuste fiscal e de corte dos gastos sociais públicos tão propagada pelo Neoliberalismo, principalmente nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002), tem trazido fortes entraves para a materialização da Assistência Social enquanto política pública, bem como para superação do seu caráter de morosidade e filantropia.

Observa-se nesse cenário uma forte presença de entidades privadas que oferecem serviços, principalmente para pessoas idosas e portadores de deficiência, bem como a permanência de apelos e ações clientelistas. Alia-se a tais fatores a

grande ênfase dada aos programas de transferência de renda de caráter compensatório, como o Programa Bolsa Família, instituído no Governo Lula.

Assim os impactos econômico-sociais gerados nas famílias beneficiadas, bem como nos municípios, vêm sinalizar os contornos da centralidade que adquire a Assistência Social. Como é de conhecimento na maioria dos casos, os benefícios pagos pela referida Política, através dos programas de transferência de renda, acabam assumindo um importante peso na renda, quando não, a única fonte de sobrevivência das muitas famílias brasileiras. (SITCOVSKY, 2006).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), definido na LOAS, no seu artigo 20 garante a portadores de necessidades especiais e à pessoa idosa a partir de sessenta e cinco anos de idade, mediante comprovação da renda mensal *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo, o pagamento do benefício mensal de um salário mínimo. Esse benefício configura-se como o maior programa assistencial de transferência de renda, representando aproximadamente 75% dos recursos da Assistência social.

Nesse sentido fica evidenciada que a Assistência social no Brasil, no âmbito dos direitos sociais e da sua recente expansão, vem sendo operada via programas de transferência de renda. O esteio dessa tendência foi à formulação do Programa Bolsa – Família, responsável por onze milhões de famílias usuárias, no qual foram investidas R\$ 4.504.165.060,00 no ano de 2005, aproximadamente, 30% dos recursos do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) (SITCOVSKY, 2006, p. 99-100).

Segundo dados da Caixa Econômica Federal (2009), em Agosto de 2008, o Programa Bolsa Família atingiu 5.564 municípios brasileiros e 11.799.075 famílias. No caso do estado da Paraíba, *locus* desta pesquisa, o Bolsa Família atingiu a totalidade dos seus municípios, ou seja, 223 e 614.440.244 famílias.

Nesse contexto a Política de Assistência Social, submetida às influências das proposições neoliberais, passa pelo processo da refilantropização, onde o Estado se posiciona como garantidor dos mínimos sociais, transferindo assim a responsabilidade de enfrentamento da “questão social” para a sociedade civil,

representada pelo trabalho voluntário e ações do terceiro setor, sobretudo, pela atuação das mais diversas modalidades de ONGs.

Um terceiro segmento da Seguridade Social é a Previdência Social que funciona através de um conjunto de princípios, regras e instituições, que buscam estabelecer um sistema de proteção social, mediante contribuição. Dessa forma busca-se através desses mecanismos proporcionarem meios suficientes para a subsistência ao segurado e a sua família de acordo com a contingência prevista na lei.

Diferente das políticas de Saúde e Assistência Social, nas quais o seguro é independente de contribuição para acessar o benefício, o regime previdenciário dependerá de contribuição direta do segurado.

O sistema Previdenciário constitui-se em um meio eficaz para o Estado moderno na redistribuição da riqueza nacional, objetivando a garantia do “bem-estar” do indivíduo e da coletividade, por intermédio das aposentadorias, como forma de reciclagem da mão de obra e oferta de novos empregos (MARTINS, 2003). Ainda de acordo com o referido autor (2003, p. 301):

É um sistema baseado na solidariedade humana, em que a população ativa deve sustentar a inativa, os aposentados. E as contingências sociais seriam o desemprego, a doença, a invalidez, a velhice, a maternidade, a morte, etc.

No Brasil tem-se a partir de 1923, com a chamada Lei Eloy Chaves, o início da proposta de Previdência Social, consolidada no período da República Velha, em um contexto histórico de forte ameaça ao liberalismo pregado pelas elites brasileiras. Com essa Lei é instituído um fundo especial de aposentadorias e pensões (CAPs), inicialmente restrito aos trabalhadores das ferrovias. Mais tarde as CAPs passam a abranger os marítimos e portuários, constituindo-se em medidas de proteção para um determinado grupo de trabalhadores, portanto não estava pautada em uma ideia generalista, capaz de abarcar todos trabalhadores independentes de profissão, mas sim corporativista, de modo a dividir os movimentos das classes trabalhadoras, conforme interesse da burguesia nacional.

As CAPs eram estruturadas como organizações privadas, supervisionadas pelo governo, e, financiadas pelos trabalhadores, patronato e pela contribuição dos usuários da rede ferroviária, via impostos. “Essa legislação inicialmente restringe-se aos ferroviários, mais tarde estende-se a outras categorias ligadas à infraestrutura de serviços públicos”. (CABRAL, 2003, p 121).

A partir da década de 1930 o cenário político e econômico brasileiro são marcados por profundas modificações, quando o poder político passa a ser representado pelo setor industrializado, tendo como representante político direto, Getúlio Vargas. Este procurou governar frente a uma ampla coalizão de forças, caracterizada como “Estado de compromisso” e que implicou em intensas mudanças na relação entre Estado e sociedade.

Vargas através da sua política trabalhista regulamenta as relações de trabalho, transformando as lutas de classes em colaboração de classes e impulsiona a construção do Estado social, combinando os processos internacionais com as mediações internas particulares.

Ainda no âmbito do trabalho, o país seguiu a sequência partindo desde a regulação dos acidentes de trabalho, passando pelas aposentadorias e pensões seguindo com os auxílios doença, maternidade, família e seguro-desemprego. Dessa forma o Estado social brasileiro mantinha seu caráter corporativo e fragmentado, distanciando-se da perspectiva da universalização.

No âmbito da Previdência Social foram institucionalizados os IAPS (Institutos de Aposentadoria e Pensões) para cobrir os riscos ligados à perda da capacidade laborativa, velhice, morte, invalidez, doença, porém orientados pela lógica do contributivo do seguro.

Ainda nesse período ocorre a tentativa de uma reforma no sistema previdenciário através do projeto de unificação da Previdência Social com a criação do Instituto de Serviços Sociais (ISS). Esse projeto mais tarde dá ensejo a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS).

De 1955 a 1960, o Brasil vivenciou a política desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek, quando ocorre aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social,

havendo assim a uniformização dos planos bem como a permanência dos IAPS. Portanto não se evidencia nesse período uma proposta previdenciária mais abrangente, no sentido de incorporar sem distinção os trabalhadores. Somente a partir de 1963 é que essa legislação demonstra certo avanço ao incorporar os trabalhadores rurais na Previdência Social.

A partir de 1964, período em que no Brasil se inicia a Ditadura Militar caracterizado como momento de grande repressão e autoritarismo, ocorre também forte intervenção estatal nas organizações de trabalhadores.

O sistema previdenciário brasileiro nesse contexto irá passar por profundas mudanças onde a Previdência cumprirá o papel de política compensatória em uma redefinição das relações entre Estado e sociedade.

Em âmbito nacional foi criado em 1966, o Instituto de Previdência Social (INPS), pautado na unificação e uniformização dos planos de benefícios. Posteriormente o INPS assume o seguro de acidente e em uma tentativa de direção mais universalizante são incorporados na Previdência os empregados domésticos com caráter compulsório e os autônomos.

Com a Constituição Federal de 1988 a Previdência Social passa compor o tripé da Seguridade Social. Essa política passa a ser regida pelo princípio da universalidade dos direitos e da equidade social, integrando além dos trabalhadores inseridos no mercado informal, os desempregados, às donas de casa, os deficientes, os idosos e outros.

Foram introduzidas também algumas modificações nos planos de benefícios, agrupando novos direitos e recompondo novos valores. Dentre essas alterações, destacam-se: licença maternidade de 120 dias, extensiva aos rurais e domésticos; direito à pensão para maridos e companheiros; redução do limite de idade- 60 anos para homens e 55 para mulheres; aposentadoria proporcional para as mulheres aos 25 anos de atividade; recomposição das aposentadorias e pensões pelo número de salários da época da concessão; integralidade do 13º e correção das últimas 36 contribuições para efeito de cálculo do salário de benefício (CABRAL, 2003).

A partir dos anos de 1990 com a expansão da política neoliberal depara-se com o processo de desmonte desse padrão de Seguridade Social, quando se efetiva uma forte restrição dos direitos sociais garantidos constitucionalmente. Tem-se inicialmente no governo de Fernando Collor (1990-1992) o estabelecimento do aumento gradativo da carência previdenciária para quinze anos, bem como o reajuste dos benefícios ao salário mínimo. Ainda nesse governo é lançada à sociedade uma proposta de reforma, conhecida como Projeto Rossi, pautada na lógica privatista.

Nos governos de Fernando Henrique Cardoso, o Brasil viveu a experiência mais intensa da política neoliberal, onde os padrões universalistas e redistributivos preconizados pela proteção social são tencionados pela insistência das reformas em torno do Estado. Porém o que se tem observado com a política neoliberal é uma contra reforma, onde se prioriza reforma voltada para o mercado em detrimento da atuação do Estado no tocante às políticas sociais.

Tratou-se de “reformas” orientadas para o mercado, em um contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980. “Reformando-se o Estado, com ênfase nas privatizações e na Previdência Social, e, acima de tudo desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros, estaria aberto o caminho para o novo ‘projeto de modernidade’”. (BEHRING, 2007).

O que Fernando Henrique Cardoso (FHC) não conseguiu por falta de legitimidade popular ao final do seu segundo governo, contraditoriamente, no início do Governo Lula, concretiza-se a reforma da Previdência Social.

No âmbito dessa reforma da Previdência Social expandem-se as ideias neoliberais que reduzem a Previdência pública a um mero instrumento de política econômica, em substituição de seu caráter de distribuição da renda.

Assim têm-se criado vários argumentos que inviabilizam a efetivação de uma reforma de caráter redistributivo. Dentre eles destacam-se o falacioso déficit

previdenciário e a perversa relação ativo-inativo, onde se coloca o elevado coeficiente de dependência da relação ativo-inativo.

Ao longo da trajetória histórica da sociedade brasileira a Previdência Social volta-se cada vez mais para atender as exigências do processo de acumulação capitalista, bem como direciona as necessidades de proteção social aos trabalhadores, pautadas na ótica mercadológica. A atual economia brasileira “[...] evolui nos quadros de um regime de acumulação financeirizado, um padrão do tipo *finance-dominated accumulation regime*, segundo a taxonomia proposta pela literatura econômica internacional”. (BRUNO, 2008, p. 1006)

Nesse contexto, a Previdência Social tem passado ao largo das discussões e propostas efetivas que possam relacionar a macroeconomia e a dinâmica demográfica. As discussões não contemplam ou se afastam dos possíveis e nefastos impactos sobre a evolução da Previdência Social, considerando-se as especificidades do atual regime de acumulação financeirizado.

Se refletirmos sobre a questão de um possível ônus para a previdência social, representado pelo aumento da expectativa de vida, devemos considerar que, nessas condições macroeconômicas, uma parcela expressiva da população brasileira simplesmente não conseguirá entrar no sistema, em razão do baixo ritmo de geração de postos de trabalho, imposto pelo regime de acumulação financeirizado e, portanto, não terá direito à aposentadoria. (BRUNO, 2008, p. 108)

Essa análise indica que o crescente processo de envelhecimento da população brasileira traduz-se em alijamento das pessoas idosas da política da Previdência Social em razão da não inserção ou da inserção precarizada (desprotegida) no mundo do trabalho. Desse modo, condena-se à maioria da população idosa brasileira a perpetuação da sua assistencialização, cada vez mais incidente, em decorrência da apartação do segmento idoso do Sistema de Seguridade Social. Tem-se, assim, uma inserção seletiva e limitada aos programas da política da Assistência Social, sobretudo, ao Benefício da Prestação Continuada (BPC). Portanto, garante-se tão somente a sobrevivência de parcela numerosa da população idosa brasileira através dos mínimos sociais.

Tal realidade desconsidera plenamente o Estatuto do Idoso que em seu artigo 2º preconiza que:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. (BRASIL/CONGRESSO NACIONAL, 2003, p. 1).

O afastamento dos preceitos do Estatuto do Idoso condena a maioria da população idosa do país à perenização da situação de pobreza, à negação dos direitos sociais e da possibilidade de ter um envelhecimento humano ativo, cidadão e digno. Nesse processo de perpetuação da pobreza, lança-se parte significativa dessa população a situação de abrigamento, a uma vida apartada dos bens e serviços produzidos socialmente para viver da caridade, da filantropia, das ações assistenciais.

2 FENÔMENO DA VELHICE EM JOÃO PESSOA/PB: CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ASILARES PESQUISADAS

“Envelhecer não é permanecer jovem, é extrair de sua idade as particularidades, as velocidades e lentidões, os fluxos que constituem a juventude dessa idade.”

(DELEUZE; GUATTARI, 1997)

A construção deste Capítulo parte da perspectiva investigativa descritiva e crítica embasada na análise institucional de seis unidades asilares para pessoas idosas na cidade de João Pessoa/PB. Em termos metodológicos, fundamentou-se em dois instrumentos de coleta de dados para proceder à caracterização institucional: a ficha cadastral, cujo modelo encontra-se em anexo e a pesquisa fotográfica.

No processo de interpretação dos dados levantados na empiria, recorreu-se a análise qualitativa de duas dimensões investigativas: a descrição das unidades asilares a partir de quatro variáveis (historicidade da instituição, recursos humanos, instalações físicas e dinâmica de atendimento) e o estudo iconográfico desses asilos em torno de duas variáveis (a infraestrutura dos asilos e as pessoas idosas nos cenários de asilamento). Destaca-se ainda que no processo de caracterização institucional, foram coletados fragmentos de fala dos gestores das unidades asilares pesquisadas, cuja interpretação deu-se através da técnica de análise de conteúdo por categorização temática de Bardin (2006).

Acrescenta-se que no processo de análise das imagens dos estudos iconográficos articulou-se aos estudos teóricos de autores que investigam o objeto de estudo desta pesquisa – a relação entre as pessoas idosas em situação asilar e a (des)proteção da seguridade social – mediante a realização da pesquisa bibliográfica.

Destaca-se ainda a consulta a duas fontes secundárias fundamentais a elaboração da categorização das unidades asilares pesquisadas: o Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (CFP, 2008) e o artigo

sobre Estudos Iconográficos derivado do Relatório sobre a Realidade dos Abrigos para Crianças e Adolescentes na cidade de João Pessoa/PB (ALMEIDA; BARROS, 2008).

As unidades asilares pesquisadas compõem o universo das instituições de longa permanência existentes na cidade de João Pessoa/PB, destinadas ao abrigamento de pessoas idosas, registradas no Conselho Municipal do Idoso que foram Lar da Providência “Carneiro da Cunha”, Associação Promocional do Ancião (ASPAN), Casa da Divina Misericórdia, Instituição Espírita Nosso Lar, Internato Casa da Vovozinha e Ministério de Atendimento Assistencial Nordestino de Acampamento e Instituto (MAANAIN).

A construção da amostra dos sujeitos da pesquisa deu-se em torno de 15%, o que corresponde a quarenta e cinco pessoas idosas entrevistadas, conforme Quadro abaixo:

TABELA 02 – Universo e Amostra da Pesquisa das Instituições Asilares. João Pessoa/PB, 2007

INSTITUIÇÕES	UNIVERSO	AMOSTRA
ASPAN	94	14
Casa da Vovozinha	16	03
Divina Misericórdia	27	04
Lar da Providência	119	19
MAANAIN	11	02
Nosso Lar	26	04
TOTAL	293	46

FONTE: Primária.

Ao se pesquisar as instituições asilares de João Pessoa, verificou-se que o percentual de pessoas idosas em situação asilar, comparado com o percentual total dessas pessoas residentes em João Pessoa ainda é pequeno. Tradicionalmente em João Pessoa, quem mais abriga as pessoas idosas ainda é a família. Assim, de modo geral, as pessoas idosas que não constituíram famílias, não tiveram filhos, não fortaleceram os vínculos afetivos com seus familiares, não possuem condições de autossustentarem e dentre outros motivos, resta a esses as instituições asilares.

Essas instituições são geralmente instituições privadas, de cunho religioso e filantrópico, que possuem a função social de abrigar, sobretudo, as pessoas idosas

que estão em situação de abandono, sem moradia, sem família e sem condições de autodirigirem suas próprias vidas. Em João Pessoa, nenhuma instituição asilar é público-governamental, todas são privadas, fundadas por iniciativa particular ou de grupos sociais religiosos ou de membros da sociedade civil (FIGUEIRÊDO, 2003).

Constatou-se que as mesmas apresentam aspectos próprios que determinam as normas vigentes para seu funcionamento. Atestou-se que todos os aspectos referentes à vida das pessoas idosas são realizados no contexto asilar, cuja rotina diária é igual para todos que nele residem. Também foram observados outros aspectos, tais como: a falta de autonomia e independência, notadamente marcada pelas dificuldades em realizar as tarefas do dia-a-dia e a presença constante da ociosidade, uma vez que as atividades programadas pelas instituições são mínimas, assim, a pessoa idosa passa maior tempo do dia ocioso em virtude da inexistência de atividades ocupacionais.

Esse dado se contrapõe com que é defendido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2008, p. 40) quando indica que “O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações, o idoso possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima autonomia e qualidade possíveis”.

Apesar de ser preconizado pelo Estatuto do Idoso (2003), pelo Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (2002) e pela Associação Brasileira de Psicologia (2006) de que a equipe de profissionais envolvida na assistência a pessoa idosa deve incluir médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais entre outros, verificou-se que a atenção prestada a essas pessoas é precária. A quase totalidade das instituições pesquisadas não possui equipe multidisciplinar capacitada para trabalhar com essa demanda e a quantidade de funcionários é insuficiente.

Esse conjunto de fragilidades faz com que a pessoa idosa em situação asilar tenha limitações físicas e cognitivas, apresentando com frequência profunda apatia e desinteresse pela própria vida. Quando o necessário seria que as instituições incentivassem e permitissem que seus usuários idosos desenvolvessem autonomia,

habilidades cognitivas e contatos sociais, ajudando-os a melhorar seu bem-estar físico, cognitivo e psicológico.

Mesmo diante dessa precária realidade, reconhece-se o importante papel que as instituições asilares pode desempenhar junto às pessoas idosas que delas necessitam, bem como a sociedade. Passa-se a descrever a seguir a realidade de cada instituição asilar pesquisada.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ASILARES PESQUISADAS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

O Brasil nessas últimas décadas deu passos muito importantes na construção de um Estado Democrático de Direito, processo este que foi consagrado um conjunto de garantias fundamentais em sua ordem jurídica, a começar pela Constituição Federal de 1988, conforme expressa o Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (CFP, 2008).

Frente a esse avanço legal, através da Constituição de 1988, o conceito abrangente de Seguridade Social estendeu os direitos de cobertura de saúde, assistência social e previdência social para a totalidade da população, inclusive o segmento populacional idoso.

Nesta pesquisa, optou-se pesquisar as pessoas idosas em condição asilar como as instituições asilares, cadastradas no Conselho Municipal do Idoso de João Pessoa/PB. Conforme se assinalou, essas instituições são:

- Lar da Providência Carneiro da Cunha;
- Associação Promocional do Ancião (ASPAN);
- Casa da Divina Misericórdia;
- Instituição Espírita Nosso Lar;
- Internato Casa da Vovozinha;
- Ministério de Atendimento Assistencial Nordestino de Acampamento e Instituto (MAANAIN).

Dentre as instituições asilares existentes no Município de João Pessoa/PB, ressalta-se ainda a “Vila Vicentina Júlia Freire” que embora cadastrada no Conselho do Idoso do Município de João Pessoa, a direção dessa instituição recusou-se a participar da referida pesquisa por determinação da sua equipe gestora.

A análise descritiva das instituições asilares pesquisadas que se segue fundamentou-se na lógica explicativa adotada no Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (2008), realizada em vinte e quatro instituições de onze estados da Federação e do Distrito Federal, pela Ordem dos Advogados do Brasil – OAB e do Conselho Federal de Psicologia – CFP, no decorrer de 2007. Essa análise caracteriza a realidade de cada instituição asilar à luz dos seguintes aspectos descritivos:

- Historicidade da Instituição;
- Recursos Humanos;
- Instalações Físicas;
- Dinâmica de atendimento.

Adotou-se na caracterização das instituições asilares os seguintes parâmetros: **pequeno porte** as que são constituídas de até 30 leitos, **médio porte** as que possuem de 31 a 70 leitos e **grande porte** as instituições que possuem acima de setenta leitos.

2.1.1 Lar da Providência “Carneiro da Cunha”

Com base no citado Relatório elaborado pela OAB e CRP (2008), segue a análise descritiva das seguintes variáveis:

- **Historicidade da Instituição**

Essa instituição foi fundada em 1912 por um grupo, liderado pelo Coronel Joaquim Manuel Carneiro da Cunha, e, teve seu patrimônio incorporado ao da Associação Brasileira de Educação e Assistência Social (ANBEAS) em 1963. O Lar da Providência “Carneiro da Cunha”, localiza-se na Avenida Santa Catarina, no

bairro dos Estados, na cidade de João Pessoa/PB. Trata-se de uma instituição de grande porte, de caráter filantrópico e privado que presta serviços sociais permanentes à população idosa em situação de vulnerabilidade, como acolhe também pessoas idosas com melhores condições socioeconômicas em que se verifica a impossibilidade ou a dificuldade da família em acompanhar e preservar cotidianamente a saúde física, mental e espiritual do seu membro idoso.

É a maior instituição asilar de João Pessoa, portanto do estado da Paraíba, tanto em extensão como em capacidade de atendimento. Tem como objetivo promover atendimento biopsicossocial a pessoa idosa nele residente através de ações que possibilitem uma melhoria na qualidade de vida. Abriga pessoas idosas de ambos os sexos com idade igual ou superior a sessenta anos, que estejam em situação de vulnerabilidade e desamparo social e/ou familiar. São consideradas para admissão três situações: a pessoa idosa em situação de abandono; não possuir família ou a família não possuir condições (financeiras ou não) de mantê-los. Desde sua fundação é administrado pelas Irmãs dos Pobres de Santa Catarina de Sena.

Sua capacidade é para 150 pessoas idosas. Atualmente abriga cento e dezenove pessoas, sendo vinte e cinco do gênero masculino e noventa e quatro do sexo feminino. As pessoas idosas são encaminhadas para a instituição através da família ou da comunidade; alguns optam ir morar na instituição, e, grande parte desses idosos possui boas condições educacionais, sociais e econômicas.

A forma de manutenção dessa instituição acontece através dos recursos financeiros que as pessoas idosas residentes contribuem mensalmente, o que equivale a 70% do valor de seu benefício, além de doações, de campanhas sociais e de recursos repassados pela ANBEAS. As pessoas idosas que residem em apartamentos/suítes individuais pagam um aluguel que varia entre setecentos a novecentos reais (valor referente ao ano de 2007, correspondente ao período da coleta dos dados).

Deparou-se com apenas três pessoas idosas que não possuem nenhum tipo de rendimento. Não foi possível averiguar a fonte do recurso que as pessoas idosas recebem. Constatou-se ainda que o procurador da instituição recebe os proventos de 87 pessoas idosas que não possuem condições de administrá-los, enquanto 32

recebem e administram seus proventos. Essas pessoas contribuem com a instituição com 70% do valor de seu rendimento,

Quando necessário os idosos utilizam o valor restante dos seus proventos para compra de pertences pessoais, como roupas, produtos de higiene, gêneros alimentícios, remédios, consultas, exames e lazer.

- **Recursos Humanos**

O Lar da Providência dispõe de uma equipe multidisciplinar constituída de seis médicos, sendo três voluntários e três funcionários estaduais, que prestam serviços semanalmente ou quando necessário. Conta ainda com duas psicólogas, uma cedida pelo Governo do Estado da Paraíba e outra voluntária, uma odontóloga (funcionária pública estadual cedida), uma assistente social, um fisioterapeuta e sete auxiliares de enfermagem, contratados pela instituição. Possuem ainda duas Irmãs religiosas que exercem a função de técnicas de enfermagem. Os técnicos que são contratados pela instituição prestam serviços diariamente, já os voluntários ou os cedidos pelo Governo do Estado têm uma flexibilidade maior, podendo exercer sua função diariamente ou semanalmente.

A instituição possui convênios com algumas instituições de ensino superior (IES) que disponibilizam estagiários de diversas áreas do conhecimento como fisioterapia, enfermagem e fonoaudiologia. Dispõe ainda de cinquenta e quatro funcionários para funções de serviços de limpeza, cozinha, motorista e portaria. Acrescenta-se que a instituição não possui uma política de treinamento ou de capacitação para seus funcionários.

- **Instalações físicas**

A estrutura física do Lar da Providência dispõe de uma extensa área externa, com jardins bem arborizados, uma capela, passarelas que ligam os blocos e dois amplos salões para realizações de festas e eventos.

A parte interna é constituída por cinco blocos e um centro de recuperação, conforme se detalha a seguir:

- **Bloco Santa Catarina** – atende as pessoas idosas com maior debilidade física e mental, composto de uma sala para recuperação. Esta possui equipamentos específicos para a reabilitação dessas pessoas, nove quartos com trinta e dois leitos, cada quarto possui um banheiro com barras de segurança e piso antiderrapante.
- **Bloco Sagrado Coração de Jesus** – acolhe as pessoas idosas com maior autonomia, É composto de vinte e seis quartos com quarenta e cinco leitos, cada quarto possui banheiro adaptado com barras de segurança e piso antiderrapante. Possui duas salas de recuperação.
- **Bloco Santo Antônio** – acomoda os idosos portadores de Alzheimer. Possui dezesseis quartos com trinta e dois leitos, cada quarto possui um banheiro adaptado com barras de segurança e piso antiderrapante. Possui três salas de recuperação.
- **Bloco Santa Inês** – designado para as pessoas idosas com maiores condições econômicas que possam pagar mensalmente pelo seu uso um valor que varia entre setecentos a novecentos reais (Valor correspondente ao período da pesquisa: ano de 2007). Composto de vinte e seis apartamentos individuais de três cômodos (quarto, sala-cozinha, banheiro).
- **Bloco Nossa Senhora de Lourdes** – possui dez apartamentos, porém encontrava desativado no período da coleta de dados.

Além desses blocos, existe ainda o Centro de Recuperação com doze quartos particulares, cuja manutenção é de responsabilidade dos familiares e/ou dos cuidadores, sala de fisioterapia, de fonoaudiologia, psicologia e consultório odontológico.

Verificou-se que as instalações físicas do Lar da Providência estão adequadas às necessidades da demanda atendida, tanto a área interna como a externa são limpas, com aparência de muito cuidado. Possuem rampas, portas e corredores adaptados para a circulação de cadeiras de rodas.

● **Dinâmica de Atendimento**

A instituição promove atividades de lazer eventualmente e as atividades ocupacionais são realizadas por voluntários, mas, não possuem uma

sistematização. As datas comemorativas, tais como: Carnaval, Páscoa, festas juninas e Natal são celebradas pela instituição. Ademais, anualmente a semana do idoso é comemorada junto à comunidade com a tradicional “Feira do Lar da Providência”.

Os idosos recebem assistência espiritual. Diariamente é rezado o terço e celebrada a missa.

Registra-se ainda a realização de serviços específicos além de contar com a atuação dos funcionários da instituição, funcionários cedidos e voluntários, e, como se aludiu anteriormente conta com estudantes universitários de várias áreas do conhecimento mediante convênios com IES.

Em termos gerais, podem-se considerar como bons os serviços prestados pelo Lar da Providência às pessoas idosas nele residentes, embora essa instituição ressinta de outros serviços que garantam melhor qualidade de vida aos seus usuários, conforme expressa a gestora entrevistada:

“Apesar de ser feito tudo que podemos, sempre falta algo.”
(Irmã Socorro)

2.1.2 Associação Promocional do Ancião (ASPAN)

- **Historicidade da Instituição**

A presente instituição é de grande porte, de caráter privado e de cunho filantrópico. Localiza-se na Rua Antonio Correia de Matos, nº 55, no bairro do Cristo Redentor. Fundada em 10 de março de 1983 pelo atual presidente e diretor Sr Fabiano de Sales Vilar, foi construída com o objetivo de prestar assistência às pessoas idosas desamparadas. Sua capacidade é para atender 120 pessoas idosas, mas, atualmente abriga 94, sendo 15 do gênero masculino e 79 do feminino, com idade que varia de sessenta e cinco a cento e dois anos. As pessoas idosas são encaminhadas para a instituição através da família ou das pessoas da comunidade. Na maioria dos casos são pessoas idosas com necessidades financeiras ou em situação de abandono.

A forma de manutenção dessa instituição advém de subsídios oficiais do governo federal repassados pela Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano (SEDH) e dos recursos financeiros provenientes das pessoas idosas residentes na ASPAN que contribuem mensalmente, o equivalente a 70% do valor do benefício recebido (aposentadoria, BPC etc.) e também de doações.

Constatou-se que todas as pessoas idosas possuem algum tipo de rendimento, entretanto, não foi possível saber a fonte do recurso que elas recebem. O recebimento dos vencimentos dessas pessoas dá-se através do procurador da instituição, sendo repassado para pessoas idosas com maior orientação e lucidez 30% do valor total, já os idosos que passam por uma desorientação temporal e espacial a instituição deposita esse valor em uma poupança, conforme expressa a gestora da ASPAN entrevistada:

“Os idosos contribuem com 70% da sua renda. Os 30% restantes são repassados para os idosos conscientes. Esse valor dos outros (os idosos demenciados) é depositado na sua poupança.” (Maria da Penha Leite, vice-diretora)

Como se elucidou anteriormente quando necessário, as pessoas idosas utilizam o valor restante dos seus proventos para compra de pertences pessoais, como roupas, produtos de higiene, gêneros alimentícios, remédios, consultas e exames.

- **Recursos humanos**

A instituição conta com uma equipe de saúde de nove profissionais, sendo cinco voluntários, destes, dois são médicos, uma psicóloga, uma assistente social e uma fisioterapeuta. Outros três médicos são cedidos por instituições governamentais e um fisioterapeuta é contratado por essa instituição e atua diariamente.

Os profissionais voluntários prestam serviços semanalmente ou quando é solicitado pela instituição. Ainda fazem parte do quadro funcional seis técnicos de enfermagem, 04 cozinheiras, 01 motorista, 19 serviços gerais. A instituição não possui uma política de treinamento ou capacitação para seus funcionários.

- **Instalações físicas**

A instituição possui 40 dormitórios, separados por gênero, desses apenas um possui 10 leitos, abrigando idosos com debilidade física ou mental; os demais possuem um ou dois leitos; todos quartos têm banheiros com barras de segurança e piso antiderrapante. Alguns cômodos possuem TV, ventiladores e armários; esses móveis são cedidos pela instituição ou trazidos pelas pessoas idosas ou doados.

A Associação possui uma sala da diretoria; uma sala de estar que também serve para receber visitas que consta de: uma mesa com cadeiras, poltronas e TV; uma sala de curativos com armários que organizam os medicamentos; uma enfermaria com quatro leitos, uma bomba de oxigênio e um ar condicionado; dois refeitórios com mesas e cadeiras de madeira e lavabo para as mãos; duas cozinhas adaptadas com fogões industriais, geladeiras e freezers; um salão com cadeiras e TV onde ficam as pessoas idosas dependentes; uma sala de fisioterapia com equipamentos específicos; uma lavanderia industrial; dois roupeiros sendo um masculino e o outro feminino; e um apartamento para os funcionários.

A área externa da instituição é calçada e possui vários vasos com plantas e uma fachada arborizada. Há uma área para estacionamento de carros e uma imagem grande de Jesus Cristo, que chama atenção dos visitantes e de todos que por esse espaço passam. Existe uma capela com ambientação agradável à contrição. Os corredores da Associação possuem som ambiente. Verificou-se que a música está presente durante todo dia.

Apesar de as instalações físicas serem simples, estão adequadas às necessidades da demanda atendida, além de possuírem barras de segurança, rampas e piso antiderrapante.

- **Dinâmica de Atendimento**

A instituição promove atividades ocupacionais e de lazer com pouca frequência. O lazer limita-se em escutar música, programação da TV e banho de sol e não oferece nenhum tipo de atividade ocupacional. Algumas datas são comemoradas pela instituição, tais como: Páscoa, festas juninas e Natal em parceria com grupos voluntários, alunos das IES conveniadas. A Associação possui

convênios com duas IES: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPE), que oferece serviços na área de psicologia e o Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP) com serviços na área da fisioterapia.

As pessoas idosas internas recebem assistência espiritual através da missa que acontece semanalmente com a participação da comunidade. Eventualmente são promovidos passeios.

No que se refere à alimentação, a instituição oferece cinco alimentações, servidas de acordo com as necessidades de cada pessoa idosa.

Os serviços prestados as pessoas idosas residentes, conforme expressa a gestora entrevistada, são considerados bons, mesmo que se reconheça

“[...] que alguns serviços ficam a desejar”.
(Maria da Penha Leite, vice-diretora)

2.1.3 Casa da Divina Misericórdia

- **Historicidade da Instituição**

Trata-se de uma instituição particular, de cunho filantrópico e religioso. Caracteriza-se como de pequeno porte. Localiza-se na Av. Capitão José Pessoa, nº 85, no bairro de Jaguaribe. Foi fundada em 07 de fevereiro de 1999 a partir de um projeto religioso da Comunidade “Servos de Maria” com a finalidade de atender e cuidar de pessoas idosas.

Atende exclusivamente à população feminina com faixa etária de 62 a 104 anos. Sua capacidade é de 28 pessoas idosas, atendendo no momento da pesquisa a 27 idosas. Uns dos critérios para admissão é estar em situação de vulnerabilidade econômica, ter mais de 60 anos, ser do gênero feminino e que não desfrute de boas condições de saúde.

Os recursos institucionais são provenientes da contribuição dos residentes, que pagam 70% do valor de seus proventos. Todas as pessoas idosas possuem

algum tipo de rendimento, sendo que 08 recebem aposentadoria por tempo de trabalho, 07 aposentadorias por invalidez, 07 aposentadoria por contribuição, 03 pensão por morte e 02 recebem amparo para deficiente. A instituição também realiza campanhas sociais e recebe doações da comunidade e de benfeitores (pessoas da sociedade). O governo estadual contribui com o pagamento da água e da energia.

Os recebimentos dos proventos das pessoas idosas acontecem também através do procurador da instituição. Do dinheiro recebido, 70% são destinados para o pagamento mensal da instituição e 30% são empregados para ajudar a família e para comprar remédios e gêneros alimentícios para as pessoas idosas que a instituição não disponibiliza.

Segundo a gestora entrevistada, algumas campanhas e projetos sociais estão sendo realizados para construção de uma sede própria, localizada na Rua Zélia Medeiros de Araújo, nº 51, no Jardim Cidade Universitária.

- **Recursos humanos**

A instituição conta hoje com doze funcionários efetivos, dentre os quais quatro são técnicos de enfermagem, um auxiliar de escritório, um administrador, duas cozinheiras, duas cuidadoras sociais e dois para serviços gerais que trabalham em regime de 12/36 horas, além de um pedreiro e um auxiliar que estão trabalhando na construção da nova sede.

A respeito dos serviços de saúde prestados as pessoas idosas residentes, a instituição conta com profissionais voluntários, entre eles: um médico cardiologista, um dermatologista, uma ginecologista, uma geriatra que prestam serviços quando necessário. Uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista dão assistência semanalmente as pessoas idosas. Outros serviços são oferecidos, entre eles: a assistência espiritual que é realizada diariamente através da celebração da palavra, e, passeios são realizados eventualmente.

A Instituição, através da nutricionista oferece treinamento às cozinheiras, capacitando-as no manuseio dos alimentos; a fisioterapeuta e a fonoaudióloga realizam sistematicamente orientações a equipe de cuidadores.

Algumas instituições são parceiras, entre elas: a UFPB que disponibiliza estágios a alunos de fisioterapia, estes semanalmente atendem individualmente as pessoas idosas; o UNIPE que oferece através de projetos de extensão os alunos do curso de psicologia que semanalmente realizam estimulação cognitiva e socioemocional; e o Instituto Kumamoto que disponibiliza estagiários de enfermagem.

- **Instalações físicas**

A instituição conta de dois pisos: no piso superior há um terraço com cadeiras, uma capela, uma sala com TV, três quartos, uma sala de curativos, uma sala utilizada pela administração, uma sala para os profissionais efetivos e voluntários, uma cozinha e uma sala para as refeições. O piso inferior distribui-se da seguinte maneira: um terraço, cinco quartos, um banheiro com cinco vasos sanitários e dois chuveiros.

Os quartos são equipados com cômodas e ventiladores, alguns possuem TV e há uma média de três camas, sendo esses móveis cedidos pela instituição, ou trazidos pelas idosas ou doados. Alguns quartos não possuem janelas e apresentam precárias condições, como umidade e bolor.

As portas e os corredores não estão adaptados para a circulação de cadeiras de rodas, a entrada da instituição não possui rampas, e sim escadas constituídas de muitos degraus. Tais aspectos dificultam a locomoção das pessoas idosas dentro da instituição, impedindo que as mesmas circulem no pavimento contrário a seu aposento.

- **Dinâmica de Atendimento**

Raramente a instituição promove atividades de caráter interno e externo em virtude de as pessoas idosas que nela residem, apresentarem problemas de saúde, dificuldades físicas de locomoção e de ordem mental. Conforme relatou a gestora entrevistada, esse fato impede a realização de atividades ocupacionais, de lazer e passeios. Entretanto, é permitida a visita diária à instituição por familiares e membros da comunidade.

A rotina institucional diária limita-se em escutar música e por ser uma instituição de cunho religioso, as músicas sempre são religiosas. Em alguns dias da semana, grupos voluntários realizam lanches, oficinas de música e de beleza, e, de momentos de oração.

Em algumas datas como Natal, Páscoa, festas juninas e a semana do idoso são comemoradas em parceria com as instituições colaboradoras, grupos religiosos e a comunidade.

No que se refere à alimentação, a instituição conta com a contribuição voluntária de uma nutricionista, que organiza o cardápio diário das pessoas idosas, preparando de maneira individualizada as refeições para aquelas que necessitam de uma dieta especial.

Com relação ao atendimento na área de saúde, as pessoas idosas sempre que necessitam são encaminhadas para a unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) ou outras instituições públicas. Algumas vezes, as pessoas idosas são atendidas e medicadas pelos profissionais voluntários na própria instituição. Quando necessário o Instituto Kumamoto realiza acompanhamentos cardiológicos e exames.

A instituição também conta com grupos de alunos de Instituições de Ensino Superior, os quais, de acordo com sua formação acadêmica oferecem serviços específicos.

No que diz respeito à opinião sobre os serviços prestados as idosas pessoas residentes na instituição, a gestora entrevistada considera bons, conforme se manifesta abaixo:

“O cuidado que temos com os idosos é favorável, fica a desejar apenas a estrutura física que não atende satisfatoriamente as necessidades das idosas” (Marliete Arruda de Lima, diretora).

Vale ressaltar que apesar das instalações físicas não serem adequadas para atender as pessoas idosas, observou-se a preocupação da equipe gestora em agilizar a construção da nova sede para atender de maneira satisfatória e digna as necessidades das residentes.

2.1.4 Instituição Espírita Nosso Lar

- **Historicidade da Instituição**

A Instituição Espírita “Nosso Lar” é particular, de caráter filantrópico e de médio porte. Situa-se na Rua Abdon Milanez, nº 115, no Conjunto Castelo Branco. Foi fundada no dia 07 de setembro do ano de 1980 pelo atual diretor, Sr Laércio Josias de Sousa. Possui capacidade para 40 pessoas idosas, mas, atualmente a demanda atendida é de 26, sendo 09 do sexo masculino e 17 do feminino. As pessoas idosas são encaminhadas para a instituição através da família ou da comunidade, na maioria das vezes são pessoas com necessidades financeiras ou em situação de abandono.

A forma de manutenção dessa instituição acontece através de doações, de campanhas sociais e dos recursos financeiros que as pessoas idosas residentes pagam mensalmente, o que equivale a 70% do valor de seu salário ou benefício, conforme expressa abaixo o gestor entrevistado:

“Hoje na instituição temos 26 idosos internos, desses 21 pagam 70% do valor do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou da aposentadoria, [...] e três ainda não recebem o benefício”.

(Laércio Josias de Sousa, diretor)

Do total das pessoas idosas internas, 19 recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), 04 são aposentados e 03 não possuem nenhum tipo de renda. Geralmente o recebimento dos vencimentos das pessoas idosas acontece através do procurador da instituição, da família, de amigos ou da própria pessoa idosa. O destino do dinheiro recebido por essas pessoas é para o pagamento mensal da instituição e compra de roupa, de material de higiene pessoal, de alguns remédios e de gêneros alimentícios que a instituição não disponibiliza.

- **Recursos humanos**

A instituição conta com uma equipe de doze funcionários para serviços diversos e de apoio, destes seis são cedidos pela Autarquia Municipal Especial de Limpeza Urbana (EMLUR), vinculada à Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP)

e seis são funcionários da instituição, sendo duas cozinheiras, duas lavadeiras e dois para serviços de limpeza. A instituição não possui uma política de treinamento ou de capacitação para seus funcionários.

Quanto à equipe multidisciplinar, a instituição conta com a assistência de uma psicóloga, uma médica, uma enfermeira e uma nutricionista, todas voluntárias, não possuindo vínculos empregatícios com a instituição. Esses serviços são prestados uma vez por semana ou quando necessário.

Nesse sentido, a instituição não dispõe no seu quadro funcional de nenhum profissional, os serviços são voluntariamente realizados na instituição ou através de encaminhamentos para outros serviços fora da instituição.

- **Instalações físicas**

A instituição possui 22 dormitórios sendo separados por gêneros com até três leitos e banheiros. Estes possuem cadeira para banho, barra de segurança no sanitário e na ducha e piso antiderrapante. Alguns cômodos possuem TV, ventilador e armário. Os móveis também foram cedidos pela instituição ou trazidos pelas pessoas idosas ou doados.

Possui uma enfermaria com quatro leitos, um auditório que tanto é utilizado pelas pessoas idosas residentes como a comunidade, duas salas que servem de refeitório e sala de TV, nelas constam: mesas, cadeiras, poltronas e TV. A área externa da instituição é utilizada como um espaço que serve para receber os familiares ou visitantes, contendo várias cadeiras de balanço e vasos com plantas.

Apesar de as instalações físicas serem simples, encontram-se adequadas às necessidades da demanda atendida, possuindo barras de segurança, rampas, piso antiderrapante, portas e corredores adaptados para a circulação de cadeiras de rodas.

- **Dinâmica de Atendimento**

A instituição não promove atividades ocupacionais e de lazer com rara frequência. O lazer limita-se em escutar música, programação da TV e banhos de

sol. Algumas datas são comemoradas pela instituição, tais como: Natal e festas juninas. Apesar de a maioria das pessoas idosas não possuir condições físicas e psicológicas para se deslocar sem apoio ou monitoramento, os que possuem autonomia têm livre acesso, podendo se ausentar da instituição para resolver problemas pessoais quando necessitar.

As pessoas idosas internas recebem assistência espiritual que ocorre com grupos espíritas voluntários que frequentam a instituição. Essa frequência é semanal. Eventualmente a instituição recebe grupos de alunos de Instituições de Ensino Superior, os quais, de acordo com sua formação acadêmica oferecem serviços específicos. Entretanto esses serviços não são conveniados com a instituição.

Mesmo diante dessa realidade, a direção da instituição considera ótimos os serviços prestados às pessoas idosas residentes, conforme expressa o gestor entrevistado:

“Apesar das dificuldades encontradas, nós somos referência na doutrina espírita. Na Paraíba, não existe nenhuma instituição espírita como a nossa.” (Laércio Josias de Sousa, diretor)

2.1.5 Internato Casa da Vovozinha

- **Historicidade da Instituição**

O Internato “Casa da Vovozinha” é uma instituição asilar de doutrina espírita, de caráter particular e cunho filantrópico. Localiza-se na Rua Índio Piragibe, 182, Centro. Foi fundada no dia 01 de janeiro do ano de 1958; constitui-se na instituição asilar mais antiga da Paraíba. Respalhada na doutrina espírita “a caridade” tem como objetivo recolher pessoas idosas que estão em situação de abandono. Possui capacidade de atendimento para 16 idosas, funcionando no momento da coleta de dados com sua capacidade máxima. Por conseguinte, caracteriza-se como instituição de pequeno porte.

Das pessoas idosas residentes, nove recebem recursos financeiros e sete não possuem nenhum tipo de renda. Durante a coleta de dados, em entrevistas com os gestores da instituição as fontes dos recursos financeiros das pessoas idosas não foram informadas. Segundo dados obtidos junto ao gestor, o critério adotado para admissão da pessoa idosa é que a instituição possua vaga.

Assim como as demais instituições, a “Casa da Vovozinha” possui um procurador que é responsável pelo recebimento dos vencimentos das pessoas idosas. Segundo informação obtida, 70% desses vencimentos são destinados ao pagamento mensal das despesas da instituição e os 30% restantes são utilizados, quando necessário, para compra de roupas, produtos de higiene pessoal, gêneros alimentícios, ajuda a familiares, remédios, consultas, exames ou são depositados em conta bancária das idosas na Caixa Econômica Federal (CEF).

Além dos recursos financeiros que as idosas residentes pagam mensalmente, a manutenção da instituição decorre de doações, de campanhas sociais e colaboradores da união espírita. Conforme expressa a gestora entrevistada:

“[...] recebemos ainda auxílio das campanhas sociais, a exemplo da arrecadação do quilo, que é feita semanalmente; temos também algumas pessoas que são colaboradoras da união espírita que ajudam mensalmente” (Maria José, vice-diretora).

- **Recursos humanos**

A instituição possui cinco funcionários contratados, sendo dois cuidadores, uma cozinheira, uma lavadeira e um motorista. Uma psicóloga e uma massagista desenvolvem um trabalho voluntário semanal. Inexistem profissionais da saúde. A instituição não possui uma política de treinamento ou de capacitação para seus funcionários.

As pessoas idosas são encaminhadas e assistidas pelos profissionais do PSF. Quando necessário são encaminhadas para instituições públicas de saúde. A assistência fisioterapeuta é disponibilizada por estagiários de uma IES da cidade de João Pessoa. As pessoas idosas recebem assistência espiritual semanal e segundo a gestora entrevistada “[...] a prioridade da casa é o Evangelho”. Semanalmente uma voluntária realiza atividades ocupacionais, tais como: desenho, pintura, tricô e crochê.

- **Instalações físicas**

A instituição foi construída na parte de trás do terreno, estando na área da frente um espaço para estacionamento de carros, apesar de esse espaço ser amplo, não é apropriado para a circulação das pessoas idosas. Existe um terraço com cadeiras de balanço e nele as pessoas idosas com maior autonomia passam a maior parte do dia.

A “Casa da Vovozinha” possui três quartos: um desses possui doze leitos distribuídos um ao lado do outro em três fileiras, estando acomodadas tanto às pessoas idosas com maior debilidade física e mental como as idosas com maior autonomia. Além dos leitos, esse quarto possui um banheiro, algumas cômodas, um guarda roupa de duas portas e alguns ventiladores; os outros dois quartos acomodam três e duas pessoas idosas. Os quartos possuem pouca iluminação.

A instituição não possui enfermaria, gabinetes para profissionais nem sala de curativos. Esses serviços são realizados no próprio leito. Também não possui biblioteca, nem sala de lazer. A TV está localizada no refeitório. O culto do evangelho é realizado no refeitório. O refeitório é um espaço amplo, iluminado, com mesas e cadeiras de madeira. Observou-se, no momento da entrevista, que o refeitório apresentava boa higienização.

- **Dinâmica de Atendimento**

A instituição estimula a preservação dos vínculos familiares, porém, conforme depoimento da gestora entrevistada, os familiares quase não se fazem presentes. As pessoas idosas passam a maior parte do tempo sem nenhum tipo de estimulação, apesar dos trabalhos voluntários de atividades motoras e de massagem, esses estão presentes apenas uma vez por semana. Nesse caso, a rotina diária limita-se apenas aos horários das refeições.

Geralmente as datas comemorativas são festejadas na própria instituição. Todos os meses são comemorados os aniversariantes do mês. Mensalmente passeios são promovidos pela instituição.

No que se refere à alimentação, a instituição oferece cinco refeições, ou seja, café da manhã, almoço, lanche, jantar e o lanche noturno. O cardápio é administrado pela própria cozinheira, pois, a instituição não dispõe de nutricionista.

A gestora entrevistada considera ótimos os serviços prestados as pessoas idosas residentes, conforme afirma a gestora entrevistada:

“Não ficamos nada a desejar, a nossa meta é essa, a excelência.” (Maria José, vice-diretora)

2.1.6 Ministério de Atendimento Assistencial Nordestino de Acampamento e Instituto (MAANAIM)

- **Historicidade da Instituição**

Conhecida como Lar Evangélico MAANAIN, é uma instituição asilar de pequeno porte, de cunho particular e filantrópico que foi criada pelo pastor evangélico Sr. Vanderlan Ferreira Guimarães, em 12 de dezembro de 1996. Situada na Rua Joaquim Pereira da Silva, nº 62, no Bairro Água Fria.

A princípio surgiu como casa de apoio a crianças carentes, mas, sem êxito, passou a atender mulheres idosas que necessitam de assistência e cujas famílias não podem delas cuidar. Possui capacidade para 12 idosas, atualmente a demanda atendida é de 11 idosas, trazidas pela própria família. A única exigência para admissão da pessoa idosa é que tenha o mínimo de autonomia.

Os recursos institucionais são provenientes da contribuição das residentes, que assim como as demais pagam 70% do valor de seus proventos, além das doações da Igreja Evangélica Presbiteriana e da comunidade circunvizinha. Das pessoas idosas residentes, 10 recebem o BPC e apenas 01 não possui nenhum tipo de rendimento, a família é que custeia a institucionalização. Os recebimentos mensais dos proventos das pessoas idosas acontecem através do Sr Vanderlan Ferreira Guimarães (diretor da instituição) que possui os cartões e as referidas senhas. O destino dos proventos recebidos pelas idosas são como as demais

instituições, 70% para a manutenção da instituição (água, energia, telefone, alimentação, medicamentos e funcionários) e 30% restantes são administrados pela família ou colocados na conta bancária da idosa. Conforme expressa abaixo o gestor entrevistado:

“As idosas pagam 70% dos seus vencimentos para as despesas da casa e 30% elas entregam aos filhos (ou familiares). Quando não tem família é depositado na sua conta do banco.”

(Vanderlan Ferreira Guimarães, diretor).

- **Recursos humanos**

A instituição conta com seis funcionários, sendo uma auxiliar de enfermagem, três auxiliares de serviços gerais e duas cozinheiras. Não possui uma política de treinamento ou de capacitação para seus funcionários. Estes participam sempre que possível de cursos oferecidos pelo Serviço Social do Comércio (SESC), tendo participado dos cursos de cuidadores e de manipulação de alimentos.

A instituição não dispõe no seu quadro funcional de nenhum médico, psicólogo, fisioterapeuta, odontólogo, assistente social e outros. Na área da saúde, as pessoas idosas são assistidas pelos profissionais do PSF que visitam a instituição. Quando necessário são encaminhadas para instituições públicas de saúde. A nutricionista é a única profissional voluntária. As pessoas idosas recebem assistência espiritual semanalmente que acontece através da escola dominical; mensalmente são realizados passeios.

- **Instalações físicas**

A instituição apresenta aspecto de uma residência, possui quatro quartos, sendo um constituído de quatro leitos e três quartos com dois leitos; todos possuem ventiladores e cômodas. Esses móveis e equipamentos são cedidos pela instituição. Apenas um quarto possui banheiro; outro banheiro atende aos outros quartos.

Possui um terraço, que também serve de refeitório. Nele as pessoas idosas costumam passar a maior parte do tempo em cadeiras de balanço ou de plástico; há uma sala de TV e nela consta: poltronas, TV e DVD; uma cozinha relativamente

pequena, mas com aparência organizada e limpa. O quintal possui um terreno íngreme e a passagem da casa para o quintal é feita através de uma escada, o que dificulta a circulação das pessoas idosas.

A instituição não dispõe de enfermarias, gabinetes para profissionais, auditório, sala para atendimentos em grupo ou reuniões nem biblioteca. Fica evidente a pouca ou quase nenhuma estimulação no âmbito da educação, cultura e lazer.

No momento da pesquisa, a instituição estava passando por reforma, sendo colocadas barras de segurança nos sanitários e corredores, piso antiderrapante e adaptando um espaço para as cuidadoras, conforme exigências do Ministério Público Estadual. Apesar das instalações físicas serem simples, a instituição apresenta características peculiares de uma residência, organizada e higienizada.

● **Dinâmica de Atendimento**

A instituição não promove atividades ocupacionais, o lazer acontece quando a família propicia ou quando a instituição possibilita o que ocorre esporadicamente. Assim o lazer limita-se a conversas, escutar música e programação da TV. A instituição recebe frequentemente visitas de grupos da igreja, da comunidade e de alunos do curso de psicologia do UNIPE. Apesar de algumas pessoas idosas irem para a casa de sua família em algumas datas comemorativas, como: Páscoa, Dia do Idoso e Natal, essas são comemoradas pela instituição.

A preservação dos vínculos familiares é estimulado através de convites, sendo permitidas visitas diárias e passeios com as pessoas idosas sempre que a sua família solicitar.

A respeito da opinião sobre os serviços prestados as pessoas idosas residentes, o gestor entrevistado os considera bons, conforme expressa abaixo:

“O cuidado prestado aqui é carinhoso e se faz o melhor possível.” (Vanderlan Ferreira Guimarães, diretor)

Como se explicitou anteriormente, a caracterização das instituições asilares de João Pessoa/PB processou-se através da descrição a partir dos dados e dos

depoimentos dados pelos gestores entrevistados. O contraponto para os conceitos atribuídos pelos gestores entrevistados aos serviços prestados – de ótimos a bons – dar-se-á através dos dados e depoimentos dados pelas pessoas idosas entrevistadas, objeto de discussão dos Capítulos seguintes (III e IV).

A complementação dessa caracterização dá-se mediante o uso da pesquisa fotográfica, denominada de estudos iconográficos, de cunho qualitativo, o que se passa a realizar a seguir.

2.2 IMAGENS DAS INSTITUIÇÕES ASILARES DE JOÃO PESSOA/PB A PARTIR DE ESTUDOS ICONOGRÁFICOS

“Ao ‘falar por imagens’, a iconologia ensina e
convence.”

(Maurício Lissovsky, 1988)

Apesar de a escrita ser o recurso mais utilizado na pesquisa acadêmica, ao longo dos últimos anos, estudiosos (UEÓCKA, 2008; ALMEIDA E BARROS, 2008; ACHUTTI, 2004; LOIZOS, 2002) buscam ampliar o universo das fontes utilizadas na investigação científica. Nesse processo de busca insere-se a pesquisa fotográfica, também denominada de estudos iconográficos.

Segundo Almeida e Barros (2008, p. 1) asseveram que “Os Estudos Iconográficos consistem em um tipo de pesquisa qualitativa sobre um dado objeto da realidade social a partir da análise de ícones, como: gravuras, fotografias, imagens, pinturas, dentre outras manifestações, narrativas, linguagens e registros visuais”.

Trata-se de uma metodologia qualitativa, utilizada no campo da pesquisa social aplicada com o uso de métodos visuais através de fotografias. Nesse sentido, a fotografia expressa uma imagem que “[...] oferece um registro mais poderoso das ações temporais e dos acontecimentos reais – concretos, materiais.” (LOIZOS, 2002, p. 137).

A pesquisa iconográfica através da utilização da fotografia apreende um recorte espacial e temporal do real. No caso deste estudo, as fotografias foram tiradas, espacialmente, nas instituições asilares de João Pessoa/PB, no período de tempo compreendido entre abril de 2007 a abril de 2008.

Ao optar pela adoção de fontes de memória não textuais tem-se como objetivo interpretar e analisar através das fotografias os detalhes empíricos da vida cotidiana das instituições asilares que permaneceram invisíveis na coleta dos dados, revelando elementos indecifráveis. Nesse entendimento, a utilização de registros de imagens, sejam fotografias ou caricaturas, vem se constituindo em um novo campo para o pesquisador. Entretanto, ainda não se constituem como material fundamental de suporte para as pesquisas acadêmicas (UEÓCKA, 2008), por tal razão ainda consiste um recurso metodológico de caráter complementar.

Por se configurar como a tentativa da captura do real sobre as instituições asilares e de seus residentes idosos, as fotografias revelam a concretude das marcas deixadas pelo tempo, sobretudo nos usuários que vivem grande parte de suas vidas nesse espaço. Consolida-se, portanto, em imagens que revelam a realidade de uma velhice em situação asilar.

A esse respeito Ueócka (2003, p. 64) expressa que

[...] o registro fotográfico desperta a memória, faz aflorar emoções e reviver ocasiões específicas retratadas num determinado momento do passado. Esta fonte abriga o potencial único de, simultaneamente, apresentar um fato ocorrido e transmitir ideias, sentimentos e posturas de um grupo ou de uma pessoa com uma vivacidade e uma eloquência às vezes intraduzíveis em palavras. Quantas histórias carregam em si uma foto? Quantas recordações é capaz de evocar? A fotografia não trata apenas do momento registrado, apresenta, também, o contexto histórico que registrou fornecendo indicadores para a reconstrução da essência daquele momento.

Na visão desse autor, as fontes fotográficas tomadas como objeto prévio de exame prestam-se definitivamente para a essencial recuperação das informações de uma época. O registro fotográfico desperta a memória, faz aflorar emoções e reviver ocasiões específicas retratadas em um dado contexto histórico.

Os estudos iconográficos, adotados nesta pesquisa, centram-se em duas dimensões investigativas: as condições físicas das instituições asilares de João Pessoa/PB e a vivência das pessoas idosas residentes nessas instituições. Essas dimensões investigativas originam-se do protocolo da pesquisa iconográfica realizada por Almeida e Barros, publicada no livro “A Realidade dos Abrigos para Crianças e Adolescentes da cidade de João Pessoa/PB”, publicado pelo UNICEF, em 2ª Edição (2008). Essas dimensões apresentam as seguintes variáveis:

- **Infraestrutura:** as instalações físicas externas, como: fachada, entrada, pátio, jardim etc. e as instalações internas: dormitório, sanitários, refeitório, cozinha, sala de enfermagem, sala de TV, espaço para espiritualidade etc.;
- **Os sujeitos residentes** – no caso desta pesquisa, os idosos – nos cenários de asilamento: aparência física, expressões e manifestações diante da câmera: alegria, apatia, interesse etc.

O registro das imagens captadas no cotidiano das Instituições asilares de João Pessoa/PB a partir da adoção dessas dimensões investigativas possibilitou ir além do aparente, ao revelar traços da existência dos idosos abrigados como tristeza, alegria, dor, sofrimento, solidão, timidez, abandono, emoções que são expressas no olhar, no sorriso, na postura corporal, nos gestos, jeitos e trejeitos (ALMEIDA; BARROS, 2008).

Ademais, conforme essas autoras, os estudos iconográficos buscam constituir uma leitura da realidade que permite evidenciar os aspectos físicos da instituição (instalações e equipamentos), as condições de habitabilidade que oferecem aos idosos em situação asilar. Assim, a captura das imagens pela fotografia, nesta pesquisa, se propôs a apresentar uma dupla dimensão “[...] ao mesmo tempo a monumentalidade da(s) instituição(ões) e a intimidade da vida cotidiana [...]” (ACHUTTI, 2004, citado por ALMEIDA; BARROS, 2008, p. 3).

Desse modo, a utilização da fotografia amplia o processo de coleta e de interpretação dos dados da realidade das instituições pesquisadas, não apenas na captura dos aspectos físicos dessas instituições, como também nas imagens das pessoas idosas que residem nessas instituições. Assim, a fotografia torna-se uma ferramenta de pesquisa de campo, de descrição e interpretação, enquanto uma

narração que se articula aos textos escritos, aprofundando e desvendando a realidade pesquisada.

As fotografias apresentadas nesta Dissertação foram tiradas por alunos que participam da “Projeto de Intervenção junto ao idoso em situação asilar”, vinculado à disciplina de Psicologia do Desenvolvimento III do Curso de Psicologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), cuja docente é a presente autora.

São 38 fotos, organizadas e categorizadas de acordo com as dimensões investigativas e suas respectivas variáveis anteriormente descritas.

Enfim, a referida pesquisa fotográfica ocorreu nas instituições asilares do município de João Pessoa, apresentadas abaixo não em ordem alfabética, mas, em ordem crescente do número de idosos que cada instituição abriga. Mais uma vez evidencia-se que todas as instituições pesquisadas são cadastradas no Conselho Municipal do Idoso:

- Lar da Providência Carneiro da Cunha (119 idosos residentes);
- Associação Promocional do Ancião (ASPAN) (94 idosos residentes);
- Casa da Divina Misericórdia (27 idosos residentes);
- Instituição Espírita Nosso Lar (26 idosos residentes);
- Internato Casa da Vovozinha (16 idosos residentes);
- Ministério de Atendimento Assistencial Nordeste de Acampamento e Instituto (MAANAIN) (11 idosos residentes).

A seguir passa-se a apresentar a leitura fotográfica, de caráter descritivo e analítico das imagens da realidade das 06 instituições asilares pesquisadas, acima descritas, categorizadas à luz das duas dimensões investigativas: a infraestrutura (instalações físicas internas e externas) e as pessoas idosas nos cenários de asilamento (aparência física, expressões e manifestações diante da câmera: alegria, apatia, interesse etc.)

2.2.1 Infraestrutura: instalações físicas (externas e internas)

Essa dimensão investigativa foi dividida nas seguintes variáveis: as instalações externas (fachada, entrada, pátio, jardim etc.), as instalações internas (dormitório, refeitório, sanitários, sala da enfermagem, lugar da espiritualidade etc.) e os móveis, utensílios, equipamentos e medicamentos.

As fotografias, que se passa a expor, descrevem a realidade das instituições asilares do município de João Pessoa/PB. Essas fotografias favorecem uma compreensão visível e concreta ao leitor. As instalações das instituições pesquisadas apresentam condições físicas que variam. Pode-se atestar que a maioria dessas instituições não oferece infraestrutura condizente para o acolhimento das pessoas idosas nelas residentes, embora os seus gestores tenham considerado de bons a ótimos as condições físicas e os serviços prestados por tais instituições.

a) Instalações externas: fachada, entrada, pátio, jardim etc.



FOTO 01 – Associação Promocional do Acião – ASPAN (Data: 21/08/2007)



FOTO 02 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007)



FOTO 03 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007)



FOTO 04 – Lar da Providência (Data: 17/06/2007)



FOTO 05 – Casa da Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)



FOTO 06 – Instituição Espírita Nosso Lar (Data: 14/04/2008)

As fotografias revelam que as instalações físicas das instituições asilares pesquisadas não são construções apropriadas à sua função. Algumas dispõem de escadas ou degraus que dificultam a locomoção das pessoas idosas, principalmente dos idosos cadeirantes. Desse modo, essas instalações não obedecem aos padrões de construção adequados para atendimento das necessidades das pessoas idosas que nelas residem.

Mesmo que parte dessas instituições esteja sendo reformada para se ajustar ao melhor atendimento das necessidades das pessoas idosas, ainda apresenta problemas da adequação do espaço construído/reformado. Essa realidade não é peculiar a cidade de João Pessoa/PB, pesquisas nacionais apontam a inadequação física dos asilos, como se atesta nos resultados da pesquisa realizada na cidade de São Paulo/SP.

Em pesquisa realizada por Castro (2002), sobre a estrutura física de 29 asilos da zona sul da cidade de São Paulo, foi constatado que a infra-estrutura da maior parte deles é inadequada, sendo a população idosa abrigada em condições precárias (ALCÂNTARA, 2004, p.39).

b) Instalações internas: dormitório, sanitários, refeitório, cozinha, sala de enfermagem, sala de TV, espaço para espiritualidade etc.

As instalações internas das instituições asilares pesquisadas, embora se apresentem limpas e expressem simplicidade, no entanto, os gestores de algumas delas confundam simplicidade com precariedade. Verificou-se que as pessoas idosas vivem em cômodos que podem ser desde individual até cômodos com vários leitos, algo que descaracteriza a estrutura física de uma casa residencial. Ademais, os cômodos possuem móveis. Atestou-se que a maioria deles oferece apenas uma cômoda para guardar alguns pertences das pessoas idosas. Em sua maioria, esses cômodos constituem-se ambientes ausentes de luz e de ventilação.

b.1) Dormitórios



FOTO 07 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007)



FOTO 08 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007)



FOTO 09 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007)



FOTO 10 – Casa Divina Misericórdia das pessoas idosas (Data: 23/03/2008)



FOTO 11 – Casa da Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)



FOTO 12 – MAANAIN (Data: 11/04/2007)



FOTO 13 – Instituição Espírita Nosso Lar (Data: 14/04/2007)

No que diz respeito aos dormitórios e banheiros das instituições asilares algumas atendem aos mínimos exigidos, outras, porém, apresentam condições sub-humanas. Acomodam seus usuários idosos em espaços coletivos com apenas um sanitário. Alguns cômodos passaram por reformas, sendo que itens como ventilação e iluminação apresentam problemas, existindo umidade e proliferação de fungos pelas paredes. “A norma do Ministério da Saúde impõe que haja no máximo quatro leitos por dormitório. Em 70% das instituições beneficentes pesquisadas, foram encontrados quartos com seis camas ou mais”. (ALCÂNTARA, 2004, p. 40). A mesma realidade foi atestada nesta pesquisa fotográfica.

As fotos a seguir revelam a precariedade dos sanitários, alguns não oferecem privacidade, criando uma situação constrangedora para a pessoa idosa, sempre muito ciosa da sua privacidade. Alguns banheiros dispõem de apoio – as barras de segurança – nos vasos sanitários e boxes, possuem cadeiras para banho, no entanto não são as mais adequadas para a higiene.

b.2) Sanitários



FOTO 14 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007)

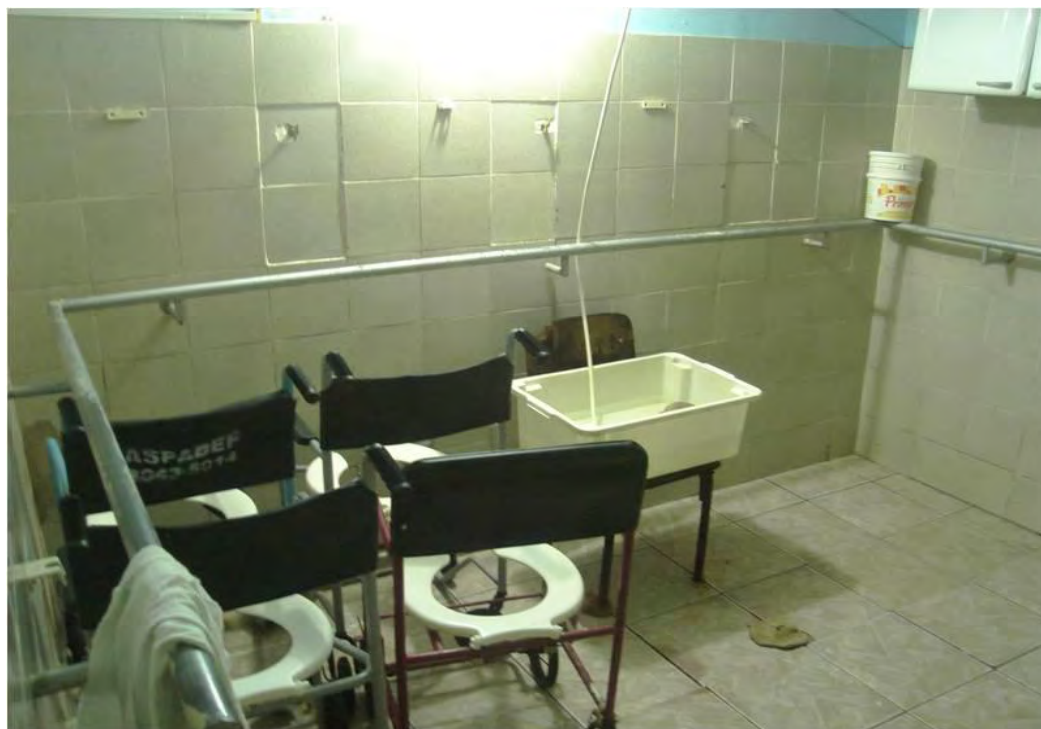


FOTO 15 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)



FOTO 16 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007)



FOTO 17 – MAANAIN (Data: 11/04/2007)

b.3) Refeitórios

No que diz respeito as salas de refeição e cozinhas algumas são constituídas de móveis (mesas, cadeiras, geladeira, fogões etc) em estado regular. Em sua maioria, aparentam serem móveis doados as instituições e reaproveitados para esse fim. Na pesquisa “Idosos Asilados do Município de Canoas/RS”, Groenwald (2004, p. 120) analisa essa questão:

Alguns ambientes, como a cozinha, também foram adequados em termos de pintura e azulejos, dando a falsa aparência de estarem cumprindo com as exigências legais estabelecidas. Porém, essas providências são insuficientes, já que o espaço físico destinado ao preparo das refeições não comporta o número de institucionalizados por casa. Isso reflete nas adaptações promovidas pelos administradores das instituições, que deixam de cumprir exigências legais estabelecidas.

No tocante às condições de higiene verificou-se que os funcionários tentam manter o ambiente limpo, no entanto muitas vezes são as próprias pessoas idosas

que impedem a higienização desse ambiente, ao cuspirem e despejarem restos de alimentos na mesa e no chão, principalmente nos horários das refeições. Não se pretende culpabilizar as pessoas idosas por tais atos, apenas se reconhece a sua existência. Esses atos presentes no cotidiano somados ao ambiente mal iluminado e sombrio contribuem para que esse local reproduza uma atmosfera de tristeza, de descaso e de solidão que caracteriza a maior parte dos asilos.

Sabe-se que a grande maioria das instituições não está preparada para proporcionar aos seus residentes, serviços individualizados que respeitem a personalidade, privacidade e modos de vida diversificados. Há uma desvalorização das necessidades do idoso, por se acreditar que estas se limitam a certas prioridades fisiológicas (alimentação, vestuário, moradia, cuidados de saúde e higiene) remetendo ao esquecimento as de nível social, afetivo e sexual (XIMENES; CÔRTE, 2007, p.33)



FOTO 18 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007)



FOTO 19 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007)



FOTO 20 – Instituição Espírita Nosso Lar (Data: 14/04/2007)



FOTO 21 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)

b.4) Cozinha



FOTO 22 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007)



FOTO 23 – Instituição Espírita Nosso Lar (Data 14/04/2007)



FOTO 24 – MAANAIN (Data: 11/04/2007)

b.5) Sala de Enfermagem

Das seis instituições asilares pesquisadas, três não possuem sala de enfermagem, o que pressupõe falta de estrutura adequada e inviabilização da qualidade do serviço prestado no tocante aos primeiros socorros às pessoas idosas nelas residentes. No entanto, durante o processo de coleta de dados, verificou-se que as instituições que disponibilizam da sala de enfermagem, estas se encontram em bom estado de organização e higienização, como se pode vislumbrar nas fotografias que seguem.



FOTO 25 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007)



FOTO 26 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)

b.6) Sala de Estar e TV

As salas de estar e TV das instituições asilares pesquisadas são simples. A maioria constitui-se apenas de várias cadeiras e TV. A televisão nem sempre está em posição que todas as pessoas idosas possam assistir. Apesar de poder ser também um espaço para integração entre essas pessoas, constatou-se que nem sempre elas aproveitam esse espaço para esse fim.

Essa constatação indica a ausência de lazer da pessoa idosa nas instituições asilares, conforme também atesta o Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPs), resultado de uma inspeção conjunta da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e do Conselho Federal de Psicologia (CPF) a 24 instituições asilares de 11 estados da federação e do Distrito Federal, entre setembro e outubro de 2007.

20 idosos enfileirados em dois bancos de madeira aguardam a atividade do dia – ver um filme dublado na televisão, ao lado de um senhor que lê uma revista de três semanas atrás e de outros que dormem em cadeiras de rodas. A cena é comum em asilos superlotados do Brasil onde milhares de idosos ociosos "esperam pela morte". (CFP, 2008, p. 15)



FOTO 27 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)



FOTO 28 – MAANAIN (Data: 11/04/2007)

b.7) Lugar para a Espiritualidade

Todas as instituições asilares pesquisadas são religiosas: três, de cunho católico; duas, espíritas; e uma, evangélica. Por tal razão, a presença de símbolos religiosos como capela, altar, imagens, fotos e cartazes estão constantes.

Segundo pesquisas realizadas acerca do processo de envelhecimento indicam que à medida que as pessoas vão envelhecendo, a forma de ver o mundo vai perdendo os componentes materialistas e desabrochando a espiritualidade. É através do desenvolvimento da espiritualidade que a pessoa pode resignificar esse momento da vida, dando um novo sentido para atravessar bem essa fase.

Nessa perspectiva, Portal *et al.* (2003, p. 17) asseveram que “A espiritualidade é um sentimento de conexão com uma ordem superior, sendo percebida de forma diferente para cada pessoa”. Esses autores revelam ainda que “[...] a espiritualidade faz parte da humanidade, sendo necessária uma tomada de consciência da conexão do espírito com a vida, como um plano divino para criar uma pessoa melhor”. (PORTAL *et al.*, 2003, p. 17)



FOTO 29 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)



FOTO 30 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007)



FOTO 31 – Lar da Providência (Data: 17/06/2007)

2.2.2 Pessoas idosas nos cenários de asilamento: aparência física, expressões e manifestações de alegria, apatia, interesse etc.

A aparência física, as expressões e as manifestações captadas pela câmara fotográfica revelam as marcas das vidas institucionalizadas das pessoas idosas, caracterizadas pela segregação do contexto social, embora todas essas pessoas anunciassem vidas (corpos e mentes) que sentem, pensam, amam e, mais ainda, possuem direitos, como: direito ao respeito, à consideração, à participação, à liberdade de expressão, a ser amado, bem tratado e protegido, enfim, direito à vida digna.

Nas últimas décadas, nosso país deu passos muito importantes na construção de um Estado democrático de direito, processo que foi consagrando direitos e garantias fundamentais em sua ordem jurídica, a começar pela Constituição Federal de 1988. Entretanto, tais conquistas civilizatórias – pelas quais gerações inteiras entregaram o melhor de suas vidas – ainda não estão plenamente incorporadas como cultura democrática e republicana. (CFP, 2008, p. 13)



FOTO 32 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007)



FOTO 33 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007)



FOTO 34 – Internato Casa da Vovozinha (Data: 18/06/2007)



FOTO 35 – Casa Divina Misericórdia (Data: 23/03/2008)



FOTO 36 – MAANAIN (Data: 11/04/2007)



FOTO 37 – Associação Promocional do Ancião – ASPAN (Data: 21/08/2007)



FOTO 38 – Instituição Espírita Nosso Lar (Data: 14/04/2007)

As impressões retiradas da caracterização das instituições asilares apontam na mesma direção das considerações feitas no Relatório de Inspeção às ILPs, realizado pelo CFP (2008, p. 15):

Constatamos que o abandono independe de classe social, assim como o sofrimento e a falta de perspectivas para os idosos. Mergulhados em um modelo ainda predominantemente asilar, nossos idosos experimentam condições especiais de uma vida que, em muitos casos, já não merece esse nome. Em muitos momentos, a sensação que tivemos, ao ver o semblante daqueles homens e mulheres nas instituições que visitamos, foi a de que uma grande parte deles está ali tão somente porque ali é o lugar onde devem esperar pela morte. Mas, um lugar onde se espera pela morte é, de alguma maneira, um lugar já mortificado, um espaço onde o tempo não flui, arrasta-se onde a vida não pulsa, se esvai.

O estudo iconográfico sobre as Instituições Asilares do Município de João Pessoa permitiu apreender, além das emoções sentidas por esta pesquisadora no processo de captura das imagens ora apresentadas, a concretude de uma realidade esquecida pela sociedade, pelos familiares que deixaram – ou depositaram – seus parentes idosos e deles não se lembram mais. As pessoas idosas ao ser confinadas nas instituições asilares, tornaram-se invisíveis para a família, para o Estado e para a sociedade.

Esse estudo ainda possibilitou revelar, por um lado, a simplicidade, mas, acima de tudo a fragilidade e a precariedade dessas instituições, e, por outro, evidenciar a receptividade e o acolhimento das pessoas idosas durante esta pesquisa, em frente da câmara. Aludem a expressões revestidas de sentimentos que vão da tristeza à alegria, e, em alguns momentos de esperança.

Gratificante para esta pesquisadora foi perceber essa esperança que se traduz em traços dignos de humanidade nas manifestações de afeto e de afago das pessoas idosas asiladas que ainda continuam a expressá-las, mesmo que convivam com a solidão, o esquecimento e a invisibilidade de todos.

3 FENÔMENO DA VELHICE EM JOÃO PESSOA/PB: PERFIL DOS USUÁRIOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E A INSTITUIÇÃO ASILAR

“A vida só pode ser entendida retrospectivamente, mas deve ser vivida progressivamente.”

(Kierkegaard)

A lógica estruturante deste Capítulo centraliza-se na perspectiva dos usuários idosos das instituições asilares de João Pessoa/PB a partir de duas dimensões investigativas: a construção do perfil sociodemográfico e econômico desses usuários e a sua opinião sobre a instituição asilar.

Para tanto, recorreu-se a metodologias múltiplas através de instrumentos e técnicas quanti-qualitativas. Na fase da coleta foi utilizado um questionário dividido em três eixos investigativos: o primeiro eixo refere-se aos aspectos identitários dos usuários idosos entrevistados; o segundo eixo corresponde às opiniões desses usuários pertinentes à Instituição Asilar; e o terceiro trata da Seguridade Social segundo as opiniões desses usuários acerca das Políticas da Saúde, da Assistência Social e da Previdência Social. Este Capítulo versa sobre os dois primeiros eixos investigativos e o terceiro eixo será objeto de discussão do Capítulo seguinte.

A técnica adotada na aplicação do questionário consistiu na entrevista semiestruturada. Na fase de análise dos dados utilizou-se da leitura estatística descritiva para discussão dos dados quantitativos e a análise de conteúdo por categorização temática de Bardin (2006) para interpretação dos dados qualitativos, expressos nos fragmentos de fala dos usuários idosos entrevistados.

Acrescenta-se que os modelos do questionário adotado e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado junto aos sujeitos da pesquisa encontram-se nos apêndices deste trabalho.

A análise empírica – isto é, das fontes primárias – foi aprofundada mediante a interlocução com os estudos teóricos de autores que discutem as categorias temáticas que perpassam o objeto deste estudo à luz dos eixos investigativos: o

perfil identitário das pessoas idosas entrevistadas e a instituição asilar. Desse modo, procedeu-se à pesquisa bibliográfica dos autores e suas respectivas obras que estudam essas temáticas; bem como foi realizada a pesquisa documental em torno das fontes secundárias que subsidiaram a análise dos dados empíricos. Entre as fontes secundárias destacam-se as publicações censitárias do IBGE, as pesquisas realizadas pelo IPEA e pela FGV, além do Relatório do CFP (2008), cujas análises foram recorridas na elaboração do Capítulo anterior desta Dissertação.

3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS DAS INSTITUIÇÕES ASILARES DE JOÃO PESSOA/PB

Para proceder à análise do perfil dos usuários idosos entrevistados foram adotadas duas categorias investigativas: sociodemográficas e socioeconômicas por considerar fundamental ao objetivo desta pesquisa que se tipifica como uma pesquisa social aplicada. Para Giglio & Von Sinson (2001), é indispensável para as pesquisas sociais caracterizar as categorias sociológicas, como gênero, idade, classe social, etnia, renda, trabalho. Cada uma dessas categorias é compreendida como uma dimensão básica da vida social, no entanto, nenhuma delas analisadas isoladamente explica sua complexidade (MOTTA, 1999).

3.1.1 Perfil Sociodemográfico dos Usuários das Instituições Asilares de João Pessoa/ PB

O perfil das pessoas idosas residentes em instituições asilares no município de João Pessoa/PB, construído em torno de aspectos identitários sociodemográficos relaciona-se às variáveis de gênero, faixa etária, local do nascimento, estado civil, existência de filhos e nível de escolaridade.

Para realização da coleta desses dados, optou-se em pesquisar o universo das instituições asilares de João Pessoa/PB que é composto por 07 unidades cadastradas no Conselho Municipal do Idoso. No entanto, foram pesquisadas 06, em

razão de a direção das Organizações Vicentinas ter se recusado a responder os dados desta pesquisa. As instituições pesquisadas foram: Lar da Providência Carneiro da Cunha com o universo de **119 idosos**, Associação Promocional do Acião (ASPAN) com **94 idosos**, Casa da Divina Misericórdia com **27 idosos**, Instituição Espírita Nosso Lar com **26 idosos**, Internato Casa da Vovozinha com **16 idosos** e Ministério de Atendimento Assistencial Nordestino de Acampamento e Instituto (MAANAIN) com **11 idosos**.

Em torno do universo de 293 usuários idosos asilados nas 06 instituições, formulou-se uma amostra representativa de 15% composta por 46 idosos em situação asilar, cuja distribuição por asilo é vislumbrada no Gráfico abaixo:

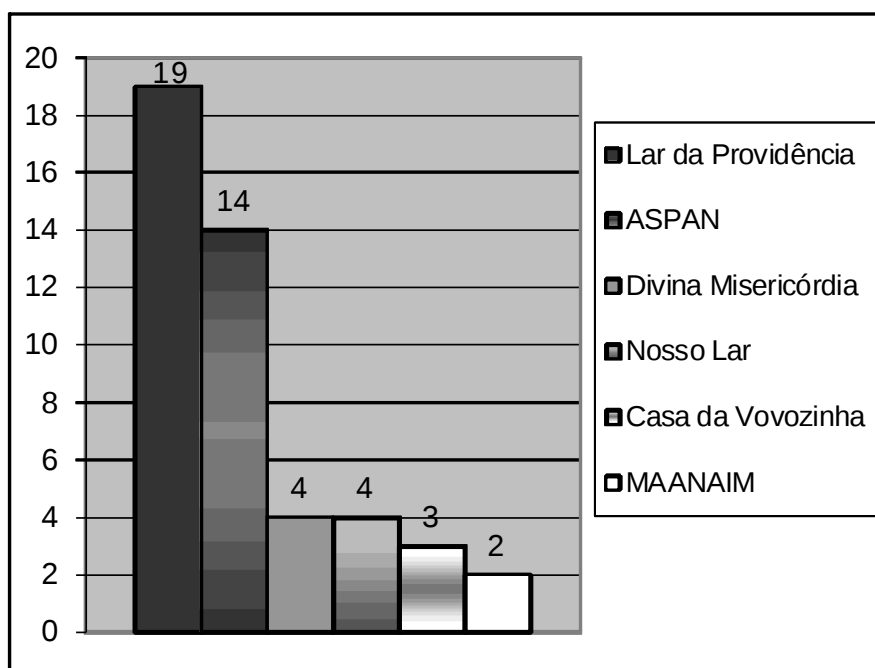


FIGURA 03 – Composição da Amostra dos Usuários por instituições asilares pesquisadas. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Conforme se detecta na leitura do Gráfico acima, 41% (19) do universo dos idosos asilados concentram-se no Lar da Providência Carneiro da Cunha, 30% (15) na ASPAN, 18% (4) distribuem-se igualmente nas instituições Casa da Divina Misericórdia e Instituição Espírita Nosso Lar, 7% (3) no Internato Casa da Vovozinha e apenas 4% (2) de idosos encontram-se na MAANAIN.

Evidencia-se que a amostra foi aplicada de forma não probabilística através da adoção da amostra por acessibilidade ou por conveniência, por possibilitar o pesquisador selecionar os indivíduos a que tem acesso, considerando que estes poderão, de certo modo, representar o universo (GIL, 1999).

Passa-se a analisar os dados identitários sociodemográficos dos usuários idosos entrevistados a partir da variável **gênero**, conforme mostra o Gráfico abaixo:

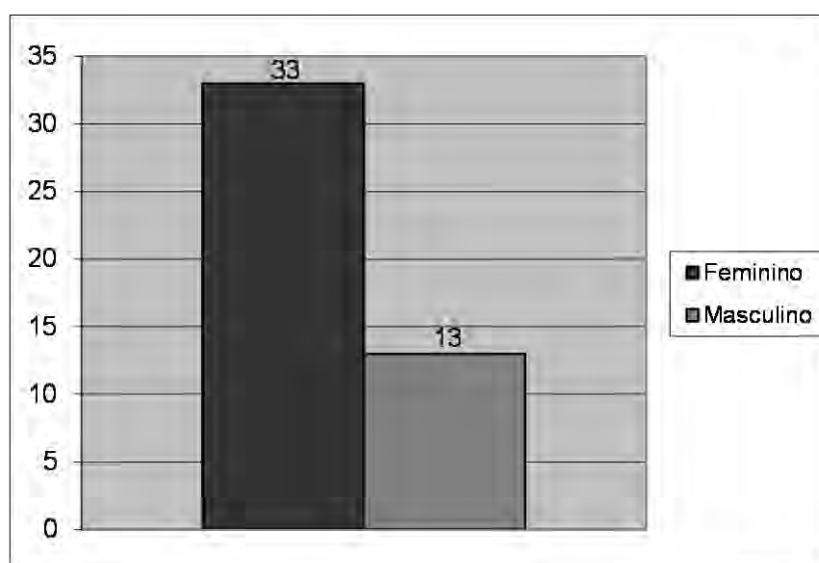


FIGURA 04 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo Gênero. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Esses resultados revelam que a amostra dos idosos entrevistados constitui-se majoritariamente de mulheres (72%). Expressa a realidade da população brasileira que é constituída em sua maioria por mulheres. O mesmo fenômeno demográfico ocorre com as mulheres idosas. Segundo Berzins (2003), as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo. No Brasil, 55% das pessoas idosas são mulheres.

Em 2002 existiam 678 homens para cada mil mulheres idosas no mundo. É bem maiores o número de mulheres idosas e este índice aumenta nas últimas faixas etárias da vida. Ou seja, quanto mais alta a faixa etária, maior será a proporção de mulheres (BERZINS, 2003, p.29).

Para essa autora, são vários os fatores que contribuem para a maior longevidade da população feminina, entre eles: a proteção hormonal do estrogênio; a

inserção diferente no mercado de trabalho; o consumo diferente de tabaco e álcool; a postura diferente em relação à saúde/doença e a busca por serviços de saúde.

Nesse contexto Veras (2003, p. 7) indica como fator contribuinte para a predominância de mulheres idosas a discrepância crescente das taxas de mortalidade entre homens e mulheres. Segundo esse autor existe um aumento excedente de mortalidade masculina em todas as idades, ou seja, morrem mais homens do que mulheres.

Existem algumas hipóteses que explicam porque as mulheres vivem mais que os homens: a) diferenças na exposição a risco – acidentes domésticos e de trabalho, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, são em conjunto, quatro vezes mais frequentes para os homens do que para as mulheres nas áreas urbanas brasileiras; b) diferenças no consumo de tabaco e álcool [...], os homens costumam consumir tabaco e álcool em maiores quantidades do que as mulheres; c) diferenças na atitude em relação às doenças [...]; d) atendimento médico-obstétrico – a mortalidade materna, antes uma das causas principais de morte prematura entre mulheres, é atualmente bastante reduzida. (VERAS, 2003, p. 7).

Além desses aspectos, sabe-se que a esperança de vida ao nascer para as mulheres, é cerca de nove anos maior do que a dos homens. Aos 60 anos é cerca de quatro anos maior do que a masculina. Em 1996 um homem que chegasse aos 60 anos podia esperar viver mais 16,3 anos e uma mulher, 20,4 anos (CAMARANO *et al.*, 2002).

Quanto às proporções de pessoas idosas no Brasil, verifica-se conforme IBGE (2006) que a proporção dessas pessoas nos estados de São Paulo e Minas Gerais é de 10,5%, percentuais que ultrapassaram a Paraíba – *locus* desta pesquisa – que apresentou um percentual de 10,1%. Portanto, a Paraíba possui um dos mais altos percentuais de pessoas idosas do País.

Quanto à população total das instituições asilares, Formiga (2002) evidencia que 70% das pessoas idosas em condição asilar são do sexo feminino, existindo uma quantidade maior de mulheres em situação asilar na cidade de João Pessoa. Fato explicado por Goldani (1999) ao afirmar que as mulheres tendem a viver mais e sozinhas, aumentando a probabilidade de dependerem de instituições de suporte como asilos, conventos e hospitais.

Estudos epidemiológicos assinalam que a maior longevidade feminina significa mais risco que vantagem, uma vez que a mulher é física e socialmente mais frágil do que os homens (NERI, 2001, p. 50).

[...] a feminização da velhice é vista principalmente como problema médico-social. Os idosos de modo geral e as idosas em particular são objeto de um discurso ambíguo das instituições sociais e do Estado brasileiro, que ora protege, ora os aponta como causadores dos males que afligem os sistemas públicos de saúde e de previdência.

A citada autora assevera que do ponto de vista sociopsicológico o conceito de feminização da velhice está relacionado às mudanças nas normas e expectativas sociais relativas ao papel da mulher idosa na contemporaneidade. “As alterações são atribuídas não somente ao aumento do contingente feminino da população idosa, mas à sua crescente integração em diversas esferas da vida social que excedem o âmbito da família, antes reduto das mulheres idosas”. (NERI, 2001, p.51).

Outra variável a analisar trata do parâmetro etário para o reconhecimento do envelhecimento humano. Nesta pesquisa, adotou-se a orientação metodológica da Organização Mundial da Saúde (OMS) que indica ser o início da velhice aos 65 anos nos países centrais ou desenvolvidos e a partir de 60 anos nos países periféricos ou subdesenvolvidos. Salienta-se, no entanto, que a idade cronológica por si só não é suficiente para explicar o envelhecimento, assim como é difícil precisar quando uma pessoa começa a envelhecer.

O Brasil por ser um país subdesenvolvido, considera-se o início da fase da velhice a partir dos 60 anos de idade. No entanto, conforme Figueirêdo (2003, p.103), “[...] determinar esta fase é algo complexo, vez que dentro do próprio país, perpassando por inúmeras desigualdades, depara-se com realidades regionais cujos indicadores socioeconômicos se igualam ou se aproximam à realidade de países de primeiro mundo”. Sendo assim, essa delimitação cronológica estabelecida pela OMS requer maior atenção quanto ao seu uso, devendo ser considerado as diferenças sociais, econômicas e culturais de cada região.

Por outro lado, considerou-se também o Estatuto do Idoso (2003) em seu artigo 1º preconiza: “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos

assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”. (BRASIL/PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2003, p. 1).

A seguir, discute-se a variável **faixa etária** dos usuários idosos entrevistados, cujos resultados apresentam-se no Gráfico abaixo:

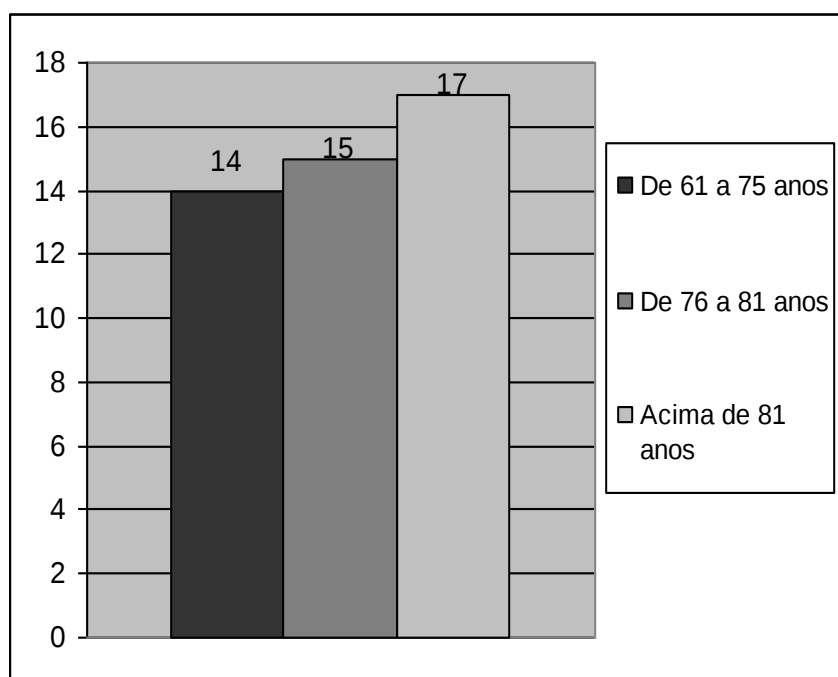


FIGURA 05 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo a Faixa Etária. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Nota: Média = 78,65 anos; DP = 9,5; Mín = 61; Máx = 10

O perfil etário das pessoas idosas entrevistadas, com base no Gráfico-05, mostra que 33% possuem mais de 81 anos, 33% possuem entre 76 e 81 anos e 30% possuem entre 61 e 75 anos de idade. A média de idade desses idosos é de aproximadamente 79 anos (podendo variar 9 anos para mais ou para menos), sendo a idade máxima de 103 anos e a mínima de 61 anos.

Esse dado demonstra, conforme Papalia e Olds (2000) que a probabilidade de se passar algum tempo em um lar de assistência/asilo é muito alta. Essa probabilidade aumenta com a idade. No entanto, Siqueira e Moi (2003) asseveram a inexistência de registros que indiquem o total de pessoas idosas brasileiras em situação asilar. Tomando como parâmetro os dados desta pesquisa verifica-se que o

número de pessoas idosas com idade superior a 75 anos em condição asilar é surpreendente.

A variável seguinte refere-se ao **estado civil** dos usuários idosos entrevistados

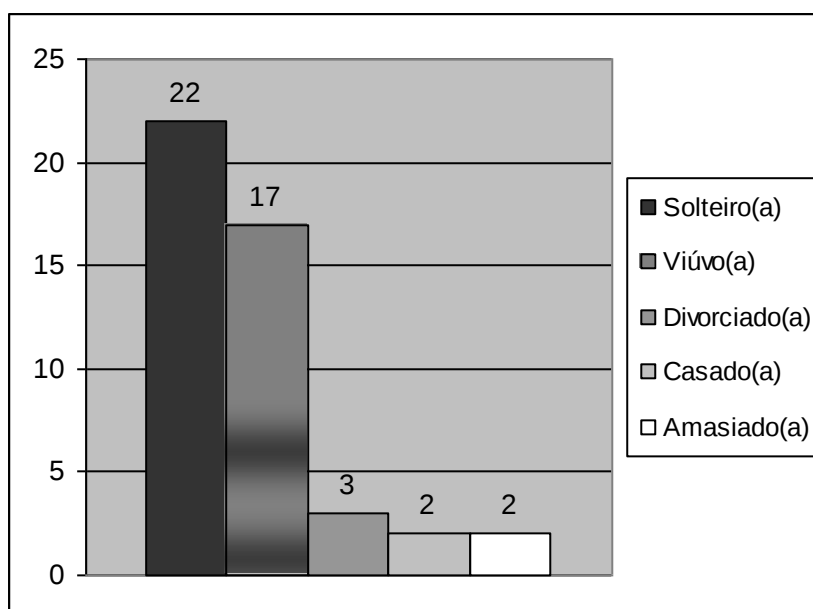


FIGURA 06 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo Estado Civil. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

De acordo com os resultados desse Gráfico, observa-se que maior parte da amostra é composta por pessoas idosas solteiras (48%) e viúvas (37%). Segundo Figueiredo (2003, p. 106):

[...] a alta incidência de idosos solteiros possui coerência investigativa, posto que ao se cruzar estes dados com os relativos à identificação por sexo a maioria do sexo feminino [...] De acordo com a dinâmica demográfica o homem casa mais que a mulher.

Palalia e Olds (2000) assinalam que cerca de 4% das mulheres e 5% dos homens de 65 anos ou mais nunca se casaram; estimam ainda que essa porcentagem de pessoas que nunca se casaram na população de idosos tende aumentar nas próximas décadas. Berzins (2003, p. 32) apresenta dois fatores que explicam essa prevalência:

Longevidade feminina e o fato de os homens, por influência cultural, preferirem casar com mulheres mais jovens (em 67% dos casamentos, os homens são mais velhos que as mulheres) Quanto mais idade tiver uma mulher, mais dificuldade ela terá de encontrar um parceiro.

Esse aspecto relacionado ao estado civil na velhice tem recebido bastante atenção, pois segundo Camarano (2004) traz implicações em termos de políticas públicas. Sendo uma grande parte das mulheres viúvas e solteiras, essas tendem a passarem pela experiência de debilitação biológica devido às doenças crônicas, tornando-se mais dependentes e conseqüentemente requisitando de maior assistência tanto do Estado, quanto da sociedade e da família.

Indica-se outro aspecto que contribui para esse resultado, é que parte das pessoas idosas em situação asilar dedicou muitos anos da sua vida a ocupação de empregada doméstica, residindo muito tempo em casa de terceiros – geralmente, os patrões – e ao envelhecerem, foram colocadas em instituições asilares. Os depoimentos das pessoas idosas entrevistadas revelam as razões da solteirice:

“Nunca me casei nem tive filhos, sai de casa para trabalhar. Hoje, velha, me pergunto se foi o melhor para mim?” (D.M.F, 80 anos).

“Minha vida não foi fácil, era a filha mais velha. Tinha que trabalhar no roçado, ajudar nos serviços da casa e ainda cuidar dos meus irmãos. Lutei muito, esqueci de casar.” (M.S, 76 anos).

“Logo cedo saí de casa para trabalhar nas casas de família. Ai os anos passaram e minha vida também passou. Não tive tempo de arranjar um casamento.” (T.J.P, 83 anos).

Outro aspecto a ser observado nos depoimentos das pessoas idosas entrevistadas, sobretudo nas mulheres, é o pequeno interesse pela procura de um novo companheiro, após a morte do cônjuge. Vários aspectos associam-se a esse desinteresse, como a questões relacionadas a idade, a doença e as experiências negativas que tiveram com o casamento.

Os dados seguintes a serem interpretados referem-se à **existência ou não de filhos** que, segundo a maioria das pessoas idosas entrevistadas não os possui, conforme se constata no próximo Gráfico:

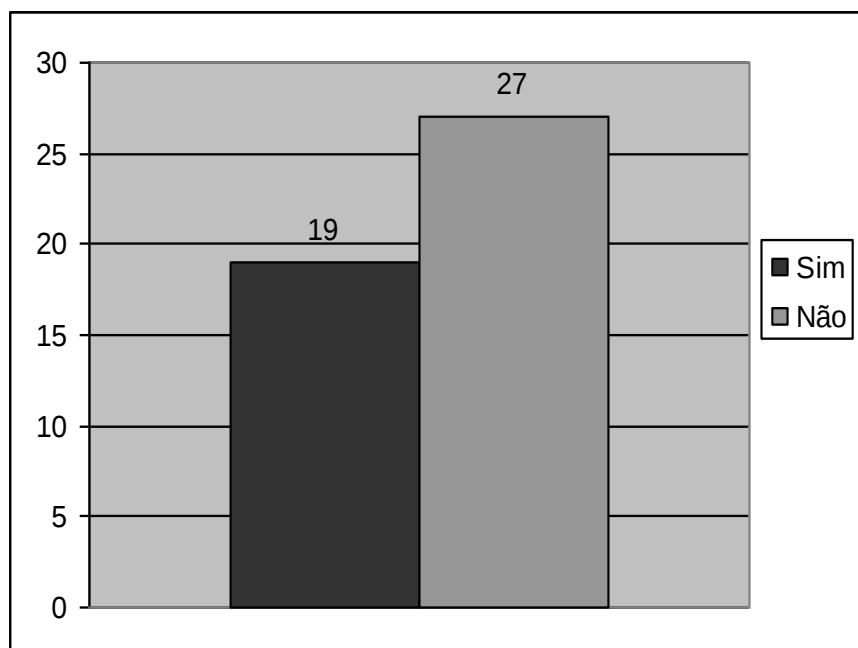


FIGURA 07 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo Existência de Filhos. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Nota: Média de filhos = 4,11; DP = 2,64

Esse Gráfico revela que mais da metade da amostra investigada, portanto 27 (58,7%) das pessoas idosas entrevistadas não tiveram filhos. Dentre os 19 (41,3%) idosos entrevistados que tiveram filhos, a média é de 4 filhos (variando ± 3). Esses dados podem ser corroborados ao cruzar com os do Gráfico 06 que tratam do Estado Civil desses entrevistados.

Decerto, reconhece-se a mudança demográfica ocorrida na estrutura das famílias brasileiras no decorrer dos anos. Essa mudança decorre da diminuição do tamanho da família que passa a ter poucos membros. A atual família nuclear compõe-se apenas dos pais e filhos. Com isso, dá-se o afastamento das pessoas idosas dos seus filhos e netos. Assim, tornou-se comum a perda total de contato entre os idosos e as suas famílias. Diante dessa realidade, a assistência à pessoa idosa torna-se difícil, o que pode levá-la a residir em instituições gerontológicas.

O fato de a grande maioria dos entrevistados (88%) não ter filhos pode-se deduzir que seja esta a razão de estes se encontrarem em condição asilar. Contudo, mais uma vez, afirma-se a impossibilidade de fazer generalizações, visto que há casos de idosos entrevistados que possuem filhos, mas que estão abandonados em asilos [...] (FIGUEIRÊDO, 2003, p.116).

Seguem depoimentos dos idosos entrevistados que expressam esse pensamento:

“Tenho filhos sim. Quatro que criei desde pequeno, casei com um viúvo e dois meus, mesmo. Desses, só um me visita.”
(F.M.S, 76 anos)

“Tive só um filho, trabalhei muito para criar. Hoje é engenheiro, mora aqui perto, vive bem. Me jogou aqui! Estou pagando pena há nove anos e ele não vem aqui trazer nenhuma aspirina. Vivo de esmolas, do que me dão.” (N.P, 73 anos).

Os resultados seguintes relacionam-se ao **local de nascimento** dos idosos entrevistados. Como se constata no Gráfico abaixo, 38 (82,6%) dos entrevistados nasceram na Paraíba, sobretudo nas cidades do interior do estado.

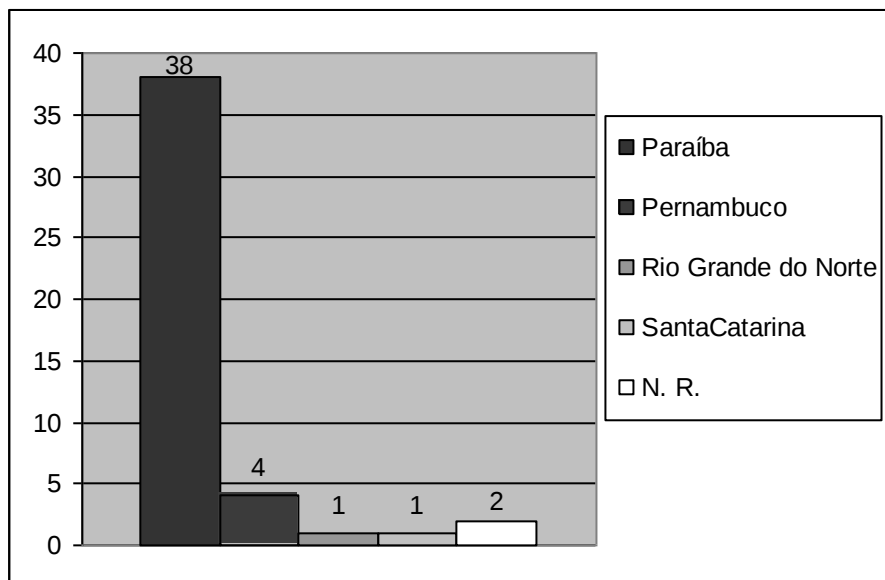


FIGURA 08 – Perfil dos usuários Idosos Entrevistados segundo Local de Nascimento. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Nota: Dois dos entrevistados não responderam a essa questão por não se lembrar do seu estado natal.

Outros dados também se evidenciam: 8,7%(4) originam-se de cidades do interior do estado de Pernambuco e 1 (2,2 %) do Rio Grande do Norte; e mais 1 (2,2%) de Santa Catarina; há ainda 2 (4,3%) que não responderam e alegaram não se lembrar do estado onde nasceram.

O fato de a maioria ter nascido nas cidades do interior do estado expressa o fenômeno do êxito rural no País. Grande parte dos idosos entrevistados saiu da sua

cidade de origem a procura de empregos que lhes garantissem uma vida e uma velhice tranquila.

“Comecei a trabalhar muito jovem. Trabalhei em casa de família toda minha vida. Fiquei velha, não podia mais trabalhar, aí me colocaram aqui.” (I.S, 74 anos).

Essa fala retrata a realidade de boa parte das pessoas idosas que estão em situação asilar. Após muitos anos de trabalho, geralmente em casa de família como doméstica, ao envelhecer é abandonada em instituições asilares, como mostram as falas abaixo.

“Logo que me botaram aqui as meninas (filhas da minha patroa) vinham sempre me visitar. Agora demoram muito, quase não vem mais.” (M.T, 78 anos).

“A gente trabalha a vida toda nas casas, quando envelhece não presta mais para o serviço e colocam a gente aqui.” (A.M, 80 anos).

Os depoimentos dessas pessoas idosas revestem-se do sentimento da insatisfação pela ausência de gratidão e de afeto que seus patrões tiveram ao envelhecerem, sobretudo, em razão de muitas vezes terem sido internalizados por eles como membros da família.

Feliz o idoso que pode permanecer até o fim dos seus dias na sua própria casa, cercado por familiares que aliam amor e competência técnica para cuidarem deles, dispondo de espaço habitacional e dinheiro para prover suas necessidades. (BORN, 1996, p.403).

Papaléo Netto (2000) assegura que para a vida da pessoa idosa o ambiente familiar é crucial, pois o contato com a família permite que essas pessoas se mantenham próximos ao seu meio natural de vida (a própria família). Além disso, o contato familiar preserva o seu autoconhecimento, valores e critérios.

A próxima variável a discutir vincula-se ao **nível de escolaridade** dos usuários idosos entrevistados, cujos resultados demonstram que a maior parte é composta por idosos analfabetos (30,4%) e com ensino fundamental incompleto (54,3%), o que comprova a baixa escolaridade da grande maioria (84,7%). Esses resultados caracterizam a grande maioria dos idosos entrevistados como sendo

analfabetos funcionais. Compreende-se por analfabeto funcional a pessoa que atingiu até a 4ª série do 1º grau. Outros dados apresentam-se na Tabela abaixo:

TABELA 03 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo Nível de Escolaridade. João Pessoa/PB, 2007

Escolaridade	<i>n</i>	%
Analfabeto	14	30,4
Ensino fundamental incompleto	25	54,3
Ensino médio completo	3	6,5
Ensino superior incompleto	1	2,2
Ensino superior completo	3	6,5
Total	46	100,0

FONTE: Primária

Identifica-se ainda que apenas 15,3% dos idosos entrevistados possuem um nível de escolaridade mais alto: 3 pessoas (6,5%) concluíram o ensino superior; 1 com o ensino superior incompleto; e 3 com o ensino médio completo.

A Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE, 2006) revela que houve uma melhoria no nível educacional da população idosa brasileira. No Nordeste entre 1995 e 2005 o número de pessoas idosas com mais de nove anos de estudo duplicou. No entanto, essa mesma fonte revela que “[...] o Nordeste ainda possui proporções superiores a 50% de idosos sem instrução e menos de um ano de estudo” (IBGE, 2006, p.218).

Tratando-se da realidade educacional do estado da Paraíba, verifica-se conforme Figueirêdo (2003) que a média educacional é ainda uma das mais baixas do País. Enquanto as pessoas idosas originárias de estados mais ricos possuem em média 1,5 ano de estudo, os idosos paraibanos possuem aproximadamente 1 (um) ano de estudo, o que significa um alto contingente de pessoas idosas em condição de analfabetismo.

Diante dessa realidade constata-se que apesar do crescimento que houve no percentual de idosos alfabetizados no Brasil nesses últimos anos, ainda existem, conforme Berzins (2003. p, 31), “[...] 5,1 milhões de idosos analfabetos e 64,8% declararam que sabiam ler e escrever pelo menos um bilhete simples. Se

compararmos com o índice nacional de alfabetização, que é de 87,2%, podemos observar o quanto os idosos estão em desvantagens”.

São várias as razões que justificam o motivo de essa geração de pessoas envelhecidas serem majoritariamente analfabetas. As razões vão desde as socioeconômicas às de ordem cultural, como se pode observar nos depoimentos abaixo:

“Meu pai não deixava estudar. Dizia que o estudo era coisa de homem.” (FMP, 82 anos).

“Eu queria muito estudar, aprender a fazer meu nome, mas minha mãe não queria que eu estudasse para não fazer carta para os rapazes.” (FS 78 anos).

Decerto, a leitura analítica das variáveis que compõem o perfil sociodemográfico das pessoas idosas entrevistadas indica a existência de um ciclo vicioso: a falta de oportunidade durante toda a vida – ou boa parte dela – levou a uma velhice desamparada pela família e desprotegida pela sociedade e pelo Estado.

3.1.2 Perfil socioeconômico das Pessoas Idosas Usuárias das Instituições Asilares da João Pessoa/ PB

A análise dos dados identitários que compõem o perfil socioeconômico dos usuários idosos entrevistados relaciona-se às seguintes variáveis: a inserção no mundo do trabalho, a renda mensal e o valor da renda mensal.

A Tabela seguinte apresenta os resultados pertinentes à **inserção ou não no mundo do trabalho**. Como se constata a seguir, a quase totalidade (89,1%) dos entrevistados respondeu afirmativamente.

TABELA 04 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo a Inserção ou Não no Mundo do Trabalho. João Pessoa/PB, 2007.

Trabalho	<i>n</i>	%
Sim	41	89,1
Não	5	10,9
Total	46	100,0

FONTE: Primária

Embora a grande maioria dos entrevistados tenha afirmado a sua inserção em algum tipo de trabalho, Bassit (2004) afirma serem raras as oportunidades de trabalho oferecidas as mulheres na época em que os entrevistados se inseriam na faixa da população economicamente ativa (PES). Para esse autor, o casamento era de vital importância para suas vidas e, as mulheres eram vistas como mães e esposas, principalmente as mulheres de classe alta. No entanto, as mulheres de classe social mais baixa eram preparadas para desenvolverem atividades que garantissem seu sustento e muitas vezes de seus familiares, sendo essa, de fato, a realidade da grande maioria das mulheres idosas que participaram desta pesquisa.

Observou-se que o trabalho influenciou consideravelmente a trajetória de vida das idosas entrevistadas, o que pode ser observado em depoimentos abaixo.

“Minha vida foi uma vida de muito trabalho. Trabalhei na agricultura, no lar, fui costureira.” (T.M.S, 73 anos).

“Ganhei até um tostãozinho, mas tive uma vida muito sacrificada.” (J.L 80 anos).

“Comecei a trabalhar muito cedo, ainda menina. Fui escrava do trabalho, sempre trabalhei.” (F.R.M 78 anos).

Outro aspecto a ser considerado é a relação de satisfação no trabalho que os idosos entrevistados tiveram quando jovens.

“Trabalhei no roçado, fui costureira, professora. Gostei de todas. Tenho saudades do tempo de trabalho.” (O.R 68 anos).

“Produzia aguardente e rapadura. Adorava minha arte.” (J.F 73 anos)

Os resultados apresentados nesta Pesquisa coincidem com o estudo de Bassit (2004) ao indicar que a maioria das idosas entrevistadas pertence a classe social mais baixa e de que o trabalho na vida dessas mulheres das camadas populares está associado à necessidade de ajudar as famílias, em função da ausência e/ou morte do provedor.

Os próximos dados a tratar referem-se à **existência ou não de renda mensal**. O gráfico abaixo mostra que 98% dos entrevistados afirmaram possuir algum tipo de renda mensal, como se atesta no Gráfico abaixo:

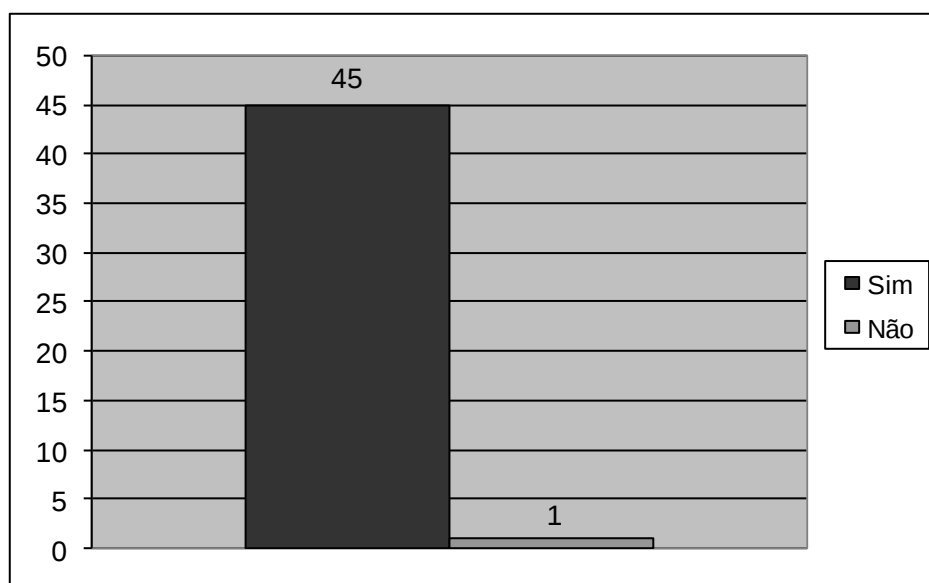


FIGURA 09 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo Renda Mensal. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Certamente, esse resultado é consequência do que determina a Lei Orgânica da Assistência Social, nº 8.742, de dezembro de 1993, em seu artigo 2º, inciso V (BRASIL/PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1993, p. 08): “[...] a garantia de 1 (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”. Trata-se do Benefício da Prestação Continuada (BPC). Esse benefício será mais adiante analisado.

Os resultados seguintes versam sobre **o valor da renda mensal** que cada idoso entrevistado recebe. A maioria absoluta da renda desses idosos (98%) advém de benefício social, aposentadoria ou pensão. O valor dessa renda gira em torno de 1 salário mínimo (80%); entre 1 e 2 salários mínimos (17,8%); e apenas um idoso (2,2%) possui renda superior a 2 salários mínimos.

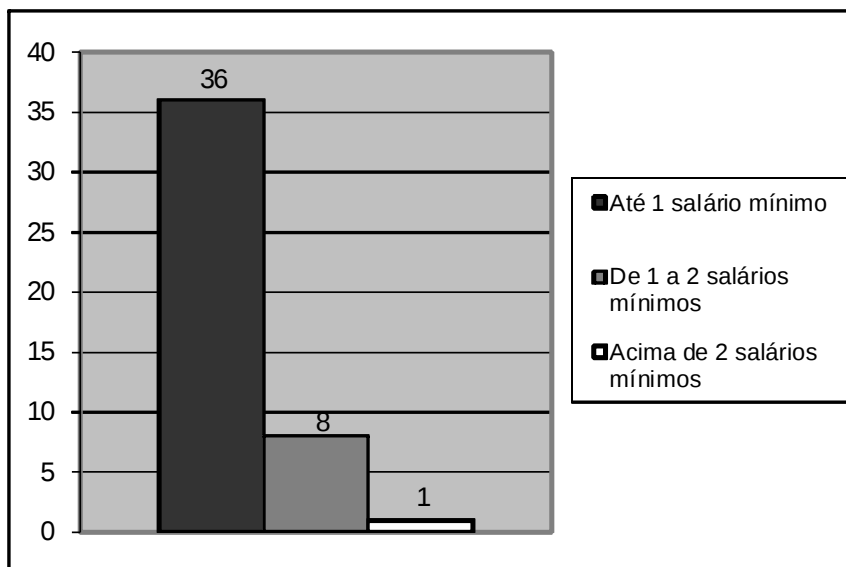


FIGURA 10 – Perfil dos Usuários Idosos Entrevistados segundo o valor da Renda Mensal. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Sobre esses resultados, Barbosa (2008, p.134) evidencia que “[...] uma das características marcantes da população idosa no Brasil é o seu baixo poder aquisitivo, uma vez que as aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de rendimento”.

Sem dúvida, os baixos indicadores socioeconômicos presentes no perfil das pessoas idosas pesquisadas reforçam a análise final sobre os baixos indicadores sociodemográficos que formam um círculo vicioso, incapaz de romper a pobreza e a desigualdade em que vive a maioria da população idosa asilada.

3.2 INSTITUIÇÃO ASILAR: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA USUÁRIA E A AVALIAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ASILAR

A interpretação desse eixo investigativo envolve duas dimensões acerca da instituição asilar: a institucionalização asilar da pessoa idosa e a avaliação da instituição asilar segundo a opinião das pessoas idosas entrevistadas, residentes nessa instituição. Em termos metodológicos, a análise dos dados empíricos relativos a essas duas dimensões processa-se segundo os procedimentos quanti-qualitativos através da interlocução entre a leitura estatística descritiva mediante o uso de

Gráficos e Tabelas e a categorização temática dos conteúdos (BARDIN, 2006) das falas das pessoas idosas entrevistadas.

3.2.1 Instituição asilar: institucionalização da pessoa idosa

Segundo a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), o asilo ou instituição asilar, dentre outras denominações, consiste no espaço físico de atendimento em regime de internato da pessoa idosa, sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades: de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Esse Plano dispõe ainda que tal atendimento apenas deve ocorrer no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família, sem considerar quaisquer outras condições, seja em caráter temporário seja permanente.

A Portaria 810/89, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1989) foi a primeira a definir as Normas e Padrões de Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições para idosos. Essa Portaria concebe como instituições específicas para as pessoas idosas, os estabelecimentos com denominações diversas e lugar físico equipado para atender a essas pessoas a partir de 60 anos de idade. Para tanto, deve possuir um quadro de funcionários e capacidade para atender as necessidades da vida institucional como um todo, por um período indeterminado, sob regime de internato ou não, pagas ou não.

Mais tarde, no processo de regulamentação da Política Nacional do Idoso, a Portaria nº 73/2001 trouxe nova definição de Normas e Padrões de Funcionamento para Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa. Essa Portaria adota o termo de Atendimento Integral Institucional.

Em 2005 passa a vigorar a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 283 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ENVISA) que adota o termo ILPI e estabelece normas de funcionamento dessa modalidade assistencial. Segundo esse documento, as ILPIs são: “[...] instituições governamentais ou não governamentais,

de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania" (BRASIL/ANVISA, 2005, p. 01).

Essa norma define quais são os graus de dependência e as condições gerais de organização institucional baseada nos direitos dos idosos, incluindo recursos humanos, infraestrutura, processos operacionais, notificação compulsória, monitoramento e avaliação. Em 2007, o texto dessa Resolução foi alterado pela RDC nº 94, de 31 de dezembro de 2007, mas, permanece a denominação de Instituição de Longa Permanência para Idoso

Também a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) adotou a expressão "Instituições de Longa Permanência para Idosos" (ILPI). Essa expressão deriva do termo até então adotado nos Estados Unidos e Inglaterra *Long Term Care Institution* que vem substituir o termo asilo, abrigo, casa de repouso, lar, clínica geriátrica, ancianato e outros termos para designar esse tipo de instituição. Define como "[...] estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo é pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio" (SBGG, 2002-2003, p. 3).

Ainda que os estudos atuais brasileiros adotem o termo Instituições de Longa Permanência para Idosos, neste estudo, dentro da perspectiva da liberdade acadêmica de autoria do autor, adotou-se a terminologia de **instituição asilar**, por assumir a conotação atribuída por Vieira (1996).

As instituições asilares são compreendidas segundo Vieira (1996), como grupos sociais que vivem sob um sistema de regras próprias, que determinam a vida desse grupo. Assumem caráter asilar quando tutelam um indivíduo idoso, retirando-o do meio social e familiar.

Em razão de esta pesquisadora ter se deparado durante o processo de coleta de dados com a realidade de abandono da maioria das pessoas idosas institucionalizadas, em que as instituições que as abrigam assumem a tutela integral sobre a vida dessas pessoas, justifica-se a adoção do termo instituição asilar por esta autora.

Nessa direção conceitual, Goffman, citado por Alcântara (2004, p. 35), define como instituição asilar um “[...] local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separado da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e fortemente administrada”.

Segundo Born (2001), independente de qual seja a denominação estabelecida, há uma rejeição da sociedade brasileira a instituições que prestam assistência à pessoa idosa, embora não se negue sua importância. Para que isso possa vir a se modificar, seria necessário que essas instituições passassem por um grande processo de reestruturação, para que pudessem cumprir, de maneira satisfatória, suas responsabilidades implícitas perante as pessoas idosas. Essas responsabilidades seriam de proporcionar um lar, um lugar de vida, de aconchego, de identidade e, ao mesmo tempo, de cuidados, de proteção e convivência social.

Na verdade, eles (os idosos) não se sentem partes integrantes do espaço onde vivem, não se sentem “pertencer”, contrariando o sentimento de comunidade, ficando claro que o asilo não apresenta condições de vida comunitária para os seus residentes; vivem num mundo à parte, onde perdem sua individualidade, entram aos poucos num processo de isolamento e deixam de “existir”. Negam-se as possibilidades de elaboração de projetos, por viverem num mundo sem significado pessoal. (XIMENES; CÔRTE, 2007, p.34)

No Brasil, conforme se assinalou no Capítulo I desta dissertação, as instituições asilares tiveram em sua origem, um caráter assistencial para suprir a ausência da família e propiciar auxílio à pessoa idosa em situação de abandono e pobreza.

Para Cortelletti (2004) a institucionalização é uma consequência de situações impostas pela vida e/ou provocada (desejada) pelo próprio idoso institucionalizado. No tocante as situações impostas, podem-se citar as condições socioeconômicas e demográficas da família. Quanto à situação provocada pelo próprio idoso, constata-se a ausência de vínculos afetivos que não foram construídos no decorrer dos anos.

Esses aspectos resultam na dificuldade do idoso permanecer no seio familiar, contribuindo para o aumento significativo e crescente de pessoas envelhecidas viverem em instituições asilares, conforme assinala Nunes *et al.* (2003, p.374):

Outras situações como conflitos entre gerações, que deterioram as relações intrafamiliares, o medo da solidão, o alto custo do cuidado

domiciliar ou a inexistência de serviços de suporte social e de saúde, moradias com aspectos físicos reduzidos e estruturas com riscos para quedas também são apontados como predisponentes para o aumento da institucionalização.

O gráfico abaixo revela os resultados coletados juntos às 46 (quarenta e seis) pessoas idosas entrevistadas residentes nas instituições asilares pesquisadas acerca do **tempo de permanência** nessas instituições:

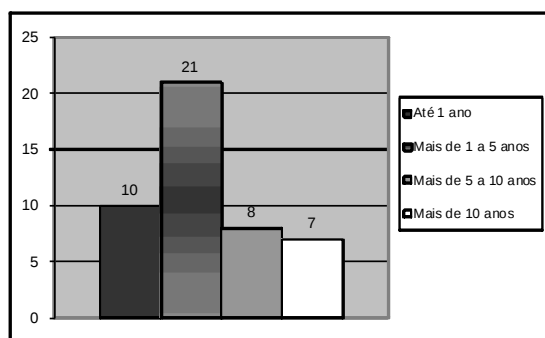


FIGURA 11 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados, segundo tempo de institucionalização. João Pessoa/PB, 2007

FONTE: Primária

Os dados apresentados nesse Gráfico revelam que: 22% dos entrevistados estão em situação asilar aproximadamente 1 ano; 46% se encontram em situação asilar no período de mais de 1 a 5 anos; 17% há mais de 5 a 10 anos; e 15% há mais de 10 anos. Tais resultados demonstram 32% dos entrevistados vivem em instituições asilares no período entre mais de 5 anos a mais de 10 anos.

Constatou-se ainda que uma maioria absoluta (84,8%) das pessoas idosas entrevistadas nunca havia residido em qualquer tipo de instituição anteriormente, como se pode atestar em dois depoimentos abaixo.

“Morava na minha casa, costurava, fazia os serviços de casa, quando adoeci de diabetes e tive que amputar a perna, sem poder fazer mais nada, vim para cá. Não vejo à hora de conseguir (prótese) uma perna e voltar para casa.” (O.F.S 67 anos).

“Antes de vir morar aqui, vivia com minha irmã na casa dela. Só que ela não estava mais podendo cuidar de mim. Arranjaram esse lugar e eu vim para cá. Já faz quase quatro anos que estou vivendo aqui.” (R.P 78 anos)

Estudos revelam que as pessoas idosas não permanecem por muitos anos na situação asilar, sobretudo, se o idoso não se adaptar a essa situação, torna-se mais predisposto às demências e, conseqüentemente, à morte.

Desde seu início, a função do espaço asilar não era promover a recuperação do indivíduo ali residente e incentivar sua volta ao convívio social mais amplo, como acontece nos hospitais, por exemplo. Era, e continua sendo, uma instituição depositária, tuteladora de indivíduos idosos, oferecendo apenas os cuidados “suficientes às pessoas que estejam em seus últimos dias de vida”. (FALEIROS; JUSTO, 2007, p. 02)

A variável seguinte a interpretar diz respeito aos **motivos que levaram** os entrevistados à **institucionalização** asilar. Em conformidade com os resultados apresentados no Gráfico seguinte, verifica-se que 41,3% informaram que não havia quem cuidasse deles; 21,7% estão no asilo por motivo de conflito familiar; 21,7% por doença; 4,4% por vontade própria. Destaca-se ainda que 2,2%, ou seja, 1 entrevistado afirmou não saber; e 8,7% por outros motivos não revelados.

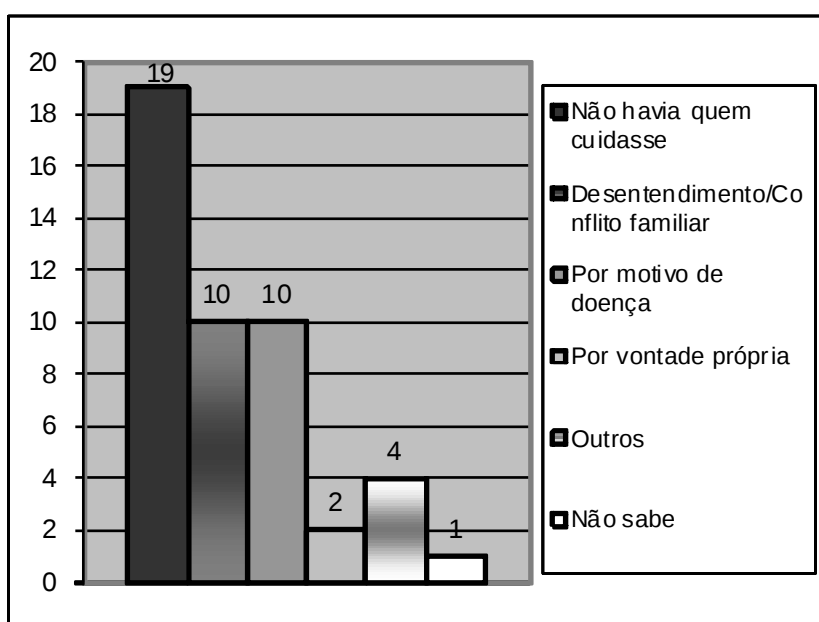


FIGURA 12 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados, segundo motivo da institucionalização. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Os dados qualitativos expressos na categorização temática “**não tinha quem cuidasse de mim**” são verbalizados nos seguintes depoimentos:

“Morava com um filho. Ele casou e foi transferido para outra cidade, tive que vir morar aqui.” (S.M.S, 68 Anos).

“Fiquei doente, meus filhos trabalham e estudam, não têm como cuidar de mim.” (R.P, 72 anos).

“Minha irmã não podia mais cuidar de mim, ela também é velha.” (J.F.S, 66 anos)

O depoimento seguinte relaciona-se ao conteúdo temático “conflito familiar” que motivou a institucionalização do idoso entrevistado:

“Não me dava bem com minha nora, ela não gosta de mim.” (N.S, 71 anos).

Os próximos depoimentos manifestam o conteúdo temático “motivo de doença” que provocou a internação em asilo:

“Morava sozinha, cuidava da minha casa. Quando quebrei o braço, fiquei sem poder fazer os serviços, aí meu sobrinho falou com a diretora para eu passar um tempo aqui”. (J.M.N, 70 anos).

“Tive um derrame, fiquei com dificuldade de andar, achei melhor vim morar aqui.” (M.S, 68 anos).

Esses motivos também foram identificados em pesquisa realizada no município de Caxias do Sul/RS pela pesquisadora Cortelletti *et al.* (2004, p.38 e 39)

Os fatores (de o idoso viver) sem cuidador, sozinho, sem lugar para morar, doença e sem trabalho juntos totalizam o expressivo percentual de 85,33%. Podem ser interpretados como abandono, constituindo-se, portanto, no grande e principal motivo de asilamento.

Ainda a esse respeito, Alcântara (2004, p. 133) complementa:

Os motivos para a institucionalização estão ligados, sobretudo, à incapacidade da família de assumir a assistência de seus pais. Além dessa inviabilidade econômica, a falta de tempo também tem influência, uma vez que o trabalho preenche o dia-a-dia dos ativos da casa, ficando estes indisponíveis para oferecerem um amparo aos seus pais, que necessitam de atenção especial, em consequência de problemas específicos.

Por outro lado, Born (1996, p.407) explica que “Não podemos esperar que todas as famílias tenham uma relação amorosa com o idoso e nem que todos os filhos tenham o senso de responsabilidade desejável”. Acrescenta ainda que no seu cotidiano como assistente social, as entrevistas realizadas com as pessoas idosas e seus familiares revelaram problemas de relacionamento nunca resolvidos.

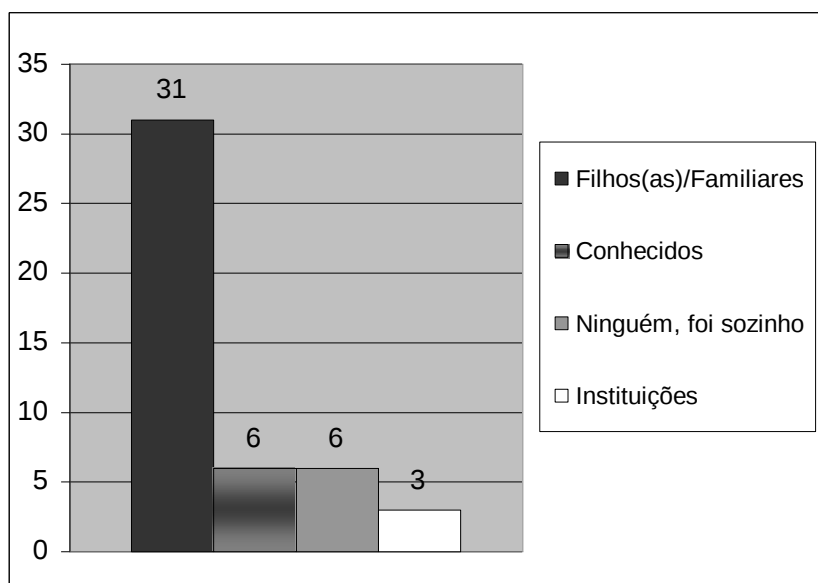


FIGURA 13 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo responsável pela institucionalização. João Pessoa/PB, 2007
 FONTE: Primária

Os dados apresentados no Gráfico-13 demonstram que 67,4% das respostas dos idosos entrevistados indicam que foram filhos (as) ou outros familiares, os responsáveis pela institucionalização; 13% foram encaminhados para o asilo por conhecidos; 13% foram por vontade própria; e apenas 6,5% foram encaminhados para o asilo por outras instituições. Destacam-se as seguintes falas sobre essa questão:

“Meu filho (filho único) é o responsável por eu estar aqui. Ele e a comparsa da mulher dele me trouxeram para cá. Não me conformo nunca!” (N.P, 72 anos).

“Minha patroa foi morar num apartamento e não me cabia lá (porque) era pequeno. Ai ela falou com dona Penha (diretora) para eu morar aqui.” (IS, 68 anos).

Alcântara (2004, p.125) assevera que a institucionalização representa para os filhos e/ou familiares uma alternativa de assistência para seus familiares idosos.

Aponta ainda que: “Desprovidos de um suporte adequado para cuidar de seus pais, os filhos, sem outras opções, transferem para o asilo essa responsabilidade”

Essa informação reafirma a ideia de que a maioria dos idosos em situação asilar está nessa condição por não terem quem os cuide, conforme atesta o Gráfico 12. A seguir, analisa-se a variável que versa sobre **o recebimento ou não de visitas e a identificação do visitante**.

TABELA 05 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o recebimento de visitas e a identificação do visitante. João Pessoa/PB, 2007

Visitas	n	%	Visitante	n	%
Sim	36	80,5	Filhos	12	26,1
Não	7	15,2	Familiares	21	45,7
Às vezes	2	4,3	Conhecidos	6	13,0
Total	45	100,0	Total	39 *	84,8

FONTE: Primária

* **NOTA:** Esta coluna totaliza em 39 por corresponder ao número de entrevistados que afirmaram receber visitas.

No que diz respeito ao recebimento de visitas, verificou-se que maioria significativa (84,8%) dos idosos entrevistados recebe visitas e, geralmente, os visitantes são seus familiares (53,8%) ou filhos (30,8%). Essas visitas ocorrem mais mensalmente (30%) ou semanalmente, (29%), porém, evidencia que um número significativo deles (23%) raramente recebe visitas.

Os depoimentos abaixo registram situações diversificadas de como essas visitas ocorrem:

“Às vezes o povo (sobrinhos) lá de casa vem me visitar. Eles trabalham e têm suas famílias, não dá para vir sempre.” (F.R 74 anos).

“Depois que me colocaram aqui, só recebo visita das pessoas que vêm aqui. Não tenho mais ninguém nesse mundo.” (M.S.P 78 anos).

“Tem uma moça que conheci aqui, ela gostou tanto de mim que sempre vem me visitar. Ela é como uma filha.” (R.P.S, 82 anos).

O que se verifica, é que os idosos entrevistados tendem a considerar pessoas e/ou grupos voluntários – religiosos ou estudantes – que visitam a instituição como sendo familiares que os visitam. Para Zimmerman (2000), a família da pessoa idosa em situação asilar nem sempre é aquela que tem laços de consanguinidade. As pessoas idosas em situação asilar, acabam desenvolvendo vínculos afetivos com pessoas que estão mais próximas, sobretudo, se as visitas são sistemáticas, como por exemplo, dos voluntários (pessoas ou grupo).

Mesmo não tendo laços familiares, os idosos entrevistados expressaram sentimentos de gratidão por aqueles que os visitam.

“Gosto muito quando alguém chega para conversar. Esqueço minha vida e o tempo passa mais rápido.” (D.M, 80 anos)

“Fico esperando chegar de tarde para ver quem aparece para conversar.” (T.L, 70 anos).

“Graças a Deus que sempre vem alguém aqui, quando não é família, são visitas, pessoas das igrejas ou amigos.” (J.S.L, 66 anos).

Para Cortelletti *et al.* (2004, p. 39) mesmo sendo comum em nosso meio, grupos, estudantes, voluntários e outros fazerem ou promoverem visitas as instituições, se estas não forem sistemáticas, não desenvolve (não cria um sentimento de afeto) uma atenção afetiva ao idoso.

Um dado que confirma a situação e acentua o sentimento de abandono é o fato de diminuir o número de visitas de companheiro (a), filhos e netos, parentes e amigos à medida que aumentam os anos de asilamento. Isto pode estar relacionado às perdas representadas por mortes e/ou pela fragilização de laços afetivos. As visitas feitas pela comunidade não sofrem significativas variações com o passar do tempo.

Entretanto, Born (2007) recomenda que as instituições asilares ofereçam oportunidades aos grupos voluntários, sejam de crianças, adultos ou pessoas idosas visitarem suas instalações, organizarem reuniões festivas e contatos sociais, pois tais procedimentos possuem efeitos salutareos para os idosos residentes. “Temos observado como a presença de crianças pequenas, filhas de funcionários ou visitantes, traz alegria e desperta sentimentos ternos nos residentes de instituições” (BORN, 2007, p.755).

3.1.2 Avaliação da Instituição Asilar Segundo a Pessoa Idosa Usuária

Analisa-se essa dimensão através das seguintes variáveis: serviços prestados pela instituição asilar, existência ou não de atividades que preenchem o tempo na instituição asilar, conceitos atribuídos pelos idosos entrevistados à instituição asilar e avaliação do lugar onde moram atualmente.

Em relação aos **serviços prestados pela instituição asilar**, os dados revelam que a maioria dos idosos entrevistados (52,2%) não recebe roupa da instituição uma vez que as roupas usadas são trazidas por eles ou doadas; 67,4% não têm direito a lazer ou passeios; 84,8% não participam de atividades ocupacionais; 91,3% não têm acesso a serviços como assistência social, nem a atenção psicológica (87%); fisioterapeuta (60,9%) e assistência odontológica (76,1%). Esses resultados encontram-se apresentados na Tabela seguinte com múltiplas respostas:

TABELA 06 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo Serviços prestados pela instituição asilar. João Pessoa/PB, 2007

Recebe da Instituição	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Roupa	22	47,8	24	52,2
Lazer / Passeios	15	32,6	31	67,4
Remédio	27	58,7	19	41,3
Atividades ocupacionais	7	15,2	39	84,8
Produtos de higiene pessoal	25	54,3	21	45,7
Assistência social	4	8,7	42	91,3
Assistência psicológica	6	13,0	40	87,0
Assistência médica	40	87,0	6	13,0
Assistência fisioterapeuta	18	39,1	28	60,9
Assistência odontológica	11	23,9	35	76,1
Assistência de enfermagem	27	58,7	19	41,3

FONTE: Primária

NOTA: Respostas múltiplas

A análise qualitativa dos dados considera outros elementos para além da leitura estatística dos dados quantitativos acima ao apresentar os conteúdos dos depoimentos dos idosos entrevistados:

“Quando vim para cá, trouxe minhas roupas, só que elas (funcionárias) levam para lavar e não trazem de volta. Uso roupas que não são minhas e vejo outras velhas (sic) usando as minhas.” (M.S.F, 82 anos).

“Esses nomes que estão nas roupas não adiantam de nada. É tudo misturado mesmo.” (I.S, 67 anos).

O desrespeito da administração da instituição asilar com o cuidado que deveria ter com os pertences trazidos pelas pessoas idosas no ato de sua institucionalização contribui para a perda de sua identidade, sua autoestima e do direito de tomar decisões que lhes dizem diretamente respeito, tornando-as mais solitárias

Ademais, registra-se que o Estatuto do Idoso em seu Capítulo II, Artigo 55, parágrafo VI (BRASIL/PRESIDÊNCIA, 2003) reza que as entidades de atendimento à pessoa idosa devem proporcionar cuidados médicos, psicológicos, odontológicos e farmacêuticos. No entanto, apesar dessas determinações estatuídas, a realidade das instituições asilares pesquisadas apresenta sérias controvérsias ou graves omissões no que determina a lei.

“Aqui a gente acorda, come, dorme, acorda e (começa) tudo de novo, só às vezes é que aparece alguém para fazer alguma coisa diferente.” (J.M.D, 72 anos).

Segundo os idosos entrevistados, parte deles recebe da instituição asilar: medicamentos (58,7%); produtos de higiene pessoal (54,3%); bem como, assistência médica (87%) e de enfermagem (58,7%). Vale salientar que esses serviços profissionais são prestados, em sua maioria, uma vez por semana (51,5%) ou diariamente (42,4%).

O Gráfico seguinte revela os resultados pertinentes à existência ou não de **atividades que preenchem o tempo livre** da pessoa idosa residente na instituição asilar. Sobre essa questão afirmam Pavan; Meneghel; Junges (2008, p. 2189)

Identificamos o tempo como um elemento que age sobre o idoso institucionalizado, acionando pensamentos repetitivos, tediosos, irrevogáveis. O tão sonhado tempo livre, no asilo se torna tempo vazio, tempo de espera da morte [...] o tempo livre é em grande parte consumido na forma de lazer passivo, principalmente assistir à televisão.

Os resultados indicam que as instituições asilares pesquisadas oferecem, de maneira geral, poucas atividades ocupacionais aos seus usuários. Essa afirmação se fundamenta nas respostas dadas pelos idosos entrevistados acerca da sua participação nessas atividades. Os dados revelam ainda que a maioria dos entrevistados (74%) não participa, portanto, uma parcela minoritária destes (26%) tem a oportunidade de vivenciar tais atividades, como se verifica no Gráfico abaixo:

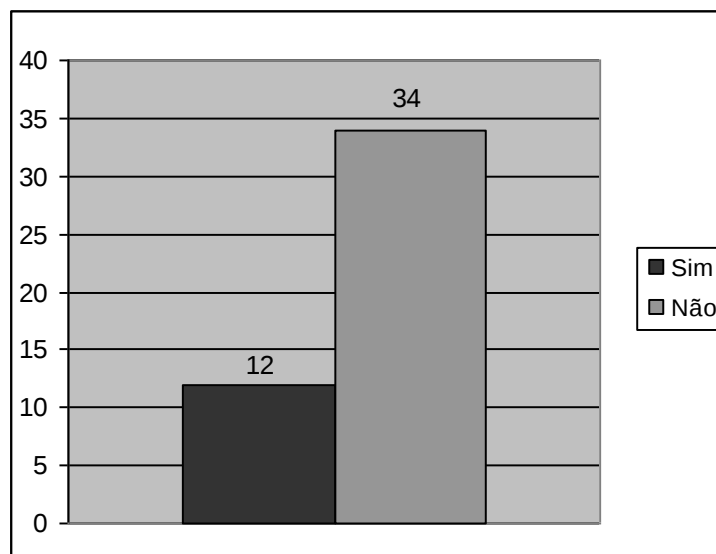


FIGURA 14 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a existência de atividades que preenchem o seu tempo livre. João Pessoa/PB, 2007

FONTE: Primária

A análise dessa variável se complementa com os dados qualitativos em que os idosos entrevistados expressam-se sobre o seu tempo livre na instituição asilar:

“Aqui a gente não faz nada. Passa o dia tentando se distrair conversando, quando tem alguém para conversar, assistindo televisão ou escutando rádio.” (P.J.S., 65 anos).

“O dia aqui dentro é longo, não tem nada para fazer. Todo dia é a mesma coisa, solidão e silêncio.” (C.F., 73 anos).

A solidão, a tristeza, o silêncio, o ócio e o esquecimento dos idosos institucionalizados são afirmados por Del Pozzo (2009, p. 01)

A institucionalização para a maioria dos idosos é fonte de isolamento, dor e tristeza, o ambiente se torna silencioso e vazio, as horas

demoram a passar e muitos acham que o fim do seu sofrimento só vai acabar com a sua morte e aguardam o seu triste fim resignados. Há casos de falecimentos em que a família não é avisada ou não é localizada e o asilo continua a receber pelo cartão magnético por mais algum tempo.

Certamente, as sensações de solidão, abandono, vazio são agravadas na situação de asilamento, uma vez que essa é marcada pela ociosidade e inatividade, a instituição asilar é o lugar que restou para abrigar a pessoa idosa. “A maior parte dos asilos brasileiros não respeita o Estatuto do Idoso e segue um modelo de exclusão, segregação e subtração de cidadania dos internos”. (CFP, 2008, p. 12)

Alcântara (2004) abaliza que as instituições asilares desconhecem as propostas formuladas por todas as disciplinas científicas para o tratamento dos problemas humanos e que o atual modelo asilar não atende a questão da população idosa.

Os resultados seguintes referem-se aos **conceitos atribuídos** pelos idosos entrevistados à instituição asilar.

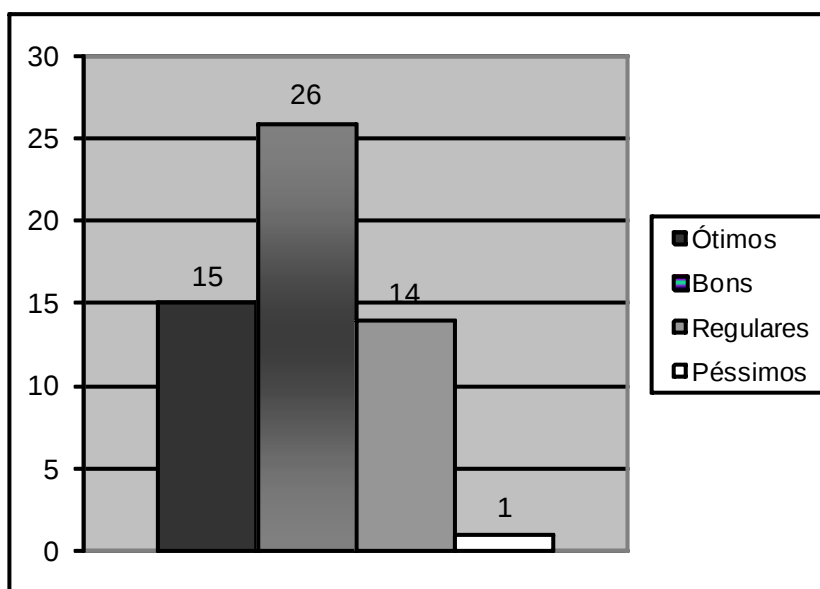


FIGURA 15 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo conceito atribuído à instituição asilar. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

A análise desses resultados indica que a grande maioria (89,1%) dos idosos entrevistados considera os serviços prestados pela instituição ótimos ou bons. Desse modo, apenas 10,9 % dos idosos julgam esses serviços como regulares ou péssimos. Conforme expressam as falas seguintes:

“Antes de vir morar aqui, vivia de favor pedindo a um e a outro. Hoje tenho onde comer e dormir. Me dou muito bem com as meninas (cuidadoras), elas gostam de mim” (J.C. 71 anos).

“Vivo aqui e gosto daqui. Sou bem tratado, tenho comida, roupa lavada, quando preciso me levam para o médico e me dão remédios. Não tenho o que dizer” (T.F. 69 anos).

Esses depoimentos dos idosos entrevistados que expressam satisfação com os serviços prestados a eles pelas instituições se vinculam ao sentimento de bem-estar em razão de a maioria das pessoas idosas nessa situação se sentir acolhido e atendido nas suas necessidades básicas.

Para Maslow, citado por Papalia e Olds (2000), a necessidade mais básica do ser humano é a necessidade fisiológica (fome e sede), somente depois de terem satisfeito tais necessidades é que as pessoas podem se esforçar para satisfazer necessidades mais elevadas.

Nesse entendimento, Figueirêdo (2003) expressa que quando as pessoas idosas em situação asilar se sentem acolhidas e protegidas aflora um sentimento de bem-estar e gratidão. Assim, o sentimento de abandono cede lugar ao sentimento de segurança pessoal. Já aqueles que percebem a instituição asilar como um ambiente hostil, sentem-se abandonados e segregados da família e da sociedade, geralmente esses idosos apresentam-se não adaptados a condição de asilamento.

[...] em virtude de a maioria se sentir abandonada, o fato de lhe ser garantida a acolhida ou não pelo asilo, isto é, a segurança pessoal, potencializa-se este elemento em relação aos demais. Deste modo, aflora o sentimento de gratidão no momento em que respondem positiva ou negativamente esta questão. (FIGUEIRÊDO, 2003, p.161),

Sobre o sentimento negativo da pessoa idosa em relação à instituição asilar, Nunes *et al.* (2002) aponta os desdobramentos que a rejeição à instituição pode causar na pessoa asilada: a relação do idoso com um ambiente indesejado pode levar ao estresse, esse por sua vez pode deixar as pessoas vulneráveis a doenças, desgastando os recursos físicos e emocionais, colocando em risco seu bem-estar psicológico. Dessa maneira, é fundamental que a instituição asilar juntamente com uma equipe multidisciplinar ofereça recursos que propiciem uma melhor adaptação ao seu usuário.

Essa também é uma das conclusões apontadas pela pesquisa sobre Instituições de Longa Permanência para Idosos desenvolvida pelo IPARDES (2008). O desafio apontado por esse estudo passa por um maior investimento em políticas públicas de capacitação e educação continuada para o atendimento ao idoso. De acordo com os dados levantados nesse estudo, de cada dez profissionais, quatro pararam o estudo no ensino fundamental; 1% não teve instrução alguma; e só 16% cursaram o ensino superior.

Ainda na discussão sobre a dimensão avaliativa da instituição asilar realizada por seus usuários entrevistados, levantou-se uma variável que complementa a análise da questão anterior ao indagar de forma mais direta sobre **o lugar onde eles moram (ou seja, o asilo)**, como se atesta nos resultados da Tabela abaixo:

TABELA 07 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o lugar onde moram atualmente. João Pessoa/PB, 2007

Avaliação	<i>n</i>	%
Muito bom	12	26,1
Bom (com algumas restrições)	20	43,4
Razoável	8	17,4
Ruim	5	10,9
N. R.	1	2,2
Total	46	100

FONTE: Primária

Decerto, os resultados apresentados nessa Tabela comparados aos dados do Gráfico 18 apresentam uma diferenciação instigante, sobretudo, nos conceitos mais qualificados: 12 conferiram o conceito de “muito bom” ao lugar que moram, quando

no Gráfico 18 constata-se que 15 entrevistados afirmaram ser “ótimo” o conceito atribuído; 20 entrevistados qualificaram como “boa” a instituição asilar, o mesmo número de entrevistados indica esse mesmo conceito, no entanto, alguns desses entrevistados apresentaram restrições; no entanto, os conceitos atribuídos mais baixos se aproximam quando 13 entrevistados imputaram os conceitos entre “ruim” e “péssimo” ao lugar que moram, com um caso de abstenção enquanto 15 entrevistados – no Gráfico 18 – deram esses mesmos conceitos aos asilos que residem.

Decerto, a questão de atribuir uma nota ou conceito qualitativo sobre a instituição (ou política social) em que o usuário se insere, sempre se torna uma dado difícil para o pesquisador analisar. De modo geral, mesmo que o usuário seja informado pelo pesquisador de que o dado do informante é confidencial, o respondente teme ser prejudicado pela instituição que o assiste, se ele atribuir um conceito negativo. Desse modo, há sempre necessidade de o pesquisador adotar outros procedimentos metodológicos de modo a melhor capturar a realidade social em estudo.

Esse dado está relacionado ao fato de que algumas pessoas idosas em situação asilar apresentam-se não adaptadas a institucionalização. Fato esse que foi observado por esta pesquisadora através de trabalhos realizados nesse âmbito institucional.

Para Maria Luiza M. S. Marques Dias, coordenadora da pesquisa sobre pessoas idosas em Instituições de Longa Permanência, realizada pelo IPARDES (2008), o asilamento das pessoas idosas, embora possa ser bem intencionado, acaba se transformando em um anúncio antecipado da morte. Isso porque essas pessoas, de modo geral, são tiradas do ambiente e do convívio das pessoas com quem estiveram ao longo da vida para serem lançadas a um lugar estranho, com pessoas estranhas, diferentes de tudo aquilo que vivenciaram até então. Isso vai minando as lembranças e pode levar a inúmeras perdas: físicas, emocionais, materiais e tantas outras.

Os caminhos para o asilo são apenas de ida, sem volta, pois os asilados são esquecidos não só pela família como pela sociedade. O asilado perde a sua individualidade, pois todo o seu tempo, todas as

suas atividades são determinadas pelas normas e regulamentos da instituição. Os dias se sucedem e a rotina determinada é sempre a mesma, com horários e ambientes determinados, sem liberdade de opção. Muitos morrem de desgosto e depressão. (DEL POZZO, 2009, p. 02)

Embora se tenha contatado e observado, enquanto pesquisadora deste estudo investigativo e docente que acompanha trabalhos de extensão e estágio supervisionado nas instituições asilares, que determinadas pessoas idosas sentem-se bem na condição asilar. No entanto, por melhores que sejam ou não as condições dessas instituições, a maioria dos idosos asilados sonham com o retorno ao ambiente familiar. Muitos ainda têm esperança de um dia voltar a viver com seus familiares.

Essa constatação deriva do fato de a maioria das instituições asilares não reproduzir a vivência familiar e comunitária, ao contrário elas reforçam o isolamento das pessoas idosas.

Desse modo, a institucionalização torna-se um processo irreversível, em que parte da população idosa necessariamente se submete. Porém, como afirmam Pavan; Meneghel; Junges (2008), “[...] a institucionalização pode ser humanizada e funcionar em moldes mais abertos, para que as instituições de longa permanência de cuidado aos idosos não signifiquem apenas ‘depósitos de velhos’”. (PAVAN; MENEGHEL; JUNGES, 2008, p. 2189)

4 SEGURIDADE SOCIAL NA PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO ASILAR

“É preciso transformar e recriar a vida, restaurar as relações humanas, para que os idosos de hoje e do futuro vivam seu envelhecimento com dignidade e sejam tratados como verdadeiros cidadãos”.

(Ecléa Bosi, 1998)

A partir de Constituição Federal de 1988, emerge o conceito amplo de Seguridade Social, entendido como um conjunto de ações destinadas a assegurar os direitos dos cidadãos relativos à saúde, à previdência e à assistência. Em outras palavras, consiste em um conjunto de políticas e ações visando à proteção do cidadão e de seu grupo familiar, quando da materialização das situações de risco de saúde, perda de capacidade laborativa e/ou necessidades econômicas.

Essas ações dividem-se em políticas sociais, programas, ações, serviços e, benefícios previdenciários (de caráter contributivo) e benefícios assistenciais (de caráter não contributivo). Por envolver as políticas da saúde, da previdência e da assistência social tornam-se imprescindível a sua implementação à proteção social na garantia das condições de vida da população idosa.

Portanto, reconhece-se que a Constituição Federal de 1988, constitui um extraordinário passo programático dado, enfatizando-se a cidadania da pessoa idosa, surgindo o interesse e a defesa pela garantia dos direitos sociais e individuais dessas pessoas.

O presente capítulo centra-se na análise de determinados aspectos referentes à Seguridade Social na perspectiva da proteção à pessoa idosa em situação asilar. Encontra-se estruturado em duas partes: a primeira refere-se à proteção da política de saúde a pessoa idosa em situação asilar; a segunda trata da proteção da política de assistência e de previdência social a pessoa idosa em situação asilar.

Em termos metodológicos, este Capítulo adota procedimentos múltiplos ao proceder à interlocução das análises dos dados quantitativos através da leitura

estatística descritiva com uso de Tabelas e Gráficos à análise teórica de autores que investigam as temáticas que perpassam a discussão deste Capítulo, como (PEREIRA, 2009; PAPALÉO NETO, 2007; CAMARANO, 2002; ANDRADE, 2007; NERI, 2003; PENA, 2002, dentre outros) e às fontes secundárias que também tratam das categorias temáticas neste Capítulo investigadas mediante pesquisa documental, como: ONU, IPEA, dispositivos legais da Presidência da República, Senado Federal, Ministérios, e outros.

4.1 SEGURIDADE SOCIAL DESTINADA À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO ASILAR: PROTEÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Um marco histórico no panorama da saúde no Brasil aconteceu em 1986, com a Conferência Nacional de Saúde que contou com a participação de vários movimentos e grupos sociais da sociedade civil e de profissionais da área da saúde, fato este que desencadeou um processo de reflexão e de construção sobre a política sanitária vigente. A partir da Conferência, passou-se a defender a necessidade de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como premissa que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

Nesse processo de mudança programática radical na área da saúde de perspectiva universalista, inclui-se, por conseguinte, a pessoa idosa. “As mudanças constitucionais de 1988 só fizeram reforçar tal perspectiva, consolidando uma política de assistência global, pela primeira vez contemplando os idosos” (PAPALÉO NETO, 2007. p. 671).

Nesse entendimento, a Constituição Federal de 1988, conhecida como a Constituição “Cidadã”: “[...] indica que o setor de saúde foi concebido de maneira absolutamente revolucionária. Se compararmos com as Constituições anteriores, esse fato revela o quanto à legislação nacional avançou na área da saúde”. (PAPALÉO NETO, 1996, p.374). Como foi aludido ao longo deste trabalho, atualmente a Política de Saúde é tratada na seção II do capítulo da Seguridade Social, no art. 196 da referida Carta Magna que preconiza:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL/ SENADO FEDERAL, 2009-atualizada, p. 40).

Destaca-se ainda o art. 197 que dispõe sobre as ações e serviços de saúde:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL/ SENADO FEDERAL, 2009-atualizada, p. 40).

Em termos das ações e dos serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, encontra-se organizado de acordo com as seguintes diretrizes, dispostas no art. 198:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade. (BRASIL/ SENADO FEDERAL, 2009-atualizada, p. 40).

Torna-se inegável que a formulação do SUS consagra o Brasil como detentor de uma legislação social destinada à saúde das mais avançadas no mundo contemporâneo. No entanto, questões de ordem temporal, territorial, demográfico, político, econômico e social em que esse Sistema implementa-se, apresenta sérias dificuldades que colocam em constantes e sérios riscos a sua efetivação, sobretudo, na perspectiva da garantia de direitos.

A situação da saúde, hoje no Brasil é determinada por dois grandes fatores, entre outros: o primeiro considera que a cada ano a população constituída de pessoas idosas aumenta significadamente gerando, portanto uma demanda importante para o sistema de saúde; o segundo, refere-se a transição do cenário epidemiológico brasileiro que, conforme indicam os autores Bandeira, Pimenta, Sousa (2006), das doenças infecciosas que na década de 1930 respondiam por 46% dos óbitos, cederam lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres, aos acidentes e à violência.

Nesse cenário, portanto, surge uma demanda crescente por serviços de saúde voltados ao atendimento da pessoa idosa. Todavia, o atendimento a essa parcela significativa da população existe de forma desordenada e fracionada com abordagem centrada na doença (BANDEIRA, PIMENTA, SOUZA, 2006).

Se de um lado reconhece-se ser a política da saúde um dever do Estado e um fator de relevância na velhice, visto que a pessoa idosa é mais propensa ao surgimento de patologias; de outro, exigem-se cada vez mais recursos orçamentários, humanos e materiais dessa política uma vez que a pessoa idosa consume mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Contudo, a política de saúde não conta com essas condições, e mesmo que conheça as necessidades que se acentuam com o aumento da população idosa, essa política não prioriza a atenção integral da pessoa idosa.

Em geral as doenças das pessoas idosas são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e demandam acompanhamento médico e de uma equipe multidisciplinar permanente. A maioria dos quadros de dependência dessa faixa populacional está associada a condições crônicas que podem ser adequadamente manejadas, muitas vezes, fora de instituições hospitalares ou asilares. Entretanto, na maioria das vezes, sabe-se que isso não ocorre.

Nesta pesquisa, a seguridade social destinada à pessoa idosa em situação asilar através da proteção da política de saúde é analisada à luz de duas variáveis: o atendimento à saúde no tocante à atenção medicamentosa e tratamentos, e, o internamento hospitalar.

4.1.1 Atendimento à saúde da pessoa idosa: acesso aos medicamentos e ao tratamento na instituição asilar

Na mesma proporção que o número de pessoas idosas vem aumentando, o consumo de medicamentos por essa população acompanha esta tendência. Desse

modo, as pessoas idosas são, possivelmente, o grupo etário mais medicalizado na sociedade, devido ao aumento de prevalência de doenças crônicas com a idade.

Diferentes estudos de avaliação do uso de medicamentos constataram que, além da utilização de um grande número de especialidades farmacêuticas entre os idosos, há prevalência do uso de determinados grupos de medicamentos, como: analgésicos, antiinflamatórios e psicotrópicos [...] Os idosos chegam a constituir 50% dos multiusuários. (MOSEGUI; ROZENFELD; VERAS; VIANNA, 1999, p. 438)

Inicia-se a discussão dessa variável à luz dos dados referentes ao **recebimento ou não de medicamentos** pelos usuários idosos entrevistados nas instituições asilares pesquisadas, como aponta o Gráfico seguinte:

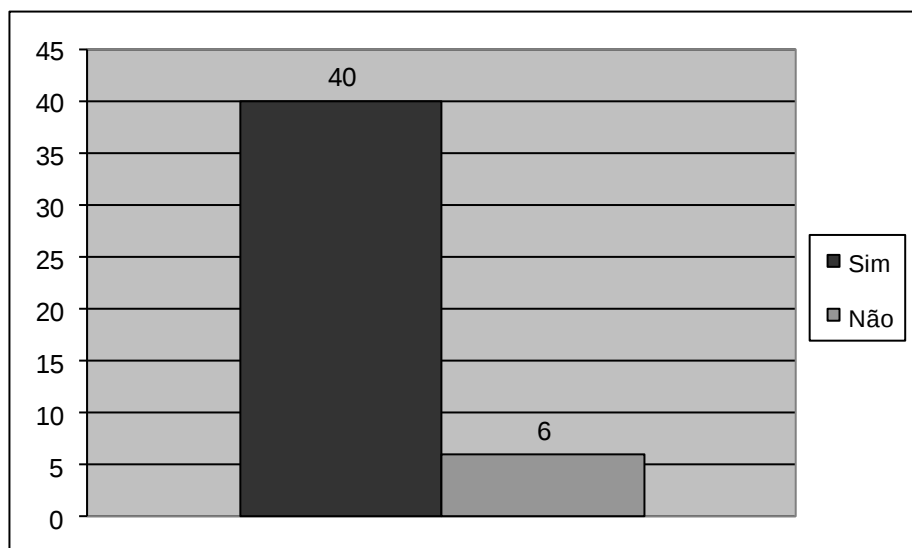


FIGURA 16 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o recebimento de medicação diária. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Nota: Média da quantidade de remédios tomados = 2,47.

Os dados desse Gráfico apontam a tendência nacional de que grande parte das pessoas idosas em situação asilar faz uso de algum tipo de medicação. Esses dados revelam que a maioria absoluta (87%) dos idosos atendidos nas instituições asilares pesquisadas faz uso de medicamentos diariamente, consumindo em média 2 remédios por dia.

À medida que a idade avança, é significativo o aumento progressivo da prevalência de transtornos degenerativos, principalmente os transtornos demenciais, conforme assevera a Diretriz para a Assistência em Saúde Mental na Saúde Suplementar: “Nas instituições de longa permanência para idosos, cerca de 50% dos residentes são portadores de algum problema psiquiátrico, sendo que os quadros demenciais são mais comuns”. (BRASIL/MS, 2006, p. 41).

Devido à necessidade de medicamentos de uso contínuo, convém atentar para a grande prevalência de co-morbidades nas pessoas idosas para a escolha da medicação a ser utilizada, pois as reações adversas e as interações medicamentosas podem piorar a qualidade de vida desta população. (BANDEIRA, PIMENTA; SOUZA, 2006).

Acerca da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idosos, Papaléo Netto (1996) assinala que deve ser realizada uma avaliação do estado clínico de cada paciente para com base nas características e nos sintomas diagnosticados ser determinada a medicação adequada e durante a administração desta observar fatores de ordem técnica, biológica, psicológica e social dos pacientes bem como o tipo, o sabor, a dosagem e os efeitos colaterais da medicação de modo que esses efeitos não venham interferir na qualidade de vida de cada um dos pacientes. Nesse sentido, o autor recomenda a atuação de uma equipe multi e interprofissional.

A seguir, analisam-se os dados relativos à **forma de aquisição dos medicamentos** pelas pessoas idosas em condição asilar, como se atesta na Tabela abaixo:

TABELA 08 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo as formas de aquisição dos medicamentos João Pessoa/PB, 2007.

Formas de Aquisição do(s) remédio(s)	<i>n</i>	%
Por conta própria	10	20,5
Instituição	24	49,0
Familiares e amigos	8	16,3
Estado	7	14,2
Total	49	100,0

FONTE: Primária

Nota: Essa tabela apresenta um total de 49 (quarenta e nove) por corresponder ao número de alternativas de aquisição de medicamentos que 40 entrevistados idosos deles fazem uso.

Evidenciam-se várias alternativas de aquisição dos remédios de acordo com os 40 idosos entrevistados que tomam remédios. As alternativas mais incidentes recaem sobre a instituição asilar (49%), seguindo-se por conta própria (20,5%) e dos familiares /amigos (16,3%). Desse modo, comprova-se que o Estado é responsável por apenas 14,2% das formas de acesso aos medicamentos, portanto, apresenta o menor percentual de atendimento medicamentoso às pessoas idosas.

Esses resultados chamam a atenção por três, dentre outros, aspectos: a) a baixa renda da quase totalidade dos idosos entrevistados – comprovada no Capítulo III – não os exime de assumir por conta própria em 20,5% das alternativas de aquisição dos remédios, como também essa aquisição se dá em 16,3% pelos familiares e/ou amigos; b) assinala-se que a instituição asilar é a alternativa mais incidente (49%) na aquisição de remédio pelos entrevistados. Sobre esse dado, há necessidade de apontar para o fato de a instituição asilar, na maioria das vezes, adquire remédios com recursos repassados pelos próprios idosos residentes, portanto, a aquisição dos remédios por conta própria dos entrevistados pode ser muito maior do que 20,5%, bem como, os remédios distribuídos pelas instituições asilares aos idosos residentes, em grande parte, derivam do Estado e de doações (amostras grátis dadas pelos médicos voluntários ou pelos representantes dos laboratórios farmacêuticos). Desse modo, a concessão de medicamentos via instituição asilar através dos seus recursos próprios pode ser bem inferior aos 49% apontados pelos entrevistados, sobretudo, se considerar que essas instituições são filantrópicas e que sobrevivem de doações; c) a baixa incidência da alternativa de concessão pública (ou do Estado) dos medicamentos às pessoas idosas é um fato, mas, essa incidência pode aumentar se ponderar que parte dos remédios cedidos pelas instituições asilares origina-se dos recursos públicos.

Merece destacar que a concessão de medicamentos pelo Estado apóia-se em um dispositivo legal que garante o fornecimento de medicamentos de uso contínuo para a população idosa através da Atenção Primária à Saúde. Ademais, em 2006 foi lançada a Portaria nº 2.528, de 19/10/2006 do Ministério da Saúde que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) a qual dispõe de todas as ações que devem ser priorizadas com relação à saúde dos idosos brasileiros, inclusive a concessão de medicamentos.

Acrescenta-se ainda que o fornecimento de medicamentos às pessoas idosas encontra-se legalmente garantido no art. 15 da Lei nº 10.741 de 01/12/2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Em seu inciso V, parágrafo 3º preconiza que: “Incumbe o Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação” (ANDRADE, 2007, p.1026).

A seguir, passa-se a discutir a variável relacionada às formas de tratamento das pessoas idosas entrevistadas a partir de dois aspectos: a necessidade de tratamento de reabilitação via internamento hospitalar e as formas de acesso aos recursos de reabilitação.

No tocante à **necessidade de tratamento de reabilitação**, os resultados apresentados na Tabela seguinte apontam que 52% dos entrevistados precisaram se hospitalizar para acessar a esse tipo de tratamento.

TABELA 09 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a necessidade de tratamento de reabilitação via hospitalização. João Pessoa/PB, 2007.

<i>Hospitalizado (a)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	24	52,2
Não	22	47,8
Total	46	100,0

FONTE: Primária

A reabilitação está inclusa no pressuposto de garantia à saúde da pessoa idosa. Teoricamente, a reabilitação pode ser concebida como:

O processo para o desenvolvimento da máxima capacidade física, psíquica, social, vocacional, educacional de um indivíduo, considerando suas limitações de qualquer ordem, sejam elas fisiológicas, anatômicas, ambientais, etc. (PAPALÉO NETTO, 1996, p. 325).

Observa-se que a necessidade de reabilitação das pessoas idosas e o tratamento dispensado a cada paciente vão depender do resultado de avaliações de ordem clínica e psicossocial para então ser determinada a terapia adequada a cada caso, ou seja, a devida indicação terapêutica medicamentosa, fisioterapia, terapia

ocupacional, terapia nutricional, terapia fonoaudiológica ou uso de recursos ortésicos.

Os próximos resultados discutem as **possibilidades de acesso aos recursos de reabilitação** pelas pessoas idosas entrevistadas que comprovam ser a doação, a alternativa mais incidente (21,8%), como se pode vislumbrar na Tabela abaixo:

TABELA 10 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo as formas de aquisição de recursos de reabilitação. João Pessoa/PB, 2007.

<i>Formas de aquisição</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Compra	8	17,4
Doação	10	21,8
Estado	2	4,3
Emprestado pela instituição	3	6,5
Nenhuma providência foi tomada	1	2,2
Total	24	52,2

FONTE: Primária

Nota: Esta tabela totaliza em 24 (vinte e quatro) idosos por corresponder ao número de entrevistados que já necessitaram de tratamento de reabilitação.

Esses resultados repetem a mesma realidade da análise dos dados da Tabela anterior: a esfera individual/privada assume mais incidentemente (45,7%) a responsabilidade do tratamento dos idosos entrevistados do que a esfera pública. Observa-se apenas 2 casos (4,3%) nos quais esses recursos foram obtidos por meio do Estado, o que contraria o disposto no Estatuto do Idoso.

Retoma-se, mais uma vez, o Estatuto do Idoso que estabelece caber ao Estado proporcionar às pessoas idosas que se encontram abrigadas e acolhidas por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos, na zona urbana ou rural, a reabilitação conforme disposto no art. 15 desse Estatuto, inciso V: “[...] reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde” (ANDRADE, 2007, p.1026).

Assim, enquanto garantia legal, a busca por uma equipe especializada nos serviços públicos de saúde deve ser perseguida quer pelos familiares, quer pelos dirigentes das instituições. Para tanto, devem ser estruturados e efetivados planos de ações e parcerias junto as Secretarias de Saúde – estaduais e municipais – de

modo que possibilitem o atendimento local (territorializado), já que a pessoa idosa tem o direito de ser atendido no seu domicílio ou na instituição asilar em que reside.

4.1.2 Internamento hospitalar

De modo geral, o tratamento dispensado à pessoa idosa precisa de recursos clínicos aprimorados, como exames especializados e/ou internação em uma dada instituição de saúde. Em face das condições físicas próprias do processo de envelhecimento, as pessoas idosas utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva do que os demais grupos etários, o que envolve maiores custos por implicar, muitas vezes, no tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada (COELHO FILHO, 2000).

Frente a essa realidade, o governo federal criou algumas medidas que objetivam atender a essa demanda crescente. Entre elas, destacam-se as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, criadas através da Portaria nº 702, de 12 de Abril de 2002, cuja principal atribuição consiste em “[...] promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na Política Nacional do Idoso”. (BRASIL/MS, 2002, p. 01).

As Redes devem ser integradas por Hospitais Gerais e os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Esse Centro é entendido como:

[...] aquele hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos. (BRASIL/MS, 2002, p. 2-3)

Quando essa Portaria foi aprovada, determinou a existência desse Centro para cada unidade da federação de acordo com a população idosa existente. No caso do estado da Paraíba, foi deliberada a criação de 1 (um) Centro, conforme se sabe ainda não implementado.

Em torno da necessidade desse tipo de atendimento, indagou-se dos idosos entrevistados acerca da **facilidade ou não de atendimento aos serviços de saúde** como se expõem nos resultados do Gráfico abaixo:

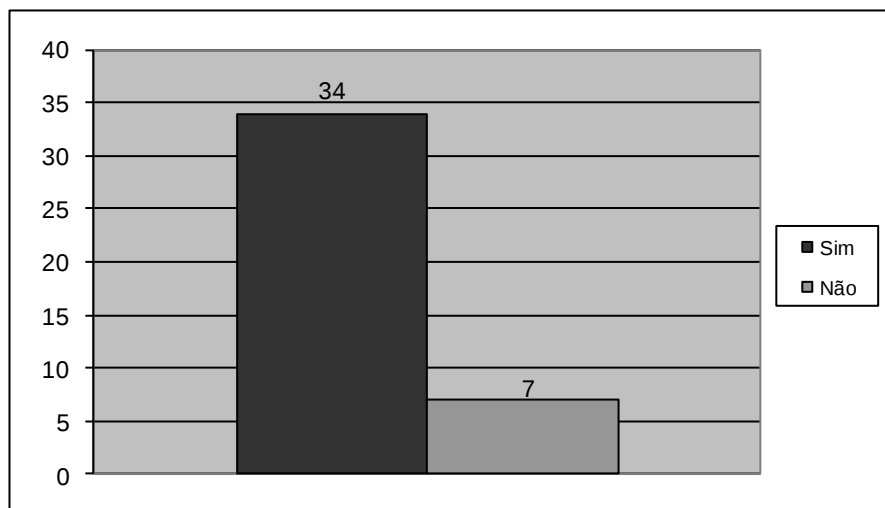


FIGURA 17 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a facilidade no atendimento João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Nota: Cinco idosos não apresentaram nenhuma das respostas propostas nessa questão, uma vez que 3 (três) afirmaram nunca ter precisado desse serviço, 1 (um) alegou ter usado plano de saúde e outro idoso afirmou que às vezes o atendimento demora, mas que é atendido.

A análise desses dados permite atestar que entre os 41 (89%) idosos entrevistados, 34 (74%) afirmaram terem sido atendidos facilmente nos momentos em que necessitam de cuidados dos serviços de saúde. Sobre essa questão, ressalta-se que 15% informaram não ter esse acesso facilitado.

Deve-se considerar que os espaços de atendimento a pessoa idosa necessitam estabelecer um vínculo de respeito, solidariedade e segurança ao assistido. Nessa perspectiva, Papaléo Netto (1996, p.400), considera que por ser a população idosa a que mais necessita de atendimento hospitalar quando comparado a outros grupos etários, “[...] é preciso que os hospitais geriátricos, ou melhor, que profissionais da área também atuem nos hospitais gerais para que os idosos possam ser bem atendidos”.

Os resultados a seguir tratam da **internação ou não** dos idosos entrevistados, cujas respostas conferem que 50% já precisaram ser hospitalizados de acordo com a Tabela abaixo:

TABELA 11 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a internação. João Pessoa/PB, 2007.

Interno (a)	<i>n</i>	%
Sim	23	50,0
Não	22	47,8
NR	1	2,2
Total	46	100,0

FONTE: Primária

Nota: Um idoso não respondeu essa questão. Média de quantas vezes precisou ficar interno = 1,59 vezes

Sabe-se que na velhice aumenta a procura por serviços de saúde. Esse fato pode ser justificado diante os estudos do Ministério de Saúde (2000) que mostram que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica e em torno de 15%, pelo menos cinco.

No caso desta pesquisa os dados revelam que a média de internação hospitalar é de 1,59, enquanto 47,8% não necessitaram de internação. Verifica-se certo equilíbrio entre a quantidade de pessoas idosas que já necessitaram de internação hospitalar e os que nunca necessitaram. Aliás, esse equilíbrio existe se essas respostas são reais, porque alguns dos entrevistados podem ter precisado de internação hospitalar, mas, a instituição asilar não a providenciou. Em muitos casos, as instituições asilares só procurarem o atendimento das instituições hospitalares em situações extremas, conforme expresso abaixo:

[...] segundo os entrevistados, a recorrência a estes serviços ocorre tão somente quando adoecem gravemente. Em casos mais simples, os idosos são cuidados nos próprios asilos por auxiliares de enfermagem ou enfermeiros e por médicos, quando o asilo dispõe deste profissional (FIGUEIREDO, 2003, p.150).

Diante dessa realidade, coloca-se em dúvida a efetividade das instituições asilares pesquisadas do município de João Pessoa/PB por não atender de maneira satisfatória o que é preconizado pelo Estatuto do Idoso, Cap.II, art.50, inciso V quanto a oferecer atendimento personalizado; e o inciso VIII de proporcionar

cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso (BRASIL/PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2003).

Em termos elucidativos, destaca-se o estudo realizado por Ramos (1998) no estado de São Paulo, citado por Brito e Ramos (2007, p. 678) indica:

[...] que as pessoas idosas, nos hospitais gerais, chegam a ocupar 20% do total de leitos e que o tempo médio em que permanecem internados é quase duas vezes maior que a média para o total da população, apesar de todas as restrições impostas pelo Sistema Nacional de Saúde às internações de longo prazo.

A Tabela seguinte apresenta a **natureza dos hospitais** que os idosos entrevistados são internados, quando precisam. Os resultados revelam que a maior prevalência recai sobre os hospitais públicos (34,8%) em relação aos demais.

TABELA 12 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a natureza do Hospital onde foi internado(a). João Pessoa/PB, 2007.

Hospital	<i>n</i>	%
Público	16	34,8
Privado	3	6,5
Misto	1	2,2
Não lembra	3	6,5
Total	23	50,0

FONTE: Primária

Nota: Essa tabela apresenta um total de 23(vinte e três) idosos, uma vez que corresponde ao número de idosos que afirmaram já ter sido internado.

O fato de 50% dos idosos entrevistados tenha sido interno corrobora com grande parte dos estudos realizados acerca desse assunto. Brito e Ramos (1996) atestam que as pessoas idosas possuem necessidades médicas e sociais diferenciadas, portanto, utilizam-se de forma mais intensa os serviços e os equipamentos de saúde.

Em razão de a grande maioria da população brasileira envelhecida viver em condições de extrema pobreza, reconhece-se ser o setor público da saúde a única alternativa de assistência.

Sem aposentadoria, a pobreza entre as pessoas idosas aumentaria mais de onze vezes (1.000%) no Brasil. Estudo da ONU (2007) sobre envelhecimento aponta

que 3,7% dos brasileiros com 60 anos ou mais vivem na linha de pobreza. Excluindo o dinheiro da aposentadoria ou pensão, a proporção salta para 47,9%. A Tabela abaixo evidencia os cinco primeiros países da América Latina colocados, de acordo com a relação entre aposentadoria e linha de pobreza das pessoas idosas:

TABELA 13 – Distribuição percentual das pessoas idosas dos países da América Latina segundo a relação à linha de pobreza e aposentadoria

País	Beneficiários (%)	Com pensão (%)	Sem pensão (%)
Argentina	56,4	4,5	39,5
Bolívia	11,1	42,1	50,4
Brasil	77,3	3,7	47,9
Chile	54,5	1,8	22,7
República Dominicana	11,2	14,7	17,1

FONTE: ONU/Brasil, 2007

Em consideração à quantidade de pobres idosos, a facilidade de internação torna-se uma garantia premente, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção ao Idoso. A legislação em vigor sobre a organização e a implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso dispõe que as pessoas idosas têm direito à internação em Hospital Geral – o qual se classifica como aquele que, embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência – vinculados ao Sistema Único de Saúde e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar (BRASIL/MS, 2002).

A próxima Tabela indica os resultados acerca de um dispositivo legal que é o **direito a acompanhante no processo de internação** que as pessoas idosas possuem. Os resultados abaixo indicam que mesmo que os entrevistados tenham esse direito, 9 (19,6%) destes não contaram com acompanhantes no momento em que foram hospitalizados.

O Estatuto do Idoso, em seu art. 16, dispõe que: “[...] ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”. (BRASIL/PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2003, p.18)

TABELA 14 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o direito a acompanhante. João Pessoa/PB, 2007.

Acompanhado (a)	<i>n</i>	%
Sim	14	30,4
Não	9	19,6
Total	23	50,0

FONTE: Primária

Nota: Essa tabela apresenta um total de 23 (vinte e três) idosos, pois corresponde ao número de idosos que já foram internados.

Na perspectiva de Pena e Digo (2005, p. 665) a presença de um membro da família é de suma importância não só como acompanhante de uma pessoa hospitalizada como pelo fato de ser alguém da confiança do paciente. Ademais, o acompanhante pode ser orientado para atuar enquanto cuidador leigo, para que possa agir de forma adequada em situações difíceis.

A necessidade de um acompanhante em caso de internação de pessoas idosas é imprescindível, seja para auxiliá-las na alimentação, nos cuidados com a higiene ou no pedido de auxílio aos profissionais – médicos e enfermeiras. Nessa hora, o auxílio da família é indispensável, pois não há como a instituição disponibilizar funcionários para acompanhar diuturnamente os idosos nos hospitais.

A Dissertação de Mestrado de Silvana Barbosa Pena, intitulada “Acompanhantes de idosos hospitalizados: um novo desafio para a enfermagem” (2002) registra a importância do acompanhante no processo de hospitalização da pessoa idosa e mesmo quando essa pessoa retorna para a sua residência.

Quanto à participação do acompanhante, a equipe de enfermagem espera auxílio para o cuidado, o apoio e a obediência às orientações. As atividades a ser realizadas pelos acompanhantes na ótica dos sujeitos foram: suporte emocional, alimentação e higienização. O interesse do acompanhante em participar no cuidado, a inter-relação pessoal e o conhecimento anterior do idoso facilitam a participação desses no cuidado. (PENA, 2002, p. 12)

De modo a complementar a análise dos dados da Tabela anterior, apresenta-se, a seguir, os resultados pertinentes à **identificação do acompanhante** do idoso entrevistado quando este se hospitalizou.

TABELA 15 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a identificação do Acompanhante na hospitalização. João Pessoa/PB, 2007.

Acompanhante	N	%
Filhos	2	4,3
Familiares	7	15,2
Outros	5	10,9
Total	14	30,4

FONTE: Primária

Nota: Essa tabela apresenta um total de 14 (catorze) idosos, já que corresponde ao número de idosos que tiveram o direito a acompanhante durante a internação.

Esses dados indicam que a maioria dos acompanhantes origina-se do grupo familiar (19,5%), seguindo-se de outros (10,9%). Chama a atenção para o fato da baixa incidência dos filhos na condição de acompanhante (2 casos). Muitas vezes essa ausência é justificada pela necessidade de trabalhar, dos afazeres domésticos, de morar fora (em outra cidade), etc..

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde das pessoas idosas, mas não isenta o Estado enquanto responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, papel este capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional (GORDILHO *et al*, 2000).

Como já elucidado anteriormente, o mecanismo para diminuir os altos custos com as internações de pessoas idosas seria a prática preventiva sistematizada, ou seja, a atenção plena a saúde dessa faixa-etária. Dentre as medidas preventivas de atenção à saúde dos idosos brasileiros, o Ministério da Saúde promove anualmente a Vacina contra Influenza (Gripe). De acordo com dados oficiais, a vacina antigripe diminui o risco de se contrair a doença em 90% dos casos.

Os resultados seguintes que tratam do **acesso a vacina antigripe** revelam que 93,5 dos idosos entrevistados foram vacinados.

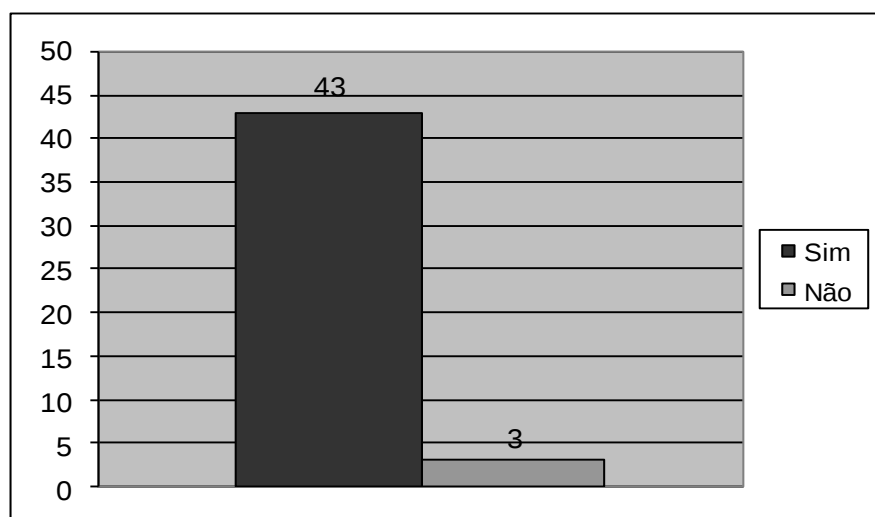


FIGURA 18 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o acesso a vacina antigripe. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Nota: Média de quantidade de vezes que tomou a vacina = 2,49 vezes.

Os idosos são mais vulneráveis às doenças pulmonares agudas, como consequência da gripe. Para protegê-los de complicações mais sérias é que a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) planeja todo ano, em parceria com gestores estaduais e municipais, a Campanha de Vacinação do Idoso.

A vacinação contra a gripe em pessoas idosas contribui para diminuir as internações hospitalares e os óbitos por problemas respiratórios. O vírus influenza acomete todos os grupos etários, mas a ocorrência da doença em maiores de 60 anos e em pessoas com doenças como diabetes, problemas pulmonares crônicos, cardíacos e doenças do sistema imunológico gera agravos de saúde mais sérios e pode até levar à morte.

Em pessoas idosas residentes em instituições asilares, a vacina contra a Influenza é mais efetiva para prevenir doença severa, complicações secundárias e morte. Estudos desses grupos populacionais têm indicado que a vacina pode ser efetiva entre 50% – 60% para prevenir hospitalização e pneumonia; e 80% para prevenir morte, enquanto a eficácia para prevenir o aparecimento de gripe está em torno de 30% no idoso frágil (CAÇÃO; GODOY; VILLAS BOAS, 2003)

Mesmo assim, o governo tem enfrentado muitos e sérios entraves, sobretudo culturais, uma vez que muitos são as pessoas idosas que se esquivam da aplicação

do método por considerar nocivo e não preventivo de acordo com o próprio Ministério da Saúde (MS) que há 10 anos recomenda a vacinação contra a gripe para essas pessoas. Essa medida pode reduzir de 32% a 45% o número de hospitalizações por pneumonias e de 39% a 75% a mortalidade na população idosa. (ARDEN; PATRIARCA; KENDAL, 1986).

Essa iniciativa do governo, conforme aludido anteriormente visa à prevenção não apenas da gripe, mas o desenvolvimento de pneumonia pelas pessoas idosas, sobretudo as que se encontram em situação asilar, por isso a importância da vacina.

Porém, muitas vezes não são só necessários medidas preventivas e atendimentos baseados na internação hospitalar, há casos em que a indicação é a adoção de **procedimentos cirúrgicos**, conforme se analisa na Tabela abaixo:

TABELA 16 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a necessidade de procedimentos cirúrgicos. João Pessoa/PB, 2007.

Cirurgia	<i>n</i>	%
Sim	27	58,7
Não	19	41,3
Total	46	100,0

FONTE: Primária

De acordo com a leitura dessa Tabela constata-se que a maioria (58,7%) dos idosos entrevistados já necessitou se submeter a procedimentos cirúrgicos.

Os dados da Tabela seguinte complementam a anterior ao identificar o **tipo de cirurgia** que os idosos entrevistados se submeteram. No rol das cirurgias realizadas, a mais incidente foi a de catarata (40%) em relação às demais. Chama-se atenção para esses dados que apresentam respostas múltiplas, vez que 8 idosos entrevistados fizeram mais de um tipo de cirurgia.

A catarata, na perspectiva médica, é considerada a principal causa de cegueira, sendo responsável por cerca da metade do número de cegos no mundo. A cegueira por catarata incapacita o indivíduo, aumenta sua dependência, reduz sua condição social e resulta em aposentadoria profissional precoce. (ALVES; KARA, 1996, p. 11-18).

No Brasil, a cirurgia de catarata em pacientes idosos tem sido cada vez mais comum a ponto de vários estados do País realizarem mutirões, posto que tem sido cada vez maior o número de pessoas com mais de 60 anos sofrer de catarata – um turvamento progressivo do cristalino que interfere na absorção da luz que chega à retina, causando perda na qualidade da visão.

Dados atuais do Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2009) revelam que, em nove anos, foram investidos R\$ 1,2 bilhão em cirurgias de catarata, com quase 2,5 milhões de procedimentos. Entre 2006 e 2008, houve um incremento de 25% no número de cirurgias, aumentando a quantidade de 201 mil para 252 mil.

Seguem outros dados referentes aos demais tipos de procedimentos cirúrgicos realizados pelos idosos entrevistados:

TABELA 17 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo tipo de procedimento cirúrgico. João Pessoa/PB, 2007.

Tipo de Cirurgia	<i>n</i>	%
Hérnia	01	2,9
Catarata	14	40,0
Próstata	01	2,9
Varizes	01	2,9
Outra(s)	18	51,3
Total	35	100,0

FONTE: Primária

Nota: Oito idosos responderam mais de uma das alternativas.

Evidencia-se ainda que entre as outras cirurgias realizadas, a mais comum foi a de apendicite, seguindo-se de vesícula e de amputação das pernas. No caso brasileiro, a taxa anual de pacientes idosos que vão à cirurgia é cerca de 15% e com tendência a aumentar (SAYEG, 2007) em razão do ampliação do número de pessoas idosas no País.

Com relação aos demais procedimentos cirúrgicos mencionados, verifica-se que em relação a apendicite que embora esta seja uma afecção que ocorre principalmente no paciente adulto jovem, a apendicite aguda pode comprometer indivíduos em qualquer faixa etária. Nos últimos anos, a incidência de apendicite aguda no paciente idoso tem aumentado, provavelmente pela maior longevidade.

Tem sido aceito que o quadro clínico das complicações da apendicite aguda no idoso difere do observado no jovem, tornando-se necessária a análise em particular daquele grupo (MARIN; NOGUEIRA, 2003).

No entanto, ressalta-se que os procedimentos cirúrgicos devem ser realizados em instituições hospitalares capacitadas para o atendimento qualificado, prestado no pré e pós-operatório.

Os próximos resultados tratam da **avaliação dos hospitais públicos** frequentados pelos idosos entrevistados:

TABELA 18- Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a avaliação dos hospitais públicos. João Pessoa/PB, 2007.

Avaliação dos Hospitais Públicos	<i>n</i>	%
Ótimo	8	17,4
Bom	23	50,0
Regular	3	6,5
Péssimo	3	6,5
N. R.	9	19,6
Total	46	100,0

FONTE: Primária

Nota: Dentre os 9 (nove) idosos que não responderam essa questão, 5 (cinco) alegaram nunca ter precisado de internação em hospitais públicos.

Embora se reconheça a precariedade dos serviços prestados pelo Estado, principalmente no setor da saúde, os dados revelam que 67,4 dos idosos entrevistados consideraram de ótimo a bom os hospitais públicos frequentados. Esse dado demonstra que a satisfação dos entrevistados, sobretudo, quanto à atuação dos profissionais e dos procedimentos recebidos antes e depois das cirurgias.

Esse dado é reafirmado por Figueiredo ao avaliar a “Qualidade dos Programas ou Serviços Sociais prestados pelas Instituições Governamentais segundo os Idosos Entrevistados” (2003, p.166): “[...]100% dos entrevistados nunca receberam tratamento discriminatório ou preconceituoso no atendimento de suas necessidades nas instituições governamentais em face da sua condição de pessoa idosa”.

Dado esse que causa certa estranheza, uma vez que a mídia (rádio, TV, jornal, etc.) está sempre a denunciar a falta de respeito no atendimento para com a pessoa idosa, realizado por instituições de saúde, sobretudo hospitais públicos.

Na visão de Forja e Couttolenc (2007, p.01),

“[...] os hospitais estão no centro do universo dos cuidados da saúde no Brasil. Quando estão doentes, muitos brasileiros vão diretamente para o hospital na falta de um “médico da família” ou de uma rede primária de atendimento. Assim, verifica-se que os hospitais estão em primeiro plano no âmbito das discussões alusivas na melhoria da qualidade da saúde no Brasil.

4.2 SEGURIDADE SOCIAL DESTINADA À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO ASILAR: PROTEÇÃO DAS POLÍTICAS DA PREVIDÊNCIA E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

A proteção social destinada à pessoa idosa deriva “Do conjunto de leis, direitos e políticas que, a partir da Constituição Federal de 1988, compõem a nova institucionalidade da proteção ao idoso no Brasil [...]” (PEREIRA, 2009, p. 01)

O conjunto dessas leis, direitos e políticas confere a base legal da proteção à pessoa idosa. Arrolam-se os principais instrumentos legais:

- Constituição Federativa da República do Brasil – 05.10.1988
- Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990 – Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências e em seu art. 76 coloca como agravante quando o crime é feito em detrimento de maior de sessenta anos
- Lei nº 8.648 de 20/04/1993 – Acrescenta o parágrafo único ao art. 399 do Código Civil: Amparo dos pais pelos filhos, na velhice
- Lei Complementar nº75, de 20 de maio de 1993, no art.6º, VII, "c" – Atribui ao Ministério Público a defesa do idoso
- Lei nº 8.742, de 07/12/1993 – Dispõe sobre a organização da Assistência Social – LOAS
- Lei nº. 8.842 de 04/01/1994 – Política Nacional do Idoso

- Lei nº 8.926, de 09 de agosto de 1994 – Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertências e recomendações sobre seu uso para pessoas de mais de 65 anos
- Decreto 1744 de 05/12/1995 – Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 07/12/1993, e dá outras providências
- Decreto 1948 de 03/07/1996 – Regulamenta a Lei nº 8.842, de 04/01/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências
- Decreto Federal nº2.170, de 04/03/1997 – Altera o Decreto federal nº89.250, de 27/12/83, estabeleceu campo próprio no formulário da carteira de identidade para a expressão "idoso ou maior de sessenta e cinco anos"
- Decreto 2172 de 05/03/1997 – Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social
- Lei nº 9.711, de 20/11/1998 – Altera o art.40 da lei nº8.742 de 07/12/93, assegurando ao maior de 70 anos e ao inválido o direito de requerer a renda mensal vitalícia junto ao INSS até 31 de dezembro de 1995, desde que atenda aos requisitos estabelecidos nos incisos I, II ou III do parágrafo1º do art.139 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991
- Lei nº 9.720, de 30/11/1998 – Dá nova redação a dispositivos da Lei nº 8.742, de 07/12/1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e dá outras providências
- Decreto 3048 de 06/05/1999 – Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências.
- Portaria nº. 1.395 de 09/12/1999 – Política Nacional de Saúde do Idoso
- Decreto 3409 de 10/04/2000 – Define as ações continuadas de assistência social
- Lei 10048 de 08/11/2000 – Dá prioridade de atendimento aos portadores de deficiência aos idosos com mais de 65 anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas de crianças de colo
- Lei nº 10.173, de 09/01/2001 – Altera a lei nº 5.869, de 11/01/1973 – Código Processo Civil, para dar prioridade de tramitação aos procedimentos judiciais em que figure como parte pessoa com idade igual ou superior a 65 anos
- Portaria nº. 249 de 12/04/2002 – Normas para cadastramento de centros de referência em assistência à saúde do Idoso

- Portaria nº. 702 de 12/04/2002 – Organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso
- Portaria nº. 703 de 12/04/2002 – Assistência aos portadores da Doença de Alzheimer
- Portaria nº. 738 de 12/04/2002 – Assistência domiciliar geriátrica
- Resolução SES nº. 1.141 de 26/08/2002 – Cria a Coordenadoria de Atenção ao Idoso
- Lei nº. 10.741 de 01/10/2003 – Estatuto do Idoso
- RDC nº. 283 de 26/09/2005 – Regulamento Técnico que define Normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos _ ILPI, de caráter residencial
- Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Embora as pessoas idosas brasileiras possuam uma série de normas jurídicas, conforme se elencou anteriormente, na realidade a proteção assegurada a essas pessoas encontram-se só no papel, uma vez que as leis, na maioria das vezes, não são respeitadas.

Um exemplo de descumprimento dos dispositivos legais cita-se o texto do Decreto de Lei Nº 1.948/96. Nesse texto defende que envio da pessoa idosa ao asilo só deverá ocorrer em casos de inexistência do grupo familiar, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família. Esse decreto também prevê várias formas de atendimento não asilar, que visam integrar as pessoas maiores de sessenta anos à sociedade. Entretanto, os depoimentos de vários idosos entrevistados nesta pesquisa – expressos no Capítulo III – revelam a negação dessa garantia mediante a inserção de pessoas idosas nos asilos, quando essas poderiam conviver com os seus familiares. Essa realidade desvirtua os objetivos das instituições asilares ao transformá-las em “depósitos de velhos” (CFP, 2008)

No campo da Seguridade Social abre-se um leque de garantias à proteção da pessoa idosa. No tocante à Previdência Social assinalam Simpson, Neri e Cachioni (2003, p.100) “[...] a ótica da previdência social baseia-se na idéia de seguro social destinado aos trabalhadores, objetivando à proteção a velhice, no caso de acidente de trabalho e invalidez.”

Para Fernandez (2005, p. 07) a Previdência é um instrumento fundamental e decisivo que o Estado dispõe para consecução da estabilidade social, ou melhor, seria a síntese de históricas lutas do homem em prol da sua própria proteção e da proteção aos membros de sua família nos momentos de dificuldade.

Quando se fala em benefícios da Previdência Social lembra-se logo da aposentadoria, porém além dela há 10 modalidades de benefícios. Denomina-se “benefício” o sistema de proteção social que assegura o sustento do trabalhador e de sua família, quando ele não pode trabalhar por causa de doença, acidente, gravidez, prisão, morte ou velhice, neste último insere-se a aposentadoria.

Atualmente, os benefícios monetários da Seguridade Social brasileira dividem-se entre os previdenciários e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), este de natureza assistencial. Ambos são pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), porém com organização, regras de acesso e cobertura diferenciados. (BATISTA, JACCOUD e LUSENI AQUINO, 2008).

Segundo Camarano e Pasinato (IPEA, 2004) comparado com Argentina, México, Peru, Costa Rica e Bolívia, o Brasil é o país com maior cobertura previdenciária na população com mais de 65 anos de idade e onde os benefícios são mais representativos na renda total das pessoas idosas.

Como se elucidou anteriormente, sem esses ganhos, a taxa de pobreza urbana nessa faixa etária saltaria dos atuais 3,7% – o menor percentual entre os países comparados – para 47,9%. Nesse caso, também teria impactos na taxa de pobreza (com base na linha de US\$ 2 diários) de toda a população urbana, que passaria de 14,8% para 24,9%.

A proteção à pessoa idosa pela Política da Previdência Social é implementada através das aposentadorias (por idade, por invalidez, por tempo de contribuição e especial) e dos benefícios (BPC, auxílio doença, auxílio acidente, pensão por morte e auxílio reclusão). As aposentadorias e benefícios serão explicitados mais adiante, com um recorte específico às pessoas idosas.

No caso da proteção à pessoa idosa pela Política da Assistência Social embasa-se no dispositivo constitucional da assistência social, regulamentado pela

Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, 1993), que dispõe sobre a organização da Assistência Social, dando consequência ao art. 203, V, da Constituição Federal, que assegura a assistência social à velhice.

Como diretrizes gerais, essas ações contemplam o que estabelece a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Política Nacional do Idoso (PNI), ou seja: promoção de suas famílias; melhoria da qualidade de vida dessas pessoas; inclusão social e igualdade de oportunidades; responsabilidade das três esferas de governo no financiamento das ações e garantia de informações e de acesso a todos os bens e serviços sociais comunitários disponíveis.

No que concerne especificamente à pessoa idosa, a política pública de Assistência Social constitui área estratégica de expressiva cobertura em todas as unidades federadas, que engloba segundo Pereira (2009, p.05):

a) No âmbito federal: transferência continuada de renda a idosos impossibilitados de prover a sua própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; e proteção social básica e especial à pessoa idosa.

b) No âmbito estadual, municipal e no Distrito Federal: ações desenvolvidas pelos governos que, em parceria com o governo federal ou instituições privadas, podem contemplar celebração de convênios para prestação de serviços especiais; distribuição de benefícios eventuais; criação e regulamentação de atendimentos asilares; realização de programas educativos e culturais; isenções fiscais de entidades particulares, dentre outros.

Em termos da transferência continuada de renda tem-se o Benefício de Prestação Continuada. Trata-se de benefício não contributivo, isto é, que não requer contribuição de seus destinatários, previsto na Constituição Federal vigente, regulamentado pela LOAS e endossado, com alterações, pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003).

Esse benefício em dinheiro é pago pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), com recursos transferidos do Fundo Nacional de Assistência Social e o seu recebimento é feito com cartão magnético. Mas, ele não é vitalício, podendo ser suspenso sempre que as condições que lhe deram motivo forem superadas.

No caso da proteção social básica e especial à pessoa idosa constitui-se em apoio financeiro federal a serviços, programas e projetos executados por governos de estados, municípios e Distrito Federal, bem como por entidades sociais, tendo em vista o atendimento de pessoas idosas pobres, a partir dos 60 anos de idade. Seu objetivo é contribuir para a promoção da autonomia, integração e participação do idoso na sociedade e fortalecer seus vínculos familiares.

Cita-se ainda o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que consiste em uma unidade pública da política de assistência social, de base municipal, integrante do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinado à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção social básica às famílias e indivíduos, e à articulação desses serviços no seu território de abrangência, e uma atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social (BRASIL/MDS, 2009)

Os CRAS constituem-se outra modalidade de proteção social básica desenvolvida pela política de Assistência Social que indiretamente beneficia os idosos é o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), realizado nos municípios, em unidades locais de Assistência Social, denominadas Casa das Famílias, com vistas ao acolhimento, convivência, socialização e estímulo à participação social das famílias e seus membros. (BRASIL/MDS, 2009)

Neste estudo, a análise em torno da proteção à pessoa idosa através da Previdência e da Assistência Social abaliza-se nos seguintes aspectos investigativos: os benefícios; a avaliação dos benefícios e a relação entre os benefícios e as instituições asilares.

4.2.1 Benefícios

O recebimento dos benefícios pelas pessoas idosas serve para auxiliar no sustento no que concerne à alimentação, higiene e aquisição dos medicamentos

necessários a melhoria de sua saúde, ou seja, devem ser convertidos em qualidade de vida.

O benefício que outorga a proteção contra a velhice é realmente importante, pois permite às pessoas que chegam a esse limite, que se supõe não estejam em condições físicas ou psíquicas de ganhar a vida e que tenham adquirido o direito ao descanso, manter seu nível de vida e não ser um peso econômico para a família (RUPRECHT, 1996, p. 168).

No caso das seis instituições asilares pesquisadas, atestou-se que três são os tipos de benefícios recebidos pelas pessoas idosas nela residentes: aposentadoria, pensão, benefício mensal. Destaca-se ainda a existência de 1 caso em que a idoso entrevistado recebe dois benefícios: a sua aposentadoria e a pensão do seu companheiro.

Seguem os dados que apresentam a identificação dos **benefícios recebidos**:

TABELA 19 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo benefícios recebidos. João Pessoa/PB, 2007.

Benefício recebido	n	%
Aposentadoria	39	84,8
Pensão	5	10,8
Benefício mensal	1	2,2
Aposentadoria e pensão	1	2,2
Total	46	100,0

FONTE: Primária

Observa-se de acordo com os dados dessa Tabela que a grande maioria dos idosos entrevistados recebe aposentadoria (84,8%). Com relação à aposentadoria, Salgado (1990) argumenta que a aposentadoria coincide normalmente com o envelhecimento e que comumente fala-se que o aposentado é a pessoa que chega a obter o benefício devido ao trabalho subordinado que desempenhou durante a sua vida ativa. No entanto, Leite (1993, p.24) alerta para uma realidade entre as pessoas idosas e os aposentados, ao afirmar que “[...] normalmente todo aposentado é idoso, mas infelizmente nem todo idoso é aposentado”.

A afirmação de Leite procede a partir da distinção entre a interpretação dada aos benefícios previdenciários e aos benefícios assistenciais. Quando se afirma que os benefícios são garantias legais trata-se dos benefícios assistenciais, conforme

consta no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01/10/2003), no Título II – *Dos Direitos Fundamentais*, em seu Capítulo VII, art. 29 a 36, ao enfatizar que:

Art. 34 – Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social

Parágrafo único. O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do caput não será computado para os fins do cálculo da renda familiar *per capita* a que se refere a Loas.

Art. 35. Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada.

§ 1º No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade.

§ 2º O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal da Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

§ 3º Se a pessoa idosa for incapaz, caberá a seu representante legal firmar o contrato a que se refere o caput deste artigo.

Assim, observa-se que a fonte de sobrevivência da grande maioria da população idosa na condição asilar advém da aposentadoria. A esse respeito, Camarano (1999, p.62) assevera que “O grau de dependência dos indivíduos idosos é, em boa parte, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado ou, dizendo de outra forma, como retorno de poupanças passadas”.

Quanto ao segundo benefício citado só existe uma modalidade de pensão, que é a pensão por morte, concedida aos dependentes do segurado por motivo de falecimento (SENAC, 2004). Abaixo, se apresentam os dados acerca dos **tipos de benefícios previdenciários** recebidos pelos idosos entrevistados:

TABELA 20 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo tipos de benefícios recebidos. João Pessoa/PB, 2007.

Tipo de Benefício	n	%
Aposentadoria por idade	15	32,6
Aposentadoria por invalidez	12	26,0
Aposentadoria por tempo de contribuição	13	28,3
Aposentadoria especial	-	-
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	1	2,2
Renda Vitalícia	-	-
Pensão	5	10,9
Total	46	100,0

FONTE: Primária

Nota: Acredita-se que o número de idosos contemplados com o BCP seja significativo, no entanto, apenas um dos entrevistados afirmou o recebimento de tal benefício.

Relativamente à situação previdenciária, constatou-se que os idosos entrevistados majoritariamente (86,9%) recebem aposentadoria, destes apresentam maior incidência os idosos que recebem aposentadoria por idade (32,6%), seguidos por invalidez (26%) e por tempo de contribuição (28,3%).

Esse dado é reafirmado por outros estudiosos, a exemplo de Alcântara (2004), que identificou que 84% dos sujeitos da sua pesquisa eram pessoas idosas que possuíam algum tipo de benefício, aposentadoria ou pensão e atribuiu aos que não recebiam (16%) o fato de não atingirem ainda a idade estipulada pelas normas, não serem portadores de deficiência ou não possuírem a documentação exigida conforme a lei.

Assim, a aposentadoria pode ser entendida como um pagamento mensal vitalício, efetuado ao segurado por motivo de idade, por tempo de contribuição ou pelo exercício de atividade sujeita a agentes nocivos à saúde. Quanto à aposentadoria por invalidez pode ser cessada após a recuperação da capacidade laborativa (SENAC, 2004).

Com relação à aposentadoria por idade, na ótica de Coutinho (2003) ela concebe-se como o benefício previdenciário típico da pessoa idosa. De acordo com a Legislação Oficial, têm direito à aposentadoria por idade os homens com 65 anos

e mulheres com 60 anos de idade se trabalhadores urbanos; e homens com 60 anos de idade e mulheres com 55 anos, se trabalhadores rurais (BRASIL, 2003).

A aposentadoria por invalidez, segundo benefício mais recorrente entre os sujeitos da pesquisa, é concedida ao segurado que for considerado incapaz total e definitivamente para o trabalho e não tiver condições de ser reabilitado para o exercício de atividades que lhe garantam o seu sustento, e, observada a carência, quando for o caso (SENAC, 2004).

Ainda de acordo com a legislação vigente, essa modalidade de aposentadoria tanto pode decorrer da transformação do auxílio-doença como ser concedida de início, após constatada a gravidade da situação do segurado que for considerado incapaz para o trabalho, por médico perito da Previdência Social. Há duas situações:

- a) Para aposentadoria integral: o homem deve comprovar pelo menos 35 anos de contribuição e a mulher, 30 anos.
- b) Para aposentadoria proporcional: tem que preencher simultaneamente os seguintes requisitos:
 - Homens: ter 53 anos de idade, 30 anos de contribuição (“pedágio” de mais um adicional de 40% sobre o tempo que faltava em 16 de dezembro de 1998 para completar 30 anos de contribuição).
 - Mulheres: ter 48 anos de idade, 25 de contribuição (“pedágio” de mais um adicional de 40% sobre o tempo que faltava em 16 de dezembro de 1998 para completar 25 anos de contribuição);
 - O segurado que trabalhou em condições prejudiciais à saúde ou à integridade física. O trabalhador deverá comprovar, além do tempo de serviço, a efetiva exposição aos agentes físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais pelo período exigido para a concessão do benefício (15, 20 ou 25 anos) (BATISTA, JACCOUD e LUSENI AQUINO, 2008, p. 98).

Quanto ao recebimento da pensão, denomina-se de pensão por morte o benefício concedido aos dependentes do trabalhador em caso de morte, conforme segue:

- Cônjuge, companheiro ou companheira, filho não emancipado ou equiparado, menor de 21 anos ou inválido de qualquer idade, sendo que essa invalidez deve ser comprovada por perito oficial do INSS. Essas pessoas são consideradas dependentes por presunção, sendo desnecessária a prova dessa situação. (BATISTA, JACCOUD e LUSENI AQUINO, 2008, p.104).

O Benefício de Prestação Continuada (BCP), conforme aludido anteriormente neste Capítulo foi instituído na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 203, inciso V, no âmbito da Assistência Social. O direito ao esse benefício só foi implementado em janeiro de 1996 após a publicação do Decreto nº 1.744/1995 e a criação, no mesmo ano, do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). No texto legal, verifica-se de maneira genérica, que tal benefício seria dirigido às pessoas idosas ou com deficiência que não possuísem meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida pela família, além de fixar o valor do BPC em 1 SM(salário-mínimo) mensal.

É na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS – Lei nº 8.742/1993) que se encontra a determinação da adoção de uma renda mensal familiar *per capita* inferior a 1/4 do SM como a que indicaria a incapacidade para prover a manutenção da pessoa idosa ou com deficiência. Atualmente o benefício é regido pelo Decreto 6.214 de 26/09//2007 e faz parte das ações de proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BATISTA, JACCOUD e LUSENI AQUINO, 2008, p.116).

Assim, o BCP, consiste em benefício assistencial devido pelo INSS ao cidadão comprovadamente deficiente ou idoso. Tem direito a ele a pessoa, a partir de 65 anos de idade, que não tem condições de se manter. Este benefício pode ser pedido em qualquer agência da Previdência Social, e tanto no caso de deficiência como no da pessoa idosa, o interessado deve comprovar que é carente. Diferentemente da aposentadoria, se o beneficiário falecer, não há pensão decorrente deste benefício para seus dependentes (DPSP, 2008).

O benefício chamado de “renda mensal vitalícia”, foi criado em 1974, através da Lei nº. 6.179, pago pela Previdência Social ao maior de 70 (setenta) anos de idade ou inválido que não exercesse atividade remunerada, não auferisse qualquer rendimento superior ao valor da sua renda mensal, não fosse mantido por pessoa de quem dependesse obrigatoriamente e nem tivesse outro meio de prover seu próprio sustento (CASTRO, 2001. p.503). A obtenção desse benefício era necessária ainda, que o beneficiário:

- tivesse sido filiado à Previdência Social, em qualquer época, no mínimo por 12 (doze) meses, consecutivos ou não;
- tivesse exercido atividade remunerada, posteriormente abrangida pelo Regime Geral da Previdência Social;
- tivesse sido filiado à antiga Previdência Social urbana após completar 60 (sessenta) anos de idade, sem direito aos benefícios regulamentares.

Essa situação só perdurou até a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nessa Constituição foi prevista no inciso V, art. 203, que instituiu dentre outras mudanças a majoração do valor do benefício que até então era de meio salário mínimo, com as mudanças a quantia paga passou a ser de um salário mínimo.

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

[...]

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, conforme dispuser a lei. (BRASIL/SENADO FEDERAL, 2008).

Conforme se observa nesse texto constitucional, trata-se de um benefício de trato continuado, devido mensal e sucessivamente. Concedidos às pessoas idosas ou deficientes físicos que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família. Como elucidado anteriormente, não é necessário que tenha contribuído para a Seguridade Social, desde que não tenha outra fonte de renda (BATISTA, JACCOUD e LUSENI AQUINO, 2008).

O último benefício é a pensão, os pensionistas são as pessoas que percebem uma pensão especialmente do governo. De acordo com o Ministério da Previdência Social (BRASIL/MPS, 2008), seria o benefício pago à família do trabalhador quando ele morre. Para concessão de pensão por morte, não há tempo mínimo de contribuição, mas é necessário que o óbito tenha ocorrido enquanto o trabalhador tinha qualidade de segurado.

No entanto, outra modalidade de pensão foi instituída com a promulgação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) determina que pessoas com 60 anos ou mais têm

direito de exigir de seus familiares o seu sustento. A pessoa idosa e, quem quer que esteja obrigado a contribuir para sua manutenção poderão comparecer perante um promotor de Justiça e celebrar um termo com o valor e as demais condições da contribuição.

Passa-se a analisar o **décimo terceiro salário**, entendido como uma gratificação compulsória por força de lei; tem natureza salarial e é também denominado de gratificação natalina.

Em termos históricos, tal benefício foi instituído no Brasil, através da Lei nº 4.090, de 13 de julho de 1962, que o disciplinou como pagamento no mês de dezembro, baseado sobre a remuneração desse mês, e em valor correspondente ao numero de meses trabalhados pelo empregado no ano, havendo fração igual ou superior a quinze dias como mês integral para efeito de cálculo. Ou seja, em termos monetários o 13º corresponde a 1/12 (um doze avos) da remuneração por mês trabalhado (MASCARO, 1997).

O 13º salário é uma garantia legal inserida na Constituição Federal de 1988 (art.7º, VIII, da Carta de 1988) a qual assinala que essa prestação é devida a todo empregado urbano ou rural (*caput*), inclusive o servidor público (art.39, parágrafo 2º) e o doméstico (art.7º, parágrafo único), além dos aposentados, pensionistas e trabalhadores avulsos.

No campo do Direito do Trabalho, a novidade foi à extensão ao empregado doméstico, pois a Lei nº. 4.090 já beneficiavam os demais empregados urbanos e rurais. Também o trabalhador avulso teve reconhecido esse direito, confirmando, assim, a determinação da Lei nº. 5.480, de 1968 (BRASIL, 1988).

A legislação determina ainda quem não tem direito ao recebimento do décimo terceiro: quem recebe renda mensal vitalícia, amparo assistencial ao idoso e ao deficiente, auxílio-suplementar por acidente de trabalho, pensão mensal vitalícia, abono de permanência em serviço e salário-família.

De acordo com tais dispositivos legais, apresentam-se os resultados deste estudo na Tabela seguinte:

TABELA 21 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo recebimento do 13º salário. João Pessoa/PB, 2007.

Décimo Terceiro	<i>n</i>	%
Sim	31	67,4
Não	9	19,6
N. R.	6	13,0
Total	46	100,0

FONTE: Primária

Verifica-se que um percentual significativo (67,4%) dos entrevistados afirma receber décimo terceiro salário, enquanto 19,6% afirmaram não receber tal benefício. O não recebimento se justifica pelo tipo de benefício recebido, como foi aludido anteriormente, porque só os aposentados e pensionistas têm direito ao 13º conforme a previsão legal.

Chama-se a atenção para um dado deveras polêmico em razão de sua ilegalidade: os idosos entrevistados afirmaram receber décimo terceiro salário e o compreendem esse como direito legal, no entanto, a instituição asilar não repassa para o idoso asilado, esse valor fica como pagamento a instituição que reside. Dessa forma, nega-se a pessoa idosa em situação asilar de usufruir desse direito. Entretanto, a reação dos entrevistados foi de comodismo e aceitação desse fato.

Figueiredo (2003, p.161), em pesquisa realizada com pessoas idosas em situação asilar identificou, que; “[...] em virtude de a maioria se sentir abandonada, o fato de lhe ser garantida a acolhida ao asilo, isto é, a segurança pessoal, potencializa-se esse elemento em relação aos demais. Desse modo, aflora o sentimento de gratidão [...]”.

4.2.2 Avaliação dos Benefícios

No Brasil, entre os milhares de aposentados existentes, constata-se que a grande maioria recebe através da Previdência Social um valor mensal de um salário mínimo, ou seja, um valor R\$510,00 (quinhentos e dez reais) a partir de 1º de

Janeiro de 2010, o que se levado em conta as despesas com alimentação e medicação é irrisório.

A maior parte dos aposentados pela Previdência Social no país recebe valores baixos. Por tal razão a população idosa detém um poder aquisitivo que não atende as necessidades, próprias da faixa etária. Mesmo aquelas pessoas idosas que têm renda fixa de um salário mínimo, que é corrigido anualmente é vítima desse baixo poder aquisitivo (PEIXOTO, 2003).

Com relação a esse valor, apresenta-se a opinião dos idosos entrevistados em relação ao valor do benefício e a satisfação de suas necessidades básicas, conforme revela o Gráfico abaixo.

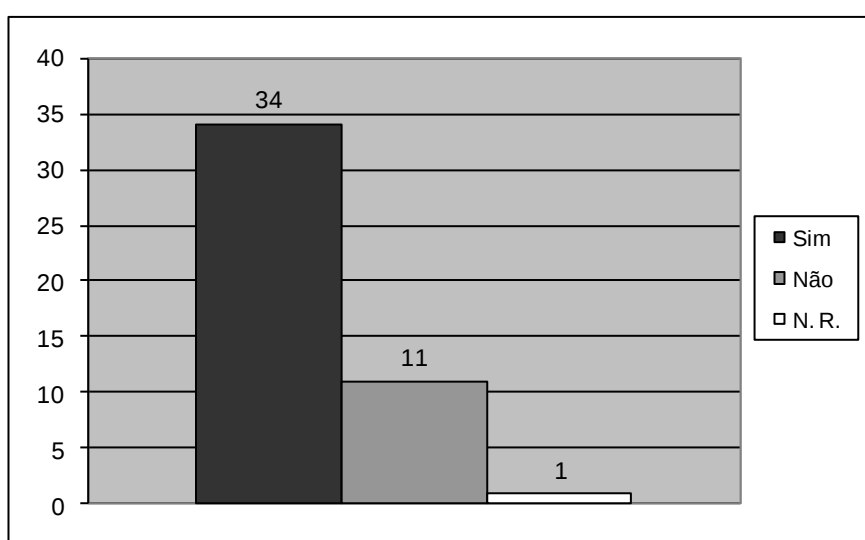


FIGURA 19 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a satisfação das necessidades básicas através de sua renda. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

Considerando que boa parte da população idosa no Brasil encontra-se em frágil situação econômica e social (MASCARO, 1997) chama a atenção para o dado de elevada incidência dos idosos entrevistados (34, ou seja, 74%), expresso no Gráfico acima, responder que se encontra satisfeita com a quantia recebida mensalmente. Talvez essa opinião possa ser justificada pelo fato de que houve uma significativa elevação no valor real das aposentadorias no Brasil entre 1996 e 2006, graças à valorização do salário mínimo nesse período (JUNGBLUTH e VAZ, 2008).

Para entender melhor a relação entre o valor da renda recebida mensalmente e a satisfação das necessidades foram indagados aos idosos entrevistados os **motivos** que levaram a considerar que a renda recebida atende as suas necessidades. As respostas encontram-se arroladas na Tabela seguinte:

TABELA 22 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo motivo do benefício atender às necessidades. João Pessoa/PB, 2007.

Motivo	<i>n</i>	%
Porque não me falta nada, é suficiente	24	52,3
Porque economizo	7	15,2
N. R.	3	6,5
Total	34	74

FONTE: Primária

Nota: Essa tabela apresenta um total de 34 (trinta e quatro) idosos por corresponder ao número de entrevistados que afirmaram que sua renda satisfaz suas necessidades.

Dois fatores prevaleceram nas respostas que indicaram satisfação: a não detecção de necessidades, pois na instituição não lhes falta nada (52,3%) e a demonstração de controle econômico de seus rendimentos (15,2%).

Sabe-se que a maioria das instituições asilares enfrenta sérias dificuldades financeiras e de recursos humanos, limitando, dessa forma, a possibilidade de um atendimento de melhor qualidade aos seus usuários. Instigante constatar que mesmo diante dessa realidade, segundo os idosos entrevistados que a institucionalização oferece os mínimos necessários para a sobrevivência de seus internos, a ponto de provocar um sentimento de que o que é oferecido pela instituição é suficiente. Por tal razão, indagou-se aos idosos entrevistados: o **benefício ou a aposentadoria recebida trouxe para a sua vida?**

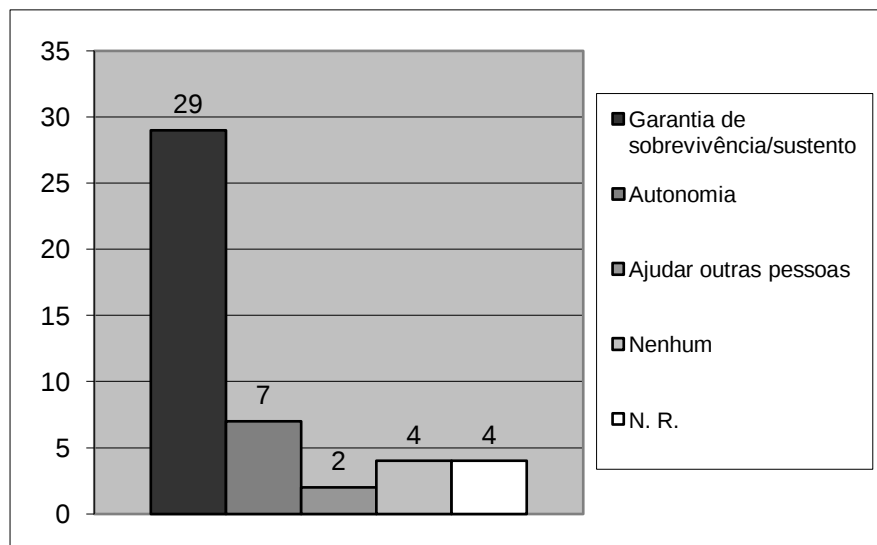


FIGURA 20 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo o benefício que sua renda trouxe para sua vida. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

A leitura desse Gráfico permite verificar que a grande maioria dos idosos entrevistados (63%) afirmou que a renda que passou a receber trouxe-lhe a garantia de sustento; 15,3% afirmaram ter alcançado autonomia; 4,3% a possibilidade de ajudar a outras pessoas. Retirando 4 (8,7%) dos entrevistados que não responderam, esse mesmo percentual (8,7%) considerou que a renda não lhe trouxe benefício algum.

A esse respeito, Neri (1993) explica que os recursos financeiros exercem um efeito compensatório sobre as perdas da velhice, o que denominou de “efeito tampão”. Na verdade, o recebimento de dinheiro, seja na forma de benefícios, seja na forma de ajuda por parte dos familiares, pode facilitar em aspectos ligados à saúde e ao lazer, e também na sensação de auto-eficácia por dar à pessoa idosa a possibilidade de compensar perdas inevitáveis da velhice. Desse modo, ele passa a ter autonomia para comprar os itens que satisfazem a sua necessidade pessoal, ou seja, inquestionavelmente o recebimento de benefício implica na melhoria da qualidade de vida.

Observou-se durante a pesquisa que no caso dos idosos entrevistados, o sentimento de garantia do sustento, expresso por 29 deles, está relacionado ao fato de eles poderem pagar sua sobrevivência na instituição, não se encontram no asilo na condição de favor, de esmola.

4.2.3 Relação entre o Benefício e a Instituição Asilar

O Estatuto do Idoso não permite que o valor das pensões e aposentadorias recebidas pelos idosos residentes seja repassado, integralmente, às instituições asilares. De acordo com a Lei, esse pagamento é facultativo. Caso seja repassado algum pagamento a essas instituições, o idoso residente não deve ultrapassar 70% da renda recebida.

Esse dispositivo legal é frequentemente acompanhado pela Promotoria de Defesa dos Direitos do Cidadão e pelo Ministério Público Estadual. Dessa maneira, tem sido objeto de fechamento de instituições asilares por parte desses órgãos judiciários o não atendimento desse dispositivo, dentre outras infrações cometidas, sobretudo, as formas de violência contra as pessoas idosas.

A Tabela abaixo apresenta os resultados em torno do **pagamento ou não à instituição asilar** pelos idosos entrevistados.

TABELA 23 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a existência de pagamento à instituição asilar. João Pessoa/PB, 2007.

Pagamento a instituição	<i>n</i>	%
Sim	44	95,7
Não	2	4,3
Total	46	100,0

FONTE: Primária

A leitura desses resultados permite verificar que a quase totalidade dos idosos entrevistados (95,7%) paga mensalmente às instituições. Durante as entrevistas foi detectado junto aos idosos residentes que o valor pago não ultrapassa os 70% exigidos por lei. Essa quantia é utilizada para manter as instituições, no que se refere à compra de medicamentos, alimentos, tarifas de água, luz, telefone e demais serviços. Mesmo que essas instituições recebam doações, a sua manutenção é garantia, sobretudo, pelo pagamento dos idosos residentes.

Seguem os dados relativos à opinião dos idosos entrevistados de ser **justo ou não o pagamento feito à instituição asilar**, como se atesta no Gráfico abaixo:

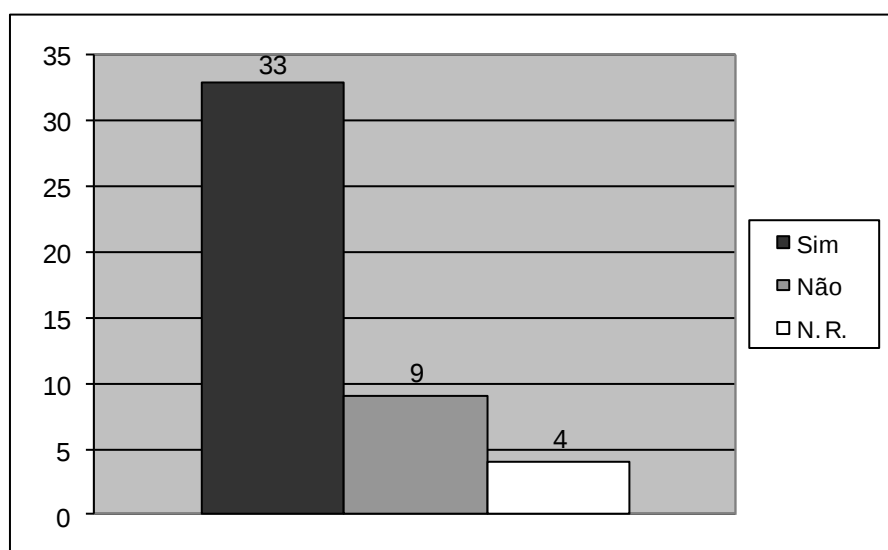


FIGURA 21 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a opinião de ser justo ou não o pagamento ao asilo. João Pessoa/PB, 2007.
 FONTE: Primária

Dentre os 95,7% dos entrevistados que pagam à instituição asilar pelos seus serviços, 71,7% consideram esse pagamento justo. É preciso ponderar que abrigar pessoas idosas implica na observância de cuidados quanto aos aspectos físicos, estruturais e humanos. Isso reflete nas dificuldades enfrentadas por essas instituições para manter os locais dentro dos padrões de higiene exigidos, como contar com recursos financeiros suficientes para sua manutenção e garantir recursos humanos, sobretudo, especializados.

Os desafios das instituições asilares não se limitam apenas a questões estruturantes e de funcionamento. A cobrança do Ministério da Saúde e a fiscalização do Ministério Público, exigidas por lei, vão mais além ao determinar a implementação de novas técnicas de trabalho para capacitação, atualização e renovação da metodologia de trabalho dessas instituições. Conforme se atestou no Capítulo II referente à caracterização das instituições asilares pesquisadas, inexistiu uma política de qualificação e de renovação dos recursos humanos especializados no trato com pessoas idosas.

Nesse aspecto, registra-se a ausência do Estado no tocante à proteção social dos idosos asilados. Além de não garantir a manutenção pública, governamental de instituição asilar, uma vez que todas são filantrópicas, não assume através dos seus

órgãos governamentais (estaduais e municipais) a capacitação técnica dos recursos humanos dessas instituições mediante a disposição de equipes multidisciplinares para atender de forma qualificada as necessidades peculiares e geralmente frágeis do público idoso.

Decerto, faltam às pessoas idosas em condição asilar além da equipe multidisciplinar, a oferta de atividades ocupacionais e de lazer, uma alimentação adequada, medicação apropriada e em quantidade suficiente, entre outros itens indispensáveis à sua qualidade de vida.

Reconhece-se que manter uma pessoa idosa custa caro, sobretudo, quando esse necessita de cuidados especiais. Em face disso, deparou-se durante a pesquisa com o sentimento de aceitação por parte dos sujeitos entrevistados em relação ao pagamento feito mensalmente à instituição a qual estão vinculados.

O cálculo do custo mensal da pessoa idosa é determinado pela totalidade dos recursos necessários à manutenção dessa pessoa na instituição, que vai desde insumos alimentares e materiais de higiene até o pagamento de funcionários e de impostos (CREUTZBERG, GONÇALVES; SOBOTTKA, 2007).

Por fim, apresentam-se os resultados relativos à opinião dos idosos entrevistados sobre **como gostaria de utilizar sua renda**, expressos no Gráfico abaixo:

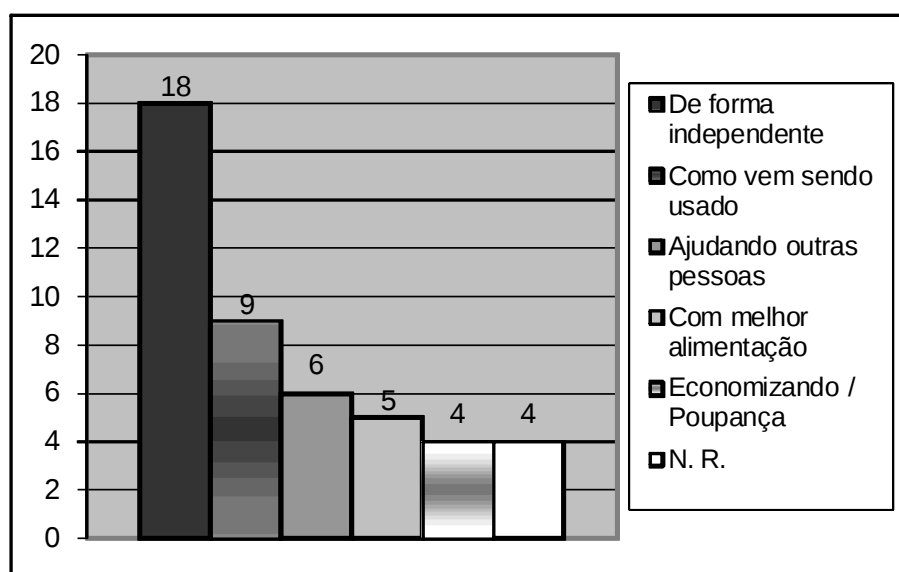


FIGURA 22 – Distribuição percentual dos idosos institucionalizados segundo a opinião sobre como gostaria de utilizar sua renda. João Pessoa/PB, 2007.

FONTE: Primária

A opinião de parte significativa dos idosos entrevistados (39,1%) expressa três formas de intencionalidade: a) o desejo de utilizar o seu dinheiro de modo independente, ou seja, na compra de objetos pessoais e em investimento próprio, outros 13% gostariam de ajudar outras pessoas (familiares e amigos); e 10,8% demonstram a vontade de gastar seu dinheiro com uma alimentação melhor; b) 19,5% gostam da forma como é utilizado seu dinheiro; c) 8,7% queriam economizá-lo através de uma poupança.

Na sociedade capitalista que se vive, convencionou-se que a pessoa idosa não precisa de dinheiro. Desse modo, muitos são os parentes que se utilizam de forma indevida dos salários, das aposentadorias, enfim da renda de seus entes idosos.

Conforme aponta o Gráfico 22, os idosos entrevistados possuem intenções, muitas vezes não reveladas, em relação ao gasto de sua renda, como o mais simples dos desejos: comprar o que precisa o que implica assumir atitude de autonomia. Entretanto, no caso de muitas pessoas idosas no Brasil a autonomia financeira e de tomar decisão de como gastar os seus recursos é algo difícil, em muitas vezes impossível, de alcançá-la, sobretudo, se essas pessoas residem em instituições asilares.

Dados do IBGE/PNAD (2008) indicam que cerca de um quinto das famílias, ou 13,5 milhões de domicílios, têm familiares mais idosos como principais provedores financeiros ou afetivos. Em outras palavras, das 60,9 milhões de famílias brasileiras, 13,5 milhões têm o idoso como sua referência de sustentabilidade. Na maioria das vezes, significa a existência de uma velhice espoliada, distante de uma qualidade digna de vida.

[...] se viver muito e com dignidade é um direito de todo ser humano, já que significa a própria garantia do direito à vida. O Estado precisa desenvolver e disponibilizar às pessoas envelhecidas toda uma rede de serviços capaz de assegurar a todas essas pessoas os seus direitos básicos, como, por exemplo, saúde, transporte, lazer, ausência de violência tanto no espaço familiar como no espaço público. (RAMOS, 2009, p.01)

Para que esses serviços de proteção social sejam adequadamente desenvolvidos, os gestores públicos precisam, dentre outras alternativas políticas, conhecer o perfil sociodemográfico e socioeconômico da população atualmente envelhecida, assim como os espaços domiciliares e/ou institucionais (os asilos) em que as pessoas idosas residem.

Os dados analisados desta pesquisa atestam a sua hipótese: as pessoas idosas, residentes nas instituições asilares, embora amparadas legalmente pela Seguridade Social, são desprotegidas. Com base na maioria dos dados empíricos discutidos atestou-se a negação da pessoa idosa enquanto sujeito portador de direito, garantido pelo Estatuto do Idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Não me arrependo do que fui outrora, porque
ainda sou”.

(Fernando Pessoa)

Este estudo contextualiza uma análise da atual sociedade, marcada pelos os mais variados fenômenos, dentre eles destaca o crescente aumento da população idosa que passa a exigir novas e múltiplas exigências da vida em sociedade. Uma delas consiste na necessidade de aprofundar conhecimentos de toda a ordem sobre a pessoa idosa na contemporaneidade. Em face da amplitude da temática, optou-se em pesquisar a proteção/desproteção da pessoa idosa em condição asilar à luz da seguridade social. Assim como toda a produção humana, não se trata de um estudo acabado, e sim, uma tentativa investigativa de construir uma análise que possa remeter a novas investigações

O aumento da proporção da pessoa idosa na população é um fenômeno mundial tão profundo, que muitos chamam de “revolução demográfica”, pois, a expectativa de vida aumentou cerca de 20 anos no último século. Atualmente, a população mundial é composta por 28% de crianças com menos de 15 anos; 18% de jovens com idade de 15 a 24 anos; e 44% de população economicamente ativa com idade de 25 a 59 anos. As pessoas idosas acima de 60 anos já representam 10% da população mundial.

Portanto, o envelhecimento populacional brasileiro ocorrido nestas últimas décadas instiga o interesse em investigar e estudar abordagens teóricas em torno da atual questão do envelhecimento humano a partir das mais diversas perspectivas. Apesar do aumento significativo dos estudos e abordagens teóricas para compreender a velhice, os resultados ainda são incipientes em relação à dimensão que a explosão demográfica das pessoas idosas incide sobre a sociedade, a família e o Estado.

Estudos revelam que apesar do envelhecimento fazer parte do desenvolvimento humano, sendo, pois, um processo natural e dinâmico, é uma experiência heterogênea, vivenciada por cada indivíduo de acordo com suas

referências pessoais e culturais. No Brasil, pouco se tem notado de diferente frente ao tratamento dispensado as demandas postas pelos segmentos populacionais envelhecidos, apesar das garantias legais instituídas desde a Constituição Federal de 1988.

Como prova dessa realidade, vivenciou-se durante a pesquisa o cotidiano das instituições asilares cadastradas no Conselho Municipal do Idoso de João Pessoa/PB, em número de 6 (seis), todas filantrópicas e de caráter religioso. Mesmo com esses traços identitários comuns, essas instituições apresentam diferentes caracterizações quanto ao atendimento dos idosos residentes no que tange aos critérios infraestruturais, a assistência prestada pelos profissionais e a percepção das pessoas idosas atendidas.

Para que se procedesse a este estudo, pautou-se teórica e historicamente em duas categorias de análise: a **Velhice** e a **Seguridade Social**.

Na primeira abordagem, constata-se a velhice e o envelhecimento desde a antiguidade como um processo natural humano que embora sofram alterações de toda a ordem, condicionam-se à expectativa de vida de uma população. Esse fato reflete até os dias atuais, onde a pessoa idosa é percebida como incapaz de produzir, conseqüentemente não serve mais para atuar no mundo do trabalho e assim ela acaba sendo segregada do convívio familiar e social.

Portanto, por mais que a ciência se esforce em encontrar caminhos que levem ao retardamento do envelhecimento humano e ao prolongamento do limite da vida, uma realidade persiste: envelhecer, para o ser humano, continua sendo um processo extremamente doloroso e conflituoso. Parte do problema é que a pessoa idosa, talvez na sua maioria, passa a fazer uma imagem negativa de si mesma, chegando a pensar que velhice é sinônimo de doença e de fraqueza, de perda da autonomia e da dependência e, conseqüentemente, de desengajamento social.

Nesse entendimento, percebe-se que apesar da expectativa de vida das pessoas idosas no Brasil e no mundo tenha aumentado, no entanto, pouco se tem feito para que esse segmento populacional tenha uma vida ativa, uma qualidade de vida ampliada e, sobretudo, a aceitação da sociedade, posto que ainda há muito desrespeito, preconceito, discriminação e desvalorização da população idosa.

Em torno dessa realidade da não aceitação da velhice, depara-se com o aumento de Instituições asilares e, conseqüentemente, um acréscimo gradativo no número de pessoas acima de 60 anos em situação asilar. Apesar da correlação entre estrutura etária da população e demanda por asilos, essa condição associa-se a questões relacionadas às mudanças que vêm ocorrendo na estrutura familiar: o aumento das famílias monoparentais; a dispersão dos parentes consanguíneos que gera o medo da solidão; o alto custo do cuidado domiciliar; a inexistência de serviços de suporte social e de saúde; a presença da mulher no mercado de trabalho, que retira do domicílio a figura tradicionalmente convocada para os cuidados dos mais velhos; entre outros.

Para conhecer a realidade das pessoas idosas em situação asilar e a análise da proteção social a elas destinada pautou este trabalho investigativo em três dimensões investigativas: a) Caracterização institucional de seis unidades asilares para pessoas idosas na cidade de João Pessoa/PB fundamentada em dois instrumentos de coleta de dados para proceder a essa análise: a pesquisa de campo mediante o uso da ficha cadastral e a pesquisa fotográfica.

Comprovou-se que o percentual de pessoas idosas em situação asilar, comparado com o percentual total do segmento idoso residente em João Pessoa ainda é pequeno. Tradicionalmente, em João Pessoa, quem abriga seus idosos ainda é a família, no entanto, verificou-se que as pessoas idosas que não constituíram famílias, não tiveram filhos, não fortaleceram os vínculos afetivos com seus familiares, não possuem condições de autossustentarem e outros motivos, resta tão somente a essas pessoas as instituições asilares.

Atestou-se que tais instituições não são públicas governamentais, todas são da esfera privada, de caráter filantrópico religioso. No que tange à função social dessas instituições circunscreve-se a de abrigar as pessoas idosas que estão em situação de abandono, sem moradia, sem família e sem condições de autodirigir suas próprias vidas.

Quanto à estrutura física, muito embora precária, tendo em vista que a maioria dessas instituições não foi previamente construída para atender dignamente as necessidades das pessoas idosas, essas instituições têm buscado adaptar suas instalações com algumas medidas para melhor atender os seus usuários. Mesmo

assim, falta muito para que essas instituições apresentem-se dignamente como um lugar de acolhimento.

Quanto ao provimento das despesas das instituições verificou-se que é fruto dos rendimentos recebidos pelos idosos, na proporção determinada pela legislação vigente que é de 70% do valor dos rendimentos recebidos pelos idosos.

Outro procedimento metodológico de conhecimento da realidade asilar adotado foi: b) a construção do perfil das pessoas idosas em condição asilar através de uma amostra representativa de 15%, o que correspondeu a 46 idosos asilados. Levantou-se esse perfil em duas dimensões sócio-demográficas e socioeconômicas mediante o uso da entrevista e do questionário. As análises dos dados coletados embasaram-se na leitura estatística descritiva, na interpretação qualitativa dos depoimentos dos entrevistados e na interlocução desses dados com as análises teóricas.

Os usuários das instituições asilares compõem-se da população idosa em situação de vulnerabilidade, no entanto, atestou-se em alguns casos de instituições que acolhem também pessoas idosas com melhores condições socioeconômicas, quando se verifica a impossibilidade ou a dificuldade da família em acompanhar e preservar cotidianamente a saúde física, mental e espiritual do seu familiar idoso. As instituições asilares pesquisadas geralmente adotam os seguintes critérios para acolher as pessoas idosas: situação de abandono; não possuem família e ou a família não possui condições de manter o convívio com o familiar idoso.

Verificou-se portanto, que a maior parte dos idosos em situação asilar é do sexo feminino, com um percentual de 72%, existindo, portanto, um processo de feminização, o que corrobora com o quadro nacional, já que a maior parte da população nacional é formada por mulheres, segundo dados do IBGE (PNAD, 2006). As faixas etárias predominantes centram-se nas pessoas idosas que possuem mais de 81 anos de idade, o que corresponde a um percentual de 33% e em igual percentual as que possuem entre 76 e 81 anos. Portanto, pode-se deduzir que quanto mais idade, maior a probabilidade de se tornar uma pessoa idosa em condição asilar.

No tocante ao estado civil, constatou-se que a maior incidência dos idosos entrevistados é composta por solteiros (48%) e viúvos (37%). Por isso, é grande o

percentual dos que não possuem filhos, 58,7% dos idosos entrevistados não tiveram filhos; entre os que possuem filhos (41,3%), a média é de 3 a 4 filhos, podendo ser compreendido como outro motivo para a situação asilar a ausência de filhos, apesar da literatura defender que filhos não impedem a condição asilar..

Portanto a solidão de parte considerável dos entrevistados ocasionada por não ter construído família é bem próxima, em termos percentuais, daqueles idosos entrevistados que possuem família, tendo em vista que mesmo que tenham filhos esses idosos foram levados para essas instituições pelos próprios parentes, sobretudo pelos filhos.

Nesse sentido, averiguou-se que 67,4%, foram institucionalizados pelos filhos (as) ou outros familiares; 13% foram encaminhados para a instituição asilar por conhecidos; 13% foram por vontade própria e apenas 6,5% foram por outras instituições. A manutenção de vínculo entre a pessoa idosa e sua família quando indagada sobre o recebimento e a frequência de visitas, a maioria significativa dos entrevistados (84,7%) afirmou que recebe visitas, geralmente de familiares (53,8%) e de filhos (30,8%).

O tempo de permanência na instituição asilar varia: 46% das pessoas idosas se encontram institucionalizados em um período compreendido entre 1 a 5 anos; 32% se encontram-se nessa situação há 5 anos ou mais; e 22% estão em situação asilar aproximadamente 1 ano. Atestou-se também que 84,8% dos idosos entrevistados nunca residiram em qualquer tipo de instituição asilar anteriormente.

Os motivos que levaram a institucionalização são facilmente compreendidos: 41,3% se encontram em situação asilar por não haver quem cuide deles; 21,7% por motivo de conflito familiar; 21,7% por doença; 4,4% por vontade própria, 2,2% não sabe o motivo; e 8,7% por outros motivos. Quanto ao nível de escolaridade dos idosos entrevistados, comprovou-se que o maior percentual é composto por idosos analfabetos e com ensino fundamental incompleto (84,7%); e maioria expressiva (89,1%) revelou ter exercido alguma atividade laborativa.

Quanto à renda mensal dos idosos entrevistados, a quase totalidade (98%) recebe renda mensal; 80% renda recebida é de 1 salário mínimo e 18% entre 1 e $\frac{1}{2}$ e 2 salários mínimos. Apenas um idoso possui renda superior a 2 salários mínimos. Frente aos valores da renda recebida pelos idosos em situação asilar, pode-se

deduzir que as instituições asilares são destinadas a pessoas idosas inseridas nas mais baixas faixas salariais.

Segundo os idosos entrevistados, mesmo que paguem pela comida e contribuam para a manutenção das instituições asilares, a assistência prestada por elas é precária: 52,2% dos idosos entrevistados não recebem roupa da instituição, as roupas usadas foram trazidas por eles ou doadas; 67,4% não têm direito a lazer ou passeios; 84,8% não participam de atividades ocupacionais; além do mais não contam com a atuação de assistentes sociais (91,3%), psicológica (87%), fisioterapeuta (60,9%) e odontológica (76,1%). No tocante à assistência médica é realizada por voluntários de forma sistemática ou quando há necessidade, em alguns casos, os idosos em condição asilar contam com os serviços do PSF. Em face desses percentuais, demonstra-se a ausência de proteção social aos idosos asilados, sobretudo, da esfera pública governamental, o que vai de encontro ao que preconiza o Estatuto dos Idosos.

Ademais, a análise empírica em torno da caracterização das instituições e do perfil dos idosos em condição asilar permitiu destacar a importância de um acompanhamento mais intenso dos familiares, das organizações da sociedade civil ligadas ao controle social das políticas públicas, do Estado e dos órgãos fiscalizadores, a exemplo do Ministério Público Estadual e os Conselhos do Idoso Municipal e Estadual para que os preceitos contidos no Estatuto do Idoso com relação à proteção social aos idosos em situação asilar seja, de fato, garantida na perspectiva de direito.

E, por fim o último procedimento metodológico investigativo: c) análise da proteção aos idosos em condição asilar através da Seguridade Social que se define como o conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social à população (CORRÊA, 1999). Embalado por essa definição e os resultados obtidos na pesquisa de campo pode-se atestar que a Seguridade Social pouco tem se efetivado como garantia de direito nas instituições asilares pesquisadas.

Quanto à Política de Saúde, evidencia-se com a assistência medicamentosa. Os resultados coletados revelam a mesma tendência nacional; de que grande parte das pessoas idosas faz uso de algum tipo de medicação. Os dados da pesquisa

indicam que a maioria absoluta (87%) dos idosos entrevistados faz uso de medicamentos diariamente, consumindo em média 2 remédios por dia.

A respeito da aquisição dos remédios de acordo com os 40 idosos entrevistados que afirmaram tomar remédios, as alternativas mais incidentes recaem sobre a instituição asilar (49%), seguindo-se por conta própria (20,5%) e dos familiares / amigos (16,3%). Comprova-se ainda que o Estado é responsável por apenas 14,2% da distribuição de medicamentos às pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, o que contraria os preceitos do SUS, do Estatuto do Idoso e do Plano Nacional de Saúde do Idoso.

O acesso aos recursos de reabilitação pelas pessoas idosas entrevistadas foi comprovado ser a doação a alternativa mais incidente (21,8%). Essa constatação mais uma vez contradiz o disposto no Estatuto do Idoso e demais dispositivos legais de proteção à pessoa idosa.

Quanto à facilidade ou não de atendimento aos serviços de saúde, verificou-se que entre 41 (89%) idosos entrevistados, 34 (74%) afirmaram ter sido atendidos facilmente nos momentos em que necessitam de cuidados dos serviços de saúde.

A respeito da internação ou não dos idosos entrevistados, assinala-se que 50% já precisaram ser hospitalizados. A natureza dos hospitais mais incidente que os idosos entrevistados foram internados recai sobre os hospitais públicos (34,8%) em relação aos demais.

O direito a acompanhante no processo de internação hospitalar que as pessoas idosas possuem, entretanto, por razões diversas 9 (19,6%) dos entrevistados não contaram com acompanhantes no momento em que foram hospitalizados, contrariando o que é defendido pelo Estatuto do Idoso.

No tocante ao acesso a vacina antigripe, demonstrou-se que 93,5% dos idosos entrevistados foram vacinados, atendendo, portanto, as expectativas do Ministério de Saúde.

Quanto à submissão a procedimentos cirúrgicos, constatou-se que a maioria (58,7%) dos idosos entrevistados já necessitou de procedimentos cirúrgicos. Evidencia-se que entre as cirurgias realizadas, a mais comum foi a de catarata. No caso brasileiro, a taxa anual de pacientes idosos que vão à cirurgia é cerca de 15%

e com tendência a aumentar (SAYEG, 2007) em razão do ampliação do número de pessoas idosas no País

Embora se reconheça a precariedade dos serviços prestados pelo Estado, principalmente no setor da saúde, quando indagados sobre a avaliação dos hospitais públicos, 67,4% dos idosos entrevistados consideraram de ótimo a bom. Esse dado demonstra a satisfação dos entrevistados, sobretudo, quanto à atuação dos profissionais e aos procedimentos recebidos antes e depois das cirurgias.

No caso das Políticas da Previdência e da Assistência Social a começar pela análise dos benefícios recebidos atestou-se que a grande maioria dos idosos entrevistados recebe aposentadoria (84,8%). A esse respeito, Salgado (1990) argumenta que a aposentadoria coincide normalmente com o envelhecimento e que comumente fala-se que o aposentado é a pessoa que chega a obter o benefício devido ao trabalho subordinado que desempenhou durante a sua vida ativa.

Quanto aos tipos de benefícios previdenciários recebidos pelos idosos entrevistados, averiguou-se que os idosos entrevistados majoritariamente (86,9%) recebem aposentadoria, destes apresentam maior incidência os idosos que recebem aposentadoria por idade (32,6%), seguidos por invalidez (26%) e por tempo de contribuição (28,3%). Dado reafirmado por outros estudiosos brasileiros que pesquisam sobre esse assunto, a exemplo de Alcântara (2004), que identificou que 84% dos sujeitos da sua pesquisa eram pessoas idosas que possuíam algum tipo de benefício, aposentadoria ou pensão.

Examinou-se também o recebimento do décimo terceiro salário, entendido como uma gratificação compulsória por força de lei, que tem natureza salarial e é também denominado de gratificação natalina. No tocante a essa variável verificou-se que um percentual significativo (67,4%) dos entrevistados afirma receber décimo terceiro salário. O não recebimento (19,6% dos entrevistados) se justifica pelo tipo de benefício recebido, como foi aludido anteriormente, porque só os aposentados e pensionistas têm direito ao 13º conforme a previsão legal. Como se evidenciou, há entrevistados que recebem benefício, como o BPC e estes não pagam o 13º SM.

Com relação à opinião dos idosos entrevistados em relação ao valor do benefício e a satisfação de suas necessidades básicas, comprovou-se que 74% dos idosos entrevistados se encontram satisfeitos com a quantia recebida mensalmente. Talvez essa opinião possa ser justificada pelo fato de que houve uma significativa

elevação no valor real das aposentadorias no Brasil entre 1996 e 2007 (ano da pesquisa de campo). Dois fatores prevaleceram nas respostas que indicaram satisfação: a não detecção de necessidades, pois na instituição não lhes falta nada (52,3%) e a demonstração de controle econômico de seus rendimentos (15,2%).

Indagou-se aos idosos entrevistados se o benefício ou a aposentadoria recebida trouxe para a sua vida? A grande maioria dos idosos entrevistados (63%) confirmou que a renda que passou a receber, trouxe-lhe a garantia de sustento; 15,3% afirmaram ter alcançado autonomia; 4,3% a possibilidade de ajudar a outras pessoas. Excetuando 4 (8,7%) dos entrevistados que não responderam, apenas 4 (8,7%) consideraram que a renda não lhes trouxe benefício algum. Portanto, o sentimento de garantia do sustento, expresso por 29 deles, está relacionado ao fato de eles poderem pagar sua sobrevivência na instituição, pois, não se encontram no asilo na condição de favor, de esmola.

Quanto ao pagamento ou não à instituição asilar, a quase totalidade dos idosos entrevistados (95,7%) paga mensalmente às instituições. Durante as entrevistas foi detectado, segundo os idosos residentes, que o valor pago não ultrapassa os 70% exigidos por lei. Essa quantia é utilizada para manter as instituições asilares no que se refere à compra de medicamentos, alimentos, pagamentos das tarifas de água, luz, telefone e demais serviços. Mesmo que essas instituições recebam doações, a sua manutenção é garantia, sobretudo, pelo pagamento dos idosos residentes.

Quando indagados sobre ser justo ou não o pagamento feito à instituição asilar, dentre os 95,7% dos entrevistados que pagam à instituição asilar pelos seus serviços, 71,7% consideram justo esse pagamento.

É preciso ponderar que abrigar institucionalmente pessoas idosas implica na observância de cuidados quanto aos aspectos físicos, estruturais e humanos. Isso reflete nas dificuldades enfrentadas por essas instituições para manter os locais dentro dos padrões de higiene exigidos, como contar com recursos financeiros suficientes para sua manutenção e garantir recursos humanos, sobretudo, especializados.

Por fim, ao questionar os idosos entrevistados como gostaria de utilizar sua renda, parte significativa desses entrevistados (39,1%) expressa três formas de intencionalidade: a) o desejo de utilizar o seu dinheiro de modo independente, ou

seja, na compra de objetos pessoais e em investimento próprio, outros 13% gostariam de ajudar outras pessoas (familiares e amigos); e 10,8% demonstram a vontade de gastar seu dinheiro com uma alimentação melhor; b) 19,5% gostam da forma como é utilizado seu dinheiro; c) 8,7% queriam economizá-lo através de uma poupança.

Na sociedade capitalista que se vive, convencionou-se que a pessoa idosa não precisa de dinheiro. Desse modo, muitos são os parentes que se utilizam de forma indevida dos salários, das aposentadorias, enfim da renda de seus entes idosos, quando estes não somente precisam dos seus proventos para sobreviver minimamente com dignidade como querem poder decidir como gastá-los.

A análise desses resultados permite concluir que mesmo estando entre os melhores sistemas de proteção social que se aproximam dos países do oeste europeu – a Seguridade Social brasileira, engendrada pela Constituição de 1988 apresentou mudanças e avanços estruturais ao longo desses últimos 20 anos, ainda que boa parte deles marcados pelo Estado neoliberal.

Entretanto, tendo como parâmetro analítico a população idosa, esse Sistema ainda não se mostra capaz de atender adequadamente os problemas sociais e econômicos pertinentes à vida digna da população envelhecida do País. Além da ausência de vontade política dos governantes, as reformas engendradas em decisões pontuais, corporativistas e casuísticas se apresentam desarticuladas e incoerentes ao atendimento das demandas sociais postas. Conforme expressa Pereira (2008, p.80), “Os custos dessas distorções refletem na vida dos cidadãos”.

Frente a essa realidade, atesta-se que há muito por fazer em termos da efetivação dos direitos sociais neste País, e, no caso da proteção social às pessoas idosas a distância entre os dispositivos legais e a sua efetividade ainda se apresenta de forma longínqua, o que permite dizer que as pessoas idosas ainda vivem em desproteção no Brasil, sobretudo, nas instituições asilares.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, Luiz Eduardo Robinson. **Fotoetnografia da Biblioteca Jardim**. Porto Alegre: UFRGS/Tomo Editorial, 2004.

ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos Institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004.

_____. **Velhos Institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004.

ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Figueirêdo de; BARROS, Ana Cirne Paes. Imagens da Realidade dos Abrigos para Crianças e Adolescentes de João Pessoa/PB: uma análise a partir dos estudos iconográficos. In: ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Figueirêdo de; NEVES, Márcia Emília Rodrigues; Xavier, Sandra Magda Araújo de Almeida. **A Realidade dos Abrigos para Crianças e Adolescentes de João Pessoa/PB: desafios e perspectivas**. 2ª Edição. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; UNICEF, 2008.

AQUINO, Francisca Teresa Montenegro. **O envelhecimento da população na Paraíba: algumas características**. (Monografia – Curso de Especialização em Gerontologia Social – UECE) João Pessoa, 1998.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 2ª Edição. Lisboa: Edições 70, 2006.

BASSIT A. Z. Na condição de mulher: a maturidade feminina. IN I. L.Py; J. L. Pacheco; J.L. M. de Sá & S. N. Goldman (Orgs), Tempo de Envelhecer – percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: NAU Editora. 2004.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução: Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007.

BENZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. In Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo – SP, v.75, n. Especial, p.19-34, 2003.

BÍBLIA SAGRADA. **Eclesiástico**. 75 ed. São Paulo: Ave Maria Ltda, 1991.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano – Compaixão pela Terra**. 5ª ed. Petrópolis-RJ; Vozes, 2000.

BORGES, Maria Claudia Moura. O Idoso e as Políticas Públicas e Sociais no Brasil. In: Simson, O. R. de M. Von; Neri, A. L.; Cachioni, M. (orgs). **As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil**. Campinas, SP: Editora Alinea, 2003.

BORN, Tomiko. (Org.) **Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos/ Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

_____. O que é uma ILPI? In: **Portal do envelhecimento**, 29 de nov.2005.

_____. Quem Vai Cuidar de Mim Quando Eu Ficar Velha? In: **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 4, n. 2, p.135-148, 2001.

BOSCHETTI, Ivanete. **Implicações da Reforma da Previdência na Seguridade Social Brasileira**: In: Revista Psicologia e Sociedade. 15(1), 57-96, Jan./ Jun.2003.

BRANDÃO, Juliana da Silva. et al. **A vida na maturidade: uma contribuição à educação permanente**. Blumenau: Nova Letra, 2003.

BRANDINI, M. O ciclo de vida representado nas páginas dos almanaques. In O. R.de M. Von Simson; A. L. Neri & M. Cachione (Orgs), **As Múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Alínea. 2003.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. . **Diretriz para a Assistência em Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Resolução RDC nº 0211, de janeiro de 2008.

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Altera anexo da Resolução - RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Resolução RDC nº 94, de 31 de dezembro de 2007.

_____. _____. **Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005.

_____. CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Sistema de Benefícios ao Cidadão**. Disponível pela Internet: www.beneficiosociais.caixa.gov.br/consulta/beneficio (Acesso em 08/09/2009)

_____. CONGRESSO FEDERAL. **Constituição Federativa da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.

_____. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL / SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL. **LOAS: Lei Orgânica da Asssistência Social**. Brasília. 2003.

_____. _____. **Política Nacional do Idoso:** Lei nº 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. Brasília: MPAS, SAS, 1997.

_____. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Idoso – Cidadão Brasileiro:** Informações sobre serviços e direitos. Brasília, MPS/ Assessoria de Comunicação Social, 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento.** Brasília. 2002.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Centro de Referência de Assistência Social.** Disponível pela Internet: ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos Institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos.** Campinas, SP: Editora Alínea, 2004.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003).** Brasília: Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2003.

_____. _____. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). **Lei 8742, de 07.12.1993.** Brasília: Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1993.

_____. SENADO FEDERAL – Secretaria Especial de Editoração e Publicações: CÂMARA DOS DEPUTADOS, Coordenação de Publicações. **Estatuto do Idoso.** Brasília. 2003.

_____. _____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 2009. (Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 58 de 23 de setembro de 2009)

BRITO, F. C. de; RAMOS, L. R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo, Atheneu, 1996.

BRUNO, Miguel. Transição Demográfica e Regime de Acumulação Financeirizado no Brasil: “Bônus” ou “Ônus” para a Previdência Social? In: **Carta Social e do Trabalho.** São Paulo: UNICAMP/Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho (CESIT), 2007.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.) et al. **Muito Além dos 60.** os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

_____.; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.) **Os Novos Idosos Brasileiros:** muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, 2004,

CAMPOS, Ana Paula Martins de. Envelhecimento Feminino: “Bicho de Sete Cabeças”? In: FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; DIAS, Cristina m. de Souza Brito

(Orgs.). **Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções Psicológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CHAINOWICZ, Flávio; GRECO, Dirceu B. **Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil**. In Revista Saúde Pública, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)**. Brasília, CFP, 2008.

CORRÊA, Wilson Leite. **Seguridade e Previdência Social na Constituição de 1999**. Disponível pela internet: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp>

COUTINHO, Karen Juliana. **A velhice na Seguridade Social**. Goiânia: Universidade Católica de Goiás / Curso de Especialização em Direito Previdenciário. 2003. (Trabalho de Monografia).

COUTO, Berenice R. **O Direito Social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

CREUTZBERG, Marion; GONCALVES, Lucia Hisato Takase; SOBOTTKA, Emil Albert. Instituições de Longa Permanência para Idosos: a imagem que permanece. In: **Revista Texto & Contexto Enfermagem** (vol.17-nº02). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

DEL POZZO, Oscar. **Asilos: exclusão familiar do idoso**. 24.03.2009. Disponível pela Internet: http://www.idosossolidarios.com.br/artigo_completo.php

FERRARI, M. A. C, **Instituições que abrigam idosos: Proposta de padrões mínimos para seu funcionamento**. Terapia Ocupacional. São Paulo, v. 2, n.2/3, p 86 – 99, 1991.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI** (5ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA, M. L. M.; **Memória e Velhice: Do lugar da lembrança**. In m. I. Barros (Org.). Velhice ou terceira idade: Estudo antropológicos sobre identidade e memória e política. Rio de Janeiro. Editora Fundação Getúlio Vargas. 1998.

FIGUEIREDO, Márcia de Sousa Figueiredo. **A (Des) Proteção Social à Velhice: a avaliação a partir dos idosos asilados**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba/ Programa de Pós-graduação em Serviço Social. 2003. (Dissertação de Mestrado) 210 p.

FLEURY, Sonia. **Hora de articular saúde, assistência e previdência, 2006**. Disponível pela internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/48/web-01.html>.

FORMIGA, Regina Irene D. Moreira. **Verso e Reverso da Velhice**: estudo sobre a concepção de velhice do idoso institucionalizado na cidade de João Pessoa. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba/ Núcleo Integrado de Estudos da Terceira Idade. 2002. (Trabalho de Monografia) 54p.

FRUTUOSO, Dina. **Terceira Idade com Qualidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Faculdade de Educação, 2000.

GIGLIO, Z. & VON SIMSON. **A arte de recriar o passado: História oral e velhice** bem sucedida. In A. L. Neri (Org). Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas, biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª Edição. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. (2ª ed.). São Paulo: Perspectiva, 1987.

GROSSI, Patricia Krieger; GUILAMELON, Lucimari Frankenberg. **Intersetorialidade na política de saúde do idoso**. In: Revista Virtual Textos & Contextos, nº 6, dezembro, 2006.

HAYFLICK, Leonard. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HORVATH JÚNIOR, Miguel. **Os direitos fundamentais e a seguridade social**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, 31, 31/07/2006 [Internet]. **Disponível em** http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1204. Acesso em 18/01/2010.

HORVATH, Miguel Júnior. **Os Direitos Fundamentais e a Seguridade Social**. 2007. **Disponível** **pela** internet:www.Sisnet.aduaneiros.com.br/lex/doutrinas/arquivos/020507.pdf.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Síntese de Indicadores–2006**. Rio de Janeiro: IBGE.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Síntese de Indicadores–2001**. Rio de Janeiro: IBGE.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Instituições de Longa Permanência para Idosos**: caracterização e condições de atendimento. Curitiba/PR: IPARDES, 2008.

JORDÃO NETTO, Antônio. **Gerontologia Básica**. São Paulo: Lemos, 1997.

LEITE, Celso Barroso. Curso de Direito Previdenciário em homenagem a Moacyr Velloso Cardoso de Oliveira. 5ª ed. São Paulo: L. Tr, 2003.

LEME, Luiz Eugênio Garcez. A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento. Visão Histórica. In: PAPALÉO NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Fundo Editorial BYK – Prociencx, 2006.

LOIZOS, Peter. Vídeo, filme e fotografia como documentos de pesquisa. IN: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Editores) **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 19 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MASCARO Sonia de Amorim. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

MEDEIROS, Marcelo. **Envelhecimento: novo assunto para políticas públicas**, 2004. Disponível pela internet: www.rits.org.br.

MINAS GERAIS/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos E. A. (Orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MONSEGUI, Gabriela B. G.; ROZENFELD, Suely; VERAS, Renato Peixoto; VIANNA, Cid M. M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. In: **Revista Saúde Pública**, 33 (5), 1999.

MORAGAS, Ricardo Moragas. **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida**. Trad. Nara C. Rodrigues. São Paulo: Paulinas, 1997.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Maturidade e Velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papirus, 2001.

_____. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. D.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Athneu, 2000.

_____.; FREIRE, Sueli Aparecida (orgs.). **E por falar em boa velhice.** Campinas/SP: Papiris, 2000.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. A dialética Estado / Sociedade e a Constituição da Seguridade Pública. In: Cadernos ABONG. São Paulo, 2000. ISSN 1517 – 4484.

NUNES, A. C.; MAGEDANZ, E. H.; CREUTZBERG, M. Instituição para idosos: antes de tudo, uma residência coletiva. In: TERRA, N. L.; DORNELLES, B. **Envelhecimento Bem – Sucedido.** Porto Alegre, EDIPUCRS, 2002. Cap. 49, p. 373 -377.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Estudo Econômico e Social Mundial 2007.** Brasília/DF: ONU-BRASIL, 2007.

PAPALÉO NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Fundo Editorial BYK – Prociex, 2006.

PAPALIA, Diane C. , OLDS, Sally W. Trad. Daniel Bueno. **Desenvolvimento humano.** 7 ed. Porto Alegre: Artemed, 2000.

PAVAN, Fábio José; MENEGHEL, Stela Nazareth; JUNGES, José Roque. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. In: **Caderno de Saúde Pública.** (vol.24, nº9) Rio de Janeiro: Setembro, 2008.

PENA, Silvana Barbosa. **Acompanhantes de idosos hospitalizados:** um novo desafio para a enfermagem. Campinas/SP: UNICAMP/Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2002. (Dissertação de Mestrado)

PEREIRA, José Matias. **Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA E União Européia.** Revista de Administração Pública –RAP. Rio de Janeiro, Janeiro/Fevereiro, 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Política de Assistência Social para a Pessoa Idosa.** Disponível pela Internet: www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/.../4.pdf (Acesso em 12.12.2009)

PEREIRA, Thelma Maria Franco Rabelo Araújo. **Histórias de Vida de Mulheres Idosas –** Um estudo sobre o Bem-Estar Subjetivo na Velhice. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte / Programa de Pós-graduação em Psicologia. 2005. (Dissertação de Mestrado) 261p.

PESTANA, Luana Cardoso; ESPIRITO SANTO Fátima Helena do. **As engrenagens da saúde na terceira idade:um estudo com idosos asilados.** Revista Escola de Enfermagem da USP. vol.42. São Paulo, Junho, 2008

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Rede de Proteção ao Idoso. Disponível pela Internet:** www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/.../4.pdf (Acesso em 12.12.2009)

RODRIGUES, Francicleide de Araújo. **Cabelo Branco não Incomoda: história de vida de mulheres residentes em uma instituição de idosos.** João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba / Centro de Ciências da Saúde, 2001. (Dissertação Mestrado) 86 p.

SAVONITTI, Beatriz H. R. de Almeida. **Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados.** São Paulo: Universidade de São Paulo/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2000. (Dissertação de Mestrado) 139 p.

SCOTT, Russel Parry. Envelhecimento e Juventude no Japão e no Brasil: Idosos, Jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos E. A. (Orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

SELVEIRA, Sarah Maria Ramos. **Terceira Idade:** protagonista até o fim. O Serviço Social do Ambulatório de Geriatria do HRGU-DF no Resgate do Idoso Cidadão. Brasília, 1997. 15p. (Dissertação de Mestrado)

SOARES, Laura T. **Ribeiro. Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Instituição de longa permanência para idosos:** manual de funcionamento. São Paulo: SBGG, Biênio 2002/2003.

UCHINAKA, Fabiana; D'AGOSTINO, Rosanne. **Taxa de fecundidade das brasileiras fica abaixo do nível de reposição mais uma vez.** In: UOL Ciência e Saúde. Disponível pela Internet: www.uolnoticias.com.br (Acesso em 18.09.2008)

VERAS, Renato. **A Longevidade da população: desafios e conquistas.** In: Revista Quadrimestral de Serviço Social. Ano XXIV nº 75 – Setembro, 2003.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **Seguridade Social e Combate a Pobreza no Brasil:** o papel dos benefícios não-contributivos. Disponível pela internet: www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fSeguridade.pdf

WOORTMANN, E. & WOORTMANN, K. **Velhos Camponeses.** Humanidades Terceira Idade. Brasília: UNB, 1999.

XIMENES, Maria Amélia; CÔRTE, Beltrina. A Instituição Asilar e Seus Fazeres Cotidianos: um estudo de caso. In: **Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento** (V. 11). Porto Alegre, p. 29-52, 2007.

YAMAMOTO, Akemi; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Os Idosos e as Instituições asilares do Município de Campinas.** In. Revista Latino-am Enfermagem. Setembro – Outubro, 2002.

ZIRMERMAN, Guite I. **Velhice: Aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ANEXOS

ANEXO A

MODELO DO QUESTIONÁRIO DO USUÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
SETOR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ANÁLISES DE CONJUNTURA E POLÍTICAS SOCIAIS

PROJETO DE PESQUISA:

ALUNA: REGINA IRENE DIAZ MOREIRA FORMIGA

ORIENTADORA: Profª Drª Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida

QUESTIONÁRIO

Nº _____

Nome da Instituição Asilar do(a) Usuário(a) Idoso(a):

PARTE I - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS DO(A) USUÁRIO(A)

1. Dados Identitários

1.1. Nome: _____

1.2. Idade: _____

1.3. Sexo:
☐ Masculino ☐ Feminino

1.4. Estado Civil:
☐ Solteiro(a) ☐ Viúvo(a)
☐ Casado(a) ☐ Amasiado(a)
☐ Divorciado(a) ☐ Outro: _____

1.5. Local de Nascimento:
Cidade: _____ Estado: _____
Zona: Rural ☐ Urbana ☐

1.6. Tem filhos:
☐ Sim ☐ Não Quantos: _____
Quantos vivos: _____

2. Dados de Escolaridade, Emprego e Renda

2.1. Escolaridade:
☐ Analfabeto
☐ Até a 4ª série do 1º grau
☐ 2º grau ☐ Completo ☐ Incompleto
☐ Superior ☐ Completo ☐ Incompleto

2.2. O senhor(a) já trabalhou?
☐ Sim ☐ Não
Em que profissão: _____

2.3. Possui renda mensal:
☐ Sim ☐ Não
Valor mensal: _____

PARTE II – DADOS ESPECÍFICOS SOBRE O OBJETO DE ESTUDO: a Instituição Asilar e a Seguridade Social

1ª Dimensão - QUANTO À INSTITUIÇÃO ASILAR

O (a) Sr. (a):

1.1 Vive na instituição à quanto tempo? _____

1.2 Residiu em outra instituição?

() Sim () Não

Qual? _____ Quanto tempo: _____

1.3 O que acha do local onde mora atualmente?

1.4 Porque veio morar nesta instituição?

1.5 Quem lhe trouxe para morar aqui?

1.6. Recebe visitas?

() Sim () Não

De quem? _____

1.7. Com que frequência recebe visitas:

() Semanalmente () Quinzenalmente () Mensalmente () Raramente

1.8. O que recebe desta instituição além da moradia e alimentação?

() roupa () remédio () produtos de higiene pessoal

() lazer/passeios () atividades ocupacionais (Quais?) _____

() outros: _____

1.9. Quando você precisa, a instituição oferece que tipo de assistência?

() assistência médica () assistência fisioterapeuta

() assistência odontológica () assistência social

() assistência psicológica () assistência da enfermagem

() outros: _____

1.10 Estes serviços são prestados com que frequência?

() Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente

() Mensalmente () Raramente

1.11 Sente falta de alguma coisa nesta instituição? O que?

1.12 Como considera os serviços prestados por esta instituição?

() ótimos () bons () regulares () péssimos

Por que? _____

1.13 A instituição oferece atividades que preenchem seu tempo?

() Sim () Não

Quais? _____

1.14 O que acha dos diretores ? São:

() ótimos () bons () regulares () péssimos

Por que? _____

1.15 O que acha dos funcionários ? São:

() ótimos () bons () regulares () péssimos

Por que? _____

2ª Dimensão – Seguridade Social – SAÚDE

O (A) Sr (a):

2.1 Toma remédios diariamente?

Sim () Não () Quantos? _____

Esses remédios são:

Comprados por você?

Sim () Não () Quantos? _____

Comprados pela instituição?

Sim () Não () Quantos? _____

Comprados por familiares/amigos?

Sim () Não () Quantos? _____

Doados pelo Governo?

Sim () Não () Quantos? _____

Outros: _____ Quantos? _____

2.2 Necessita ou já necessitou de alguma prótese, órteses, óculos, prótese dentária, bengala, andador, muletas ou outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação?

Sim () Não () Qual(is)? _____

Conseguiu esses recursos através de:

Compra () Doação () Governo ()

2.3 Quando necessita de cuidados médicos ou internação é atendida facilmente?

() Sim () Não

2.4 Já precisou ficar interno (a)?

() Sim () Não Quantas vezes? _____

Qual Hospital? _____

Em caso de internação alguém lhe acompanhou?

() Sim () Não Quem? _____

2.5 Já tomou vacina antigripe?

() Sim () Não

Quantas vezes já tomou? _____

2.6 Já fez alguma cirurgia?

() Sim () Não

Caso afirmativo, de que?

() Hérnia () Próstata

() Catarata () Varizes

() Outra (s): _____

2.7 O que acha do atendimento nos hospitais públicos?

() ótimo () bom () péssimo () regular

Por que? _____

2.8 Tem conhecimento se a instituição promove treinamento e capacitação dos seus funcionários?

Sim () Não ()

Qual(is)? _____

3ª Dimensão: Seguridade Social - PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL O S

O(a) Sr(a):

3.1 Recebe?

☐ aposentadoria ☐ pensão ☐ benefício mensal
☐ Outros: _____

3.2 Que tipo de Benefício?

☐ Aposentadoria por idade ☐ Aposentadoria por invalidez
☐ Aposentadoria por tempo de contribuição ☐ Aposentadoria especial
☐ Benefício de prestação continuada – BCP ☐ Renda vitalícia

3.3 Recebe 13ª salário:

☐ Sim ☐ Não

3.4 Quando chegou na instituição já recebia essa renda/salário/benefício (o dinheiro)?

☐ Sim ☐ Não

3.5 O que faz com o dinheiro recebido?

3.6 O dinheiro recebido atende suas necessidades?

☐ Sim ☐ Não

Por que? _____

3.7 Paga a esta instituição?

☐ Sim ☐ Não Caso pague, quanto? _____

3.8 Caso pague a instituição, considera justo?

☐ Sim ☐ Não

Por que? _____

3.9 Como gostaria de usar seu dinheiro?

3.10 Que benefícios seu dinheiro trouxe para sua vida?

João Pessoa, de 2007.

Regina Irene Diaz Moreira Formiga
 (Entrevistadora/Mestranda)

ANEXO B

MODELO DO CADASTRO INSTITUCIONAL



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
SETOR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ANÁLISES DE CONJUNTURA E POLÍTICAS
SOCIAIS**

PROJETO DE PESQUISA: (DES) PROTEÇÃO DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO ASILAR A LUZ DA SEGURIDADE SOCIAL

ALUNA: REGINA IRENE DIAZ MOREIRA FORMIGA

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida

CADASTRO INSTITUCIONAL

1. Nome da Instituição: _____
Endereço: _____

- ## 2. Data de Fundação:

3. História da Fundação:

4. Formas de Manutenção:
- | | |
|--|--|
| ☐ Doação | ☐ Quadro de sócios |
| ☐ Pensionistas | ☐ Campanhas Sociais |
| ☐ Subsídios oficiais (governo municipal, estadual ou federal) | |
| ☐ Outros: _____ | |

5. Demanda atendida atualmente (nº de internos): _____
masculino feminino

6. Existência de recursos financeiros dos idosos:
() Sim () Não

7. Nº de Idosos que recebem recursos financeiros: _____

8. Fontes dos recursos financeiros dos idosos:
- Aposentadoria por idade _____
- Aposentadoria por invalidez _____
- Aposentadoria por contribuição _____
- Pensão por morte _____
- Benefício de Prestação continuada (BPC) _____
- () Outros: _____

8. Destino do dinheiro recebido pelos idosos
- | | |
|--|--|
| ☐ Pagamento mensal do Asilo | ☐ Ajuda à família |
|--|--|

- () Consulta médica, Exames e Remédios () Gêneros Alimentícios
 () Roupas e material de limpeza pessoal () Lazer
 () Outros _____
-

9. Recebimento dos vencimentos dos idosos

- () Procurador da instituição
 () Família ou amigos
 () O próprio idoso
 () Outros: _____

10. Serviços de saúde prestados aos idosos

- () Assist. Médica
 () Assist. Psicológica
 () Assist. Fisioterapeuta
 () Assist. Odontológica
 () Assist. Social
 () Outros: _____

11. Composição do quadro funcional:

- () Médicos quantos: _____
 () Psicólogos quantos: _____
 () Assistentes Sociais quantos: _____
 () Enfermeiros quantos: _____

12. Vínculo dos profissionais com a instituição asilar:

- () Profissionais voluntários – nº _____
 Quais: _____
 () Profissionais cedidos por outras instituições – nº _____
 Quais: _____
 Quais instituições: _____
 () Profissionais contratados pela instituição – nº _____
 Quais: _____

13. Frequência da prestação dos serviços dos profissionais:

Médico:

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Raramente () Outros: _____

Psicólogo:

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Raramente () Outros: _____

Assistente Social:

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Raramente () Outros: _____

Enfermeiro:

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Raramente () Outros: _____

Fisioterapeutas:

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Raramente () Outros: _____

Outros:

14. Outros serviços prestados aos idosos:

- () Cursos Quais: _____
 () Recreação (lazer) Quais: _____
 () Atividades ocupacionais Quais: _____
 () Assistência espiritual Quais: _____

15. Treinamento e capacitação dos funcionários do asilo:

() Sim () Não

Quais conteúdos? _____

16. Frequência do treinamento e capacitação aos funcionários do asilo:

() Eventuais () Sistemáticos

17. Opinião sobre os serviços prestados aos idosos por esta instituição:

() Ótimos () Bons () Regulares () Péssimos

Por que? _____

18. Critérios utilizados pela instituição para admitir o idoso:

() Inscrição (Matrícula) () Fila de Espera

() Indicação. De quem? _____

() Outros _____

19. Quanto aos recursos físicos e materiais esta instituição possui:

Enfermarias sim () não () com quantos leitos _____

Gabinetes para os profissionais sim () não () Quais? _____

Capela sim () não ()

Auditório sim () não ()

Sala para atendimento em grupo/reunião sim () não ()

Sala de curativo sim () não ()

Biblioteca sim () não ()

Sala para lazer sim () não ()

A sala de lazer possui:

() TV

() Vídeo-cassete

() DVD

() Jogos (dama, dominó, baralho, xadrez, gamão, revistas, livros)

20. Esta instituição possui:

Quantos dormitórios _____ Quantos leitos _____

Os dormitórios possuem:

() Banheiros

() TV

() Ventilador

() Armários (cômoda ou guarda-roupa)

Outros: _____

21. Esses recursos são:

() cedidos pela instituição

() trazidos pelo idoso

() doados

22. A instituição possui:

() barra de segurança no banheiro (sanitário e ducha)

() rampas

() portas e corredores adaptados para circulação de cadeira de rodas

() piso antiderrapante

23. Quais datas comemorativas são comemoradas?

() Natal

De	que	maneira
() Carnaval		
De	que	maneira
() Páscoa		
De	que	maneira
() Festas Juninas		
De	que	maneira
() Dia do idoso		
De	que	maneira

24. Esta instituição possui convênio com outras instituições?

() sim () não Quais? _____

Caso afirmativo que tipo de serviço ou doação presta(m)? _____

João Pessoa, de 2007.

Regina Irene Diaz Moreira Formiga
(Entrevistadora/Mestranda)

ANEXO C

MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Esta pesquisa versa sobre a “A (DES) PROTEÇÃO A PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO ASILAR A LUZ DA SEGURIDADE SOCIAL” e está sendo desenvolvida por Regina Irene Diaz Moreira Formiga, aluna do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, em nível de Mestrado Acadêmico, sob a orientação da Profª Drª Bernadete de Lourdes Figueirêdo de Almeida. O objetivo deste estudo é analisar as pessoas idosas em situação asilar à luz da Seguridade Social da cidade de João Pessoa/PB.

Solicitamos a sua colaboração para a entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área social e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Regina Irene Diaz Moreira Formiga
(Pesquisadora - Fone (83) 88678260)

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Espaço para
impressão
dactiloscópica

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal
OBSERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)

Assinatura da Testemunha