

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR LITORAL**

**THAISA DA SILVA NEPOMUCENO**

**A RELAÇÃO FAMILIAR DO IDOSO**

**MATINHOS – PR**

**2016**

THAISA DA SILVA NEPOMUCENO

## **A RELAÇÃO FAMILIAR DO IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná – UFPR - Setor Litoral, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Maria Escorsim.

MATINHOS – PR

2016

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

THAISA DA SILVA NAPOMUCENO

### **A RELAÇÃO FAMILIAR DO IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná como requisito à obtenção do título de obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, pela seguinte banca examinadora:

---

Professora Dr. Silvana Maria Scorsim  
Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral  
Professor Orientador

---

Professora Dr. Giselle Ávila Leal de Meirelles  
Membro da banca avaliadora

---

Professor Me. Mirian Cristina Lopes  
Membro da banca avaliadora

MATINHOS, 25 DE NOVEMBRO DE 2016

*Dedico esse trabalho aos dois grandes anjos da minha vida, mãe Eliane Fátima da Silva e avó Maria da Luz Trintim da Silva, com quem compartilhei através de conversas e orações, as dificuldades dessa trajetória, pessoas que nos momentos mais difíceis me transmitiram paz, coragem e força, me fazendo sempre seguir em frente em busca dos meus objetivos.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus primeiramente por ter me concedido a vida e me permitido chegar até aqui.

A minha Mãe, por todo amor e apoio durante toda a minha trajetória de vida.

A minha Avó que mesmo não estando mais entre nós, sempre esteve comigo através de orações fazendo com que eu nunca desistisse dos meus sonhos.

A minha Família que sempre esteve presente.

A minha Orientadora Prof. Dr. Silvana Maria Escorsim, por me dar toda atenção nas orientações e acreditar na minha capacidade.

A Assistente Social Juliana Lopes dos Santos, por toda confiança e conhecimento passado durante os meses do meu estágio.

Meus agradecimentos as minhas amigas companheiras de sala em especial a Taiane Ferreira, Leticia Souza e Kawana Vidal que sempre estiveram ao meu lado durante esses quatro anos de graduação.

Aos Idosos do Centro de Convivência do Idoso (Banho Mar), que sempre me trataram com muito carinho durante meu período de estágio.

A Universidade, corpo docente e todos que direta ou indiretamente contribuíram para essa grande conquista, meu muito obrigado.

*Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso ou pessoas fracassadas. O que existe são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles.*

*Augusto Cury*

## RESUMO

O presente trabalho tem o intuito de conhecer e compreender os vínculos familiares dos idosos que frequentam o Centro de Idosos “Banho Mar”- de Matinhos, caracterizando e relatando sua trajetória de luta e suas conquistas sociais, junto ao Serviço Social e as políticas públicas sociais. O estudo visa descobrir como os idosos encaram sua relação familiar dentro dos assuntos e discussão abordados no período de estágio, entre eles o abandono e negligência. Para a metodologia de pesquisa foram coletados os dados a partir de entrevistas, usando a pesquisa qualitativa, que busca compreender a realidade desse grupo social. Como resultado pode se observar e compreender o desconhecimento das leis relacionadas ao Estatuto do Idoso.

Abuso econômico-financeiro e patrimonial se refere principalmente, às disputas de familiares pela posse dos bens ou ações delituosas cometidas por órgãos públicos e privados em relação às pensões, aposentadorias e outros bens da pessoa idosa. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

**Palavra-chave:** Idosos, abandono, negligência, Serviço Social.

## **ABSTRACT**

The present work aims to understand and understand the family ties of the elderly who attend the "Bathing" Elderly Center - Matinhos, characterizing and reporting on their trajectory of struggle and their social achievements, together with Social Work and public social policies. The study aims to find out how the elderly face their family relationship within the issues and discussion addressed during the probationary period, including neglect and neglect. For the research methodology, data were collected from interviews using qualitative research, which seeks to understand the reality of this social group. As a result one can observe and understand the ignorance of the laws related to the Statute of the Elderly.

**Keywords:** Elderly, abandonment, neglect, Social Work.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS Social	- Associação Brasileira de Ensino de Pesquisa em Serviço Social
ABEPSS Social	- Associação Brasileira de Ensino de Pesquisa em Serviço Social
ABESS	- Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social
ANAS	- Associação Nacional de Assistente Social
CBAS	- Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CBCISS Social	- Comitê Brasileiro da Conferência Internacional de Serviço Social
CEB's	- Comunidades Eclesiais de Base
CEDEPSS Políticas Sociais	- Centro de Documentação e Pesquisa em Serviço Social e Políticas Sociais
CEDI	- Conselho Estadual dos Direitos do Idoso
CFA	- Conselho Federal de Administração
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CRAs	- Conselhos Regionais de Administração,
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
ENESSO	- Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
FIPAR	- Fundo Estadual dos Direitos do Idoso
IAPAS Assistência Social	- Instituto da Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBMEC	- Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais
INAMPS Social	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPARDES	- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LBA	- Legião Brasileira de Assistência
LOAS	- Lei Orgânica da Assistência Social
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNAD	- Pesquisa Nacional de Amostras por domicílios

PNI	- Política Nacional do Idoso
SDH/PR	- Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SEDS	- Secretaria de Estado do Trabalho e Desenvolvimento Social
SENAC	- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESC	- Serviço Social do Comércio
SESI	- Serviço Social da Indústria
SINPAS	- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNE	- União Nacional dos Estudantes

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>18</b>
2.1	O IDOSO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	18
2.2	O IDOSO NO BRASIL E A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA.....	23
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO .....	26
2.4	ABANDONO E NEGLIGÊNCIA .....	32
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>42</b>
3.1	O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.....	42
3.2	O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DO IDOSO.....	50
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>54</b>
4.1	PESQUISA DE CAMPO .....	54
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>63</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a população com mais de 60 anos aumentou de 4% em 1940, para 8,6%, a estimativa era de 15 milhões de brasileiros com mais de 50 anos, sendo que, em 2020 o percentual de idosos no Brasil deverá atingir a cifra de 15% (IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. No caso brasileiro, pode ser exemplificado por um aumento da participação da população com mais de 60 anos no total da população nacional: de 4% em 1940 para 8,6% em 2000.<sup>1</sup> Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes. Em 1940 era de 1,7 milhão e em 2000, de 14,5 milhões. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão mais de 60 anos [Beltrão, Camarano e Kanso (2004)]. Além disso, a proporção da população “mais idosa”, ou seja, há de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Isso quer dizer que a população considerada idosa também está envelhecendo [Camarano et alii (1999)].

O município de Matinhos possui aproximadamente 23.925 habitantes, sendo idoso, um número expressivo de aproximadamente 3.241 (IPARDES, 2008). Ao longo dos últimos anos vem apresentando um crescimento bastante significativo da população Idosa, que se origina em boa parte de aposentados que migraram para este município procurando melhor qualidade de vida. Juntando-se a estes, temos a população que tem suas raízes no próprio município e que hoje engrossa o número de idosos que residem em nossa cidade. Uma vez que esta população idosa está fixa em nosso município tem-se a preocupação em se elevar os índices de longevidade com qualidade. Assim, a Secretaria Municipal de Assistência Social preocupou-se em desenvolver atividades que visem a promoção sócio-cultural e a prevenção de incapacidade físicas e intelectuais destes usuários.

Hoje esse segmento populacional conquistou seus direitos através da Lei Federal nº 10,741 de 1º de outubro de 2003, Art. 1º “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos”.

O ser humano vive mais e a sociedade não sabe o que fazer com essa parcela da população, mas o Art. 3º é assegurado: “É obrigação da família, da

comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade e à convivência familiar e comunitária”.

Garantidos e melhorados os ganhos na área de saúde, esporte entre outros demonstram que as expectativas de vida mais elevadas que chegavam em torno dos 75 anos para ambos os sexos, passem para 99 à 100 anos em um futuro próximo.

A questão da velhice passou a fazer parte das políticas dos países muito recentemente. Através de Assembleias e Fóruns ficou definido o marco de 60 anos para considerar uma pessoa idosa nos países em desenvolvimento e de 65 anos, nos países desenvolvidos; um plano de ação que garantisse segurança econômica e social e identificasse para à integração dos idosos no processo de desenvolvimento.

Os aumentos da expectativa de vida populacional, e, conseqüentemente, o aumento da população idosa, e, com isso, o crescimento de problemáticas, verifica-se que o Brasil está conseguindo dar passos largos através das Lei Federal 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso, e a Lei Federal 8.842/94 promulgada em 1994, Política Nacional do Idoso que foi regulamentada em 1996. Por essa lei ficam definidos os direitos do idoso e as responsabilidades dos governos em nível federal, estadual e municipal, no seu atendimento. Também a responsabilidade da família e da sociedade no cumprimento da lei.

A situação é que o país apesar dos largos passos, ainda não conseguiu integrar na sua totalidade o idoso por falta de acessibilidade, conhecimento e vontade.

A pressão da sociedade civil fez com que o Idoso fosse incluído ou incorporado dentro das políticas públicas, tanto que o Estatuto do Idoso ficou tramitando no Congresso nacional, por sete anos.

Tanto que as pessoas idosas esperam ser beneficiadas e reconhecidas da importância do seu papel diante da participação na produção e consumo.

O aumento considerável da faixa etária idosa, infelizmente mostra ainda mais situações de abandono, negligência e maus tratos, fruto de discriminação social.

Muito embora exista o amparo legal, é muito difícil reconhecer a violência contra o idoso, sua fragilidade. Apesar de ser amparado por diversos documentos legais e planos de ação política.

A violência contra a pessoa idosa pode assumir várias formas e ocorrer em diferentes situações.

O abandono é uma das maneiras mais perversas de violência contra a pessoa idosa e apresenta várias facetas. As mais comuns que vêm sendo constatadas por cuidadores e órgãos públicos que notificam as queixas são: retirá-la da sua casa contra sua vontade; trocar seu lugar na residência a favor dos mais jovens, como por exemplo, colocá-la num quartinho nos fundos da casa privando-a do convívio com outros membros da família e das relações familiares; conduzi-la a uma instituição de longa permanência contra a sua vontade, para se livrar da sua presença na casa, deixando a essas entidades o domínio sobre sua vida, sua vontade, sua saúde e seu direito de ir e vir; deixá-la sem assistência quando dela necessita, permitindo que passe fome, se desidrate e seja privada de medicamentos e outras necessidades básicas, antecipando sua imobilidade, aniquilando sua personalidade ou promovendo seu lento adoecimento e morte. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Negligência é outra categoria importante para explicar as várias formas de menosprezo e de abandono de pessoas idosas. Poderíamos começar pelas que os serviços públicos cometem. Por exemplo, na área da saúde, o desleixo e a inoperância dos órgãos de vigilância sanitária em relação aos abrigos e clínicas. Embora hoje haja normas e padrões da Vigilância Sanitária para seu funcionamento, não há fiscalização suficiente, permitindo que situações de violência institucional se instalem e se perpetuem.

A violação contra a geração acima de 60 anos se expressam sob as mais diferentes formas. No âmbito das instituições de Assistência Social e Saúde são frequentes as denúncias de impessoalidade, maus tratos e negligências. E, nas famílias, abusos e negligências, discriminações e preconceitos, choque de gerações, problemas de espaço físico, dificuldades financeiras, costumam-se somar a um imaginário social que considera a velhice como “decadência” do ser humano.

A Organização Mundial de Saúde chama a urgência para ações integradas que possibilitem melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

O Brasil possui hoje um conjunto de leis e dispositivos excelentes que se baseiam nas Convenções Internacionais e que são da maior importância para fundamentar o envelhecimento saudável. No entanto a prática está longe da teoria da mesma forma que a intenção está longe do gesto.

Os conceitos de envelhecimento ativo, positivo e saudável enfatizam o processo de otimização das oportunidades para sua saúde, sua participação social e sua segurança.

O serviço social tem um papel a cumprir dentro da ordem social e econômica do trabalho no Brasil, não poderia ser diferente, pois dentro de um marco democrático onde se desenvolveram lutas em torno dos direitos civis, políticos e sociais.

O serviço social tem um papel muito importante na Defesa dos Direitos, e a posição que o serviço social vem historicamente ocupando na organização sócio técnica do trabalho desde sua gênese, permite que se dedique a identificar problemáticas e demandas sociais.

Pois em algumas situações percebemos que a relação do Idoso com a família, muitas vezes torna-se um problema. Problema esse que o Idoso sofre abandonos, não só físico como psicológico.

Desse modo, a Prefeitura Municipal de Matinhos através da Secretaria Municipal de Assistência Social e diversos parceiros em várias esferas de governo, construíram o Centro de Convivência da Melhor Idade – Unidade Tabuleiro, estruturando uma rede integrada de atendimento visando atender ao que dispõem o Estatuto e implementar a Política de Assistência Social com ações voltadas ao atendimento ao idoso.

O Centro funciona através de Unidades em núcleos que desenvolvem as atividades, vislumbrando ações que venham garantir o envelhecimento saudável, embasado na teoria do envelhecimento ativo e considerando que “o importante não é acrescentar anos à vida e sim vida aos anos”, os profissionais atuam com intervenções gerontológicas, procurando melhorar as relações sociais e afetivas da pessoa idosa, a sua saúde, a elevação da sua autoestima, evitar a sua institucionalização, garantindo a qualidade de vida.

O Centro de Integração da Pessoa Idosa desenvolve suas atividades buscando a intersetorialidade com todas as políticas públicas que desenvolvem programas, projetos, serviços na área da pessoa idosa.

Objetivo Geral: Compreender a percepção que os idosos, participantes do centro de convivência da melhor idade de matinhos, possuem de suas relações familiares.

Objetivos Específicos: Caracterizar os vínculos familiares dos idosos participantes do centro de convivência; Identificar a percepção dos idosos sobre suas relações familiares; Identificar o papel desempenhado pelo idoso, participante do centro de convivência, no âmbito de suas relações familiares; Refletir sobre o papel do idoso na família.

Podem ser desenvolvidos programas, serviços, oficinas de geração de renda produção, ou cooperativas, possibilitando a participação das pessoas idosas, como estratégia básica para a superação da pobreza e da conquista pessoal e familiar do idoso. As atividades serão desenvolvidas no Núcleo de Atividades de Convivência, respeitando-se as especificidades e o desenvolvimento de cada pessoa idosa.

Atualmente o Centro atende 208 (duzentos e oito) idosos. Sendo 158 (cento e cinquenta e oito) mulheres e 50 (cinquenta) homens. (Secretaria Municipal de Assistência Social de Matinhos/Pr).



## 2 CAPÍTULO I

### 2.1 O IDOSO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.

O envelhecimento populacional é um fenômeno Mundial, a população brasileira passou a ser representada por mais de 20,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Por exemplo, no último censo, o IBGE (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014) constatou que já temos quase 30.000 (trinta mil) pessoas com mais de 100 anos no país, sendo 2/3 delas mulheres. Nota-se que o tempo foi passando e as famílias, assim como os órgãos responsáveis não acompanharam tal crescimento, como toda classificação, a de “idoso” simplifica a diversidade que existe nesse segmento da sociedade e, por isso, está sujeita a problemas. Por exemplo, quando é proposta uma política pública, ao generalizar por faixa etária, ela inclui indivíduos que não necessitam de determinados dispositivos de proteção e também corre o risco de deixar de fora pessoas que deles mais necessita. As tecnologias avançaram, as pesquisas científicas trouxeram benefícios à expectativa de vida aumentou, só não houve a preparação para acolher com qualidade o Idoso. Apesar da Lei Orgânica da Assistência Social e o Estatuto do Idoso assegurarem direitos, temos muito à fazer. A situação é que os direitos e necessidades dos idosos ainda não são plenamente atendidos. Estamos longe para amparar com a dignidade esta população crescente.

Nos anos anteriores os valores eram outros, as famílias passaram por um processo interno de modificação e modernização na sociedade, a instituição família, apresenta significativas mudanças em sua estrutura, a elevada expectativa de vida às vezes agrega num mesmo lar até quatro gerações. Havendo conflitos de valores, de mentalidades e de comportamentos. A mudança da estrutura familiar trás uma dificuldade em “os chefes de família” prover funções básicas como a proteção e a socialização dos seus familiares estabelecendo referências afetivas e sociais. (Minayo e Cavalcante, 2010; Cavalcante; Minayo, 2012).

Apesar de em muitas famílias o idoso ainda seja o provedor o mesmo tenha pouco espaço. As famílias tomaram conta dos seus idosos; os mais velhos eram cuidados ou acompanhados pelos mais novos. Hoje, os reflexos da sociedade não deixam na maioria das vezes isso acontecer, pois com os problemas da

contemporaneidade. Falta de espaço físico e, na maioria das vezes, os membros da família têm compromissos fora de casa: trabalho, estudos, lazer. Mesmo morando na mesma casa com muitas pessoas, inúmeros idosos e idosas se queixam de abandono e solidão. No capitalismo fica meio difícil sobreviver com tantas implicações para as famílias, pela redução de membros (famílias menores). Quem vai cuidar do idoso? O acolhimento do idoso e o respeito fazia parte da moralidade. O Idoso sente-se solitário quando se trata da companhia da família.

Uma coisa é certa, o Brasil esta envelhecendo mais rápido do que se imagina, a população ainda enfrenta na sua estrutura crise política, econômica onde sobrecarrega na qualidade de vida.

A população idosa constitui um grupo enorme e heterogêneo de brasileiros/as que primeiro se distingue do ponto de vista subjetivo: cada um envelhece a seu modo. Mas, socialmente a diversidade também é muito grande: viver nas cidades ou nas regiões rurais, pertencer a determinada classe social, ser do gênero feminino ou masculino, possuir ou não um bom nível educacional, ser autônomo ou depender de outras pessoas financeiramente, por problemas de saúde ou por outras deficiências são algumas das mais importantes diferenças.

Mudanças impressionantes na demografia brasileira e mundial — Segundo o Censo de 2010 (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014), a população de pessoas idosas é a que mais cresce no Brasil, configurando um fenômeno novo e desafiador para a sociedade, para as famílias e para os governos. A fim de termos uma ideia da dimensão das mudanças que estamos vivendo, no início do século XX, a esperança de vida do brasileiro não passava dos 33.5 anos, chegando aos 50 na metade desse mesmo século. Em 2011, o nível de idade chegou a 74,08 anos sendo que as mulheres estão vivendo sete anos a mais do que os homens.

O Brasil acelerou tanto as mudanças demográficas que a população idosa alcançou, em 2011, 23,5 milhões, o que estava previsto para ser alcançado apenas em 2020. Desta forma, as elevadas proporções de pessoas idosas em relação à população geral foram atingidas em cerca de 50 anos, situação que os países europeus demoraram 140 anos para alcançar. O número de pessoas acima de 60 anos hoje no Brasil supera a população de velhos/as de vários países europeus, entre os quais, a França, a Inglaterra, a Itália e a Espanha. (Manual de

enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Vivemos uma onda jovem, uma onda de adultos e uma onda de velhos. Pois, tanto a população de pessoas acima de 60 anos que é de 24.800.000, segundo a PNAD/2012 publicada em 2013, como a população jovem (42 milhões na faixa de 0 a 25 anos) são a maior de toda a nossa história, segundo o Censo de 2010 (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014). Temos hoje também a maior parcela de jovens adultos em idade ativa: um em cada cinco brasileiros está na faixa de 20 a 29 anos de idade. Porém, o grupo de crianças está diminuindo: o de 0 a 4 anos caiu de 16,3 milhões, em 2000, para 13,3 milhões em 2011, ficando muito abaixo do número de pessoas idosas, como já referido.

Embora exista um crescimento vertiginoso de pessoas idosas no Brasil, elas e as crianças (grupos considerados dependentes daqueles que trabalham) representam percentuais menor e sem relação aos jovens e adultos. O fato de possuir um grupo menor de pessoas consideradas “dependentes” do que de pessoas em idade ativa é visto de modo muito positivo pelos demógrafos, e planejadores. É como se tivéssemos, neste momento histórico, uma ampla janela aberta de oportunidades, um momento privilegiado em que algumas nações que se tornaram ricas e evoluídas socialmente aproveitaram para aprofundar seu desenvolvimento.

É importante saber também que o envelhecimento populacional não é só um fenômeno brasileiro. Globalmente isso também está acontecendo: há uma estimativa das Nações Unidas de que, no momento presente, cerca de um milhão de pessoas cruza a barreira dos 60 anos de idade a cada mês no mundo. Na América Latina, entre 1980 e 2025, o aumento o que deverá ser de 217%. Mas nós brasileiros ganhamos dos nossos coirmãos, pois se comparamos os anos 1980 com 2025, o aumento será, no mínimo, da ordem de 412%, quando então o país deverá ter a 6ª maior população idosa do planeta, em termos absolutos. Por ano, mais 600.000 pessoas acima de 60 anos passam a fazer parte desse contingente. Por isso, o total aqui apresentado de 24.800 milhões que correspondia aos dados de 2012 já deve ter aumentado muito mais. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Poderíamos pensar em dividir a população brasileira acima de 60 anos em pelo menos três grupos (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

- a. Saudáveis e autônomos;
- b. Dos que embora sofram algum tipo ou mesmo vários tipos de doença, continuam a dar conta das tarefas da vida cotidiana, inclusive trabalham.
- c. Dos que são dependentes por terem enfermidades físicas e mentais incapacitantes e, sobretudo, por sofrerem essas enfermidades num contexto de pobreza pessoal e familiar.

A situação de classe penaliza muitos os pobres, pois eles conjugam mais problemas de saúde e mais carências sociais. Os estudos da última Pesquisa Nacional de Amostras por domicílios, sobre as pessoas idosas mostram que entre 1998 e 2008, diminuiu a disparidade entre idosos ricos e idosos pobres no acesso a consultas médicas, por exemplo, o que se deve a ampliação da oferta de serviços de atenção primária. Entretanto, apesar desse resultado favorável não houve repercussão na auto avaliação da saúde e da capacidade funcional por parte da população idosa nesse período (Lima-Costa et, al, 2012).

Quanto à situação de saúde, o primeiro e o mais amplo grupo no Brasil é o das pessoas autônomas, independentes, que trabalham atuam socialmente, têm influencia política e familiar, ajudam a manter famílias e não precisam dos serviços do Estado apesar das aposentadorias e pensões a que fazem jus ou da ajuda de terceiros para sobreviver. Esse grupo inclui mais de 85% do total de idosos brasileiros, independentemente de sua classe social (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa).

É claro que as pessoas idosas mais abastadas têm melhores condições de se cuidar e mais meios de prolongar a saúde de suas faculdades físicas e mentais. Mas entre os que conservam sua autonomia há ricos e pobres, trabalhadores e empresários, homens e mulheres e pessoas de 60 e poucos anos até os que já alcançaram 100 anos. Uma observação que os pesquisadores tem feito sobre os mais longevos, sobretudo os que já ultrapassaram 100 anos é que a maioria continua ativa, trabalhando em algo que lhes dá prazer.

Velhos e velhas de todas as idades esperam da sociedade o reconhecimento do seu papel social e de ser beneficiada na produção e no consumo das artes, da cultura, do lazer, do turismo, dos espaços para se exercitar e do apoio

do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua saúde e manterem-se saudáveis e prevenir as dependências.

O segundo grupo, intermediário, é formado pelas pessoas que têm alguns problemas de saúde sem que isso as impeça de terem vida ativa. É importante ressaltar que a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2008 encontrou 48,9% das pessoas acima de 60 anos com mais de uma doença crônica e que necessitam de medicação (Lima-Costa et al, 2012). Isso não quer dizer que elas perderam sua autonomia, mas precisam se tratar.

Certamente, no primeiro grupo de pessoas idosas que se reconhecem como saudáveis há muitos que consomem medicamentos para as enfermidades mais comuns, dentre as quais destacamos a hipertensão e a diabetes que atingem 50% dessa população. Mais que nunca, esse grupo requer investimentos pessoais, sociais e públicos em programas preventivos e de orientações, particularmente, quanto a mudanças no estilo de vida, de alimentação e de práticas de exercícios físicos adequados.

Já o terceiro grupo, consideramos que deveria ser prioritário na agenda dos gestores públicos e das famílias, pois necessita de cuidados especiais por causa das limitações em sua capacidade funcional e em suas condições socioeconômicas. A capacidade funcional geralmente é medida por graus de dificuldade para exercer as tarefas do dia a dia.

O contingente dos que perdem a capacidade funcional e vive em situações de pobreza é o que mais preocupa os gestores públicos, provoca sofrimento pessoal e familiar, aumenta a demanda por serviços médicos e dos custos correspondentes. O tratamento de uma pessoa idosa depende requer o triplo de recursos financeiros de cuidados humanos, de família, de assistência social e de saúde. São os que pertencem a este terceiro grupo também os que mais sofrem violência interpessoal e institucional, por isso necessitam de mais cuidados e de maior apoio.

## 2.2 O IDOSO NO BRASIL E A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA

A população idosa pobre e dependente tem contra si três terríveis formas de violência:

Violência estrutural: que trata de pessoas segundo os bens e a riqueza material que possuem e naturaliza a pobreza como se fosse uma culpa pessoal; Violência da discriminação: que considera as pessoas idosas pobres como um peso e um ser descartado; Violência da negligência: pois geralmente é para esse grupo que os serviços de saúde, de assistência e de apoio mais falham. (Mapa da Violência Contra o Idoso da SDH/PR – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República).

Por fim, um ponto importante que precisa ser também tratado quando falamos da situação da pessoa idosa e de seu estado de saúde é seu direito a “uma morte digna”, o que tem amparo em várias tradições morais, particularmente na tradição cristã que ressalta o princípio da dignidade humana (Pessini, 2001; Dinis & Costa, 2004; Dreher, 2009). Embora as técnicas médicas cada vez mais sejam capazes de prolongar a vida de uma pessoa, por vezes, os tratamentos altamente tecnologizados apenas aumentam e prolongam seu sofrimento e de seus parentes. Existe hoje um longo debate sobre a “morte digna” mostrando que a questão não é simples, mas poderia ser resumida na decisão de não medicalizar a morte.

Muitas pesquisas mostram que quando estão conscientes, as pessoas idosas costumam manifestar que não temem diretamente a morte, mas o sofrimento físico e mental das enfermidades de caráter terminal, os tratamentos prolongados em hospitais e o exagero das tecnologias médicas. A família junto com a equipe de saúde — no caso da pessoa idosa não ter condições mentais e físicas de fazê-lo — pode tomar a decisão de evitar o uso de meios fúteis que adiam desnecessariamente sua sobrevivência, sem qualquer consideração com seu bem-estar ou com suas preferências individuais manifestadas quando estava consciente.

Cresce consideravelmente o grupo de pessoas idosas no Brasil, segundo o último CENSO do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) já temos quase 30.000 pessoas com mais de 100 anos no país, sendo 2/3 delas mulheres.

Em 2011, o nível de idade (expectativa de vida) chegou a 74,8% anos sendo que as mulheres estão vivendo sete anos a mais que os homens.

O crescimento da esperança de vida ocorreu também pela redução da taxa de natalidade, o que se dá a muitos fatores sociais e culturais dentre os quais destacamos os conhecimentos tecnológicos e científicos e as mudanças das estruturas produtivas do país.

A mulher a ocupar um lugar muito mais proeminente na sociedade, atingindo já 45% da força de trabalho. As tendências populacionais previam que apenas em 2020 a proporção de filhos por mulher no Brasil seria de 1.8. No entanto, essa relação já foi alcançada desde 2008. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa, 2014)

O fenômeno mais relevante do envelhecimento do país, entretanto, é o aumento das pessoas com mais de 80 anos. Enquanto nos últimos 10 anos a população brasileira de 60 a 69 anos cresceu 21,6% a de 80 anos ou mais cresceu 47,8% (sendo que em alguns lugares do Sul essa elevação chegou a 65%). Isso evidencia uma verdadeira revolução demográfica, pois há duas décadas, a população idosa brasileira se concentrava na faixa entre 60 e 69 anos — os chamados jovens velhos, levando o pesquisador Renato Veras (1995) a cunhar uma expressão conhecida por todos nós: “Brasil, país jovem de cabelos brancos”.

Quando comparamos as regiões do país, em quatro delas — Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste — o percentual de pessoas idosas já superou o de crianças. A exceção ficou com a região Norte que está cada vez mais jovem em termos relativos. De acordo com estudos da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), 57,6% dos nortistas tinham menos de 30 anos em 2011.

Conforme a mesma pesquisa, as mulheres idosas continuam sendo a maioria (51,2%) em todas as regiões, com exceção também do Norte, onde a divisão por sexo é igual. Olhando a distribuição da população idosa por estados, São Paulo tem o maior número: 5,4 milhões. Em seguida, vem Minas Gerais com 2,6 milhões e Rio de Janeiro com 2,4 milhões. O Rio de Janeiro é a unidade da federação em que o grupo da terceira idade é mais expressivo em relação à população total: representa 14,9% dos residentes, bem acima da média nacional que é de 12%. A seguir vem o Rio Grande do Sul com 14,7%. Os estados com os menores percentuais de pessoas idosas na população geral são Amapá (5,9%) e Roraima, (4,9%).

Na opinião de Gilberto Braga, economista e mestre em Administração pelo Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais (IBMEC), as atuais políticas públicas voltadas para os Idosos não são suficientes para aumentar a qualidade de vida dessa parcela da população. Os especialistas defendem a necessidade da adoção de um modelo de saúde que priorize práticas médicas que ajudem a evitar as doenças que vêm com a idade, lembrando que cuidar de uma população idosa saudável é diferente de cuidar de uma população doente. “Cuidar de pessoas são custas menos. É difícil determinar um porcentual em termos de economia para os gestores, mas certamente a diferença e a economia são expressivas”, afirma Gilberto Braga (Economista – IBMEC (Instituto Brasileiro de Mercados de Capitais)).

Normalmente, pensamos somente nos custos econômicos que o fato de viver mais pode trazer para os familiares, como gastos com planos de saúde, remédios, cuidadores e tratamentos específicos. Por outro lado, há um contingente de novos consumidores com renda considerável que ainda não foi totalmente percebido.



## 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO

A velhice faz parte do ciclo da vida do ser humano: somos crianças, adolescentes, jovens, adultos e velhos. Essa divisão constitui também uma questão cultural que organiza o papel de cada um no sistema social, político, econômico e jurídico de cada país. A separação por idade regula as obrigações, os direitos e os deveres.

Tanto que as pessoas idosas de todas as idades esperam da sociedade o reconhecimento do seu papel social e de serem beneficiados com Políticas Públicas de incentivo à sua participação na produção e no consumo para se exercitar e do apoio do SUS e do sistema complementar para realizarem exames periódicos sobre o estado de sua saúde e manterem-se saudáveis e prevenir dependências.

Do aumento considerável da faixa etária idosa, depreende-se ainda o surgimento de situações de abandono, negligência e maus tratos, fruto de discriminação social que infelizmente existe um detrimento a esse grupo social.

Para assegurar essa parcela significativa da sociedade os direitos alcançados inclusive a nível constitucional, assegurando-lhes uma vida mais digna, protegida contra qualquer abuso ou violência física ou moral e que surge com maior intensidade normas e programas de proteção ao idoso.

A incorporação das questões referentes ao envelhecimento populacional nas políticas brasileiras, historicamente têm sido inspiradas em dispositivos como os citados, por pressão da sociedade civil. Alguns destaques serão dados de forma muito resumida:

A criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia que em 1961 já tinha entre seus objetivos “*estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia*” (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

O SESC, que desde 1963, tinha atividades destinadas a diminuir o desamparo e a solidão dos comerciários aposentados e, a partir de então, revolucionou o trabalho de assistência social de atenção à pessoa idosa. Sua atuação se estendeu ao envelhecimento ativo numa época em que, no Brasil, os

cuidados privilegiavam o atendimento asilar. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Nos anos 1970, o Governo Federal criou dois tipos de benefícios não contributivos que privilegiaram a população idosa: as aposentadorias para os trabalhadores rurais em 1971; e a renda mensal vitalícia para os necessitados urbanos e rurais que não apresentassem condições de subsistência por não receberem benefício da Previdência e tivessem mais de 70 anos. Esse último foi extinto pela Constituição Federal de 1988, embora haja ainda no país cerca de 60.000 pessoas idosas que o recebem (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), resultante de vários arranjos anteriores, com a responsabilidade de elaboração e execução das políticas de previdência, assistência médica e social. Em 1977, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social — SINPAS, pelo qual cada função do sistema passou a ser exercida por órgão específico. Assim, coube ao INPS exclusivamente a concessão e manutenção de benefícios; a prestação de assistência médica ficou com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e a gestão administrativa, financeira e patrimonial do sistema ficou a cargo do Instituto da Administração Financeira da Previdência e Assistência Social — IAPAS. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Em 1976, o MPAS elaborou um documento denominado Política Nacional para a Terceira Idade que traçava diretrizes para uma política social voltada à velhice, fruto de conclusões de seminários regionais que tiveram forte influência dos profissionais dos SESC.

A partir da década de 1980, as políticas destinadas à população idosa no Brasil se centraram na garantia de renda e de assistência social para as pessoas em risco social. As pessoas idosas intensificaram suas organizações, fazendo surgir suas primeiras associações. Igualmente, nesse período, a comunidade acadêmica passou a intensificar estudos de geriatria e gerontologia e, a partir de seminários e

congressos, sensibilizar os governos e a sociedade para a questão do envelhecimento.

Em 1988, a Constituição Federal incluiu a pessoa idosa no capítulo da seguridade social, expandindo a rede de proteção social para toda a população idosa. E no capítulo VII, Artigo 230 do cap. VII está escrito que: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (grifo nosso). (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Após à Constituição, nos anos 1990, foi formulada a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742) (LOAS) que no seu Artigo 2 passou a garantir “um salário mínimo de benefício mensal ao idoso que comprove não possuir de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”. Denominado “Benefício de Prestação Continuada” ele se destina aos que têm 65 anos ou mais. Sabemos que esse benefício e a aposentadoria rural têm hoje um papel fundamental nas famílias intergeracionais de baixa renda, pois complementam os ganhos ou, muitas vezes, são as únicas entradas financeiras dos domicílios. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Em 1994, foi aprovada a Lei nº 8.842/94 que estabeleceu a Política Nacional do Idoso (PNI) com o objetivo de assegurar a essa população seus direitos e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A PNI reconhece a questão da velhice como prioritária e estabelece condições para promover a longevidade com qualidade de vida.

Essa lei foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, nas quais participaram movimentos de pessoas idosas, aposentados, professores/as universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias outras entidades representativas. Entretanto, essa legislação não foi bem aplicada. Isso se deve a vários fatores, que vão desde contradições dos próprios textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo.

Em 1999, o Ministério da Saúde também elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da portaria nº 1.395/GM, que possui dois eixos norteadores: medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico.

Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso — Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 — que tem o propósito de assegurar os direitos consagrados pelas políticas públicas voltadas à pessoa idosa, dentro de uma visão compreensiva da sua diversidade e de longo prazo.

O Estatuto possui 118 artigos que priorizam o atendimento das necessidades básicas e a manutenção da autonomia como conquista dos direitos sociais. O atendimento é considerado como direito e prioridade nos serviços de atenção à saúde e assistência social, na concessão de benefícios permanentes e eventuais, nos programas educacionais para o envelhecimento. A manutenção da autonomia contempla a participação do idoso em todos os âmbitos da sociedade.

No Brasil, o Sistema de Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa é amparado por diversos documentos legais e planos de ação política. No plano nacional, além das garantias constitucionais, destacam-se:

- A Política Nacional do Idoso;
- Estatuto do idoso.

Além de inúmeras políticas e planos setoriais, tais como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006).

A Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) reafirmam a necessidade da construção de políticas intersetoriais, capazes de contemplar as necessidades da pessoa idosa e prover seu bem estar em plenitude, garantindo não somente o seu acesso às políticas, mas, sobretudo favorecendo a participação ativa em seu contexto social.

Muito além da meia-entrada, das vagas preferenciais, do atendimento prioritário e da passagem gratuita no ônibus, o Estatuto do Idoso prevê garantias e direitos fundamentais ainda pouco conhecidos dos cidadãos – tanto os diretamente beneficiados quanto os que devem trabalhar pelo cumprimento da lei.

O Artigo 4º da Lei 10.741/03 assim dispõe: “Art. 4º. *Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.*”

*Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Art. 3º, inciso IV da CF/88), objetivos fundamentais para atender os direitos e cumprir com a cidadania.*

No ano em que a Lei 10.741/03, foi sancionada em 1º de Outubro de 2003, Estatuto do Idoso, a sociedade que ansiava tanto por essa Lei que tratava das necessidades da terceira idade, foi lançada pela Igreja Católica através da CNBB no ano de 2003, a qual trazia o tema: Fraternidade e as Pessoas Idosas, e como lema “Dignidade, Vida e Esperança”, levando a sociedade a discutir acerca dos problemas sofridos pelos idosos no país, a discriminação, os maus tratos, a fragilidade dos idosos e a necessidade de cuidados especiais e de leis protetivas que amparem e resguardem seus direitos, privando-o de qualquer tipo de violência, física ou moral. “É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso” (Parágrafo 1º - artigo 4º)

Muito embora exista o amparo legal. É muito difícil reconhecer a violência contra o idoso, sua fragilidade, e até mesmo a perda da qualidade de vida, situações essas que faz com que dificilmente o idoso tome por si mesmo qualquer atitude em sua defesa, teme em denunciar às vezes um filho, um parente próximo ou seu cuidador. O próprio preconceito cultural existente contra a terceira idade impede também que o causador dos maus tratos seja denunciado.

Hoje no Brasil o amparo legal existe para combater os casos de covardia só acabara quando a sociedade se comprometer, deixando de lado o preconceito e denunciado os casos de abusos e maus tratos.

No Paraná, a Política Estadual dos Direitos do Idoso, criada por meio da Lei 11863/1997, que tem por objetivo assegurar os direitos da pessoa maior de 60 (sessenta) anos de idade criando condições para sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. No mesmo ato foi instituído o Conselho Estadual dos Direitos do Idoso (CEDI), órgão colegiado, permanente, composto pela sociedade civil e pelo Estado, pelo princípio da paridade, com caráter deliberativo, fiscalizador e consultivo para a execução das políticas de defesa dos direitos da pessoa idosa.

A atuação e função relevante do Conselho é, primordialmente, a defesa dos direitos dos idosos, congregando e conjugando esforços dos órgãos públicos,

entidades privadas e grupos organizados em favor da plena inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica, política e cultural do Estado do Paraná, eliminando toda a forma de preconceito. (Conselho Estadual dos Direitos do Idoso – PR).

O Fundo Estadual dos Direitos do Idoso (FIPAR) instituído pela Lei Estadual nº 16732/2010, trata-se de instrumento de natureza contábil, com a finalidade de captar, repassar e aplicar recursos financeiros na implantação, na manutenção e no desenvolvimento de programas, projetos e ações voltados à pessoa idosa no âmbito do Estado do Paraná. (Conselho Estadual dos Direitos do Idoso – PR).

Os recursos financeiros captados serão gerenciados pela Secretaria de Estado do Trabalho e Desenvolvimento Social (SEDS), instituição a que está vinculado o Conselho Estadual dos Direitos do Idoso (CEDI), cabendo ao seu colegiado a deliberação sobre a sua aplicação.

As fontes de recursos do fundo são basicamente: recursos públicos que lhes forem destinados, recursos consignados no orçamento Estadual; contribuições de governos e organismos internacionais; e as doações de pessoas físicas e jurídicas, dedutíveis do Imposto de Renda.

Serviços de Atendimento à Pessoa Idosa: a violência contra à pessoa idosa não se manifesta apenas em agressões físicas, mas, também, em sua vertente psicológica, como negligência e discriminação, ou ainda, em apropriação de dinheiro e abandono. (Conselho Estadual dos Direitos do Idoso – PR).

Visando a auxiliar e, quando possível, coibir tais práticas, estão disponíveis os seguintes serviços:

Centro de Referência do Idoso: espaço que oferece atendimento especializado à população idosa, desenvolvendo ações de prevenção à violência, promoção da cidadania, combate ao preconceito e à discriminação, além de fornecer orientação jurídica, social e psicológica, por meio de equipe interdisciplinar capacitada para o trabalho junto às vítimas de violência, ao agressor e à família. (Conselho Estadual dos Direitos do Idoso – PR).

## 2.4 ABANDONO E NEGLIGÊNCIA

No Brasil, iniciou-se o debate sobre o assunto apenas nas duas últimas décadas, de um lado por causa do aumento do número da população idosa no país que tornou irreversível a sua presença em todos os âmbitos da sociedade. De outro, essa visibilidade não é uma inércia decorrente do aumento numérico. Ela se deve, principalmente, ao protagonismo dos movimentos realizados pela própria população idosa ou por instituições aliadas, seja em associações de aposentados, nos conselhos específicos e em movimentos políticos, sociais e de direitos. Essas ações repercutiram tanto na promulgação da Política Nacional do Idoso em 1994 como no Estatuto do Idoso em 2003. Em ambos os documentos estão declarados que os maus-tratos contra esse grupo de brasileiros constituem violações de seus direitos.

A violência contra a pessoa idosa pode assumir várias formas e ocorrer em diferentes situações. Por diferentes motivos, entretanto, é impossível dimensioná-la em toda a sua abrangência: ela é subdiagnosticada e subnotificada. A Lei 12.461 de 26 de julho de 2011 que reformula o artigo 19 do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003) ressaltou a obrigatoriedade da notificação dos profissionais de saúde, de instituições públicas ou privadas, às autoridades sanitárias quando constatarem casos de suspeita ou confirmação de violência contra pessoas idosas, bem como a sua comunicação aos seguintes órgãos: Autoridade Policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso.

A Organização Mundial de Saúde define assim a violência contra a pessoa idosa: São ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho de seu papel social. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva por parte das pessoas que a cercam, sobretudo dos filhos, dos cônjuges, dos parentes, dos cuidadores, da comunidade e da sociedade em geral.

No mesmo sentido o Estatuto do Idoso declara que:

“Violência contra o idoso é qualquer ação ou omissão praticada em local público privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico” (Estatuto do Idoso, cap. IV, art.19, §1). (*Estatuto do Idoso*)

Os casos de suspeita ou confirmação de violência, praticados contra idosos, serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos ou privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; ministério público; conselho municipal do idoso, conselho estadual do idoso; conselho nacional do idoso (art.19 do Estatuto do Idoso).

O Estatuto define que a violência é o contrário dos direitos, o que vem mencionado em todo o texto, mas particularmente no Capítulo II, art. 10, § 2 e § 3:

O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais (§ 2). É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (§ 3).

A OMS quando analisa o impacto da violência sobre a vida e o adoecimento das pessoas, em geral, também utiliza outro conceito operacional que é o de “causas externas”, cuja definição está incorporada nos capítulos 19 e 20 da Classificação Internacional de Doenças (CID) e que resumimos a seguir.

Por causas externas entendemos agressões físicas, psicológicas, acidentes e maus-tratos que provocam adoecimento ou levam à morte de uma pessoa. Essa definição para distinguir os efeitos das ações humanas que causam lesões e mortes daquilo que o sistema de saúde está mais acostumado a tratar: as enfermidades de origem biológica e mental. Tal definição inclui a mortalidade por homicídios, suicídios e acidentes; e as lesões e traumas por agressões, quedas, tentativas de suicídio, acidentes de transporte, afogamentos, sufocamentos e envenenamentos.

É preciso ficar claro que o termo “causas externas” não é sinônimo de violência. Ele é um recurso para classificar os vários tipos de violência que causam mortes e adoecimento. Já “violência” é a ação de um ser humano contra o outro provocado pelo abuso da força e do poder, ou a omissão de socorro quando esse outro pede ou precisa dele. Apesar dessa distinção, os estudos sobre as causas externas ajudam muito a entender os resultados das várias expressões de violência. E, no caso das pessoas idosas, auxilia a compreensão dos grupos que estão em



situação de maior risco e vulnerabilidade. Por isso, nós também utilizaremos esse conceito neste texto.

Embora nenhuma definição dentre as que aqui colocamos consiga abranger todas as expressões de maus-tratos e abuso de direitos que presenciamos no cotidiano em relação à pessoa idosa, elas permitem entender as violações mais frequentes e tomar consciência da gravidade das situações. Em resumo, todas elas têm um foco em comum:

O reconhecimento de que o abuso da força física e emocional provoca lesões visíveis e invisíveis, causa traumas e pode levar à morte. E que a negligência

Individual, familiar, social ou institucional em relação às necessidades da pessoa idosa constitui uma forma cruel de violência. Portanto, quando alguém agride ou omite amparo a uma senhora ou a um senhor idoso que precisa de ajuda, fere direitos fundamentais e personalíssimos desse grupo social.

A natureza da violência contra a pessoa idosa pode se manifestar de várias formas, aqui resumidas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência, abusos financeiros e autonegligência. Todos esses tipos de ação ou omissão podem provocar lesões graves físicas, emocionais e morte. Neste texto, usaremos como sinônimos os termos *maus-tratos*, *abusos* e *violências* embora, existam muitas discussões teóricas sobre o uso e o sentido de cada um deles.

Os abusos físicos constituem a forma de violência mais visível e costumam acontecer por meio de empurrões, beliscões, tapas, ou por outros meios mais letais como agressões com cintos, objetos caseiros, armas brancas e armas de fogo. O lugar onde há mais violência física contra a pessoa idosa é sua própria casa ou a casa da sua família, vindo a seguir, as ruas e as instituições de prestação de serviços como as de saúde, de assistência social e residências de longa permanência.

Às vezes, o abuso físico resulta em lesões e traumas que levam à internação hospitalar ou produzem como resultado a morte da pessoa. Outras vezes ele é constante, não deixa marcas e é quase invisível, sendo reconhecido apenas por pessoas que têm um olhar sensível e atento e por profissionais acostumados a diagnosticá-lo.

Frequentemente, a pessoa idosa se cala sobre os abusos físicos que sofre e se isola para que outros não tomem conhecimento desse tipo de violência, prejudicando assim sua saúde mental e sua qualidade de vida. As estatísticas

mostram que, por ano, cerca de 10% dos idosos brasileiros morrem por homicídio como veremos a seguir. A incidência comprovada no mundo inteiro é que de 5% a 10% dos idosos sofrem violência física visível ou invisível e que pode ou não provocar a morte. (Maria Cristina Hoffmann, coordenadora de Saúde da Pessoa Idoso, do Ministério da Saúde).

Das denúncias recebidas pelo “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos” as agressões físicas correspondem a 34% do total das queixas, vindo em quarto lugar, depois das negligências, dos maus tratos psicológicos e dos abusos econômico, financeiros e patrimoniais (SDH, 2013). (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Estudos mostram que o sofrimento mental provocado por esse tipo de maltrato contribui para processos depressivos e autodestrutivos, por vezes levando à ideação, tentativas de suicídio ou mesmo ao suicídio consumado (Minayo & Cavalcante, 2010). É importante ressaltar, em relação a abusos psicológicos, que os muito pobres e os que têm dependência financeira, física e mental em grau elevado são os que mais sofrem. Isso ocorre, no caso dos doentes, porque eles não podem dominar seu corpo ou sua mente; e no caso dos muito pobres, porque não têm dinheiro para se sustentar, sendo considerados como um peso para muitas famílias ou instituições.

Vários estudos realizados em municípios específicos como o de Melo et al (2006) ocorrido em Camaragibe, têm encontrado um percentual mais elevado de pessoas idosas que se queixam mais de violência psicológica (62,5%) do que de violência física (32%). Em geral, a população idosa considera que a comunidade não se importa com o que acontece com ela. No “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos”, da Secretaria de Direitos Humanos, de 2010 a 2012, a segunda causa de violência mais denunciada foi o abuso psicológico (59,3%) vindo depois apenas das negligências (69,7%) (SDH, 2013). (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Violência sexual diz respeito ao ato no jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa a estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e pornográficas impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Vítimas de abuso sexual costumam sofrer também violência física,

psicológica e negligências. Tendem a sentir muita culpa e a ter baixa autoestima e a pensar mais em cometer suicídio que pessoas que não passaram por essa cruel experiência.

Uma forma pouco comentada é a violência dos filhos contra seus pais e mães idosos para que eles não namorem ou não tenham relações sexuais. Esse tipo de violência ocorre também em instituições de longa permanência. Há uma idéia muito comum na população de que os velhos são ou deveriam ser assexuados, o que é comprovado preconceito social e abuso de poder. Muitas vezes, atitudes repressivas dos filhos impedem seus pais de terem uma vida afetiva saudável na velhice.

Já a violência sexual tal qual definida acima ocorre, segundo estudos internacionais (Teaster et al 2003; Roberto e Teaster, 2005) e nacionais (Melo et al 2006), com menos de 1% das pessoas idosas. Desse total, um décimo ocorre em casa e os abusos são cometidos por pessoas da família e o restante em residências geriátricas.

A maioria (cerca de 95%) envolve mulheres com problemas em pelo menos dois de três domínios cognitivos, (tempo, espaço, e nível pessoal), que vivem em instituições de longa permanência e, são agredidas, com mais frequência, por outros residentes. As mulheres com maior dificuldade de andar são ainda mais vulneráveis. Os principais tipos de abuso cometidos são beijos forçados, atos sexuais não consentidos e bulinação do corpo da mulher. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

O abandono é uma das maneiras mais perversas de violência contra a pessoa idosa e apresenta várias facetas. As mais comuns que vêm sendo constatadas por cuidadores e órgãos públicos que notificam as queixas são: retirá-la da sua casa contra sua vontade; trocar seu lugar na residência a favor dos mais jovens, como por exemplo, colocá-la num quatinho nos fundos da casa privando-a do convívio com outros membros da família e das relações familiares; conduzi-la a uma instituição de longa permanência contra a sua vontade, para se livrar da sua presença na casa, deixando a essas entidades o domínio sobre sua vida, sua vontade, sua saúde e seu direito de ir e vir; deixá-la sem assistência quando dela necessita, permitindo que passe fome, se desidrate e seja privada de medicamentos e outras necessidades básicas, antecipando sua imobilidade, aniquilando sua

personalidade ou promovendo seu lento adoecimento e morte. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa, 2014).

Negligência é outra categoria importante para explicar as várias formas de menosprezo e de abandono de pessoas idosas. Poderíamos começar pelas que os serviços públicos cometem. Por exemplo, na área da saúde, o desleixo e a inoperância dos órgãos de vigilância sanitária em relação aos abrigos e clínicas. Embora hoje existam normas e padrões da Vigilância Sanitária para seu funcionamento, não há fiscalização suficiente, permitindo que situações de violência institucional se instalem e se perpetuem.

Os casos mais comuns são de inadequação das instalações, do isolamento das pessoas idosas em seus aposentos, da falta ou precariedade de assistência à sua saúde. Se não houvesse tanta omissão dos que são responsáveis, tragédias como a que aconteceu no Rio de Janeiro, na Casa de Saúde Santa Genoveva e acabou virando símbolo da sinergia de vários tipos de negligência poderiam ser evitadas. Embora este caso tenha ocorrido em 1996, ele continua atual como exemplo dos órgãos públicos que não fiscalizam como deveriam; das instituições que fazem desse serviço um negócio; e de muitas famílias para quem é muito cômodo acreditar que tudo ficará bem com seu idoso quando o entrega num desses locais.

No citado caso, depois do acontecido, pesquisadores e fiscais verificaram que aquela situação vinha se repetindo há quase 10 anos e só se tornou escândalo quando foram constatadas mortes de mais de 100 idosos e idosas num curto espaço de tempo. Os que sobreviveram ofereceram à sociedade um espetáculo triste e cruel de desnutrição, magreza, tristeza, solidão e abandono por parte dos familiares.

Além de exemplos cruéis e radicais como o mencionado, há ainda vários tipos de negligências que ocorrem cotidianamente no atendimento dos serviços de saúde. É o caso das longas filas de espera para consultas e exames, marcados com intervalos de meses, quando o estado de saúde da pessoa idosa vai piorando e se degradando pela falta de atenção devida.

O campeão das reclamações da população idosa é o INSS, seja pela demora na concessão dos benefícios seja pelo descaso e indiferença com que é tratada nos postos. As várias formas de negligência dos serviços públicos têm por base a impessoalidade no trato na prestação de serviços. Também, em muitas instituições de longa permanência, principalmente as pessoas idosas dependentes

são afetadas por falhas no tratamento pessoal, na administração de medicamentos, nos cuidados com o asseio corporal e na exigência de que realizem ações para as quais não sentem desejo ou aptidão.

Nas famílias — em pelo menos 27% dos lares brasileiros hoje residem pessoas idosas — chama atenção a inadequação das casas às suas necessidades, como, por exemplo, a existência de pisos escorregadios, de escadas sem corrimão, de banheiros sem proteção para que possam se sentar e se levantar com segurança. Muitos outros exemplos poderiam ser acrescentados aos que aqui foram mencionados, porque são conhecidos dos dedicados familiares, profissionais de saúde, de assistência e pelos operadores de direito que levam a sério o cuidado com a pessoa idosa. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Apenas como exemplo, no “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos”, da Secretaria de Direitos Humanos, entre 2010 a 2012, a denúncia principal foi de negligência (68,7%) em particular, as ocorridas no âmbito das famílias e dos serviços públicos (SDH, 2013). (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

O termo abuso econômico-financeiro e patrimonial se refere, principalmente, às disputas de familiares pela posse dos bens ou a ações delituosas cometidas por órgãos públicos e privados em relação às pensões, aposentadorias e outros bens da pessoa idosa. Pesquisas mostram que no mundo inteiro são vítimas de abusos financeiros. No Brasil, diferentes estudos mostram que mais de 60% das queixas desse grupo às delegacias de polícia ou ao Ministério Público tiveram essa causa.

O “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos” mostra que entre 2010 a 2012 esse tipo de violência foi responsável por 40,1% das denúncias, vindo atrás apenas das negligências e dos abusos psicológicos (SDH, 2013). Esse tipo de agressão é cometida, particularmente, por familiares em tentativas de forçar procurações para tutelar a pessoa idosa, para retirar seu acesso aos bens patrimoniais e para vender seus bens e imóveis sem o seu consentimento.

Há ainda outras formas menos brutais, porém não menos abusivas utilizadas pelos familiares: a retirada da pessoa idosa do espaço físico e social no qual viveu até então; seu confinamento em algum aposento mínimo na residência que por direito lhe pertence depois que fica viúva, dentre outras formas de coação. Além dos

familiares, há casos em que até vizinhos se apossam, por exemplo, do cartão de benefício da pessoa idosa que tem algum tipo de senilidade ou dependência, sobretudo quando ela vive sozinha, deixando-a a míngua e passando necessidades.

Geralmente, as queixas de abuso econômico e financeiro se associam com várias formas de maus-tratos físicos e psicológicos que produzem lesões, traumas ou até a morte.

Mas não são apenas familiares que cometem abusos econômicos e financeiros. Acontecem, frequentemente, nos trâmites de aposentadorias e pensões e, sobretudo, nas demoras de concessão ou correção de benefícios devidos pelo INSS, mesmo quando, desde 1994, a Lei 8.842 lhes garante prioridade no atendimento em órgãos públicos e privados e em instituições prestadoras de serviços. Nas delegacias de atenção e proteção e nos núcleos de atendimento do Ministério Público, uma das solicitações mais recorrentes é que esses agentes colaborem na solução de problemas com aposentadorias e pensões.

Diferentes formas de violência econômica e financeira, combinadas com discriminações e maus-tratos são praticados também por empresas, sobretudo, por bancos e lojas. E os campeões das queixas são os planos de saúde que aplicam aumentos abusivos e frequentemente se recusam a bancar determinados serviços essenciais à saúde das pessoas idosas. Atualmente os planos descobriram uma fórmula de prejudicá-las. Como a Agência de Saúde Suplementar proibiu aumentos abusivos para os clientes após os 60 anos ou mais, quando alguém completa 59 anos, recebe de presente um aumento que chega, por vezes, antecipando assim o que os Planos consideram gastos excessivos da pessoa idosa. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa, 2014). (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Os velhos/as são vítimas ainda de estelionatários e de várias modalidades de abusos financeiros cometidos por criminosos que tripudiam sobre sua vulnerabilidade física e mental, impingindo-lhes créditos consignados (com o conluio de parentes) ou são vítimas de roubos e furtos nas agências bancárias, nos caixas eletrônicas, nas lojas, nas ruas, nas travessias ou nos transportes. Os policiais das delegacias de proteção à pessoa idosa assinalam a frequência de suas queixas sobre roubo de cartões, cheques, dinheiro e objetos de valor, de forma violenta ou sorrateira.

Violência auto infligida e autonegligência — A violência pode conduzir à morte lenta de uma pessoa idosa em casos em que ela própria se auto negligencia, ou manifestar-se como ideações, tentativas de suicídio e suicídio consumado, ou seja, nesses casos, não é o “outro” que abusa, é a própria pessoa que maltrata a si mesma. Um dos primeiros sinais de autonegligência é a atitude de se isolar, de não sair de casa e de se recusar a tomar banho, de não se alimentar direito e de não tomar os medicamentos, manifestando clara ou indiretamente a vontade de morrer. Vários trabalhos (Minayo; Cavalcante, 2010; Menehgelet [etal] 2012; Cavalcante e Minayo, 2012) ressaltam que, frequentemente atitudes de autodestruição estão associadas a processos de desvalorização que a pessoa idosa sofre e a negligências, abandono e maus-tratos de que é vítima. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Os índices de ocorrência já são o dobro da média nacional e se associam ao abandono familiar, à solidão, ao sofrimento insuportável provocando doenças degenerativas, ao medo de tornar-se dependente, à perda do gosto pela vida, a processos depressivos de maior ou menor gravidade. Essas situações se manifestam frequentemente de forma combinada. A depressão nessa faixa de idade deve ser considerada uma enfermidade mental que tem vários níveis de gravidade e que, portanto, deve ser diagnosticada por um especialista (Cavalcante et al, 2013).

Em resumo, as expressões de violência contra a pessoa idosa quase sempre se manifestam de modo cumulativo e devem ser objeto de atenção. Se algumas formas, como é o caso da discriminação por idade, ocorrem em relação a todas as classes sociais, há outros tipos que afetam, sobretudo, os mais frágeis e dependentes, frequentemente combinando abusos físicos, psicológicos, econômico-financeiros, negligências e autonegligências. Chama atenção como um sintoma social de elevada gravidade que a maioria das denúncias ao “Módulo Disque Idoso” do Disque 100, sejam as negligências cometidas pelas famílias e pelos órgãos públicos de prestação de serviços. (Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

Estudos que vimos realizando mostram aumento de suicídios particularmente entre homens idosos; e de tentativas de suicídio e ideações em pessoas de ambos os sexos. Embora as taxas sejam relativamente baixas, observamos um crescimento persistente desse fenômeno nas faixas etárias acima de 60 anos. Os índices de

ocorrência já são o dobro da média nacional e se associam ao abandono familiar, à solidão, ao sofrimento insuportável provocando doenças degenerativas, ao medo de tornar-se dependente, à perda do gosto pela vida, a processos depressivos de maior ou menor gravidade. Essas situações se manifestam frequentemente de forma combinada. A depressão nessa faixa de idade deve ser considerada uma enfermidade mental que tem vários níveis de gravidade e que, portanto, deve ser diagnosticada por um especialista (Cavalcante et al, 2013).



### 3 CAPÍTULO II

#### 3.1 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

O Serviço Social teve suas origens dentro da Igreja Católica e visava preparar a grande massa operária para o capitalismo industrial período chamado de “conservador”. Dessa forma, o objetivo era preparar essa população para o sistema sócio-econômico-político da época. Nasceu no Brasil por volta de 1930, como afirma Olema Pelizzer (Pelizzer, 2008). Sob a influência europeia (em especial sob o influxo belga, francês e alemão), com fruto direto de vários setores particulares da burguesia respaldado pela Igreja Católica.

Nessa época o Brasil vivia o processo incipiente de industrialização e importação, num contexto de capitalismo dependente e agroexportador. No período de 1930 a 1935, o governo sofre pressão da classe trabalhadora, que é então controlada através da criação de organismos normatizadores e disciplinares das relações de trabalho em especial através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, como afirma Olema Pelizzer (Pelizzer, 2008).

A Primeira Escola de Serviço Social no Brasil é datada de 1936 em São Paulo e foi coordenada por Albertina Ferreira Ramos e Maria Kiehl. Ambas eram sócias do Centro de Estudos de Ação Social vinculada a Igreja Católica. Neste centro eram organizados cursos de qualificação para organizações leigas no catolicismo adequando política e ideologicamente a classe operária. Nesta perspectiva, surge então o Serviço Social como um departamento de Ação Social.

Em sua primeira fase intervém nas repercussões da Questão Social, produzida pela relação do trabalho em moldes capitalista, com o surgimento do trabalho livre, após a abolição da escravatura num passado recente. Momento em que a força do trabalho é tomada mercadoria, e o proprietário do capital não é um senhor em particular, mas há uma “classe de capitalista” que capitalizam em torno da mais valia do trabalho operário, que vende sua força de trabalho em troca pelo salário para o sustento de si e de sua família.

A exploração a que é submetido o operário aparece para o restante da sociedade burguesa como uma ameaça a seus mais sagrados valores. Impõe a partir daí, a “necessidade de controle social” da exploração da força de trabalho e o

surgimento de uma regularização jurídica do mercado de trabalho através do Estado (Pellizzer, 2008, p.17) e nessa lógica valoriza-se quem produz e consome.

A partir dos anos 40/50, a questão social – expressão das desigualdades decorrentes do aprofundamento do capitalismo no Brasil – passa por grandes transformações, especialmente a partir do final da II Guerra Mundial.

A aceleração industrial as migrações campo-cidade, o intenso processo de urbanização, aliados ao crescimento das classes sociais urbanas, especialmente do operariado, vão exigir novas respostas do Estado e do empresariado às necessidades de reprodução da vida social nas cidades. A questão social se põe como alvo da intervenção do Estado, por meio das políticas sociais públicas, ao mesmo tempo em que o empresariado. Imbuído de um novo espírito social substitui a mera repressão e assistência eventual por mecanismos que visam à colaboração entre capital e trabalho.

É nesse contexto, em plena ditadura de Vargas, que é criada, em 1942, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), primeira instituição assistencial de porte nacional, bem como as grandes instituições patronais que irão configurar o que hoje conhecemos como sistema “S” – SESI, SENAI, SESC, SENAC. (Raichelis, 2006)

Cunha-se, nesse contexto, a figura emblemática do chamado “primeiro damismo” (que resiste até os dias atuais), que tem sua origem vinculada à presidência de honra da LBA assumida pela primeira dama Darcy Vargas.

A diversidade de serviços sociais e educacional prestados por estas instituições, relacionados às demandas de qualificação da força do trabalho e de sua reprodução física e espiritual, leva à incorporação institucional de contingentes de assistentes sociais que passam a desenvolver ações educativas e normativas de ajustamento psicossocial dos trabalhadores voltadas aos atendimentos das novas necessidades relacionadas à integração de massas populacionais ao mercado de trabalho e à vida urbana.

A criação das instituições assistenciais, com grande capilaridade no território nacional, amplia significativamente o mercado de trabalho do Assistente Social – agora investido de um mandato oficial a partir do seu reconhecimento e legitimação pelo Estado e empresariado. Embora regulamentado como profissão liberal em 1949, o Assistente Social tem seu desempenho profissional majoritariamente vinculado a instituições públicas e privadas, passando a se responsabilizar pela implementação das políticas sociais. Isso marca seu perfil assalariado.

A crescente centralização das políticas sociais pelo Estado gera o aumento da demanda pela execução de programas sociais no interior das instituições, induzindo ao crescimento numérico das escolas e do meio profissional, com a consequente expansão do Serviço Social e elevação do status profissional.

A realização do I Congresso Brasileiro de Serviço Social, em 1947, marca o início de uma tendência de valorização crescente dos encontros nacionais, cada vez mais massivos e reveladores dos debates e das polêmicas profissionais.

A forte influência norte-americana na América latina e no Brasil, a partir do segundo pós-guerra penetra também, na profissão, com a incorporação das teorias estrutural-funcionalistas e das metodologias de intervenção, especialmente o Serviço Social de Caso e o Serviço Social de Grupo. (Raichelis, 2006).

Serviço Social e Desenvolvimento: O desenvolvimento, enquanto ideologia do desenvolvimento, foi difundido pelos organismos internacionais com a criação da ONU, em 1945. A partir do contexto da “guerra fria” e com o mundo cada vez mais bipolarizado (bloco capitalista X bloco socialista), a ONU e o governo norte-americano, preocupados com os riscos políticos que os latinos-americanos (atraso e a pobreza) trazer para a ordem capitalista no continente, iniciam extenso programa de cooperação e assistência técnica e financeira aos países subdesenvolvidos.

A proposta de Desenvolvimento de Comunidade (DC) tem origem nesse cenário do pós-guerra, na segunda metade da década de 40, especialmente por meio de programas de educação de adultos e de modernização da agricultura nas zonas rurais.

A partir do final da década de 50, do DC passa a ser recomendado em larga escala pelos organismos internacionais como uma das estratégias de superação do subdesenvolvimento.

No Brasil, embora o desenvolvimentismo tenha construído o centro do político do governo JK (1956-60), a sua influência no Serviço Social limitou-se às experiências de DC no meio rural com a criação de vários programas inspirados nas propostas norte-americanas.

Nesse primeiro período, sob a influência do funcionalismo norte-americano a proposta oficial de DC é estimulada como mecanismo de correção das “disfuncionalidades” causadas pelo sistema capitalista, constituindo-se em instrumento ideológico de integração da população pobre aos projetos de

desenvolvimento, onde o social é concebido como variável dependente do crescimento econômico.

Além da participação de Assistentes Sociais em programas de DC com populações rurais, os anos 50/60 deram novo impulso ao desenvolvimento quantitativo e qualitativo da profissão: aumento do número de escolas; interiorização do Serviço Social para as prefeituras de pequenas e médias cidades; abertura de um novo campo de trabalho nas grandes empresas, especialmente as indústrias; incorporação de novas atribuições profissionais relacionadas à coordenação, planejamento e administração de programas sociais.

A partir da influência norte-americana, o Serviço Social alcança maior nível de sistematização teórica e técnica, avança no trabalho com indivíduos e famílias e consolida novas abordagens metodológicas, como o Serviço Social de Grupo e o Serviço Social de Comunidade que passam a ser desenvolvidos nas instituições sócio-assistenciais em diferentes áreas, como saúde, habitação, educação, previdência social. (Raichelis, 2006).

Nos primeiros anos da década de 60, em uma conjuntura de ampliação da participação política e de radicalização das lutas sociais, o Serviço Social passa a integrar-se às experiências de DC comprometidas com transformações estruturais que se generalizam pelo país num cenário de acirramento das reivindicações pelas “reformas de base” durante o governo João Goulart.

O Serviço Social e a Racionalização Democrática os anos 60-64: Os primeiros anos da década de 60 desencadeiam um início de mudanças significativas no Serviço Social numa conjuntura de aprofundamento do debate político na sociedade diante do agravamento da questão social e dos níveis de empobrecimento da população trabalhadora, contrastando com os índices de crescimento econômicos verificados em finais dos anos 50.

O II Congresso Brasileiro Social, realizado no Rio de Janeiro em 1961, representa o marco oficial da inserção da profissão no projeto desenvolvimentista e da incorporação do DC numa perspectiva modernizadora e de atualização da profissão frente às novas demandas do Estado e dos setores dominantes. (Raichelis, 2006).

Com o governo João Goulart abre-se um período de ampliação do espaço de participação política e de luta por transformações estruturais na sociedade brasileira, simbolizados pelas “reformas de base”.

O debate político se radicaliza e aglutina partidos, sindicatos, movimentos sociais e diferentes atores da sociedade civil.

A mobilização política atinge o campo (Ligas Camponesas e sindicalismo rural) e a cidade (Movimento de Educação de Base MEB, Centros de Cultura Popular). As classes populares se organizam e se politizam crescentemente, esse intenso movimento político-cultural reúne profissionais, intelectuais, trabalhadores em torno da luta anti-imperialista na defesa de um projeto nacional-desenvolvimentista.

Destacam-se a intervenção ativa do movimento estudantil, por meio da UNE, e as transformações da Igreja Católica na América Latina, agora sob os influxos do Concílio Vaticano II (1962) que dá origem à chamada Igreja Popular, primeiro passo para a formulação da “teologia da libertação”.

O Serviço Social recebe as influências dessa conjuntura e, pela primeira vez, observa-se no meio profissional um movimento inicial de crítica às práticas tradicionais, assistencialistas e integradoras desenvolvidas até então.

Começa a despontar no meio profissional a necessidade do Serviço Social sintonizar-se com uma sociedade em mudança e responder a demandas macrosocietárias. Marcam esse processo as experiências de grupos de Assistentes Sociais vinculados à esquerda católica e aos projetos de educação de base e de organização popular em comunidades urbanas e rurais, inspirados nas teorias de educação para a libertação e no método de alfabetização de Paulo Freire.

No entanto, o golpe de 64 e a ditadura militar interrompem o processo de radicalização democrática, o que põe fim ao pacto populista e ao engajamento dos sujeitos sociais comprometidos com a implantação de alternativas de desenvolvimento nacional-populares e democráticas em nosso País.

Segundo Yamamoto e Carvalho (1988, p. 129), se “As Leis Sociais são, em última instância, resultantes da pressão do proletariado pelo reconhecimento de sua cidadania social, o Serviço Social origina-se numa demanda diametralmente oposta”.

A partir dos anos 60/70 amplia-se a rede de serviços sociais e com ela a demanda do trabalho do Assistente Social no campo das políticas sociais, impulsionando um avanço nos âmbitos acadêmico, profissional e organizativo. Contribuiu para isso a inserção do Serviço Social no circuito universitário, o diálogo mais estreito com as disciplinas das ciências sociais e a criação e expansão da pós-

graduação, com a implantação dos cursos de mestrado e doutorado no início dos anos 70, de que a PUC-SP é pioneira.

As transformações que começam a emergir no debate teórico e na pesquisa são acompanhadas de significativa mudança nas instâncias organizativas e nos fóruns coletivos da categoria dos Assistentes Sociais.

Desde a criação das entidades de ensino, pesquisa e representação profissional, como ABESS, CBCISS, CFAS, CRAS que remontam a 1946 e são a matriz das atuais organizações da categoria profissional, são inúmeros os eventos nacionais e regionais patrocinados por esses organismos que registram os debates e as polêmicas que se intensificam com as transformações sócio-políticas da sociedade brasileira.

Os mais emblemático desses eventos ocorreu no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em São Paulo, em 1979, que passou a ser identificado como o “Congresso da Virada”, quando a sua organização conservadora sofreu forte questionamento e os convidados oficiais representados pelas autoridades do regime militar foram destituídos da comissão de honra e substituídos por dirigentes de movimentos sindicais e populares, dentre eles Luis Inácio da Lula da Silva.

Esse fato histórico teve grande repercussão na categoria profissional, construindo um marco no processo de politização e mobilização de profissionais e estudantes de Serviço Social e na reativação das entidades sindicais em todo país, culminando com a criação da Associação Nacional de Assistente Social – ANAS (1983).

No mesmo ano de 1979, em sua XX Convenção Nacional realizada em Natal, a ABESS aprova o novo currículo mínimo de Serviço Social, implantado em todo território nacional a partir de 1982. No final da década de 70, no contexto das greves operárias do ABC, da reorganização da sociedade civil e do avanço dos movimentos populares, a crise da ditadura já se expressava com maior vigor.

A anistia política, em 1979, foi seguida pela reestruturação partidária que cria o Partido dos Trabalhadores, como resultado da confluência da mobilização de trabalhadores, intelectuais e dos movimentos pastorais aglutinados em torno das Comunidades Eclesiais de Base (CEB's).

No decorrer da história muitos fatos marcantes significativos ocorreram foram responsáveis por mudanças relevantes no Serviço Social. A partir dos anos 80

o Serviço Social continuou enfrentando lutas para quebrar paradigmas de compreensão da sociedade, discutindo questões políticas – teóricas.

A década de 80 consolidou no plano ídeo-político o rompimento com o histórico conservadorismo no Serviço Social. Para isso, foram fundamentais a revisão do projeto de formação profissional conduzido pela entidade nacional representativa o ensino de Serviço Social – ABESS/CEDEPSS (Centro de Documentação e Pesquisa em Serviço Social e Políticas Sociais) e o papel político-organizativo do CFESS/CRESS, destacando-se a elaboração do Código de Ética de 1986, comprometido com um novo projeto ético-político profissional.

A direção social assumida revela os esforços de redefinição do Serviço Social no interior da dinâmica societária dos anos 80 no sentido da construção de uma nova legitimidade social do Serviço Social junto às classes subalternas. A perspectiva de “intenção de ruptura” (expressão cunhada por João Paulo Netto que se generalizou no meio profissional), é caudatária desse amplo movimento de renovação crítica do Serviço Social, no qual é possível constatar um notável amadurecimento teórico, a ampliação da produção editorial oriunda especialmente dos cursos de pós-graduação, além de uma rica agenda intelectual que incorpora polêmicas de relevo, decisivamente marcadas pelas correntes de pensamentos marxista.

Abrindo a década de 80, destaca-se a publicação do livro “Relações Sociais e Serviço no Brasil” (1982), de Marilda Villela Iamamoto e Raul de Carvalho, que na teve como base o projeto de investigação sobre a história do trabalho social na América Latina. Obra polêmica à época, obteve ampla penetração no meio profissional que se esconde até o presente pela reflexão inaugural que realiza sobre o significado social do Serviço Social em suas conexões com o movimento de produção e reprodução das relações sociais na formação social brasileira, sob os influxos diretos da teorização marxiana.

Nos anos 90 essas questões perderam forças com o fim da Guerra Fria (dissolução da bipolarização do mundo) e com o enfraquecimento das forças progressistas e as críticas ao modelo Neoliberal. Entretanto, em contrapartida aumenta a luta pela defesa no mundo e no Brasil especialmente questões sociais e que ferem os direitos a cidadania, moral e ética.

“O objetivo do Serviço Social, de uma perspectiva histórica, passa para a discussão das relações de poder e saber, aprofundando o olhar crítico de contexto em mudança” (Pellizzer, 2008, p. 28).

É próprio dos anos 90 o debate e a construção do que se convencionou denominar projeto ético-político-profissional do Serviço Social, resultado da organização coletiva da categoria profissional por meio de suas principais entidades: o conjunto CFESS-CRESS; a Associação Brasileira de Ensino de Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); a Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO).

Além de encontros e seminários específicos voltados para as questões do ensino e da pesquisa, do exercício profissional e da organização dos estudantes de Serviço Social, este conjunto de entidades realiza a cada três anos o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), espaço público de reflexão, debate e proposição, para onde converge um número cada vez mais expressivo de profissionais.

Decorres dessa dinâmica a nova Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662) e o novo Código de Ética (Resolução CFESS nº 273), ambos em 1993: e também as atuais Diretrizes Curriculares da formação profissional, aprovadas em 1998. Esse esforço ético, político, acadêmico e profissional expressa a construção do Serviço Social brasileiro dos últimos vinte anos, que afirma como valores centrais à liberdade, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, o compromisso com a competência e com a qualidade dos serviços prestados, o aprimoramento intelectual, a formação acadêmica qualificada, uma nova relação com os usuários e outras categorias profissionais, rumo à emancipação e à construção de uma nova ordem social radicalmente humana.



### 3.2 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DO IDOSO

O desafio do Serviço Social, diante da questão do idoso, é manter o diálogo entre as diferentes faixas etárias a fim de despertar a sensibilidade por todas as pessoas que sofrem diversas formas de discriminação, além de potencializar a pessoa idosa a acreditar em si, como pessoa de direitos, isso os levará a redescobrir sua verdadeira identidade, assumir-se, como pessoa imprescindível a sua produtividade social.

No entanto, o Estado e a sociedade civil como um todo não fazem prevalecer pelo que está estabelecido na Lei, cabendo ao Serviço Social, junto ao idoso e seus familiares, trabalhar essa questão. Cabe ao Serviço Social, em sua função educativa e política, trabalhar os direitos sociais do idoso, resgatar sua dignidade, estimular consciência participativa do idoso objetivando sua integração com as pessoas, trabalhando o idoso na sua particularidade e singularidade, levando em consideração que ele é parcela de uma totalidade que é complexa e contraditória.

No que se refere à família e à sociedade, o Serviço Social tem como tarefa essencial, tecer considerações e reflexões sobre a questão do idoso, baseado numa visão transformadora e crítica, despertando em ambas o cuidado e o respeito pela pessoa idosa. Isso nos servirá como sinal de valorização do respeito pelo nosso próprio futuro, pois haveremos de adquirir idade e inevitavelmente nos confrontaremos com a velhice.

É interessante observar que o Serviço Social reconhece o idoso como sujeito, cidadão, vislumbrando o seu valor. Porém, a valorização do idoso não deve partir somente do segmento que trabalha nessa área, mas, principalmente, do eixo familiar, uma vez que é referência para o indivíduo. O Serviço Social, no trato com a família do idoso, deve orientá-los a respeitar a tomada de decisão do idoso consciente, respeitando sua autonomia e liberdade pessoal. No âmbito das políticas é preciso focar essa demanda atual criando mecanismos eficazes no atendimento a população idosa. Lobato apud Bravo (2009, p. 147) nos fala:

Diante das desigualdades sociais que ainda presenciamos em nosso país, que tem tido crescimento acelerado da população idosa, precisamos unir esforços com outros profissionais que tenham compromisso com a causa do idoso, no desenvolvimento de programas e projetos que busquem garantir melhores condições de vida e dignidade na velhice. Precisamos romper com a ideia que ter envelhecimento saudável é apenas uma questão de mudança de hábitos, o que descaracteriza o papel das políticas públicas para idosos, ainda pouco implementadas em nosso país". (p.147).

Concluimos que para a auto valorização do idoso, na concepção de Homem-Mundo, o assistente social necessita obter uma ampla visão da totalidade, buscando atuar de forma criativa e propositiva na realidade social, com o intuito de modificar e transformar a realidade do idoso, o vendo como sujeito de direitos e o valorizando na sociedade, procurando por intermédio de ações interventivas superar as formas de isolamento e exclusão social.

Com isso o Serviço Social, hoje tem um papel muito importante na Defesa dos Direitos e na prática. Como estamos tratando do Idoso, tem o desafio de conscientizar a população do verdadeiro papel do Idoso, garantindo o seu lugar numa sociedade que passa por grandes mudanças que estão entradas no avanço tecnológico, favorecendo a relação entre mercado e consumo e nessa lógica valoriza-se quem produz e consome.

Cabe ao Serviço Social, em sua função educativa e política, trabalhar os direitos sociais do idoso, resgatar sua dignidade, estimular consciência participativa do idoso objetivando sua integração com as pessoas, trabalhando o idoso na sua particularidade e singularidade, levando em consideração que ele é parcela de uma totalidade que é complexa e contraditória.

No que se refere à família e à sociedade, o Serviço Social tem como tarefa essencial, tecer considerações e reflexões sobre a questão do idoso, baseado numa visão transformadora e crítica, despertando em ambas o cuidado e o respeito pela pessoa idosa. Isso nos servirá como sinal de valorização do respeito pelo nosso próprio futuro, pois haveremos de adquirir idade e inevitavelmente nos confrontaremos com a velhice. É interessante observar que o Serviço Social

reconhece o idoso como sujeito, cidadão, vislumbrando o seu valor. Porém, a valorização do idoso não deve partir somente do segmento que trabalha nessa área, mas, principalmente, do eixo familiar, uma vez que é referência para o indivíduo.

Os anos 80 representaram um amplo movimento de conquistas democráticas: os movimentos sociais organizaram-se em diferentes áreas os sindicatos fortaleceram-se, as demandas populares ganharam visibilidade pública, as aspirações por uma sociedade justa e igualitária expressaram-se na luta por direitos, que acabaram se consubstanciando na Constituição de 1988.

A promulgação da Constituição de 1988 representou, ao menos no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sócio-políticas e agravamento da crise social que exigiam respostas públicas do Estado. Entre as inovações contidas na Carta Constitucional destacam-se a ampliação de direitos, principalmente no campo das relações de trabalho, e a introdução do capítulo referente à Seguridade Social.

Apesar das dificuldades para implementá-la, a adoção do conceito de Seguridade Social, ainda que restrito às políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social, representou inegável por inscrevê-la no terreno dos direitos, imprimir-lhe status de política pública, definir fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada.

Nesse âmbito, importantes dispositivos foram definidos para a efetivação de um novo pacto federativo que reconhece o município como ente autônomo da federação e transfere para este nível novas competências e recursos públicos, bem como institui mecanismos de participação da sociedade civil na implementação das políticas públicas.

Entre eles destacam-se os Conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos, nas áreas de saúde, criança e adolescente, assistência social, educação, entre outras. Esses conselhos se organizam velozmente em todo o território nacional e representam uma inovação democrática das mais relevantes no sentido de criar novos espaços públicos de interlocução entre governo e sociedade, na perspectiva de tornar a gestão pública mais permeável às demandas emergentes da sociedade e reduzir a tendência do Estado e do poder burocrático de monopolizar as esferas de decisão política.

Também as Conferências de políticas nos três níveis de governo são importantes espaços de participação da sociedade civil no exercício do controle social. O Serviço Social vem participando ativamente da construção da política de seguridade social e das demais políticas sociais em nosso país, destacando-se sua contribuição para a consolidação da assistência social como política pública de direitos e para a elaboração das leis orgânicas como a LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), o SUS (Sistema Único de Saúde) e também do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Nesse contexto, abrem-se novas possibilidades de exercício profissional ao Assistente Social comprometido com a ampliação de direitos e difusão de uma cultura pública na sociedade brasileira. No entanto, esses avanços vieram na contramão de um movimento internacional de fortalecimento de ideologia contrária à efetivação dos direitos sociais legalmente definidos pela Constituição, que se expressará com vigor na entrada dos anos 90.

## 4 CAPÍTULO III

### 4.1 PESQUISA DE CAMPO

Foi utilizado elementos da pesquisa qualitativa. Através de pesquisa de campo, entrevistando três idosos que frequentam o Centro de Convivência do Idoso “Banho Mar”, por meio dessas entrevistas (questionário, com perguntas fechadas), buscando investigar o tema proposto. Tendo como principal objetivo saber quais os vínculos familiares que os idosos tem com sua família.

De acordo com Dantas e Cavalcante (2006). “Na pesquisa qualitativa seu principal objetivo é interpretar o fenômeno que se observa tendo como a observação, a descrição, a compreensão e o significado.”

A pesquisa qualitativa tem o papel de estimular a pensar e expressar livremente sua opinião sobre o assunto que está sendo abordado em questão. Apresentando esses dados em forma de relatório sendo levados em conta também as opiniões e comentários do público que foi entrevistado.

Esta pesquisa tem como referência os vínculos familiares dos idosos, foi realizada no Centro de Convivência do Idoso “Banho Mar”, contou com a participação de 03 idosos.

Para realização desse trabalho de pesquisa foram utilizadas referências bibliográficas, e recursos da internet, que enriqueceram a efetivação do mesmo.

Categorias de análise:

Idoso nº 01

Idoso nº 02

Idoso nº 03

1) Como esta composta a sua família?

Idoso nº 01: Vivo no mesmo terreno que minha ex mulher, porém em casa separada. Tenho uma filha que mora em outra cidade fruto de um primeiro casamento, mas não nos falamos. Aqui em Matinhos tenho apenas um primo, porém nos vemos pouco. Minha mãe mora em outra cidade e vem uma vez por anos me visitar por questão da idade.

Idoso nº 02: Na minha casa somos apenas eu e meu marido. Porém tenho três filhos que moram na mesma cidade, mas em casa separadas, também tenho três netos que sempre que podem passam a tarde comigo lá em casa.

Idoso nº 03: Moro sozinha aqui em Matinhos, porém tenho cinco irmãos ainda vivos, que moram em outras cidades, não tenho filhos e nem marido.

## 2) Como o senhor (a) percebe as relações de sua família?

Idoso nº 01: Não convive muito com sua família, pois sua mãe mora em outra cidade e sua única filha não fala com ele há anos. Como não visita a casa da sua mãe há 15 anos. Então sempre que precisa conversar com algum parente procura seu primo.

Idoso nº 02: Tenho uma família que sempre que pode se reuni para passar o domingo juntos e também todas as datas comemorativas. Vejo minha família como uma família muito unida, pois nunca ficamos mais de dois dias sem se ver.

Idoso nº 03: Embora eu tenha cinco irmãos quase não nos falamos, nos vemos uma vez por ano. É difícil eu ligar para eles ou eles me ligarem e raramente passamos alguma data especial todos juntos, até porque cada um tem sua família, moram em cidades diferentes e até país diferente que é o caso da minha irmã mais nova que mora na Alemanha.

## 3) Qual o papel que o senhor (a) ocupa em sua família?

Idoso nº 01: Sou o chefe da minha casa, pois com minha aposentadoria compro e pago minhas contas e consigo manter a minha casa.

Idoso nº 02: Sou a matriarca da família, cuido da casa enquanto meu marido trabalha fora como caminhoneiro para garantir o sustento da casa e quando a renda

do meu marido não suporta todas as contas que temos, nossos filhos ajudam, já que não tenho nenhuma renda.

Idoso nº 03: Eu sou a chefe da minha casa, não recebo ajuda de ninguém da família e de nenhum programa do governo. Então tenho que trabalhar todos os dias de diarista para garantir meu sustento.

#### Dados Coletados:

Esta pesquisa tem como referência saber qual a percepção que os idosos participantes do Centro de Convivência do Idoso (Banho Mar) de Matinhos possuem de suas relações familiares. Para melhor identificar os resultados que seriam alcançados foram convidadas a participar três idosos cuja as idades eram distintas entre 60 anos a 71 anos e com histórico familiares diferentes.

Segundo Marconi & Lakatos (1999, p. 94), “Entrevista é o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto”.

O primeiro idoso a ser entrevistado já tinha se casado duas vezes, possuía uma filha do seu primeiro casamento, porém não tinha qualquer tipo de relação afetiva com a mesma.

Já a segunda idosa tinha marido, filhos e netos, que moram na mesma cidade e sempre estavam se visitando.

A terceira idosa embora tivesse nascido em uma família considerada grande, não quis ter filhos e nem se casar, relatou que mora sozinha aqui na cidade de Matinhos e que todos os seus irmãos moram longe por isso passam tempo sem se falar.

Conforme os dados apurados pude observar que embora sejam histórias distintas, ambos souberam do Centro de Convivência do Idoso, através de vizinhos que contavam quais atividades eram desenvolvidas no local. Pois viram como uma possibilidade de fazer novas amizades e ocupar o tempo livre com atividades indicadas para suas idades.

E ambos depois que começaram a frequentar o local, passaram a se ver como alguém que embora “velho”, pode sim envelhecer da maneira que se sintam bem com eles mesmos e com seus familiares. E que o papel do idoso é sim inserido

na sociedade e não apenas envelhecer sem perspectiva alguma e sim envelhecer com saúde física, mental e psicológica.

Já na pesquisa bibliográfica foram feitos levantamentos sobre os vínculos familiares dos idosos com bases em dados nacionais já elaborados através de artigos científicos, livros e outros documentos.

Segundo Vergara (2005, p. 48) “A pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral”.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido a um interno processo de modificação e modernização na sociedade, a instituição família apresenta significativas mudanças em sua estrutura e nas relações sociais.

Hoje ocorre uma maior convivência entre as gerações em função do aumento da expectativa de vida.

O modelo de papel social “idealizado” composto por pai, mãe, e filhos vem se modificando. Em decorrência deste conjunto de mudanças pode-se constatar a fragilidade dos vínculos familiares e a conseqüente vulnerabilidade da família no contexto social. A mudança da estrutura familiar trás sua desagregação e uma dificuldade em “os chefes de família” prover funções básicas como a proteção e socialização dos seus familiares estabelecendo referências morais, afetivas e sociais. A mudança contribui para o pouco espaço dado ao idoso, cujo membros, embora juntos, vivem hoje no isolamento.

Então, o aumento da expectativa de vida populacional, e conseqüentemente, o aumento da população idosa é atualmente um fenômeno mundial, que vem trazendo mudanças e surgimentos de várias problemáticas, que carecem de solução eficazes para garantir à população idosa uma melhor qualidade de vida, com dignidade, respeito garantindo-lhes ainda uma vida mais saudável, privando-lhes de qualquer tipo de violência, seja física, seja moral. O envelhecimento da população brasileira é um grande desafio para todos nós, pois vivemos em país na qual ainda temos diversos problemas estruturais para serem resolvidos, como o sistema de saúde pública, que é deficitário, um ensino básico de baixa qualidade, entre outros. Viver mais não significa viver melhor. E isso reflete na qualidade de vida dos idosos. Precisamos implementar políticas públicas de promoção e proteção à saúde ao idoso, assim como formar profissionais da saúde que tenham os conhecimentos, como mudanças físicas, sociais e psíquicas, para que melhores condições de saúde e cuidado sejam oferecidas a essa população.

O Brasil tem uma longa história da preocupação com o idoso se inspirou em dispositivos internacionais, isso tudo ocorrendo por pressão da sociedade, como: Criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia que em 1961, já tinha entre seus objetivos “estimular obras sociais de amparo a velhice”; O SESC – 1963, tinha atividades destinadas a diminuir o desamparo e a solidão dos comerciários,

nos anos de 1970, o governo Federal criou dois tipos de benefícios não contributivos que privilegiaram a população idosa e as aposentadorias para os trabalhadores rurais de 1971; 1974. Foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social(MPAS); Em 1977, foi instituído o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS) – INPS – exclusivamente a Concessa e manutenção dos benefícios. A prestação de assistência médica, ficou com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1976, o MPAS elaborou um documento denominado Política Nacional para Terceira Idade que traçava diretrizes para uma política social voltada à velhice, com forte influencia dos profissionais do SESC; A partir da década de 80, as políticas destinadas à população idosa no Brasil se centraram na garantia de renda e de assistência social para a pessoa em risco social; Em 1988 a Constituição Federal inclui a pessoa idosa no capítulo da seguridade social, expandindo a rede de proteção social para toda a população idosa; A Constituição 1990, foi formulada a Lei Orgânica de Assistência Social (Lei nº 8742) que no seu art. 2 passou a garantir “um salário mínimo de benefício mensal ao idoso, em 1994 foi aprovada a lei nº 8.842/94, que estabeleceu a Política Nacional do Idoso (PNI); Em 1999, o Ministério da Saúde também elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da portaria nº 1.395/GM; após 7 anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.

Percebe-se que devem ser objeto e especial atenção: políticas públicas que redefinem, de forma positiva, o lugar da população idosa na sociedade e privilegiem o cuidado, a proteção e sua subjetividade, tanto em suas famílias como nas instituições, tanto nos espaços públicos como no âmbito privado. Investir na pessoas idosas é acreditar que elas podem contribuir na vida social, que elas são úteis e que elas têm um potencial incalculável de expandir seus próprios limites.

Muito embora exista o amparo legal, é muito difícil reconhecer a violência contra o idoso, isso considerando o declínio funcional inerente à pessoas de idade avançada, sua fragilidade, e até mesmo a perda de qualidade de vida.

O fato do abandono, ocorrer devido os reflexos da questão social, que impedem determinadas famílias de obter os meios de garantir a qualidade de vida do idoso. Por outro lado a sociedade contemporânea esta seduzida com a modernidade com o imediatismo e consumismo que o sistema capitalista institui.

A palavra velhice é antipática, mas identifica uma fase importante na nossa trajetória. Pensar hECAoje em como estaremos amanhã pode definir a qualidade de vida depois dos “entas”.

“A velhice sempre foi vista com preconceito”.

“A velhice traz maturidade para lidar com os conflitos, a ansiedade é bem mais trabalhada e a pessoa se sente bem mais confiante, isso de idade mental não funciona. A própria psicologia entendia que depois de certa idade, não havia mais desenvolvimento mental apenas decadência e hoje sabemos que não é verdade. Estaríamos aprendendo e desenvolvendo sempre”.

Então podemos perceber que o “Idoso ativo não te o mesmo peso no imaginário das pessoas que o contexto negativo, do velho chato e cansado. Isso porque essa visão estereotipada ficou por muito tempo cristalizada na sociedade. A mudança também depende de cada um com os idosos”.

O serviço social não pode ser pensado como uma profissão “robotizada”, pois o sistema capitalista cria intermináveis situações problemáticas que afetam, mesmo de forma diferenciada, a diversos grupos e categorias socioeconômicas.

“Precisamos romper com a ideia que ter envelhecimento saudável é apenas uma questão de mudança de hábitos, o que descaracteriza o papel das políticas públicas para idosos, ainda pouco implementadas em nosso país”. Concluimos que para a auto valorização do idoso, na concepção de Homem-Mundo, o assistente social necessita obter uma ampla visão da totalidade, buscando atuar de forma criativa e propositiva na realidade social, com o intuito de modificar e transformar a realidade do idoso, o vendo como sujeito de direitos e o valorizando na sociedade, procurando por intermédio de ações interventivas superar as formas de isolamento e exclusão social.

## REFERÊNCIAS

BERQUÓ E. **Considerações sobre envelhecimento da população no Brasil**. In: Neri AL, Debert GG, Berquó E, Oliveira MC, Simões JÁ, Cachioni M, et AL. Velhice e Sociedade. São Paulo, SP: Papirus, 1999. p. 11-40.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 24/Abr/2016.

BRASIL: **Manual de Enfrentamento à Violência Contra a Pessoa Idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. — Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

**Envelhecimento no Brasil e Saúde do Idoso: SBGG** Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG.

ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro; BLAY, Sérgio Luís. Prevalência de maus tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP: v. 41 – n.2, 2007.

FREITAS, Elizabete Viana de; Ligia Py; Flávio Aluizio Xavier Cançado; JohannesDoll; Milton Luiz Gorzoni; **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara &Koo.

História do Serviço Social no Brasil - Pesquisa de texto de Raquel Raichelis para a Agenda do Assistente Social do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS.

Lei nº 8.742, de 07 de Novembro de 1993 – LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social.

Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003 – Estatuto do Idoso.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Serviço Social e envelhecimento: perspectivas detrabalho do assistente social na área da saúde.In: BRAVO, Maria Inês Souza.(Org). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

Ministério da Saúde. <http://www.portal.saude.gov.br/saude>. Acesso em 24/Abr/2016.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a especificidade” e sua reprodução** 2 ed – São Paulo: Cortez, 2009.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa; A proteção constitucional da pessoa idosa. **Revista do Ministério Público do Estado do Maranhão**, São Luís, MA: v. 7 – p.169-190, 2000.

*Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, "Capacitação em Serviço Social e Política Social", Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CRESS/ ABEPSS- UNB, em 2000.*

Revistas: Guia Viver Bem – Gazeta do Povo – Julho/2015 e Novembro/2015.

ZIRMERMAN, Guite I. **Aspectos biopsicossociais**. 1ªed.São Paulo: Artemed, 2005.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto de pesquisa intitulado:.....

, de autoria do(a) acadêmico(a):..... do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Setor Litoral. Fui informado (a) que esta pesquisa é coordenada / orientada pelo (a) Professor (a) Doutora: Silvana Maria Escorsim a quem poderei contatar/ consultar a qualquer momento através do e-mail: [camara.ss@ufpr.br](mailto:camara.ss@ufpr.br) ou telefone da universidade: (41)3511-8300. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para a pesquisa científica. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo. Fui também esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa que envolvem seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima por meio de gravação de áudio obtido através de entrevista individual semi-estruturada, entrevista grupal ou grupo focal. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e seus orientadores (ras). Fui informado (a) de que minha participação é livre, não havendo qualquer restrição ou constrangimento por não desejar fazê-lo.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Matinhos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_  
R.G.:

Assinatura do (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_  
R.G.: