

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS
DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

ANTÔNIO CARVALHO

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO

VITÓRIA
2011

ANTÔNIO CARVALHO

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profª Drª Alacir Ramos Silva

VITÓRIA

2011

ANTÔNIO CARVALHO

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Alacir Ramos Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - Emescam
Orientadora

Profa. Dra. Maria das Graças Cunha Gomes
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Profa. Dra. Maria Helena Rauta Ramos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - Emescam

Ao meu pai, Pedro (in memória), falecido às vésperas das provas para o mestrado, que, com sua franqueza diante de grandes decisões, me impulsionou a continuar sempre, a despeito de qualquer obstáculo e minha mãe Paula, amparo e força em todos os momentos de minha vida;

Aos filhos, João Vítor e Gabriela, pelo apoio silencioso nos momentos de ausência;

À Kristian Karla, companheira, solidária, amiga, ternura, simplesmente amor, que nos momentos mais difíceis esteve ao meu lado e sempre estendeu a mão para me ajudar, gratidão eterna;

Aos irmãos e amigos de serviço que me apoiaram.

AGRADECIMENTOS

A Deus que é a razão, a emoção e o invisível e muito me deu forças para concretizar esta meta em minha vida.

À colega de Mestrado, Maria Goretti, pela compreensão e ternura.

À professora mestra, Tânia Maria Bigossi do Prado, pelas colaborações e divergências que me ajudaram a encontrar o caminho.

À professora orientadora Dr^a Alacir Ramos Silva, que guiou os meus passos.

Em nome da professora Maria Helena Rauta Ramos, agradeço a todo o corpo docente e discente, que contribuiu para o meu crescimento profissional.

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária..”

Estatuto do Idoso

RESUMO

Este estudo aborda as questões relacionadas à política da assistência social ao idoso no município de Serra-ES, após o advento do Estatuto Do Idoso e quais os projetos e programas existentes na pasta da assistência social voltadas para a população idosa no município e como os gestores, conselheiros, usuários idosos e não idosos pensam a política da assistência social nesse período. A população idosa apresenta um índice de crescimento grande em todo o Brasil e o município de Serra faz parte desse contexto. Observou-se que a política da assistência social voltada para o público idoso carece de ações e de recursos da política, assim como a intersectorialidade com planejamento de ações conjuntas entre a Secretaria de Saúde, Secretaria de Esporte e Lazer e Secretaria de Promoção Social, dentro da temática proposta que é a política de assistência social ao idoso no município de Serra a partir da aprovação do Estatuto do Idoso, potencializando recursos e melhorando a eficiência, a eficácia e a efetividade da política. A partir da pesquisa, percebeu-se a incipiência da política da assistência social voltada para a população idosa. É apontada a necessidade, num tempo mais curto possível, de realizar concursos especificamente para efetivação de profissionais para essa política, principalmente os que possuem formação em geriatria e gerontologia, assim como construções de novos centros de convivência e melhorias das instalações dos locais que abrigam os grupos de convivência e instalação de construção de locais específicos para esse fim em outros bairros.

Palavras-chave: Assistência social; Idoso.

ABSTRACT

This study approaches the questions related the politics of the elderly social assistance in Serra city, State of Espirito Santo, after the advent of the elderly statute. Which the existing projects and programs in the folder of the social assistance directed toward the elderly population in this city and as the managers, council members, elderly and not elderly users think about the politics of the social assistance in this period. The elderly population presents an index of great growth in Brazil, and Serra city is a part of this context. It was observed that the politics of the social assistance directed toward the elderly public lacks of action and politics resources, as well as all the together sectors with planning of joint actions among the Secretariat of Health, Secretariat of Sport and Leisure and Secretariat of Social Promotion, inside of thematic the proposal that is the politics of social assistance to the elderly in Serra city range. As from the approval of the Statute of Elderly, maximizing resources and improving the efficiency, efficacy and effectiveness of politics. From the research, it was realized the incipience of social assistance politics directed toward the elderly population. The necessity is pointed, in the shortest possible time, to conduct contests especially with training in geriatrics and gerontology, as well as construction of new community centers and improvement of local facilities that protect groups and installation of specific sites for this purpose in others neighborhoods.

Keyword: Social Assistance: Elderly

LISTA DE FOTOS

Foto 1	Praia de Carapebus na Serra/ES.....	57
Foto 2	Centro de convivência de Barcelona/ Serra-ES.....	63
Foto 3	Instituto Franciscano em Nova Almeida / Serra-ES.....	66
Foto 4	Centro de Convivência para Idoso localizado no bairro Caçaroca, na sede do município de Serra-ES.....	69
Foto 5	Idosa que sofreu uma torção no tornozelo esquerdo ao descer a ladeira do Centro de Convivência para Idoso, localizado no bairro Caçaroca, na sede do município de Serra-ES.....	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Evolução do índice de envelhecimento da população brasileira.....	27
Figura 2	Composição da população residente, por sexo/idade – Brasil – 1999/2009.....	30
Figura 3	O mapa de Serra.....	56
Figura 4	Percentual de participação da população dos municípios da Região Metropolitana em relação ao Estado do Espírito Santo.....	58

LISTA DE SIGLAS

ANG	-Associação Nacional de Gerontologia
AVD	-Atividade de Vida Diária
ANVISA	-Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPC	-Benefício de Prestação Continuada
CAP	-Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEP	-Comitê de Ética e Pesquisa
CF	-Constituição Federal
CRAS	-Centro de Referência de Assistência Social
CVV	-Centro de Convivência para Idoso
CV	-Centro de Vivência
CNAS	-Conselho Nacional de Assistência Social
CNDPI	-Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
CNI	-Conselho Nacional do Idoso
COBAP	-Confederação Brasileira de Aposentado e Pensionista
COMIDS	-Conselho Municipal do Idoso do Município de Serra
COMASSE	-Conselho Municipal da Assistência Social de Serra
CRAS	-Centro de Referência da Assistência Social
CST	-Companhia Siderúrgica Tubarão
CVRD	-Companhia Vale do Rio Doce
DATASUS	-Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
EI	-Estatuto do Idoso
EMESCAM	-Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
FEMB	-Fundação Educacional Monte Belo

FGTS	-Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	-Fernando Henrique Cardoso
IAP	-Instituto de Aposentaria e Pensão
IBGE	-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	-Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	-Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IJSN	-Instituto Jones dos Santos Neves
ILPI	-Instituição de Longa Permanência para a Pessoa Idosa
INOCOOP	-Instituto de Orientação às Cooperativas Habitacionais
IPEA	-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	-Legião Brasileira de Assistência
LBA	-Legião Brasileira de Assistência
LOAS	-Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	-Ministério Desenvolvimento Social
MP3	-Moving Picture Experts Group – Audio Layer3
NOB	-Norma Operacional Básica
OMS	-Organização Mundial da Saúde
ONG	-Organização Não Governamental
ONU	-Organização das Nações Unidas
PAIF	-Programa de Atenção Integral às Famílias
PAI	-Programa de Assistência ao Idoso
PAP	-Programa de Atendimento a Pessoa Idosa
PCV	-Projeto Conviver
PDT	-Partido Democrata Trabalhista
PIB	-Produto Interno Bruto

PNAS	-Política Nacional da Assistência Social
PNI	-Política Nacional do Idoso
PNSI	-Política Nacional de Saúde do Idoso
PNAD	-Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROEF	-Programa de Orientação ao Exercício Físico
PSD	-Partido Social Democrata
PTB	-Partido Trabalhista Brasileiro
PMS	-Prefeitura Municipal de Serra
RDC	-Resolução de Diretoria Colegiada
RMGV	-Região Metropolitana da Grande Vitória
RNAD	-Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
SEPLAN	-Secretaria de Planejamento
SEPROM	-Secretaria de Promoção Social
STJ	-Supremo Tribunal de Justiça
SUAS	-Sistema Único de Assistência Social
SUS	-Sistema Único de Saúde
UDN	-União Democrática Nacional

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1 A QUESTÃO SOCIAL DO IDOSO NO BRASIL.....	21
1.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E OS FATORES SOCIAIS.....	27
2 UMA RESTROPECTIVA HISTÓRICA: DA LEI SARAIVA (1885) À LOAS (1993).....	32
2.1 A PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA.....	41
2.2 A PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL.....	42
2.3 A PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE.....	44
2.4 O ESTATUTO DO IDOSO	47
3 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO NO MUNICÍPIO DE SERRA.....	55
3.1 A ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO NOS PROGRAMAS DA PREFEITURA	61
4 A VISÃO DOS SUJEITOS SOCIAIS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO NO MUNICÍPIO DE SERRA	67
4.1 A VISÃO DOS USUÁRIOS.....	67
4.2 A VISÃO DOS CONSELHEIROS E GESTORES.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES.....	93
APÊNDICE A - Roteiro das entrevistas aos gestores e participantes do conselho do idoso e conselho da assistência social.....	94
APÊNDICE B - Roteiro das entrevistas aos usuários não idosos e idosos.....	95
APÊNDICE C – Termos de consentimento livre e esclarecido.....	96
ANEXO.....	98
ANEXO A - Tabela com horários e locais onde os grupos de convivência de Serra se reúnem.....	99

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Brasil envelhece, pois por volta do ano de 1900 a expectativa de vida das pessoas era de 33 anos e em 2000 atingiu-se a faixa etária de 68 anos. Percebe-se, então, que esse tempo dobrou ao longo de cem anos (VERAS, 2002), sendo que em 2009, a expectativa estava em torno de 73 anos, segundo dados do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009a). Esse envelhecimento se traduz em demandas específicas desse segmento que deverão se traduzir em políticas públicas.

Esta pesquisa objetiva estudar a política da assistência social de atenção à pessoa idosa no município de Serra¹, após o advento do Estatuto do Idoso (EI), que entrou em vigor a partir de janeiro de 2004. Dentro dessa temática, buscou-se entender que programas e projetos foram implantados ou sequenciados, assim como seu processo de elaboração e execução, envolvendo as visões dos participantes do conselho da assistência social e conselho do idoso, usuários da política e gestores.

A seleção do município de Serra foi intencional em função de seu crescimento econômico e populacional, pois ele é o segundo maior município do Estado do Espírito Santo em quantitativos populacionais e grande crescimento da população idosa. Devido a militância dentro dos movimentos pró- idoso, desde que ocorreu no ano de 2005 a primeira conferência municipal e estadual dos direitos da pessoa idosa, fez-se a opção por esse contexto político, com participação nas reuniões municipais e estaduais do conselho do idoso.

Justifica-se a importância dessa pesquisa, pois ela se apoia em informações sobre a política, os programas e os projetos de atenção à população idosa no município de Serra e traz, ainda, a visão dos idosos, dos gestores, dos conselheiros e da população em geral em relação à política de assistência social para a população idosa no município, fazendo um estudo de concepções a cerca dessa

¹ Este município foi fundado em 1556 por Bráz Lourenço, religioso da congregação dos jesuítas e criador da aldeia de Conceição. O Decreto nº 53, de 11 de novembro de 1890, ratifica a criação do município de Serra (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2009a).

política. Este estudo poderá auxiliar o município a repensar seus projetos e ações no sentido de implementar todos os recursos disponíveis, observar como está o trabalho da intersectorialidade da política, de maneira que possa contribuir para avanços na política de assistência social ao idoso no município de Serra.

A pesquisa que norteia este trabalho tem o caráter exploratório², utilizou-se a técnica de pesquisa documental, bibliográfica e entrevistas. Cabe ressaltar que a técnica de pesquisa documental, de acordo com Lakatos (2009), fundamenta-se principalmente em documentos escritos ou não, constituindo uma fonte primária de informação.

Delimita-se a análise documental a partir de 1º de outubro de 2003 até dezembro de 2010, uma vez que nessa data se promulgou a Lei 10.741-03, ou seja, 7 anos de sua vigência. Baseado em Yin (apud HARTZ; SILVA, 2005), nesse tipo de estudo, procede-se com a máxima diversificação possível das fontes de informações, tais como consulta a anuários e outros.

A pesquisa documental realizou-se por meio de consultas a atas de reuniões dos conselhos, projetos, estatutos, planilhas de repasses de verbas e relatórios existentes nos órgãos responsáveis além das legislações pertinentes. Segundo Chizzotti (1991), esse tipo de pesquisa sistemática precede ou acompanha os trabalhos de campo, visando mostrar a evolução histórica do problema, e pode ser dominante.

A pesquisa de campo se realizou junto aos idosos participantes do Conselho Municipal do Idoso do Município de Serra (COMIDS), a usuários da política e a gestores de projetos da assistência social com base na política da assistência social e a partir da aprovação do Estatuto do Idoso, como foi colocado anteriormente. É de natureza qualitativa com entrevistas, guiadas por um formulário³ contendo perguntas abertas e fechadas e gravadas.

² A pesquisa exploratória permite ao investigador buscar maior experiência em torno de determinado problema, o pesquisador parte de uma possível hipótese e buscará aprofundá-la. É usada quando o conhecimento sobre o objeto de estudo é limitado (TRIVIÑOS, 1987).

³ Designa uma coleção de questões que são perguntadas e anotadas por um entrevistador numa situação face a face com outra pessoa (GOODE; HATT, 1973, p. 172). Desse modo o formulário se distingue do questionário por conter em sua maioria, perguntas fechadas, enquanto o formulário em sua maioria é composto por perguntas abertas.

Durante toda a pesquisa, buscou-se um aprofundamento nos estudos das referências bibliográficas e constantemente realizaram-se consultas a alguns documentos importantes: Estatuto do Idoso; Política Nacional da Saúde do Idoso; Política Nacional do Idoso; Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS; Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social-NOB/SUAS; Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social-Recursos Humanos. Assim como a inserção dessa temática nas Portarias Ministeriais, Constituição Federal/1988 - CF, Política Nacional de Assistência Social – PNAS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde, Documentos da Prefeitura e da Secretaria de Promoção Social do município.

Como técnica para descrição e análise dos dados, foram utilizados procedimentos, proporções e correlações variáveis procurando os elementos mais essenciais. Para o estudo da política de assistência social no município de Serra, optou-se pela pesquisa empírica, pois de acordo com Dencker e Viá (2001), essas visam basicamente analisar ou delinear fenômenos, isolar variáveis-chave ou avaliar programas.

Buscou-se compreender a política de assistência social ao idoso no município de Serra numa perspectiva dialética, como afirma (BEHRING; BOSCHETTI, 2008), (PEREIRA, P. A. P., 2005), tem-se como desafio buscar uma leitura da realidade como um todo que possui sua própria estrutura, ela se desenvolve e, portanto, não é imutável, não é dada de uma vez por todas e nem é perfeita e acabada. Não foi interpretada de forma isolada a política da assistência social ao idoso, mas como parte de uma estrutura numa totalidade e dentro de um contexto histórico, econômico, social, cultural e político. Compreendendo, portanto, a realidade social em constante movimento.

Desse modo, procurando a aproximação com o objeto de estudo, contactou-se com o Conselho Municipal do Idoso do Município de Serra-ES (COMIDS) e o Conselho Municipal da Assistência Social de Serra (COMASSE), sendo realizadas algumas visitas junto à Secretaria de Promoção Social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e aos Centros de Convivência, com o objetivo conhecer

os órgãos que lidam com a população idosa, as instalações, fotografar o espaço físico, assim como ouvir o usuário (idoso e não idoso) e o gestor local.

Nas entrevistas aos gestores da política da assistência social, representantes do conselho do idoso e conselho da assistência social e população do município, adotou-se os seguintes critérios de inclusão: 1) Idosos que participaram e/ou participam do COMIDS desde 2003, ano da implantação do Estatuto do Idoso; 2) Gestores do programa do idoso, da assistência social, que atuam há menos de dois anos na pasta, a contar de 2003. 3) Profissionais do serviço social que já trabalharam em projetos voltados para esse público há pelo menos dois anos, a partir da aprovação do estatuto; 4) Usuários locais que residam no mínimo há 2 (dois) anos no município de Serra.

Os idosos pesquisados foram os usuários da política, que frequentam as atividades dos centros de convivência, centros de vivência e grupos de convivência, sendo selecionados aqueles que atendem aos seguintes critérios de inclusão na amostra intencional: 1) Idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos de acordo com definição do Estatuto do Idoso; 2) Idosos que não apresentaram comprometimento cognitivo e psicológico.

Também foram ouvidos os usuários não idosos, que atenderam aos seguintes critérios da amostra intencional: 1) População de ambos os sexos que residam no município de Serra há pelo menos 2 (dois) anos; 2) População a partir de 18 anos de idade e menos de 60 anos de idade. Ressalta-se que todos os entrevistados participaram de forma voluntária.

Na amostra de usuários idosos e não idosos, não foram entrevistadas pessoas que possuíam algum comprometimento cognitivo e/ou psicológico como Alzheimer, demência, transtorno mentais graves, portadores de limitações físicas como surdez e impedimentos para a fala, que as limitavam de responder com clareza as questões do estudo no momento da entrevista.

As entrevistas incluíram os gestores e técnicos que trabalhavam na prefeitura com, pelo menos, 2 anos de serviço a contar de 2003 até 2008. Portanto, os que ingressaram a partir do ano de 2009 foram excluídos do processo.

Do total de entrevistados (100 pessoas), 53% eram idosos, 28% usuários da política da assistência social, não idosos, 10% representantes do Conselho Municipal do Idoso de Serra, 6% representantes do Conselho Municipal da Assistência Social e 3% gestores.

Quanto ao local de realizações de entrevistas, os usuários idosos encontravam-se nos locais de grupos de convivência, centros de convivência para idoso (CCV); os usuários não idosos nos Centros de Referência e Assistência Social (CRAS), praças e câmara de vereadores; por último, os gestores e conselheiros nos seus respectivos locais de trabalho a partir de reuniões agendadas nos CCV.

O projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) obteve deferimento do conselho de ética da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). As falas gravadas em MP3 (Moving Picture Experts Group - Audio Layer 3), foram transcritas, considerando-se as determinações do CEP.

Para efeito da devolução dos dados, pensa-se em realizar uma apresentação dos resultados obtidos para os integrantes dos conselhos, idosos participantes dos Centros de Convivência⁴, Centros de Vivência⁵ e gestores, além de depositarmos uma cópia da dissertação nos arquivos da Prefeitura Municipal de Serra.

A primeira seção contém uma descrição sobre a condição do idoso na sociedade capitalista, compreendendo o velho. De acordo com Lyod-Sherlock (apud CAMARANO, 2006), numa primeira visão estereotipada, essa fase apresenta uma série de perdas de habilidades físicas, psíquicas e sociais, e o idoso é considerado um fardo para a sociedade, pois provoca um aumento no consumo de recursos públicos relacionados, principalmente em serviços de saúde e benefícios previdenciários.

⁴ Espaços destinados principalmente ao público idoso, que consegue se deslocar de maneira independente, onde são desenvolvidas atividades diversas para manutenção de sua saúde e qualidade de vida. Esses locais estão previstos na lei 8.842-94, que reza sobre a política nacional do idoso.

⁵ São edificações geralmente construídas pelas prefeituras locais, que se destinam ao uso de toda a comunidade.

Na segunda visão, de acordo com Laslett (apud CAMARANO, 2006), percebe-se o prolongamento da vida como melhores condições de saúde e ampliação da previdência social. Nessa visão o momento não é de perda, mas sim de ganho de novas oportunidades, chamado por esse autor como “idade do preenchimento”.

Essa seção traz ainda a mudança no perfil epidemiológico da população, que está intimamente ligada à transição demográfica, como assinalou Omran (apud MINAYO, 2006), passando da alteração de doenças infecciosas e pandemias para doenças crônicas degenerativas.

Explicita-se o processo de envelhecimento e fatores sociais, como afirma Netto (2007), o envelhecimento envolve multifacetadas e é multifatorial, portanto, requer, no campo do saber, uma abordagem multi e interdisciplinar no campo das políticas públicas, intersectorialidade e integralidade de suas ações.

Apresenta-se a questão da feminização da velhice discutida por Camarano, Kanso e Mello (2004), pois observando o perfil da população idosa brasileira como um todo, 55% são mulheres e essa proporção aumenta ainda mais entre os mais idosos, a partir dos 75 anos.

Relata-se a trajetória da política da assistência social ao idoso no Brasil, dentro de uma retrospectiva histórica, chegando-se à década de 1980 com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1999a), à década de 1990, com a Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993), a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) dentre outros instrumentos legais que embasam este estudo.

Na segunda seção, apresenta-se o município de Serra, o segundo maior município do Estado do Espírito Santo em número de habitantes e com possibilidades de crescimento socioeconômico.

A população local do município de Serra registrou um grande crescimento. No ano de 2000, o município apresentava cerca de 330.874 habitantes e a faixa acima de 60 anos alcançou o número de 16.407 habitantes, correspondendo ao percentual de 5.4% de sua população total. De acordo com o INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE (2011a), essa população aumentou no ano de

2010, para 409.267 habitantes e o quantitativo de idosos também aumentou em cerca de 18.417. Em função de uma questão na justiça o número de idosos contabilizados em Serra, teve uma redução de 4,5%.⁶

Abordou-se também a assistência social ao idoso através de programas que a Prefeitura Municipal de Serra desenvolve oficialmente. Ao todo, ela possui quatro centros de convivência e apenas um bem estruturado com piscina e amplo salão de atividades, que são terceirizados, havendo 17 grupos de convivência de idosos para atender uma demanda de 124 bairros do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010b).

Na terceira seção, apresentou-se uma visão de conselheiros, (tanto daqueles membros do Conselho dos Idosos como os do Conselho da Assistência Social), de gestores e de sujeitos de direitos, usuários idosos e não idosos e a população da política municipal da assistência social destinada a pessoas idosa. Portanto, aqui são apresentados os resultados e a análise dos dados coletados identificando as divergências, os entraves e as possibilidades para se adequar a esse crescimento de idosos no município.

Finalmente apresentam-se as considerações finais, com a intenção de elencar o que de significativo foi encontrado na pesquisa empreendida, num esforço de responder às questões iniciais propostas e também de apontar possíveis horizontes que se abrem a partir de então.

O objetivo deste estudo é o de contribuir para melhoria da política de assistência social voltada à população idosa, oferecendo subsídios tanto para gestores como para profissionais que exerçam trabalho direcionado aos idosos, à própria população idosa e demais interessados, assim como aos estudiosos sobre o assunto.

⁶ Para a Prefeitura de Vitória, a decisão, do Superior Tribunal de Justiça (STJ), garante à Capital incorporação dos bairros de Fátima, Carapina I e Hélio Ferraz, todos de Serra (POPULAÇÃO..., 2011).

1 A QUESTÃO SOCIAL DO IDOSO NO BRASIL

A visão estereotipada da sociedade capitalista em relação ao velho surge, principalmente, no momento em que ele se recolhe em seus aposentos em função da idade e, portanto, afasta-se da linha de produção. Essa distância da linha de produção não ocorre por motivo de doença, mas em função de atingir uma idade em que a sociedade capitalista irá lhe aplicar o rótulo de velho. Não que ele deixe de ser, mas imputar-lhe essa condição pejorativa como se fosse uma mercadoria qualquer, que ao se tornar velha caminha para o descarte e a inutilidade é uma visão perversa.

[...] No novo sistema, denominado capitalista, as pessoas envolvidas na produção eram jovens em plena capacidade física, que vendiam sua força de trabalho àqueles que detinham o capital. Ao envelhecer, aqueles que não possuíam a produtividade, devido ao avanço da idade, deixavam de ser úteis e, conseqüentemente, estavam fora do sistema. Inicialmente nas relações de trabalho e, posteriormente, na sociedade, nas relações sociais sob várias formas de discriminação e preconceito (JARDIM, 2007, p.187).

O conceito de doença, apresentado por Laurell (1983) e Pereira, J. C. M (2005) vem corroborar com essa concepção de envelhecimento presente na sociedade capitalista; apresenta-se implícita como doença (embora não falem de velhice ou velho e sim de doente); e como conceito subjacente na definição social, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca, em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia, a impossibilidade de acumulação capitalista. Portanto, envelhecimento na concepção capitalista significa incapacidade de participar do processo de produção ou, simplesmente, poder-se inferir que tanto o velho quanto o doente aparecem como sinônimos de improdutividade. No entanto, o primeiro será visto permanentemente assim, já o segundo permanecerá até o momento que cesse a doença, e ele seja julgado apto para linha de produção.

De acordo com Paschoal, Franco e Salles (2007), ao desadaptar-se do contexto da sociedade pela perda de seu papel profissional, uma vez que é grande a importância que se dá à produtividade, o idoso carrega consigo um sentimento de desprestígio, desvalor e perda da identidade social. Portanto, fica em situação periférica desse contexto social.

As sociedades e suas visões sobre o velho é um tema abordado no clássico “A velhice” de Simone de Beauvoir (1990), considerada como uma das mais importantes obras contemporâneas sobre as condições de vida dos idosos. A autora é considerada uma das escritoras mais incisivas ao interpretar o significado da velhice nas sociedades, e sua obra elucida a visão da sociedade capitalista em relação ao velho. Vejamos:

Inúteis, incômodos, o destino deles assemelhava-se ao que lhes era reservado nas sociedades primitivas. Esse destino dependia essencialmente da família. Por afeição, ou por preocupação com a opinião, algumas famílias manifestavam solicitude com relação aos velhos, ou, pelo menos, tratavam-nos corretamente. Mas quase sempre eles eram negligenciados, abandonados num asilo, expulsos, e até mesmo assassinados clandestinamente (BEAUVOIR, 1990, p. 263).

Nos tempos atuais, existem basicamente duas visões polarizadas em relação à população idosa, como afirma Lyod-Sherlock (apud CAMARANO, 2006). A primeira considera o idoso um fardo para sociedade, apresentando significativas perdas de habilidades físicas, psíquicas e sociais. De acordo com Walker apud (apud CAMARANO, 2006), essa visão tem íntima ligação com os interesses do mercado de trabalho. Portanto, o crescimento da população idosa, por esse prisma, representa um peso para os mais jovens, pois consumirão um montante maior de recursos públicos, serviços de saúde e benefícios previdenciários.

A segunda visão, de acordo com Laslett (apud CAMARANO, 2006) percebe o prolongamento da vida, com melhores condições de saúde e ampliação da previdência social. Portanto, aqui a visão não é de perda, mas sim de ganho de novas oportunidades, possibilitando ao indivíduo a busca de novas conquistas e oportunidades. É chamada por esse autor como “idade do preenchimento”.

Corroborando com a segunda visão Wolff (2009), pois essa imagem dos velhos como vítimas de isolamento e sofrimento vem sendo desmantelada pela mídia, o crescimento deixa de ser focalizado como fonte de gastos de recursos especialmente no campo de saúde, associando-o como algo muito gratificante; a elevação da expectativa de vida e abertura desse novo nicho de mercado com um potencial de consumidores, devendo-se investir cada vez mais em estratégias diversas para atrair esse público.

Muito embora, de acordo com Camarano (2006), a primeira visão não seja dinâmica e sim estática, uma vez que ignora os avanços tecnológicos da medicina e ampliação da cobertura da seguridade social, a segunda não contribui para compreender esse período de vida como o da redução das habilidades cognitivas, físicas e emocionais de mais uma fase da vida, portanto, a velhice é um processo que faz parte de um ciclo natural da vida.

Dessa forma, Netto (apud JARDIM, 2007) afirma que a velhice possui um caráter social e pode ser vivida de forma diferenciada em cada sociedade de acordo com seus costumes e culturas, não importando se ela é capitalista ou socialista. Desse ponto de vista seria inadequado polarizar esse debate, seja pela via de romancear a velhice, denominando-a de “a melhor idade”, seja pelo inverso classificando a pessoa idosa como “descartável”.

Verifica-se que houve uma mudança no perfil epidemiológico da população em todo o mundo. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009 do IBGE analisados por Camarano e Kanso (2011), a população de idosos em 1940 representava 4,1% da população brasileira, passando para 11,4% no ano de 2009. Esse fato deve-se, principalmente, à queda de fecundidade que se inicia na segunda metade dos anos 60 e que produzirá uma série de impactos, exigindo respostas do mercado, do Estado e das famílias.

O censo de 2010 (POPULAÇÃO..., 2011) aponta que a população brasileira atingiu o número de 190.755.799, e a população idosa atingiu um índice de mais de 11%, ou seja, mais de 20 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade.

Com o aumento da população idosa há uma prevalência de doenças crônicas, no entanto, não se deve entender o quadro atual de morbi-mortalidade no Brasil como uma fatalidade. Existe um grande leque de possibilidades para todos os problemas apresentados relativos à saúde pública no país. No que tange à questão epidemiológica, especificamente à questão de promover o envelhecimento saudável e cuidar de agravos que se associam às enfermidades crônicas degenerativas, há um grande espaço para intervenções técnicas, educativas e sociais possíveis de serem realizadas, como afirma Minayo (2006).

Para serem entendidas as mudanças epidemiológicas nos níveis de enfermidade, saúde e morte da população, precisa-se compreender que essa transição epidemiológica está intimamente ligada à transição demográfica, como assinalou Omran (apud MINAYO, 2006), em que a mudança dos padrões de mortalidade passaria da mudança de doenças infecciosas e pandemias para doenças crônicas degenerativas.

Portanto, fica claro que as mudanças epidemiológicas⁷ são provocadas também pelas mudanças demográficas; o que chama a atenção do Ministério da Saúde para mudar as linhas de investimentos com intenção de melhorar a sobrevivência dessa população (CIANCIARULLO apud OHARA; RIBEIRO; CONCONE, 2010).

Ao se falar sobre a mudança no perfil epidemiológico⁸ da população, é necessário entender qual é a visão de saúde nessa discussão, compreendendo as condições gerais de produção e reprodução, que interferem no aparecimento de doenças, endemias e epidemias, assim como de processos inversos a esses, que promovem a longevidade, qualidade de vida e o bem-estar nos seus mais amplos sentidos. É essa a visão de saúde que guiará a discussão da mudança do perfil epidemiológico (MINAYO, 2006).

As mortes por doenças infectocontagiosas no ano de 1950 representavam 40% dos registros, e na década de 1990 esse índice diminuiu para 10% das mortes, enquanto as doenças cardiovasculares representavam mais de 40%. O perfil demográfico se alterou com o aumento do contingente de idosos, dessa maneira o consumo de serviços de saúde, por parte dessa população, tornou-se mais elevado em função de internações hospitalares frequentes e necessidade de um período maior de ocupação de leito em relação a outras faixas etárias. As doenças dos

⁷ É oportuna a visão da epidemiologia social já preconizada nas décadas de 1970 e 1980, que acusa a epidemiologia clássica de “biologizar” os fatos sociais e não entendê-los de forma mais ampla em compreender o processo de saúde-doença como resultada da organização da sociedade em classes. (PENNA, 2006). Portanto, não se trata de pensar a epidemiologia apenas com uma visão unilateral, presa aos protocolos e a frieza dos números e das lâminas de microscópios, não se trata de desprezá-los, mas de entender a correlação das questões sociopolíticas, econômicas e culturais e assim ampliar horizontes em busca de melhores soluções.

⁸ De acordo como Almeida Filho (apud ROMERO, 2006), é importante entender o conceito de epidemiologia, não se deve prender apenas ao conceito etimológico da palavra que deriva do grego Epi (sobre) Demos (povo) Logos (ciência) ou de entender num embate teórico e político contemporâneo, pois sua definição dependerá de como se deve entender o conceito de saúde, já que a saúde é um “ponto cego” da epidemiologia.

idosos, em geral, são crônicas, múltiplas e perduram por anos, exigindo um cuidado permanente e contínuo de equipes multidisciplinares (BRASIL, 1999b;2006).

No Brasil, dados referentes a custos estatais com a saúde restringem-se a levantamentos do DATASUS. Segundo estes, entre novembro de 1999 e novembro de 2000, o Sistema Único de Saúde (SUS) pagou cerca de 2,3 milhões de internações hospitalares de indivíduos com 60 anos ou mais (cerca de 20% do total de internações pagas pelo SUS). Cada internação de idoso durou em média 7,5 dias com um custo médio por internação de aproximadamente 540 reais, resultando em um gasto total de 1,25 bilhão de reais no período (cerca de 25% do gasto do SUS em todas as faixas etárias no período). Ainda segundo o DATASUS, no sudeste, região que concentra cerca de 50% dos idosos brasileiros, as internações duram em média mais tempo (9,2 dias) e conseqüentemente, foram mais dispendiosas (cerca de 630 reais por internação). Tais números, referentes apenas aos gastos no setor saúde, dão a dimensão do impacto econômico do envelhecimento. (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007, p.55),

De acordo com Veras (2002), a elevação da expectativa de vida é uma grande conquista na qualidade de vida da população brasileira. No entanto, o aumento do número de velhos significa um aumento nos custos socioeconômicos e gastos “médico-sociais”, abrangendo um maior suporte comunitário e familiar. No âmbito epidemiológico há maior prevalência de incapacidades, se for considerado o quadro de desigualdades sociais no Brasil.

A pesquisa de Lotufo (apud ABE, 2010), em oito capitais brasileiras: Curitiba, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Belém, Salvador, Recife, Porto Alegre e São Paulo, demonstra que os elevados índices de mortalidade por doenças cerebrovasculares⁹ estão relacionados ao poder socioeconômico da população.

Essa pesquisa, realizada com pessoas na faixa de 45 a 64 anos, no período de 1984 a 1987, comparada a 14 países: (Hungria, Portugal, Japão, Polônia, Finlândia, Itália, Espanha, Inglaterra, França, Austrália, Dinamarca, Estados Unidos, Holanda e Canadá) indica que essas cidades brasileiras ultrapassam as taxas dos referidos países em ambos os sexos, com exceção da Hungria.

Outra pesquisa no Brasil também evidenciou a correlação entre renda e risco de morte por acidente vascular cerebral, demonstrando que quanto mais pobre o

⁹ A definição de acidente vascular cerebral segundo a OMS (organização Mundial de Saúde) “rebaixamento neurológico focal (ou global) de início súbito que persiste por mais de 24 horas (ou conduz a morte antes desse tempo) de provável origem vascular” (GEDDES et al; O’MAHONY, et al apud ABE, 2010, p.11).

estado brasileiro, maiores serão os índices de mortes por acidente vascular cerebral (ABE, 2010).

Como afirma Netto (2005), as alterações funcionais próprias do envelhecimento associadas à maior prevalência de doenças crônicas podem levar à deterioração da habilidade de manutenção da dependência, como também podem ocorrer epidemias de algumas doenças, como é o caso da demência (Alzheimer), comprometendo a qualidade de vida da pessoa idosa, com maior consumo de medicamentos e isolamento social, havendo risco de comprometer toda a estrutura familiar e gerar o aumento de gastos em nível de saúde pública e previdenciários. A saída é priorizar o trabalho preventivo por meio da promoção de saúde.

De acordo com Veras (2002, p.11), “O envelhecimento é em grande parte um desafio do mundo atual que afeta tanto os países ricos quanto os pobres.[...]” o envelhecimento constitui um desafio para elaboração de políticas de saúde, políticas de assistência social e outras, pois as proporções de usuários da população de idosos crescem vertiginosamente em busca de todos os serviços prestados. Esse crescimento se dá em função do maior acesso a informações desse grupo etário, constituindo-se e sujeitos de direitos sociais, assim como seu intrínseco crescimento relativo e absoluto na população brasileira.

A seguir (Figura 1), uma perspectiva do índice de crescimento de expectativa de vida a partir de 1980, projetado até o ano 2050 no Brasil.

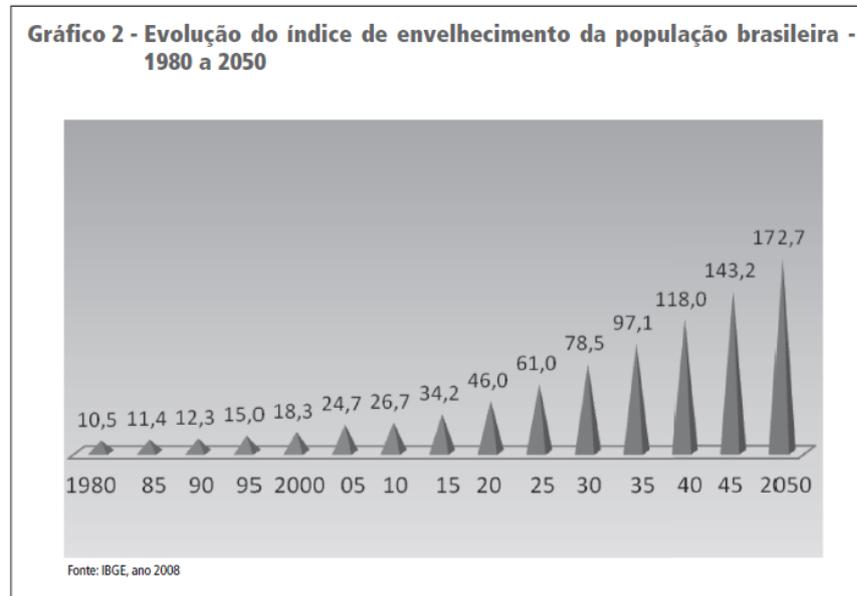


Figura 1 – Evolução do índice de envelhecimento da população brasileira
Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2009a; 2009b).

As mudanças na estrutura etária dos quadros¹⁰, do ponto de vista populacional e epidemiológico, são levadas em consideração na formulação das políticas públicas, de forma que o Estado e os municípios devem ter um planejamento estratégico para lidar com os impactos socioeconômicos que isso provocará, e esses, institucionalizando o processo na elaboração de suas políticas, possibilitarão melhores condições de vida para essa população, constituindo programas sólidos e de vigência histórica.

O envelhecimento não ocorre de forma similar em todas as sociedades, à medida que, mesmo sendo um processo natural, ele sofre determinações sociais.

¹⁰ De acordo com uma matéria editada no MDS (2011) nos dias 04,05 e 06 de dezembro de 2007 ocorreu a II Conferência Intergovernamental Regional América Latina e Caribe para o Envelhecimento – Madri + 5, da qual participaram 57 nações. Entre outras discussões, contatou-se que Brasil faz parte dos países, ao lado da Colômbia, Venezuela e México e outros, com mais de 10% da população envelhecida, ou seja, com mais de 60 anos alcançando estágio de envelhecimento avançado. Constatou-se a variedade da situação de envelhecimento de alguns países da América Latina que poderão compartilhar experiências sobre políticas de assistência social, evitar possíveis erros e permitir maior número de êxitos, muito embora a dinâmica capitalista, movida por interesses econômicos, não caminha na mesma direção.

1.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E OS FATORES SOCIAIS

De acordo com Carvalho Filho (2007), as células do corpo humano não envelhecem numa mesma velocidade nos diferentes órgãos a que pertencem. É o exemplo das células que compõem as vilosidades intestinais que duram dias, ao contrário das células de órgãos sexuais que só entram em atividade na puberdade. Outra situação peculiar são as células do sistema nervoso central que não sofrem divisão.

Ocorrem também alterações na composição corpórea, pois a massa muscular no adulto jovem não obeso é cerca de 19% e sofrerá redução para 12% no idoso nas mesmas condições. O peso diminui em função da redução descrita anteriormente, principalmente a redução dos órgãos. A massa óssea apresenta-se menor no idoso (5%), já no adulto jovem corresponde a 6%. Em relação à estrutura física, ela se mantém até os 40 anos de idade, a partir daí ela reduz cerca de 1 centímetro por década, acentuando-se após os 70 anos de idade. As alterações das estruturas do organismo apresentam modificações em todas as etapas da vida, no entanto, nessa fase é necessário aumentar os cuidados com a saúde (CARVALHO FILHO, 2007).

É importante distinguir senescência ou senectude de senilidade: a primeira se refere a alterações que ocorrem no organismo humano e envolve modificações fisiológicas, morfológicas e orgânicas decorrentes do processo de envelhecimento; já a senilidade são modificações decorrentes de processos patológicos que frequentemente acometem os indivíduos nessa fase.

O envelhecimento é um processo, como afirma Netto (2005), que envolve vários aspectos (psicológico, motor, social e outros) e, portanto, uma conquista que deve ser oportunizada a todo ser humano independente de raça, sexo ou crença. O idoso é definido, segundo esse autor colocou na Assembléia Mundial ocorrida no ano de 1982, na cidade de Viena, Áustria, como pessoa velha a partir dos 60 anos em países periféricos e, em países centrais, a partir de 65 anos de idade. Apesar de não apresentar grande precisão, o critério cronológico é o mais utilizado devido à facilidade para delimitações das populações, assim como estudos epidemiológicos e nas citações de leis.

Excluídos os fatores genéticos, adversidades climáticas e fatalidades, a classe operária, que tem em média baixo nível salarial, apresenta uma grande probabilidade de envelhecer de forma precoce, principalmente os que trabalham em condições insalubres ou em turnos de descanso reduzidos.

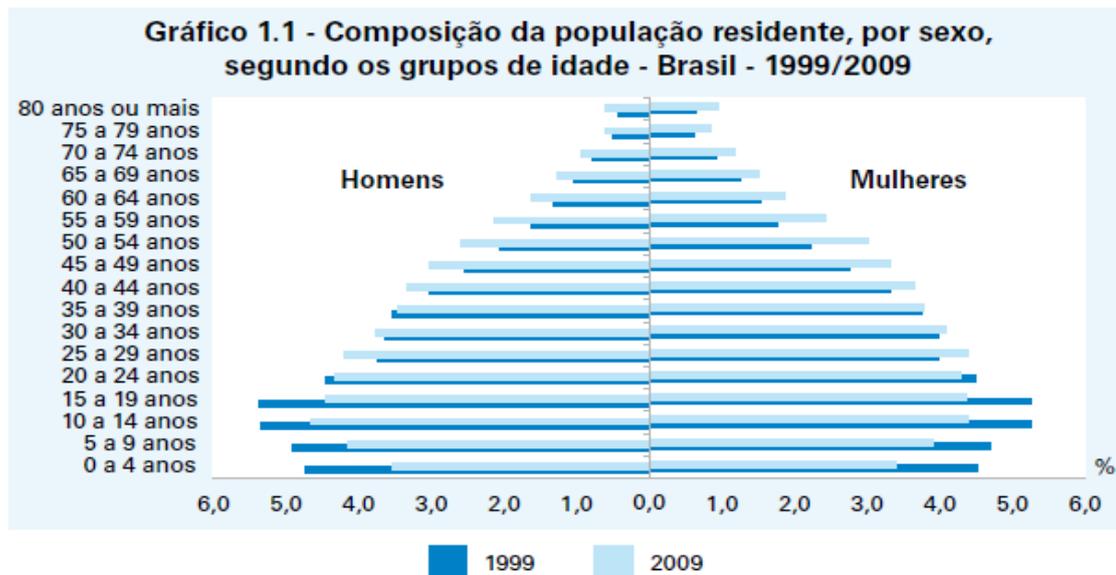
“[...] não só o fator econômico, mas também questões sociais, políticas e culturais influenciam a expectativa de vida das populações”, como afirma Paschoal, Franco e Salles (2007, p. 45).

Minayo (2006) corrobora com esse pensamento, mesmo não falando de envelhecimento e sim dos estudos clássicos de saúde pública. Ela explicita constatações importantes sobre a produção de saúde na configuração das doenças mais comuns da população que têm ligação direta com as condições de vida e trabalho da população.

O IBGE, em 2009, analisou as condições de vida da população brasileira e comparou com os dados do PNAD 2003, investigando a proporção de idosos com 60 anos de idade ou mais que não conseguiam ou apresentavam grande dificuldade de caminhar 100 metros. Eram 12,2% e evoluiu para 13,6% em 2008, o que demonstra dificuldade para realização de atividades de vida diárias (AVD). O maior índice de incapacidade funcional é verificado nos idosos com 75 anos de idade ou mais que correspondem a 27,2% e são mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011a).

No entanto, percebe-se que as políticas públicas para conter esse problema de incapacidade funcional não estão sendo desempenhadas de maneira eficiente. Pois se os dados apontam para esse problema, que principalmente atinge o público feminino, e vêm crescendo a cada PNAD, soluções deveriam acontecer na mesma velocidade com que a questão se apresenta. Um exemplo bem claro sobre essa questão são as implementações dos centros de convivência para idosos, previsto na lei 8842, que é a Política Nacional Do Idoso (PNI). Esses centros devem fazer um trabalho de promoção de saúde do idoso; no entanto, seu número no Estado é insuficiente, pois são poucos os centros de convivência que existem em cada município brasileiro, além do que as políticas para idosos em situação de fragilidade são incipientes.

Em estudo do IBGE entre 1999 e 2009 (Figura 2), observando o perfil da população idosa brasileira como um todo, verifica-se que 55% são mulheres, e essa proporção aumenta ainda mais entre os mais idosos (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). No entanto, esse predomínio se dá principalmente nas áreas urbanas, onde vive a maior parte da população do Brasil.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1999/2009.

Figura 2 – Composição da população residente, por sexo/idade – Brasil – 1999/2009
 Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, (2011a).

Essa realidade acontece também no município de Serra que possui 409.267 habitantes, de acordo com o IBGE. A população urbana nesse município é de 406.450, enquanto a população rural é de 2.817 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011b).

De acordo com Leme (2000), em todos os países as mulheres vivem de 5 a 10 anos a mais que os homens. Esse aumento da expectativa de vida comparando idosos e idosas, se deve a vários fatores.

Conforme Paschoal, Franco e Salles (2007), isso poderia ser resultado primeiramente da questão hormonal, pois o hormônio feminino protege o sistema circulatório da formação de placas de ateromas e impedem, até certa idade, que ocorra a sua obstrução. Dados de pesquisa demonstram que até os 50 anos as mulheres apresentam reduzidos casos de infartos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais.

Outro dado que justificaria a longevidade das idosas é a menor exposição aos fatores de riscos ambientais, que resultou da inserção menos agressiva no mercado de trabalho, possibilitando que elas sofressem menos desgastes, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, menor consumo de álcool e fumo em relação aos homens etc. Outra realidade é a maior procura dessas pelos serviços de saúde, principalmente em função da experiência maternal, fazendo com que se cuidassem mais em relação aos homens e possibilitando diagnóstico precoce de algumas doenças e tratamento (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

No entanto, de acordo com Paschoal; Franco e Salles (2007) são reveladas alterações entre as mulheres mais jovens que atuam no mercado de trabalho nos últimos 20 anos, pois nas grandes cidades o número de obesas cresceu 40% e o sedentarismo também cresceu, pois sete em cada dez pessoas são sedentárias e 31 milhões de brasileiros fumam.

[...] As doenças cardiovasculares passam a ser as principais causas de óbito e as mulheres ficam mais sujeitas aos mesmos fatores de risco para doenças cardiovasculares à medida que se emancipam e passam a ter um ritmo e um estilo de vida semelhante aos dos homens. (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007, p. 44).

Como a grande maioria dessa população é de mulheres, coloca-se em pauta um grande desafio, pois elas ficam expostas por um período maior de tempo às doenças crônicas degenerativas comprometendo sua qualidade de vida, porque a esperança de vida para as mulheres é em média 7 anos a mais que a dos homens. As mulheres tornam-se mais vulneráveis que os homens em relação a esse tipo de dificuldade (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011).

Registram-se também transformações ocorridas na sociedade, pois as mulheres vêm melhorando seu nível de escolarização e ocupando postos de emprego, e em função das quedas das taxas de fecundidade, aumentam as possibilidades de sua inserção social. As mulheres ainda têm rendimentos menores que os dos homens, demonstrando a segmentação no mercado de trabalho. Esse fato refletirá posteriormente na condição desfavorável da população feminina idosa (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011).

2 UMA RESTROPECTIVA HISTÓRICA: DA LEI SARAIVA (1885) À LOAS (1993)

Para se entender melhor a questão social, relacionada ao envelhecimento no Brasil, é necessária uma retrospectiva na História e, assim, poderão ser constatadas algumas “soluções” para problemas do envelhecimento ainda no período da escravidão no país. No dia 28 de setembro de 1885, promulgou-se a Lei Saraiva - Cotegipe, também chamada Lei dos Sexagenários. Encaminhada pelo conselheiro José Antônio Saraiva e aprovada no Senado pelo Barão de Cotegipe, presidente dos Conselhos de Ministros, ela concedia liberdade aos escravos maiores de 60 anos mediante indenização, naturalmente beneficiando os senhores de escravos (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

O escravo envelhecia ao submeter-se às condições penosas de vida e, quando atingia os 60 anos de idade e já se encontrava numa situação debilitada para os senhores de engenho e barões do café, já não se tornava lucrativo arcar com os possíveis custos que os velhos escravos poderiam lhes causar. Portanto, a solução da indenização era uma saída lucrativa para os senhores dos escravos, que recebiam mais do que todo serviço prestado ao longo da vida como escravo. O benefício da indenização, arcado pelo Estado, favorecia aos senhores escravocratas; enfim, a lei dos Sexagenários representava um grande favor para os proprietários de escravos (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

Décadas depois, no governo de Arthur Bernardes, o Decreto-Lei 4.684, de 24 de janeiro de 1923, chamado “Lei Eloy Chaves”, constituiu-se a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) para ferroviários que, em cada companhia de estrada de ferro, tinham o direito de uma cobertura previdenciária ao se desligarem do trabalho. Nos anos de 1920, o número de associados chegou a 183 ferroviários (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

Como afirma Behring e Boschetti (2008), o ano de 1923 é peça-chave para se compreender a formatação da política social brasileira, pois as categorias estratégicas de trabalhadores (marítimos, ferroviários e outros) tinham maior poder de pressão. Nessa época, o principal produto de exportação, o café, portanto uma monocultura, respondia por cerca de 70% do Produto Interno Bruto (PIB). Percebe-se que tal reconhecimento se deu em função das pressões e de sua posição

estratégica nesse processo de produção. A diversificação da economia brasileira aconteceria após a crise de 1929-1932, que paralisou o comércio de café e a economia brasileira.

De acordo com Faleiros (2000), Vargas, nos anos de 1930, buscou a colaboração das classes operárias, com intenção deliberada de neutralizar a luta de classes, e fez um controle dos trabalhadores por meio do Estado e dos sindicatos autorizados legalmente, ao controlar suas finanças, eleições, finalidades e atividades por meio do Ministério do Trabalho.

Nesta década, amplia-se a cobertura previdenciária, sendo criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP). Faleiros (2007) afirma que os direitos da pessoa idosa se inscrevem na Constituição de 1934, no artigo 121, parágrafo 1º do inciso H, na forma de direitos trabalhistas de uma Previdência Social. Portanto, ao se tornar improdutivo no trabalho industrial, o cidadão era considerado velho. O trabalhador rural apresentava um problema ainda maior, pois pertenciam à esfera de uma reserva de mão de obra, sob a tutela da oligarquia rural ou, como afirma o referido autor, “aluguel de mão de obra”.

De acordo com Silva, Yazbeck e Giovanni (2006), a proteção social do Estado, relativa aos anos 1930, no campo das políticas sociais, entre elas a do idoso, se efetivou com programas e ações fragmentadas, eventuais e descontínuas. Os programas sociais têm o caráter essencialmente compensatório, situando a população beneficiária não no espaço do direito e sim no terreno do mérito, e assim abriram-se outros espaços para o clientelismo e fisiologismo, fortalecendo os instrumentos de corrupção.

As “preocupações” com a velhice continuam sendo registradas em lei: estabelecimento na constituição de 1937, o artigo 137, do seguro de velhice para o trabalhador; na constituição de 1946, no artigo 157, da Previdência contra as consequências da velhice; em 1967, no artigo 158, constituição da Previdência Social nos casos de velhice (FALEIROS, 2007).

No ano de 1945, Getúlio Vargas, após 15 anos se afasta do poder, sendo aberto no país um período de intensas turbulências econômicas, políticas e sociais. O período de 1946-1964 foi marcado por disputa de projetos e pela intensificação da luta de classes, apresenta uma burguesia muito dividida, com partidários da União

Democrática Nacional (UDN), Partido Social Democrático (PSD) e o (Partido Trabalhista Brasileiro - PTB) (BEHRING e BOSCHETTI, 2008).

Cabe destacar que a velhice, ainda nesse período, é uma questão privada, de âmbito familiar, da filantropia, da religião. A Legião Brasileira de Assistência, que possuía programas de apoio aos asilos, foi fundada em 1943, e o Serviço Social do Comércio (SESC) iniciou, a partir de 1963, as atividades de centros de convivência voltados para pessoa idosa (FALEIROS, 2007).

O sistema de seguridade consolidou-se, após a Segunda Guerra, como um padrão de proteção social, tornando-se hegemônico nas décadas de 50 e 60, época em que o capitalismo se fortaleceu e subiram as taxas de crescimento econômico e de prosperidade [...] (VON SIMSON; NERI; CACHIONI, 2006, p.87).

O governo de Juscelino Kubitschek, de 1955 a 1960, disseminava a ideia de uma colaboração entre povo e governo, no sentido de aumentar o entrosamento entre o Estado e as massas. O presidente em seus discursos substituía a palavra pobres pela expressão “desprotegidos, mais fracos”, e entre esses “mais fracos” enquadrava-se também o velho (FALEIROS, 2004).

De acordo com Von Simson, Neri e Cachioni (2006), fato marcante do governo de Juscelino foi a ênfase dada à proposta desenvolvimentista, ideologia que justificou a entrada de capital estrangeiro. No final da gestão do seu governo, através da Lei Orgânica da Previdência Social, houve a uniformização de planos e a manutenção da diversidade dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)¹¹.

Behring e Boschetti (2008) relatam que no governo de Kubitschek ocorreram manifestações da luta de classes, pois um aumento numérico da classe trabalhadora contribuiu para um aumento da organização política e consciência de classe. Naquele momento, cresceram as tensões no campo, pois as Ligas Camponesas se organizaram exigindo a reforma agrária. Cresceu, também, a tensão entre as camadas médias e urbanas, com destaque para os estudantes universitários reivindicando ampliação do ensino público superior.

¹¹ (VON SIMSON;NERI;CACHIONI, 2006)afirmam que com o número de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) no ano de 1933 surgiram os IAPs, que se constituíram como autarquias públicas, possuindo planos diferenciados de benefícios e serviços que contavam com uma gestão coligada.

Com o golpe militar de 1964, que depôs João Goulart, precedida historicamente pela renúncia de Jânio Quadros (1961) e o suicídio de Vargas (1954), bloqueou-se o processo de elaboração de consenso em torno de projeto nacional e, conseqüentemente, avanços na política social. Esse período ficou marcado pela expansão lenta dos direitos, e com instauração de uma ditadura que iria perdurar por 20 anos, repercutindo na política social (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

De acordo com Faleiros (2000, p.157), “[...] O golpe de Estado de 1964 foi realizado graças a uma aliança das multinacionais e da burguesia nacional associada a uma forte mobilização das massas contra o comunismo”.

O período da ditadura militar foi um grande retrocesso para o povo brasileiro. Muitos presos políticos foram assassinados e seus corpos sequer foram encontrados, além de muitas perdas na política social.

[...] 70% dos empregados urbanos têm um rendimento abaixo do mínimo de subsistência. Quarenta por cento da população está desnutrida, a renda está mais concentrada, a acumulação do capital foi mantida e a paz social imposta pela força da repressão [...] (FALEIROS, 2000, p. 158).

Em função de a economia exigir mão de obra móvel, foi instaurado, no ano de 1966, o chamado FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), medida de política social que visava substituir a estabilidade de emprego após 10 anos de serviço. Por meio desse fundo, financiava-se o Banco Nacional de Habitação e também se possibilitava a absorção da mão de obra vinda do meio rural. De acordo com Arruda et al (apud FALEIROS, 2000), paralelamente, esse governo vai instaurar um processo de redução salarial, provocando uma diminuição do poder aquisitivo do salário mínimo em 50% ao término dos 14 anos do governo de ditadura militar.

A década de 1970 foi marcada pelo início da crise capitalista em função do aumento do petróleo, o término da Guerra Fria, a revolução tecnológica (com o crescimento da automação e o uso dos computadores). Houve perda de poder dos americanos nos países periféricos e os esquemas nacionais de bem-estar social são pressionados a mudarem em função do aumento de desemprego e a crise fiscal com déficits em arrecadações. Portanto, conclui, “[...] nas crises a dinâmica das

ações não é mecânica, mas se articula à correlação de forças.” (FALEIROS, 2000, p.194).

O chamado bem-estar social não chegou ao Brasil com a mesma intensidade que ocorreu nos países europeus, principalmente para o velho que reside nessa “pátria amada e idolatrada”, como se canta no Hino Nacional; quando se vê a realidade da maior parte da população idosa brasileira com um baixo nível de escolaridade, condições deficitárias de moradia e baixo índice salarial, nem se aplica à realidade o termo bem-estar social e sim poderia chamá-lo de estado de insuficiência social ou precarização social, ou mesmo de “mal estar social”. Não se desfruta das benesses que o período dos anos dourados “proporcionou”, e a crise que surgia a partir dos anos de 1970 produziria um aumento da miséria da classe trabalhadora, os mais prejudicados em função dos baixos salários, entre eles a população idosa. No momento do auge do capitalismo, ao contrário, iriam agonizar com o período de crise (FALEIROS, 2000).

Na década de 1970, surge o primeiro programa em âmbito governamental, dirigido a essa faixa etária: o Programa de Assistência ao Idoso - PAI, que mais tarde, em 1979, se transferiu para a antiga Legião Brasileira de Assistência – LBA, e tomando o nome de Programa de Atendimento à Pessoa Idosa – PAPI.

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 194, instituiu no Brasil a seguridade social, conceituando-a como um conjunto integrado de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à assistência e à previdência social. Portanto, constituem-se os três eixos de políticas: a saúde, a previdência e a assistência, com destaque para a política da assistência social regulamentada por lei, como será vista adiante, que fica estabelecida como um direito social e dever do Estado e deve também ser materializada como política pública, como afirma Von Simson, Neri e Cachioni (2006). O artigo 203 dispõe sobre a proteção à velhice, que é dever do Estado, independente de contribuição, a assistência social será prestada a quem dela necessitar. E o artigo 230 também versa sobre os direitos da pessoa idosa.

Como afirma Mazo, Lopes e Benedetti (2004), em 1988 acontecia a Conferência Nacional de Saúde no seu oitavo encontro, quando foi apresentado o Programa sobre Política de Envelhecimento. Em 22 de setembro de 1989, a Portaria

810 estabelecia normas mínimas para funcionamento das instituições de longa permanência que prestavam serviços de cuidados aos velhos. Elas seriam fiscalizadas pelo Departamento de Vigilância Sanitária das secretarias de saúde municipais, e a certidão de regularidade expedida pelo Corpo de Bombeiros, para que o funcionamento ficasse adequado às normas de segurança dessas instituições. Em 18 de outubro de 1985, é fundada a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), movimento de grande importância para sociedade brasileira, pois se estruturava mais um instrumento a favor de políticas públicas para questões do envelhecimento.

Sob a ótica do neoliberalismo, no governo Collor, a concepção de desenvolvimento social se dá em função do crescimento econômico, e o Estado apenas executaria políticas complementares às do mercado. É lançado o “Plano de Reconstrução Nacional”, em março de 1991, propondo reformas administrativas, principalmente no âmbito da desestatização. O governo Sarney corrobora com essas ações de supressão das ações do Estado. Após o impeachment do presidente Collor, assume o vice-presidente Itamar Franco que, encontrando a área social bem desestruturada e desarticulada, buscou articular a assessoria para assuntos sociais envolvendo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Secretaria de Planejamento (SEPLAN), que passaram a desempenhar um papel de fortalecimento dessas ações junto ao governo.

Na história de conquistas sociais há a Lei da Política Nacional do Idoso (PNI) e a criação do Conselho Nacional do Idoso (CNI), que ocorreu em 4 de janeiro de 1994, sancionada pelo presidente Itamar Franco (lei de número 8.842), norteadas pela Carta Magna, vindo fortalecer o avanço nas políticas de saúde, educação, habitação, trabalho, previdência social, cultura, transporte, esporte e lazer como afirmam Mazo, Lopes e Benedetti (2004).

Marco importantíssimo de luta social inscreve-se a aprovação, no governo do presidente Itamar Franco, da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que se constituiu em um grande avanço nessa política ao torná-la dever do Estado (FALEIROS, 2000).

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, vem regulamentar aspectos essenciais da Carta Magna brasileira, possibilitando a tradução real dos artigos 203 e 204 (BRASIL, 1993).

No governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), parecia-se estar diante de uma versão atualizada da “teoria do bolo”¹², a esse respeito observa que,

As primeiras iniciativas do governo Fernando Henrique atestam a direção das mudanças que pretendia imprimir. Em vez de apresentar um projeto político voltado para superar a tradicional dicotomia entre crescimento econômico e desenvolvimento social, o governo partiu da premissa de que a estabilização era pré-requisito necessário para atingir-se o crescimento econômico que traria, como consequência, o desenvolvimento social. (RAICHELIS, 2005, p.103)

Fernando Henrique, no seu primeiro mandato (1995 a 1998), deu prioridade a duas agendas principais: a estabilização monetária e as reformas constitucionais. Visava a sua reeleição e, portanto, a permanência no poder. Ao rezar na cartilha do Fundo Monetário Internacional (FMI), abriu caminho para privatizações, ajustes fiscais e redução dos direitos sociais (FALEIROS, 2000).

Cabe destacar que, no ano de 2002, no final do governo de FHC, como afirma Wolff (2009), ocorre em Madri a Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento, tendo a participação de 160 países com seus representantes oficiais e outros 700 representantes de organizações não governamentais (ONGs). Foi um grande debate em nível mundial que norteou as políticas públicas voltadas para as questões do envelhecimento com aprovação do “Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento”. Entre os elementos desse plano, assumido nessa assembleia para os próximos 25 anos, destacam-se algumas questões que, de acordo com Pessini e Wolf eram as seguintes:

A) Os idosos e o processo de envelhecimento: necessidade de sociedades ajustarem suas políticas e instituições para que a população idosa se torne uma força produtiva, em benefício da sociedade;

¹² De acordo com Behring e Boschetti (2008), na ditadura militar pós-64 o Brasil passou por processo de modernização conservadora, com marcante desenvolvimento na industrialização, urbanização e expansão de políticas sociais centralizadas, esse processo representou uma espécie de salto adiante, sendo explicitada pela lógica do “deixar crescer o bolo para depois dividir”, esta frase foi dita por Delfim Netto, responsável na época pela política econômica.

B) A promoção da saúde e do bem-estar para todo o ciclo da vida: necessidade de implantar políticas que garantam a saúde, durante todo o desenvolvimento das etapas da vida, para alcançar uma velhice com bom estado de saúde;

C) A criação de contextos propícios e favoráveis que fomentem políticas orientadas para a família pública de que os idosos têm e comunidade como base para o envelhecimento seguro: necessidade de conscientização importantes contribuições para dar à sociedade Pessini (apud WOLF, 2009, p. 21).

Em 2003, assume a presidência do país um ex-operário e sindicalista, trata-se de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), que encontrou um Estado com características das capitâneas do período de colonização do Brasil, dominado por forças conservadoras de resistência a projetos de radicalização da democracia com as bases econômicas, sociais e políticas minadas e cristalizadas ao longo das últimas décadas. As alianças feitas pelo novo presidente o impediram de assegurar um novo caminho, necessário à materialização de um projeto “ético-político”, mais amplo e progressista em relação aos programas de governo que o antecederam (BEHRING e BOSCHETTI, 2008).

O governo Lula se estendeu de 2003 a 2010, de acordo com Carcanholo (2008, p.71) “[...] a mercantilização da vida social transforma os problemas sociais em problemas meramente econômicos. [...]”, portanto o Governo Lula deixa que os ajustes financeiros tenham atenção máxima voltada para banqueiros e os setores sociais cada vez mais aquinhoados, ficando desmistificado o paradoxo entre controle fiscal e controle social.

Dessa maneira, a assistência social se configurou historicamente como um direito de todos os cidadãos brasileiros, de acordo com o estabelecido no artigo primeiro da LOAS, ou seja, o Estado tem o dever de atender por meio da seguridade social não contributiva, provendo os mínimos sociais, garantindo o atendimento às necessidades básicas. A proteção social deve garantir as seguranças de sobrevivência, de convívio com a família e acolhida (BRASIL, 1993).

Inclui-se nessa proteção social a segurança de rendimentos:

A segurança de rendimentos não é uma compensação do valor do salário mínimo inadequado, mas a garantia de que todos tenham uma forma monetária de garantir sua sobrevivência, independentemente de suas limitações para o trabalho ou do desemprego. É o caso de pessoas com deficiência, idosos, [...] (BRASIL, 2005c).

De acordo com Faleiros (2000), diferenciando-se de certas categorias da população as políticas sociais apresentam-se aos grupos-alvo e os classificam tanto por critérios de normalidade e anormalidade, como por critérios de idade. Essa classificação das populações ao mesmo tempo em que as divide, fragmenta e também realiza uma etiquetagem que produz seu isolamento, e esse conjunto de medidas possibilita seu controle. O mesmo autor desenvolve a sua ideia concluindo que as medidas da política social transformam esses grupos em anormais, fracassados e desadaptados.

O Sistema Único de Assistência Social - SUAS define e organiza elementos para concretização da política da assistência social no Brasil, normatizando e padronizando a linguagem e as ações nos serviços de atendimento. Ele vem permitir um controle maior e de forma mais descentralizada, mais periférica em relação aos estados e municípios no país, para que suas ações possam estar em consonância com as necessidades e possibilidades locais (BRASIL, 2011c).

O SUAS, cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constitui-se na regulação e organização em todo o território nacional das ações socioassistenciais. Os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela sua complexidade. Pressupõe, ainda, gestão compartilhada, cofinanciamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil, e estes têm o papel efetivo na sua implantação e implementação (BRASIL, 2011c).

A articulação dos serviços socioassistenciais estabelecidos no SUAS são fundamentais para o adequado desempenho da política pública, e no que se refere à política de assistência ao idoso. Como afirmam os resultados do PNAD (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011a), ratificando os resultados de estudos anteriores: a maior parte da população idosa tem baixo nível de escolaridade, portanto precisa do maior volume de informação possível para ficar informada de todas as condições possíveis de acesso aos seus direitos.

Visando o atendimento de necessidades básicas, tais como alimentação, abrigo e vestuário, elementares para vida em sociedade, a segurança de acolhida¹³ é uma das fundamentais dentro da política de assistência social, e nela se encontra a pessoa idosa, assim como pessoas com deficiência ou restrição momentânea ou contínua de sua capacidade mental ou física (BRASIL, 2005a).

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais¹⁴, dispõe sobre uma matriz padronizada para seus serviços, especificando em aquisições dos usuários o compromisso assumido pelos gestores em todos os níveis e a obrigatoriedade legal de garantir a acolhida de suas demandas interesses e direitos, assim como suas necessidades e possibilidades do cidadão brasileiro (BRASIL, 2010b).

2.1 A PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

A proteção social básica guia-se pelo objetivo de trabalhar na prevenção de situações de riscos em função da pobreza, ausência de renda, fragilidade de vínculos afetivos, discriminação etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, desenvolvendo as potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos comunitários e familiares. Os Centros de Referência e Assistência Social (CRAS), estabelecidos em áreas de vulnerabilidade social, devem estar instalados num local que abrange um total de até 1.000 famílias por ano, sendo uma unidade pública estatal de base territorial. A proteção social básica, que é desenvolvida nas áreas de abrangência do CRAS, em especial, envolve os serviços de fortalecimento de vínculos, serviços de convivência, proteção social básica, principalmente para idosos e pessoas com deficiência, mantendo uma eficiência na articulação com o serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), (BRASIL, 2005c, 2010b).

¹³ De acordo com a resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, ter acolhida a sua demanda, receber orientações e encaminhamentos, com objetivo de aumentar o acesso a benefícios socioassistenciais e programas de transferência de renda, e demais direitos sociais, civis e políticos. Além de ter assegurada sua privacidade.

¹⁴ Resolução número 109, de 11 de novembro de 2009. Diário Oficial da União nº225, de 25 de novembro de 2009.

O Governo Federal, através da portaria número 442, aprovada em 26 de agosto de 2005¹⁵, destinado ao custeio do atendimento a famílias e seus membros junto ao Programa de Atenção Integral à família (PAIF), ofertado exclusivamente pelos CRAS, estabelece o piso Básico Fixo em R\$ 1,80 (um real e oitenta centavos) por família referenciada ao mês segundo a NOB/SUAS. Tem uma regulação própria para os pisos de Proteção Social Básica, assim como possibilita uma disponibilidade orçamentária e financeira do Fundo Nacional de Assistência Social para construção de orçamentos, para aquele ano em que entrou em vigor, e anos posteriores (BRASIL, 2005c).

O Piso Básico Fixo se estende em todas as ações de prevenção que ocorrem nos CRAS, cuja função é realizar trabalhos de acolher as famílias que necessitam de assistência social e dar encaminhamento às ações de atendimento estando em posição estratégicas junto a comunidades locais. Estende-se a proteção aos grupos de convivência que também cresceram acompanhando o crescimento da população idosa. Percebe-se, que, pelo valor estabelecido na portaria de número 442, tudo indica ser aquém para atender as reais necessidades das demandas locais.

2.2 A PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

A proteção social especial é o atendimento assistencial destinado a indivíduos ou famílias que se encontram em situação de risco pessoal e social. A proteção social especial destina-se a indivíduos ou famílias que tiveram seus direitos violados, incluindo-se a política de assistência social ao idoso, que é o objeto desta pesquisa. Em função de sua complexa atuação, esta exige uma interface constante com o Poder Judiciário, Ministério Público, entre outros (BRASIL, 2005b).

¹⁵ A portaria 442, baixada pelo Ministro do Estado do Desenvolvimento Sócia e Combate à fome, foi editada no Diário Oficial da União nº 166 de 29 de agosto de 2005. Regulamenta os pisos da proteção social básica estabelecidos pela Norma Operacional Básica – NOB/SUAS, sua composição e as ações que financiam.

De grande importância, é a ação de intersetorialidade entre a Segurança Pública, Ministério Público e Serviço de Assistência Social, entre outros¹⁶, para buscar, num menor espaço de tempo, a solução desses direitos violados (BRASIL, 2005b).

A portaria 2.528/06 aprovou a política nacional de saúde da pessoa idosa deixando claras as diretrizes referentes à intersetorialidade para articulação dessa política, implicando no desenvolvimento de um conjunto de ações que necessitam do compartilhamento de responsabilidades de vários setores. No que tange ao risco social da pessoa idosa, o atendimento a esses princípios é um fator determinante para sua condição de bem-estar, qualidade de vida, enfim, de sua saúde.

Para execução dessas e de outras políticas, existe a necessidade de um suporte financeiro. Portanto, regulamentam os pisos de proteção social especial, estabelecida pela Norma Operacional Básica, a Portaria número 440¹⁷ que constitui uma quantia básica de financiamento federal, cuja finalidade é exclusivamente o custeio de serviços socioassistenciais de proteção social especial de média e alta complexidade do SUAS.

O pilar central da proteção social especial é a reestruturação dos serviços de abrigamento dos indivíduos que já não podem mais contar com a proteção e o cuidado de suas famílias para as novas modalidades de atendimento. Entre eles incluem-se os idosos (BRASIL, 2005b).

Faleiros (2004) não concorda com essa visão da proteção social para os excluídos como uma mera bondade do Estado. Para o referido autor, a força de trabalho, especialmente as crianças e os velhos, tem o direcionamento das políticas sociais com intenção de manter o mercado por meio de subsídios do Estado e, por conseguinte, cria uma demanda para produção.

O idoso através de luta social busca transformações sociais com intuito de ser reconhecido na sociedade e a ampliação de direitos nessa política. Foi realizado no período de 23 a 26 de Maio de 2006 a I Conferência Nacional dos Direitos da

¹⁶ Sobre a ação intersetorial para formação e a educação continuada de maneira que contemple uma ação intersetorializada para capacitação de recursos humanos especializados é o que define a Lei Nº 8.080/90, em seu Art.14 e parágrafo único. Portaria 1395-GM de 10 de dezembro de 1999.

¹⁷ Portaria nº 440, de 23 de agosto de 2005, editada no Diário Oficial número 164 de 25 de agosto de 2005. Regulamentando os Pisos de Proteção Social Especial estabelecidos pela NOB/SUAS.

Pessoa Idosa (CNDPI) em Brasília, no Distrito Federal, onde entrou a temática sobre construção da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI). É a sociedade civil que, a partir da Carta Magna de 1988, conquista o direito de avaliar e fiscalizar a execução das políticas públicas por meio de mecanismos de participação popular denominados conselhos, como afirma Von Simson, Neri e Cachioni (2006). E a CNDPI constitui um marco na história das lutas sociais que cada vez mais busca a realização desse direito, principalmente daquela que tem o idoso como seu protagonista.

Criou-se muita expectativa com a segunda RENADI discutida em 2009, pois aqui com o surgimento da idéia da rede de proteção a pessoa idosa, pensava-se ter encontrado a solução de todos os problemas, no entanto na prática isso não se concretizou (BRASIL, 2011b).

A proteção Social Especial de Média Complexidade refere-se àqueles serviços que oferecem atendimento às familiares e indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas que, no entanto, seus vínculos familiares e comunitários não foram rompidos.

São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Neste sentido, requerem maior estruturação técnico operacional e atenção especializada e mais individualizada, e, ou, de acompanhamento sistemático e monitorado, tais como: Serviço de orientação e apoio sóciofamiliar, plantão social, abordagem de rua, cuidado no domicílio, serviço de habilitação e reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência, medidas socioeducativas em meio-aberto (Prestação de Serviços à Comunidade – PSC e Liberdade Assistida – LA) (BRASIL, 2005b).

2.3 A PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

A proteção social especial de alta complexidade é a garantia da proteção integral, envolvendo uma gama de recursos maiores, como moradia, alimentação, higienização. São recursos que para serem acessados há a necessidade de saírem de seu núcleo familiar e comunitário: Atendimento Integral Institucional, casa, lar, república, casa de passagem, albergue, família substituta, família acolhedora,

medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade, trabalho protegido (BRASIL, 2005b).

A resolução da diretoria colegiada (RDC), de nº 283, aprovada em 2005¹⁸, tem como órgão fiscalizador a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Esse importante instrumento técnico vem definir normas de funcionamento para Instituições de Longa Permanência para Idosos. Sabe-se que algumas pessoas, de má fé, querendo se apropriar dos proventos e benefícios pagos aos idosos criam verdadeiros depósitos humanos para esse fim, no entanto, a ANVISA é o órgão que pune aqueles que infringirem as condições de dignidade humana.

A LOAS, como uma forma mais delineada, por parte do Estado redimensionou a organização da assistência social e sua política de Seguridade Social, garantindo o atendimento às necessidades básicas, como afirma o artigo 2º da LOAS, que a Assistência Social tem por objetivos, entre outros - no seu inciso I - a proteção à velhice¹⁹.

Ainda no seu art. 20, dispõe sobre o direito ao benefício da prestação continuada (BPC), que é a garantia por parte do Estado de um salário mínimo mensal ao idoso a partir de 70 anos e pessoa com deficiência, comprovando não possuir meios de prover a própria manutenção e que nem a família tenha condição de fazê-lo.

¹⁸ Resolução RDC nº 283 aprovada em 26 de setembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, na mesma data de sua aprovação, regulamento técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para os Idosos.

¹⁹ De acordo com Silva, (2006), a renda mensal vitalícia instituída no ano de 1974, na Previdência Social Urbana, esse amparo previdenciário aos maiores de 70 anos de idade ou inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho. A referida renda foi extinta pelo Decreto nº 1.744, de 18/11/1995, esse por sua vez regulamentou a concessão do Benefício de Prestação Continuada aos idosos e aos deficientes físicos. Os critérios de concessão da Renda Mensal ficaram assim: Não exercer atividade remunerada, não possuir rendimento sob qualquer forma, superior a um salário mínimo; não ser mantido por pessoa de quem dependa obrigatoriamente; não ter outro meio de prover o próprio sustento, ter sido filiado à Previdência Social, em qualquer época, num tempo mínimo de 12 meses, consecutivos ou não; ter exercido atividades remuneradas em regime previdenciário, mesmo sem filiação, no mínimo, por 5 anos, ininterruptos ou não; ter ingressado no regime previdenciário, com mais de 60 anos, sem direito aos benefícios regulamentares.

De acordo com Mendonça (2007), no ano de 1997 começaram as apresentações de alterações do artigo de número 20, como veremos a seguir:

[...] Esse direito consta da LOAS, porém, a Medida Provisória nº 1599-38, de 11 de novembro de 1997, fixa a idade para direito ao BPC em 67 anos. Outras medidas foram editadas em função da idade, como as de nº 1599-42, de 5 de março de 1998, e nº 1599-50, de 22 de outubro de 1998 e não se transformaram em lei. A lei nº 9720, de 30 de novembro de 1998, que alterou artigos da LOAS, suprimiu a menção à idade não citando o artigo o artigo 38, portanto, foram mantidos os 67 anos. O Estatuto do Idoso, entretanto, se sobrepõe à legislação anterior, valendo o que seu texto reza ou disciplina (MENDONÇA, 2007, p.179).

A Ordem de Serviço nº 596 de 1998²⁰ ratificou a redução da idade do Benefício de Prestação Continuada (BPC) de 70 (setenta) anos para 67 (sessenta e sete) anos e posteriormente o artigo 34, da lei 10741, que é o estatuto do idoso aprovado em 1º de outubro de 2003, reduziu para 65 (sessenta e cinco) anos.

No entanto, o desgaste do envelhecimento é bem maior para aqueles que pertencem à classe operária de menor poder econômico, com baixos salários, em função da voracidade do processo de produção capitalista. Esses na maioria das vezes têm um envelhecimento precoce em função de jornadas prolongadas de trabalho, assim como má alimentação, ou más condições do próprio ofício que exercem. Correm o risco bem maior de envelhecer dependentes de fármacos para controlar doenças, podendo contrair danos em função desse processo extenuante.

Como afirma Abe (2011), em sua tese de doutorado, a maior causa de morte e grande causa de incapacidades no Brasil ocorre em função da doença cerebrovascular, acometida principalmente em indivíduos de menor poder socioeconômico.

O parágrafo 3º, do artigo 20, da LOAS, define que a família incapaz de prover a manutenção do idoso ou da pessoa com deficiência é aquela que na sua renda per capita é igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. Esse benefício só não pode acumular com a aposentadoria, no entanto pode acumular com pensão desde que atenda aos critérios de elegibilidade.

²⁰ A ordem de serviço nº 596/98 de 3 de abril de 1998, do Instituto Nacional do Seguro Social. Publicado no diário da União de 13-04-98 e republicado no Diário Oficial da União.

Camargo (2011), contestando o viés pró-idoso dos recursos que são empregados em programas sociais, afirma que os recursos em sua grande maioria não chegam aos idosos pobres e sim aos mais ricos da população brasileira. Indica, portanto, a existência de concentração de renda nas mãos de uma minoria idosa com fartos salários e a maioria na miséria.

O viés pró-idoso e o viés antipobres. Do total de recursos gastos pelo governo federal com programas sociais, 60% se destinam ao pagamento de aposentadorias e pensões. Isto representa 12% do PIB do país, o que é o dobro do que a média dos países que têm proporção de idosos na população similar à do Brasil (5,85%) gasta com porcentagem de seus respectivos PIB. Por outro lado, 65% destes recursos são apropriados pelos 40% mais ricos da população (CAMARGO, 2011, p. 76).

Faleiros (2000) explicita as formas distintas que as políticas sociais se articulam para manutenção da capacidade de trabalho. Sua produção e reprodução acontece de forma contraditória, dialética e cita o caso dos seguros sociais que visam “valorizar” a força de trabalho, estimulam o consumo, além de manter o processo de acumulação. Portanto, se os trabalhadores inativos recebem a contribuição dos ativos, os primeiros contribuem para o trabalho produtivo ao realizarem o consumo, retroalimentam a produção e não deixam de pagar impostos ao Estado.

2.4 O ESTATUTO DO IDOSO

Para a população idosa, a partir dos 60 anos de idade, o ano de 2003 representou uma grande conquista, pois acontece a aprovação do Estatuto do Idoso, sendo um marco histórico para dar um suporte ainda maior ao surgimento de políticas públicas voltadas para esse segmento social.

No Brasil, de acordo com a Lei 10741/2003, artigo primeiro, idosos são pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, entretanto, sabemos que a velhice é mais uma etapa da vida, não pode ser encarada apenas como parâmetro cronológico, pois até irmãos gêmeos envelhecem de forma diferente. Enfim, como afirmou Netto (2007), envolve conjunto de fatores de natureza biopsicossociais,

portanto, não pode ser conceituado de maneira unilateral, é um processo que envolve multifatores.

Com o aumento vertiginoso da população de idosos, o debate sobre o envelhecimento se expande no Brasil, após a elaboração da Política Nacional do Idoso (Lei 8842/94) e o advento do Estatuto do Idoso (Lei 10.742/03).

O debate se amplia já na Constituição Brasileira de 1988 na atenção especial ao idoso, conforme se observa em alguns artigos:

Art. 194 A Seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social [...]

Art. 203 A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: Inciso I a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice [...]

Art. 230 A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas[...] Art 229[...] Os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade(BRASIL,1999).

De acordo com Mendonça (2007), a conquista do Estatuto do Idoso, um exemplo de cidadania, partiu principalmente da proposta da Confederação dos Aposentados e Pensionistas (COBAP) que, por meio de seus representantes, pediu apoio ao Deputado Federal Paulo Paim, na apresentação do projeto de Lei nº 3561 de 1997. Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada. Essa lei apresenta 118 artigos que dizem respeito aos direitos fundamentais: educação, saúde, habitação, transporte, profissionalização, cultura, esporte e lazer, previdência e assistência social, assistência jurídica, alimentação, medidas de proteção de forma geral, convivência familiar e comunitária.

“[...] A Lei consolidou direitos já assegurados na Constituição Federal, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Política Nacional do Idoso e no Plano Internacional para o Envelhecimento [...] “(MENDONÇA, 2007, p. 177).

Assim como aparece no artigo 230 da CF e no artigo 3º do EI, primeiro é transferida para a família a obrigação de amparar os seus velhos, posteriormente à comunidade, depois à sociedade e, por último, ao Estado.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Em relação ao artigo 3º do Estatuto, que diz respeito à família, Pereira, P. A. P. (2005, p.3-4) comenta sobre o crescimento da população idosa, no marco de um modelo socioeconômico global de corte neoliberal, movimento contrário aos “anos gloriosos” em que predominou o “welfare state keynesiano”²¹ e/ou Estado de Bem-estar (anos de 1945 e 1975). A respeito disso, comenta:

Ocorre que o fenômeno do envelhecimento com toda a sua pujança e necessidades se dá nesse contexto desfavorável à proteção social pública. E, como se não bastasse, se dá também num momento em que a família agora redescoberta como possível absorvedora de riscos criados por esse e outros fenômenos e processos – entre os quais o mau funcionamento do mercado de trabalho - está se reestruturando e não pode assumir cuidados e encargos como acontecia no passado. Pelo contrário, hoje a família também está exigindo maior tratamento analítico e segurança social, pois suas demandas e necessidades também são crescentes (Pereira, P. A. P., 2005, p.3-4).

Percebe-se que algumas afirmações parecem contraditórias, pois grande parte da responsabilidade o Estado transfere para a família dos idosos, não que ela deva se eximir da responsabilidade de amparar os seus velhos. Diante de desigualdades sociais presentes no Brasil, a presença do Estado deve ser bem maior, por meio de políticas públicas, operacionalizando recursos e condições para promover a saúde e a qualidade de vida do velho, como destaca a Portaria 1395/GM/99, que apesar de ter sido revogada pela portaria 2.528/06, fez uma observação ainda pertinente em relação à família:

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional isso não significa, no entanto,

²¹ Surge uma configuração de maiores ofertas de rede de serviços sociais, garantias de condições mínimas de sobrevivência que formam o chamado Estado de bem-estar social ou Welfare state (VON SIMSON;NERI;CACHIONI, 2006).

que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional (BRASIL, 1999b).

De acordo com Faleiros (2000), os auxílios e serviços, mesmo garantidos por lei, são interpretados pela população como favor. Portanto, essas e outras medidas deixam transparecer um Estado “preocupado” com o povo, resolvendo problemas relativos à moradia, alimentação, habitação e outros. Mesmo sendo imputada aos filhos a sustentação de seus velhos na sociedade capitalista, a família se modificou, não existem mais famílias extensas que se organizavam em torno da economia de subsistência.

As famílias foram desintegradas pelo regime salarial de economia capitalista, onde o indivíduo é contratado e não o grupo. Ainda assim, pelos baixos níveis salariais, alguns aposentados só podem sobreviver com ajuda dos filhos, de acordo com Faleiros (2000).

No entanto, como afirmam Camarano, Kanso e Mello (2004), em quase todos os países, o período em que os filhos permanecem dependentes dos pais, que na maioria das vezes são idosos, tornou-se maior. Justifica-se esse fato em função da instabilidade do mercado, instabilidade afetiva e maior tempo dedicado aos estudos.

O Estatuto, no seu artigo 14, conclui em relação à responsabilidade da família: “Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social” (BRASIL, 2003).

Na prática, quem cuida principalmente dos idosos dependentes é a família; todavia, como afirma Camarano (2006), as expectativas que se vislumbram num tempo bem próximo é que a mortalidade em todos os níveis de idade tende a diminuir e com população envelhecida, que experimenta condições incertas de saúde e renda, tudo leva a crer que o suporte familiar não atenderá suas próprias demandas.

Observou-se que o estatuto do idoso representou um marco na consolidação de direitos da população idosa, constituindo um avanço para essa população que cresce com a elevação da expectativa de vida. A finalidade é regular os direitos

assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, todavia, existem pessoas com sinais de envelhecimento com idade menor que sessenta anos, pois, dependendo das condições de desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade, os desgastes físicos e limitações de adaptabilidade provocarão o surgimento de sinais inexoráveis de envelhecimento em diferentes fases da vida, independente do fator cronológico, como afirma Netto (2005). Portanto, não sendo classificadas como idosas em função da idade, essas pessoas ficam desassistidas desses direitos.

Não se trata de associar a ideia de envelhecimento a um conjunto de problemas sociais, econômicos ou de dependência, a ponto de constituir uma ameaça à estabilidade econômica do país; não é essa a preocupação de pesquisadores como Netto (2005) e Veras(2002), mas seu propósito é o de alertar para a necessidade de se implementar, cada vez mais, políticas públicas adequadas a essa nova realidade.

O envelhecimento saudável, assim como a melhoria da manutenção da capacidade funcional do idoso, contribui para sua autonomia e independência. Isso é importante para idoso, assim como para sua família e para sociedade, além de tudo é previsão legal no Estatuto do Idoso e um propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) publicada no ano de 1999, como pode ser visto a seguir:

[...] a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria ao máximo da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo, de forma independente, suas funções na sociedade (BRASIL, 1999b; 2006).

O atendimento das necessidades humanas básicas é fundamental para que todo cidadão brasileiro, principalmente o idoso, que na maioria das vezes em função de seus longos anos de trabalho, aqui especificamente o caso do idoso pobre, não desfruta de uma alimentação satisfatória ou momentos de lazer com seus familiares. Este idoso provém da classe trabalhadora que ofertou seu único bem que é sua força de trabalho, labutando em condições adversas para que tenha vida saudável, no mais amplo sentido que esse termo possa oferecer de compreensão, até os seus últimos dias.

Como afirma Ferreira (apud BORGES, 2006), com o reconhecimento da assistência social como um dever do Estado cristalizado na política pública, aqui especificamente o EI, evita-se dessa forma uma interpretação distorcida da assistência social como assistencialismo, clientelismo e caridade. Legalmente com a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), portanto responsabilidade do Estado. No entanto, sabe-se que qualquer lei, mesmo que seja bem elaborada e debatida, deveria ultrapassar os limites de sua impressão gráfica e se confrontar com execução prática.

De acordo com Raichelis (2005), além do dever do Estado de garantir a seguridade social ao cidadão, a proposta da LOAS implica também em partilha de poder entre a sociedade e o Estado, além de transferência de poder para esferas de governo em âmbito estadual, municipal e distrital. Esse sistema consagrou, por meio dos conselhos paritários e deliberativos, a participação da sociedade civil na gestão pública no contexto das políticas sociais.

A classe trabalhadora participa da construção da história desse país, submetida à lógica da produção capitalista, onde a expropriação para gerar o lucro a qualquer custo acaba ditando o ritmo de produção, criando uma série de desgastes e até deixando marcas desse processo em seus corpos. E até com um envelhecimento biopsicosocial acelerado. Todavia eles não podem ficar desamparados pelo seu país nessa fase da vida. Cabe, também, um protagonismo desses idosos na construção e reconstrução de sua história, na busca incessante pelos seus direitos.

Assim, apesar de certa divisão entre direitos individuais e direitos sociais, na realidade todos os direitos são sociais, na medida em que todos supõem interação entre pessoas ou grupos, mas costumam-se chamar de sociais apenas os direitos à educação, à moradia, ao trabalho e às condições de vida (NETTO, 2005, p. 77).

Impõe-se ao poder público e à sociedade organizada velar pelos direitos sociais, assim como promover uma vida saudável com relativa independência e autonomia, assegurada na Lei 8842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, ratificada pela Lei 10.741/2003, destinada a regular esses direitos.

A sociedade, por meio de uma categoria de profissionais organizadas nos conselhos, comissões de gestão compartilhada e conferências, deve pressionar o Estado a assumir cada vez mais os compromissos sociais estabelecidos e registrados em forma de Lei. Nesse embate de forças, são forjadas as ações concretas para o direcionamento do efetivo cumprimento da política pública. Isso porque o fato de ter a lei, assegurando o direito, não significa que o Estado necessariamente vai cumprir o contrato na prática.

Ainda que existam representantes do poder público que algumas vezes apenas defendam interesses locais, o conselho de idosos (seja no âmbito Municipal, Estadual, Distrital ou Federal) tem papel de fiscalizar e avaliar as políticas públicas voltadas para as questões da população idosa. A ausência dessas práticas acarreta transtornos para toda sociedade e, principalmente, para os idosos mais necessitados que dependem exclusivamente dessa efetivação das políticas por parte do Estado. De acordo com a PNAD de 2007, entre os 16,5 milhões de idosos existentes no Brasil, cerca de 20% apresentam algum tipo de dependência e, portanto, necessitam de amparo e cuidados (BRASIL, 2011a).

Pessoa (2009) comenta as atribuições dos conselhos, especificamente o controle social do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, afirmando que na I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI), ocorrida no ano de 2005 e em todas as Conferências, realizadas preliminarmente, as suas ações têm focado o desenvolvimento da promoção da articulação entre os governos na intersectorialidade e da participação da sociedade cível na formulação e implementação das políticas, o que se verifica na temática principal da primeira CNDPI, a Construção da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RNADI). Sem uma articulação intersectorial e a integralidade das ações políticas, torna-se quase inexecutável o cumprimento de sua operacionalização.

Mattos (2001) defende a ideia de integralidade das políticas públicas, considerando-a não apenas como uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista na Carta Magna, mas como um ideal "(...) construir uma sociedade livre, justa e solidária" (BRASIL, 1999a). A discussão realizada na I CNDPI-2006 e avaliada na II CNDPI-2009 destaca a criação da rede de proteção à pessoa idosa como uma ação de integralidade. E vem ressaltar que outros setores do poder

público trabalhem em conjunto para promoção da qualidade de vida e defesa dos direitos da pessoa idosa; no entanto na prática isso não se concretiza (BRASIL, 2011b).

De acordo com Netto (2007) o envelhecimento, que envolve multifacetado, requer tanto no campo do saber uma abordagem multi e interdisciplinar, como no campo da operacionalização das políticas públicas uma intersetorialidade e integralidade de suas ações, para que de fato o EI aconteça de dentro do plano de metas das políticas públicas.

O Estatuto do Idoso constitui um grande avanço para o atendimento dos direitos sociais da pessoa idosa. Ele veio exigir, por parte do Estado e da sociedade, uma resposta mais efetiva às necessidades dessa população, embora não tenha definido os meios para financiar tais ações. Mesmo sendo uma legislação avançada, sua prática ainda é incipiente. Sua aprovação não significou a resolução de todos os problemas, pois se sabe que depende de organização constante por parte da sociedade em geral e representantes dos conselhos.

3 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO NO MUNICÍPIO DE SERRA

A Serra é o segundo maior município do Estado do Espírito Santo em número de habitantes. Foi fundada em 1556 por Bráz Lourenço, religioso da congregação dos jesuítas, que criou a aldeia de Conceição. O Decreto nº 53, de 11 de novembro de 1890, registra a criação do município de Serra (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2009a).

A população local do município de Serra apresentou grande crescimento. No ano de 2000, o município contava com cerca de 330.874 habitantes. A população idosa acima de 60 nesse ano alcançou o número de 16.407 habitantes, correspondendo ao percentual de 5.4% de sua população total (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2009b).

A população do município de Serra, considerando a faixa etária de 60 anos ou mais de idade, teve um crescimento muito maior do que o crescimento populacional na faixa de 0 a 4 anos de idade. De acordo com dados do IBGE para os censos de 1980 a 2000, observa-se que houve um aumento de 375% na população de idosos em 2000 com relação a 1980, esta relação foi de apenas 147% para faixa etária de 0 a 4 anos de idade considerando o mesmo período [...]. Fica evidenciado o envelhecimento da população do município de Serra. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2009b).

De acordo com a pesquisa do IBGE sobre estimativa da população, no ano de 2006, era de 394.370 habitantes e, em 2009, já é uma das maiores do Estado do Espírito Santo, com 404.688 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2009b).

Dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011b) confirmam as projeções, pois a população do município de Serra é de 409.267 habitantes. De acordo com estudos da Prefeitura Municipal de Serra (2009b), em paralelo, a população idosa no município crescerá ainda mais, pois [...] para 2030, a população projetada é de 27.957 idosos, ou seja, 4,29% da população [...].

O município de Serra faz parte da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV); integrada por sete municípios: Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana,

Vila Velha e Vitória. A população desses municípios compõe quase 50% dos 3 milhões de habitantes e representa apenas 5% do território do Estado (ESPÍRITO SANTO, 2010).

O município de Serra é o maior da RMGV e é constituído pelos seguintes distritos: Serra, Nova Almeida, Carapina, Calogi e Queimado. Sendo composto ainda por sete regiões administrativas: Civit, Sede, Laranjeiras, Carapina, Novo Horizonte, Jacaraípe e Castelândia. Mesmo ocupando 1,2% do território estadual com seus 124 bairros, ele apresenta grande destaque nos indicadores econômicos do Estado (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010c).

Logo a seguir (Figura 3) encontra-se o mapa de Serra.²²



Figura 3 - O mapa de Serra

Fonte: Prefeitura Municipal de Serra (2009d); Espírito Santo, IJSN, 2010.

Na década de 1960, o município tinha sua economia predominantemente cafeeira e se apresentava como tipicamente rural. Na reorganização, a partir da reorientação do sistema de exportação de minério de ferro da CVRD para a região Norte de Vitória e com a construção do Porto de Tubarão, inaugurado em 1966, ocorre o desenvolvimento de Serra. Em 1970, a Serra tinha apenas 7.890 habitantes

²² Clima tropical quente e úmido, temperatura do Ar média anual 24°C, variação pluviométrica média anual 900 a 1.200mm³, vegetação original mata atlântica, ventos predominantes norte e nordeste área 554,278km², latitude 20°07'43 latitude sul, longitude 40°18'28" longitude oeste, densidade Demográfica 735,10 hab./km², altitude máxima 833 metros, Mestre Álvaro (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010b).

na área urbana, basicamente na sede e na região do litoral (foto 1). O Planalto de Carapina estava desabitado (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010c).



Foto1 – Praia de Carapebus na Serra/ES
Fonte: Espírito Santo, IJSN, 2010

De acordo com dados revisados em 2007 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010a) constatou-se que, entre 1970 a 2000, dos municípios da Grande Vitória, o município de Serra foi quem apresentou a maior variação do Índice de Desenvolvimento Humano²³ (IDH), passando de 0,390 para 0,693, em 1991, e 0,761, em 2000. Entre os 5.506 municípios brasileiros, o IDH-M de Serra está em melhor posição que 3.963 restantes, ou seja, está à frente de 72% deles. Entre os 78 municípios capixabas, a Serra está em melhor posição que 60 deles (79,2% do total) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010a).

Com relação ao desenvolvimento socioeconômico, no período de 1995 a 2005, o município de Serra recebeu, em média, 21,5% dos investimentos privados aplicados no Estado. Em 2005, capital do Estado, Vitória ficou em 2º lugar com um

²³ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi idealizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), como forma de avaliar a qualidade de vida. O IDH é construído com base em três variáveis: longevidade, educação e renda. Com base nele foi criado o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010b).

índice de 13,6% dos investimentos, esse município manteve o 1º lugar no ranking do total de investimentos no estado, com 15,0%. Uma das possíveis explicações que se refere aos gastos com infraestrutura logística do município, assim como uma política de atração de novas unidades empresariais adotada pela PMS, por meio da Secretaria de Desenvolvimento Econômico (SEDEC), no período de 2004 a 2005. Essa política consiste na criação de parcerias público-privadas (PPPs) de espaços adequados à instalação de empreendimentos para o município (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010a).

A figura 4 demonstra o percentual de participação da população dos municípios da Região Metropolitana em relação ao Estado do Espírito Santo.

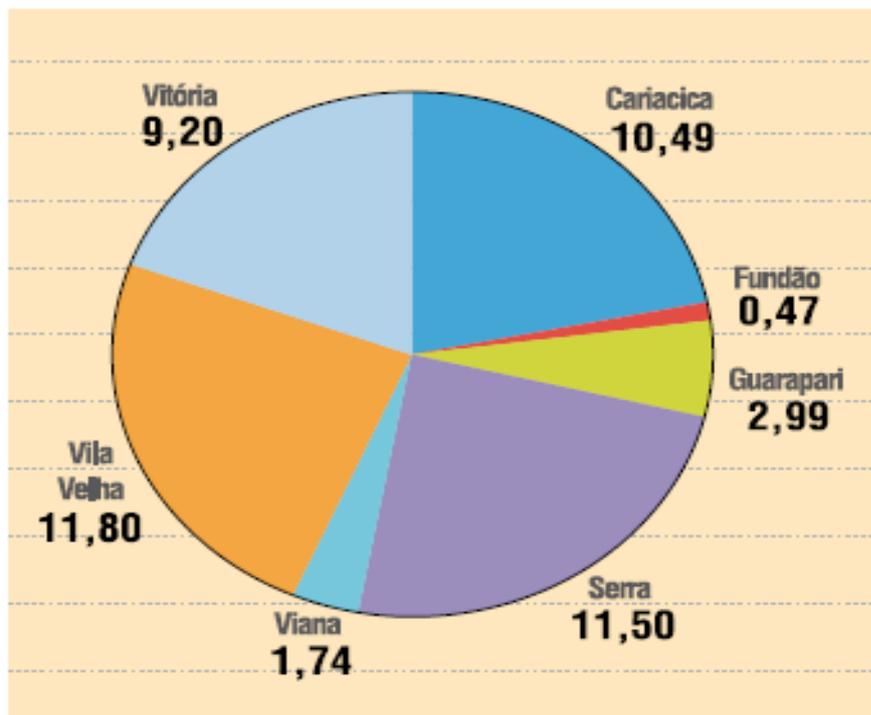


Figura 4 - Percentual de participação da população dos municípios da Região Metropolitana em relação ao Estado do Espírito Santo.
Fonte: Espírito Santo, IJSN, 2010.

A infraestrutura instalada e o desenvolvimento de grandes projetos, a partir dos anos de 1970, provocaram um crescimento populacional extremamente rápido, para o que contribuiu o deslocamento de população rural para o meio urbano, tornando-se, portanto, um município tipicamente urbano com 99,5% residindo nessa área. Desde o final da década de 1970 até 2005, grandes empresas como a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) e a Companhia Siderúrgica Tubarão (atual

Arcelor Mittal) atraíram não apenas levas de migrantes, mas também se fizeram acompanhar de novos empreendimentos em sua adjacência, principalmente empresas de suporte e expansão imobiliárias com investimentos em imóveis populares feitos pela Companhia Habitacional (COHAB) e Instituto de Orientação às Cooperativas Habitacionais (INOCOOP-ES). Nesse período a dinâmica de crescimento econômico de Serra esteve acima da média do Estado (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010c).

O aumento vertiginoso da população de Serra também contribuiu para o crescimento de problemas sociais. As famílias atendidas pela assistência social demonstram situação de vulnerabilidade, assim como crise de identidade e conflito de valores. Se por um lado o grande desenvolvimento de empresas tais como a Arcelor e Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) precisaram de maior número de pessoas para ampliação de sua área de atuação, ao término desse processo essas pessoas ficaram um tanto esquecidas nessas movimentações (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2009c).

O cenário político de Serra, anterior à gestão do prefeito Antônio Sérgio Alves Vidigal, era marcado por práticas coronelistas e populistas de alguns prefeitos como José Maria Miguel Feu Rosa e Adalto Martineli. Os bairros de Vila Nova de Colares e Central Carapina surgiram dessas práticas. As áreas mais antigas de ocupação eram Serra Sede e Nova Almeida (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2009c).

De acordo com Lojkine (apud RAMOS, 2003), os meios coletivos de consumos e as características da cidade capitalista, produzem efeitos de segregação socioespacial no tecido urbano ao relegar para frações populacionais mais empobrecidas as áreas menos nobres da periferia urbana, como morros e alagados.

A constituição de bairros sem infraestrutura e saneamento básico é um determinante na saúde e qualidade de vida da população. A população idosa é a mais prejudicada porque, além de tudo, apresenta dificuldade para se locomover nos bairros onde sente falta de acessibilidade para movimentar-se entre calçadas desniveladas e escassas áreas de lazer.

Em 2003, no governo de Antônio Sérgio Alves Vidigal²⁴; uma das primeiras medidas adotadas foi aparelhar as secretarias com técnicos especializados, a Secretária de Promoção Social a assistente social Maria Nazareh Mota Liberato. Em 2009, assume essa secretaria Nazaret Pimentel, também com formação em Serviço Social. O prefeito, que assumiu a gestão em 2003, apresentou como preocupação principal manter-se no poder junto com seu grupo de articulação política e isso acabou incorrendo em vícios para o avanço das políticas públicas. Principalmente para a política de assistência social ao idoso que é, em grande parte, delegada a Fundação Monte Belo, ou chamado *terceiro setor*.²⁵

A respeito do *terceiro setor* Montaño (2005, p. 184-185), o interpreta da seguinte forma:

[...]nem é terceiro, nem é setor --- numa segmentação do social entre Estado, mercado e sociedade civil autônomos ----, nem refere às Organizações desse setor ---- ONGs, instituições, fundações e outros. O fenômeno em questão não é, portanto, o desenvolvimento de organizações de um “setor” em detrimento da crise de outro, mas a alteração de um padrão de resposta social à “questão social” (típica do Welfare State), com a desresponsabilização do Estado, a desoneração do capital e a autorresponsabilização do cidadão e da comunidade local para esta função (típica do modelo neoliberal ou funcional a ele).

Para mediar a prestação dos serviços sociais, o município conta hoje com 8 (oito) CRAS que estão dispostos nos seguintes bairros: Novos Horizonte, Vila Nova de Colares, Planalto Serrano, Laranjeiras, Jacaraípe, Jardim Tropical, Serra Dourada II e Jardim Carapina. Dentro desses espaços urbanos são desenvolvidos serviços de proteção social básica. Esses locais são fundamentais para que os idosos possam ter acesso a informações pertinentes a seus direitos, como é o caso do Benefício de Prestação Continuada- BPC e outros direitos assistenciais.

O idoso que reside no município, em sua grande maioria, não nasceu nesse município, pertence às levadas do processo migratório, com grande crescimento a

²⁴ O prefeito retro citado foi reeleito para o mandato de 2001 a 2004 e reassumiu novamente a prefeitura em 2009. Em 2005, foi eleito o prefeito Audifax Barcelos, do chamado Partido Democrata Trabalhista (PDT), mesmo partido do prefeito anterior.

²⁵ O “terceiro setor” pode ser entendido como, “tudo indica que o “terceiro setor” refere-se, em contraposição ao “primeiro setor” (Estado), e o “segundo setor” (mercado), [...], à sociedade civil [...] O “terceiro setor” seria, para seus autores, o conjunto de organizações mais ou menos formais da “sociedade civil.” (MONTAÑO, 2005, p. 182)

partir da década de 1980. A agenda 21 (2007-2027) do município, entre outras informações, traz o perfil da população de idoso, indicando a preponderância de mulheres nesse seguimento. De acordo com as projeções, essa feminização da velhice deverá crescer ainda mais (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2009b).

Esse dado vem reproduzir o perfil da população nacional, pois nas informações coletadas na análise da população idosa brasileira, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009, afirma-se que as mulheres são a maioria dessa população com 55,8% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011a).

Ainda segundo dados contidos no documento intitulado Agenda 21, o perfil de renda dessa população indica que 30% recebem 1 (um) salário mínimo e 64% recebem até 2 salários mínimos. Ou seja, apenas 6% dessa população têm renda superior a 2 salários mínimos (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2009b).

3.1 A ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO NOS PROGRAMAS DA PREFEITURA

O município de Serra segue as indicações da política nacional do idoso, Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994, apesar de toda contemplação da PNI e do fato de esse ter o dever de executá-la. O município com suas peculiaridades não possui registros na Constituição Municipal de leis voltadas para esse público, como é o caso da capital Vitória e o município de Cariacica. Dentro dessas previsões legais da PNI estão a criação de espaços alternativos para idosos, como é o caso dos Centros de Convivência para Idosos e os Grupos de Convivência. Em relação ao primeiro, pode-se analisar o que diz a lei “Local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania” (BRASIL, 1994).

Os Grupos de Convivência foram inaugurados na década de 1970, como modalidade de atendimento não asilar ao idoso, em plena ditadura militar, através do Programa de Assistência ao Idoso (PAI), sob a gerência da Legião Brasileira de Assistência (LBA), fundação extinta na década de 1990 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2009d).

O primeiro Grupo de Convivência se implantou em 1989 no Bairro de José de Anchieta, num convênio entre a Prefeitura e a extinta LBA; em 1991, houve expansão para três, atendendo a 140 idosos. A população idosa acima de 60 anos, em 2000, alcançou o número de 16.407 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2009d).

Em 1997, existiam 7 grupos; em 2002, o quantitativo saltou para o número de 13; no ano de 2003 foram criados os grupos de Jardim Carapina e Manoel Plaza e em 2005 os grupos de cidade Continental e Boa Vista. No ano de 2009, foram criados os grupos de Eurico Sales e Serra Dourada III, totalizando, no ano de 2011, 17 grupos. Hoje, cerca de 1.500 idosos são atendidos por mês através de reuniões semanais. A tabela contida no documento da Prefeitura de Serra (ANEXO A) contém informações dos grupos de convivência, respectivos locais, horários e endereço (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010b).

De acordo com a gestão municipal no ano de 2010, os recursos do convênio entre a Prefeitura Municipal de Serra e o Governo Federal mediante sistema descentralizado e participativo da Assistência Social, que culminou com a Gestão Municipal, são da ordem anual de R\$ 155.664,00 com contrapartida da Prefeitura através de contratação de recursos humanos, coordenação e execução do Projeto (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010b).

Nessa parceria, o Governo Federal contribui com verba mensal usada na complementação de materiais e atuação de profissionais de serviço social, artes e educação física nas reuniões semanais.

Dentre todos os grupos da Serra, existem quatro centros de convivência administrados pela Fundação Monte Belo (FEMB) (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MONTE BELO, 2011). O primeiro é Centro de Convivência para Idoso, localizado na Serra sede e é referência, lá se reúne o grupo de convivência denominado *Regininha*²⁶, às sextas - feiras, no horário das 13 às 17 horas e está localizado na rua Maestro Manoel Xavier no bairro de Caçaroca, s/ número. Foi inaugurado em

²⁶ A senhora Regina Dulcelina de Jesus, mais carinhosamente chamada de Regininha, afirma ser neta de escravos, é a participante mais antiga do grupo de convivência, os participantes do grupo afirmam que ela possui mais de 100 anos de idade. Ela não tem o hábito de andar com documentos e frequenta o Centro de Convivência constantemente e se desloca até o local sem acompanhante, caminhando serenamente.

2006, mas começou a funcionar na sua totalidade apenas a partir do segundo semestre desse mesmo ano. Em 2007, apenas com alfabetização, yoga, artesanato, e atendimento social contabilizou 559 atendimentos, já no ano de 2008 esse número aumentou para 738, em 2009 o número de atendidos foi de 861 idosos, até setembro. Foi acrescentado nesse ano o serviço de fisioterapia e informática.

O segundo centro de convivência de Barcelona (Foto 2), onde funciona o grupo de convivência que recebe o nome Vivendo e Aprendendo, se reúne às terças-feiras e fica localizado na Avenida Região Sudeste, sem número. Atividades oferecidas: oficinas de artesanato; aulas de música; atendimento social e psicológico; fisioterapia; atendimento nutricional e gerontológico; educação física e um grupo de convivência. E ainda há outras atividades: Forró; passeios; festivais; exposições artesanais e culturais; palestras educativas (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MONTE BELO, 2011).



Foto 2 – Centro de convivência de Barcelona/ Serra-ES

O terceiro centro de convivência está situado no bairro Hélio Ferraz, e mesmo com essa construção, próximo a ele já existia um espaço físico que os idosos utilizavam e decidiram ali permanecer, é denominado de Associação da 3ª Idade de Hélio Ferraz. Eles se reúnem às segundas e quartas-feiras de 13 às 17 horas, sua localização é na rua Rio Madeira nº 14. Esse grupo tem um suporte dos profissionais

da FEMB. Além desse atendimento ao grupo de convivência, eles desenvolvem algumas atividades: oficinas de artesanato; aulas de música; atendimento social e psicológico; fisioterapia; atendimento nutricional e gerontológico e educação física. E outras, tais como: Forró; passeios; festivais; exposições artesanais e culturais; palestras educativas (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MONTE BELO, 2011).

O quarto centro de convivência está localizado no bairro de Nova Almeida. A construção da antiga unidade de saúde foi adaptada para dar suporte às atividades do centro e o grupo de convivência se reúne às terças-feiras de 7 às 10 horas e às quintas-feiras de 7 às 10 horas. Além do suporte ao grupo de convivência, também são desenvolvidas atividades como: oficinas de artesanato; aulas de música; atendimento social e psicológico; fisioterapia; atendimento nutricional e gerontológico e educação física. Atividades de forró, passeios, festivais, exposições artesanais e culturais, palestras educativas e outras (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MONTE BELO, 2011).

Atendendo aos quatro centros de convivência, existe o programa vitalidade²⁷ implantado em outubro de 2009, administrado pela FEMB com um efetivo de cerca de 27 profissionais, sendo eles: gerontólogo; assistente social; professor de educação física; nutricionista; psicólogo; fisioterapeuta; professor de música; professora de arte; secretarias e auxiliares de serviços gerais.

No ano de 2010, até o mês de julho, foram registrados 916 idosos cadastrados nos quatro CVV. Em 2010, o projeto Vitalidade realizou cerca de 21.210 atendimentos a idosos, uma média de 482 atendimentos mensais.

Observa-se, portanto, que a demanda tem aumentado a cada ano, confirmando as previsões estatísticas do aumento dessa população. O problema que se constata é que os bairros mais nobres é que foram contemplados com os CVV, portanto, os idosos de áreas menos nobres da periferia urbana, ficaram excluídos desse processo, ocorre, portanto, como afirma Ramos (2003) uma segregação socioespacial ou poderia afirmar um racismo socioespacial, em que

²⁷ “Trata-se de um programa dirigido à população idosa com o objetivo de promover atividades físicas, intelectuais e sociais capazes de garantir as condições necessárias à participação ativa dos idosos na família e na sociedade.” (FUNDAÇÃO MONTE BELO, 2011)

essa população que já sofre com ausência de construção de parques e áreas de lazer, mais uma vez ficará desprovida desses recursos de equipamentos sociais.

A FEMB também atende aos idosos direta ou indiretamente no Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), que são Programas de Proteção Social Básica com o objetivo de atender famílias vulnerabilizadas socioeconomicamente. Os CRAS estão localizados em Jardim Carapina, Jacaraípe, Planalto Serrano, Laranjeiras, Vila Nova de Colares e Novo Horizonte. Apesar de ter um corpo de profissionais bem selecionado, o convênio com essa fundação não é pequeno e abarca grande demanda financeira que, com abertura de concurso público, poderia representar uma economia para os cofres públicos (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MONTE BELO, 2011).

Na alta complexidade existe uma parceria da Prefeitura com a ILPS. São quatro instituições funcionando no município em parceria com a PMS:

- A primeira é chamada de professor Coelho Sampaio, que funciona no bairro José de Anchieta;
- a outra instituição funciona no bairro Jardim Limoeiro com o nome de Abel Lima Portela;
- a terceira instituição é chamada de Pousada da Esperança, que funciona no bairro Morada de Laranjeiras;
- a quarta e última instituição é o Instituto Franciscano em Nova Almeida (Foto 3), que é mantido pela igreja católica em parceria com a PMS. Esse local é referência para o Estado, pois possui boa instalação física dispondo de elevador, piscina e salas de atividades. Atende um público de 30 (trinta) idosas, pois em função de não ter um espaço específico para os homens, essa instituição não aceita o público masculino.



Foto 3 – Instituto Franciscano em Nova Almeida / Serra-ES

Especificamente realizado pela PMS, existe também o serviço de atendimento a denúncias de maus tratos à pessoa idosa. Após a promulgação do Estatuto em 2003, o município recebeu grandes denúncias de violência contra a pessoa idosa. No ano de 2004, em função disso, foi criado o serviço de atendimento às denúncias, o SOS idoso - 3ª idade. O Conselho Municipal do idoso de Serra é incumbido de registrá-las, realizar visitas e encaminhá-las aos órgãos competentes (COMIDS) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010b).

O Conselho Municipal da Pessoa Idosa foi uma necessidade do município e também do cidadão idoso. Os conselhos são como afirmam Boaretto e Heimann (apud VON SIMSON; NERI; CACHIONI, 2006), um espaço legítimo de participação dos segmentos sociais, e se institui por seus representantes. No caso do referido município, ele foi criado em 17 de junho de 2004, através da Lei local 2700, instituindo, portanto, o Conselho Municipal do Idoso de Serra (COMIDS).

Após serem conhecidos os projetos e programas e ações desenvolvidos pela Prefeitura, ficou constatado que eles se voltam principalmente para a proteção básica, criando-se, portanto, uma lacuna para as outras proteções voltadas para o público idoso, como poderá ser visto no capítulo seguinte.

4 A VISÃO DOS SUJEITOS SOCIAIS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO NO MUNICÍPIO DE SERRA

Podemos constatar a visão dos sujeitos sociais da política de assistência social ao idoso no município de serra, onde cada qual, seja gestor, seja usuário, seja integrante do Conselho Municipal da Assistência Social de Serra - COMASSE ou ainda do Conselho Municipal do Idoso do Município de Serra - COMIDS na sua percepção consegue entender a sua maneira essa política que foi desenvolvida no município a partir da aprovação do Estatuto do Idoso em 2003 até o ano de 2010.

4.1 A VISÃO DOS USUÁRIOS

De acordo com Busse e Jacob (2008), o crescimento populacional de idosos traz um desafio para a família, para a sociedade e para as políticas públicas. Visando melhorar a qualidade de vida dessa população, é necessário ampliar a rede de cobertura de serviços e programas de atenção à população idosa atual e de gerações futuras.

Levanta-se a discussão sobre os projetos de âmbito social que são realizados no bairro onde os idosos moravam ou nas adjacências, para melhoria da qualidade de vida deles. Como os idosos tinham acesso a esses projetos, registra-se o que pensavam acerca dessas ações da Prefeitura, especificamente da Secretaria da Assistência Social.

“Não conheço nenhum projeto para idoso no meu bairro, apenas no bairro vizinho. O idoso parece ser jogado às traças, mas tá bom!” (Entrevista de nº 001).

“Não tem nenhum projeto voltado para idoso no meu bairro, mas acho que a atenção da prefeitura para com o idoso é boa!” (Entrevista de nº 023).

No município de Serra não há projetos de âmbito social voltados para população idosa na maioria dos bairros, gerando grande frustração para maioria dos

idosos no município, pois o município é bem extenso, isso gera uma situação extremamente difícil de deslocamento e, portanto, de acesso aos locais onde são desenvolvidas as atividades.

“Não existe centro de convivência no meu bairro, e como ainda não tenho carteirinha para andar nos ônibus, venho caminhando do meu bairro e gasto uns 40 minutos para chegar até aqui” (Entrevista nº 099).

A entrevistada supracitada é de uma idosa de 63 anos, que reside a uns quatro quilômetros do CCV de Serra - sede e constitui uma família unipessoal. Às vezes vem para aulas de hidroginástica, na qual está inscrita, não para participar das aulas, mas, como ela mesma afirma:

“é bom vim conversar com outras pessoas.”(Entrevistada nº 099.)

O maior centro de convivência com boa infraestrutura que o município possui não tem adequada acessibilidade, pois foi construído em um vale, e esse local de relevo dificulta muito a chegada do idoso, que precisa descer uma ladeira com calçadas estreitas e, ao término das atividades, realizam o deslocamento inverso em um aclive acentuado. Além disso, fica distante em relação aos bairros mais populosos do município, inviabilizando sua utilização para a maioria dos idosos.

Isso vai de encontro ao PNI, como se pode ver no artigo relatando que é incumbência da PMS diminuir barreiras arquitetônicas.

“Artigo 10 - Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos: [...] V - na área de habitação e urbanismo: [...] d) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas; [...]” (BRASIL, 1994).

A seguir é apresentado o Centro de Convivência para Idoso, localizado no bairro Caçaroca (Foto 4), na sede do município de Serra. Pode-se observar que ele está num plano mais baixo que outras construções ao seu redor, pois sua localização é num vale, como já se comentou. Essa posição de relevo cria uma barreira arquitetônica e urbana, contrariando a PNI, pois é totalmente inadequada à população idosa. Todavia, poderia ser parcialmente corrigida com a circulação de

ônibus por essa rua, o que atualmente ainda não ocorre, apesar de o Conselho do Idoso ter feito a solicitação há mais de um ano para a empresa de transporte.



Foto 4: Centro de Convivência para Idoso localizado no bairro Caçaroca na sede do município de Serra-ES

Abaixo (Foto 5) apresentação de uma situação verídica que ocorreu casualmente no momento da coleta de dados no mês de dezembro de 2010. Uma idosa, ao descer a ladeira do Centro de Convivência, sofreu uma torção no tornozelo do pé esquerdo e ficou três meses impossibilitada de frequentar o CCV.



Foto 5: Idosa que sofreu um torção no tornozelo esquerdo ao descer a ladeira do Centro de Convivência para Idoso, localizado no bairro Caçaroca, na sede do município de Serra-ES.

Veras (2006) comenta que os centros de convivência apresentam-se como um modelo de cuidado integral que tem sido reconhecido como muito bem-sucedido ao longo de 12 anos de sua implantação, sendo uma instituição voltada especificamente para os idosos, de acordo com a política nacional do idoso. O município de Serra, em parceria com o governo federal, inaugurou o funcionamento do seu Centro de Convivência para Idoso em 2006.

Os usuários não idosos questionaram o fato de não existir mais opções em bairros para atender o público idoso:

“moro em Jardim Limoeiro e minha mãe não participa porque não tem projeto no bairro. Não tenho condição de levá-la até outro bairro onde funciona o projeto em função do meu trabalho e o deslocamento de ônibus, ela fica sem motivação para ir.” (Entrevista 050).

Foram construídos mais três CCV, após o ano de 2007, no entanto nenhum deles detém a estrutura mínima de piscina, ainda que pequena, como é o caso do CCV de Serra-sede, ou um salão que comporte uma turma de 100 idosos para atividades recreativas e sociais. Não que a piscina ou o salão resolvam todos os problemas de espaço dos outros centros, mas isso retrata uma dimensão precária para atender uma demanda. As pesquisas na área de educação física revelam que exercícios físicos contribuem para a melhoria da saúde e minimizam os efeitos de diversos tipos de doenças frequentes nessa faixa etária. Entre os idosos entrevistados, 30% queixaram-se da ausência de C.C.V. nos seus bairros ou adjacências.

“Participo do grupo de convivência apenas, mas precisamos de um centro de convivência com piscina” (Entrevista 060).

Ressalta-se que a maioria dos idosos acredita que as sessões de exercícios físicos oferecidas pelo PROEF estão ligadas à Secretaria de Promoção Social do município, mas na verdade estão ligadas à Secretaria de Saúde.

O atendimento pelas manhãs nos bairros com orientação para realização de exercícios físicos conta com profissionais da área da educação física e tem uma

participação expressiva do público idoso em todas as unidades de saúde do município. Isso parece gerar uma confusão no entendimento dos idosos em relação ao Projeto Conviver que pertence à Secretária de Promoção Social - SEPROM e é oferecido em alguns bairros com o Programa de Orientação ao Exercício Físico - PROEF da Secretaria de Saúde.

“O único projeto da Secretaria de Promoção Social que existe no meu bairro é o PROEF, onde faço a ginástica” (Entrevista 088).

Tal situação demonstra falta de divulgação da política e intersectorialidade com planejamento de ações conjuntas entre a Secretaria de Saúde e Secretária de Promoção Social. E dentro da temática proposta, a política de assistência social ao idoso no município de Serra, a partir da aprovação do Estatuto do Idoso, é de fundamental importância para que se possa aglutinar em torno dessa política o maior número de atores que comunguem de indagações semelhantes, mesmo que atuem em setores específicos e distintos, evitando-se o desperdício de recursos melhorando a eficiência, eficácia e efetividade da política (MATTOS, 2001).

Artigo 4º - Constituem diretrizes da política nacional do idoso: VI implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo; [...] (BRASIL, 1994).

Essas previsões da PNI também não são cumpridas, pois, se ocorresse divulgação satisfatória, a maioria dessa população idosa estaria ciente dos serviços oferecidos.

Antes de ser encerrada a discussão sobre o PROEF, fez-se uma consideração sobre a importância da atividade física para idosos. De acordo com Wilmore (2001), o envelhecimento em si não é o maior causador da intolerância à atividade física e sim à própria inatividade da pessoa idosa que, na maioria das vezes, deixa de praticar exercícios físicos, em função da própria cultura capitalista criar o estereótipo de pessoa incapaz para o processo de produção, especificamente os da classe operária.

Nessa discussão sobre o exercício físico, existe uma importância enorme do desenvolvimento urbano adequado para práticas de caminhadas, ocorrendo dificuldade de deslocamento da população idosa, pois não houve projeção de bairros para esse fim, não ocorreu a construção de pontos isolados de espaço de lazer que contemplasse a maioria dessa população, além da violência urbana, que assusta a todos, principalmente ao idoso.

[...] O indivíduo idoso que deixa de ser ativo diminui o nível de condicionamento físico, o que compromete progressivamente a execução de atividades cotidianas, ocasiona dependência e aumenta a depressão. Por outro lado, o indivíduo idoso que adere a um programa de atividades físicas pode apresentar menor risco de mortalidade [...] (POLITO, 2006, p. 249-250)

De acordo com autores citados, o exercício físico é fundamental para promoção de saúde da população em geral, principalmente à população idosa. Entende-se que ele não é o demiurgo para todos os problemas de saúde, apenas o exercício não resolverá todos os problemas, pois de acordo com a visão apresentada por Minayo (2006), a saúde envolve múltiplos fatores, inclusive o social. Entende-se que grande parte dos idosos não tem condição de pagar para frequentar academias, portanto, esse serviço deve ser oferecido pelo Estado, conforme a 1ª edição da PNI reimpressa em maio de 2010.

Artigo 10 - Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:[...] II - na área de saúde:[...] b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;[...] (BRASIL, 2010a).

Percebe-se claramente que não existe um atendimento em rede como foi preconizado pela I CNDPI em 2006, pois o PROEF, que é gerenciado pela Secretaria de Saúde, não trabalha em parceria com a Secretaria de Promoção Social, assim como não existe parceria com a Secretaria de Esportes, com políticas voltadas ao atendimento da pessoa idosa no município. Para se ter ideia dessa dimensão, as “olimpíadas da 3ª idade”, que envolve um conjunto de modalidades esportivas, são organizadas sem participação efetiva da Secretaria de Esportes.

Em termos gerais, poder-se-ia dizer que o “atendimento em rede” se constitui pela articulação de um conjunto amplo e dinâmico de organizações diversas, em torno de interesses comuns, que realizam ações complementares em um processo unitário e coerente de decisões, estratégias e esforços. Essas ações em parceria, realizadas por “unidades operacionais independentes ‘credenciadas’ e interdependentes com relação aos processos operacionais que compartilham” (GONÇALVES apud BATISTA, 2007, p.58).

Na conversa durante o trabalho de campo com os idosos, sobre o nível de atenção que vem sendo dispensado, no âmbito social, à população idosa no município, foram constatados os seguintes dados: 49%, que representam parte significativa dos usuários idosos da política, entenderam que o nível de atenção dispensado ao idoso no município pode ser classificado como bom e apenas 1% entende que é ruim, 32% acreditam que é regular, 9% opinaram como ótimo, 3% classificam como excepcional e 6% não quiseram opinar.

Comentou-se sobre a mesma questão com os usuários não idosos da política da assistência social no município de Serra e ficou constatada uma visão diferente sobre essa política. Para os não idosos, o nível de atenção que vem sendo dispensado no município à população idosa pode ser classificado como ruim para 32%, como bom para 28%, como regular 28%, os que consideram foram 7% e os demais, 5%, não quiseram opinar.

Uma boa parte dos idosos entrevistados, aqui representada por 30%, queixou-se da falta de um centro de convivência para idoso nos seus respectivos bairros, portanto, reconhecem que o nível de atenção dispensado a essa população está aquém da real necessidade. Apesar disso, julgam que o nível de atenção dispensado no âmbito social é bom. Uma fala muito comum dos idosos foi a:

“Não tem muita coisa no bairro, falta um centro de convivência, mas tá bom!” (Entrevista 70).

Registra-se uma fala, também interessante, que demonstra satisfação com pequenas coisas, como a simples utilização de um espaço físico, mesmo sem condições adequadas:

“O nosso grupo se reúne no centro comunitário. O local é pequeno, quente e abafado, mas tá bom!” (Entrevista 71).

Nos documentos da PMS no que diz respeito a recursos físicos, constam que “grupos são implantados em equipamentos comunitários (Centro Comunitário, salões anexos às igrejas e outros) que possuam condições favoráveis para o desenvolvimento das atividades, conforme apreciação da equipe técnica.” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010a). Não é bem assim que ocorre, como ficou constatado através da fala da idosa entrevistada.

A maior parte dos idosos migrou de outros estados para o Espírito Santo, especificamente para o município de Serra. No município o desenvolvimento de grandes projetos, a partir dos anos de 1970, provocou um crescimento populacional extremamente rápido, contribuiu para o deslocamento da população rural para o meio urbano, tornando-se, portanto, um município tipicamente urbano no ano de 2000, com 99,5% do total da população (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010c).

A maioria ocupava bolsões de pobreza em bairros sem condição de saneamento, transporte, educação, enfim, as pequenas melhorias surgidas pareciam um grande favor por parte dos representantes do poder público que, acostumados a essas condições, contentam-se com o mínimo. Em alguns locais, as opiniões mais comuns sobre as condições físicas onde o grupo se reunia era: “está bom”! Portanto, os projetos Conviver com o grupos de convivência e Vitalidade, que funcionam dentro dos CVV, abrangem a maior parte do público participante. Para esses idosos já é satisfatório, pois podem socializar-se com outros idosos e realizam atividades que promovem sua autonomia e independência.

“Aqui tudo que eu preciso eu encontro, esse local me ajudou muito.” (Entrevista 075).

Quando se levanta a questão da ausência de participação masculina nos projetos Conviver e Vitalidade, algumas idosas, que eram casadas e participavam desses projetos, surpreendentemente disseram que seus maridos acham que são

voltados apenas para idosas. 5% afirmaram isso, o que pode ser constatado por meio da seguinte fala de um idoso:

“Não participo do projeto Conviver no meu bairro, acho que é apenas para mulheres.” (Entrevista 013).

A maior parte dos trabalhos, principalmente na área de artesanatos e trabalhos manuais diversos, é desenvolvida nos grupos de convivência e nos CVV, onde a participação maior é do público feminino, pois, de fato, as atividades estão voltadas para esse público, mas a questão não é apenas essa. As mulheres possuem grande facilidade de gerar redes sociais e de se adaptarem às dificuldades da velhice, de acordo com Attias-Donfut (2004, p. 102).

[...] pois elas desenvolvem competências para criar e gerar redes sociais significativas, das quais usufruem em caso de necessidade. É uma das razões da sua melhor adaptação às deficiências da velhice, da viuvez e do isolamento residencial [...].

Mais uma vez pode ser vista aqui a falta de informação em relação aos projetos voltados para o público masculino também, pois 5% acreditam que o projeto Conviver e o projeto Vitalidade da FEMB são exclusivamente voltados para o público idoso feminino. A grande participação feminina em detrimento à participação masculina reflete que a velhice é uma questão de gênero, pois impacta de maneira diferente em homens e mulheres.

Simões (2004, p. 52), afirma que é muito difícil para os homens, principalmente da classe trabalhadora, conviver com o rompimento do mundo do trabalho, e o autor ressalta que:

[...] Para os homens, em contraste, a aposentadoria marcaria o rompimento com o mundo do trabalho, meio privilegiado para a afirmação de seu esforço pessoal e espelho preferencial ou exclusivo de sua sociabilidade pública, o que os levaria a seu recolhimento doméstico. Essa caracterização sombria do envelhecimento masculino tende a ser mais destacada quando se refere à vivência de homens das classes trabalhadoras, que se supõe marcadas por sentimentos de desvalorização [...].

Portanto, constata-se a resistência em participar das atividades em que o público presente maior é de mulheres. É uma questão cultural pelo fato de o homem

romper com o mundo do trabalho e a própria programação que é tipicamente voltada para o público feminino. São esse os fatores que influenciam essa ausência do público masculino nesses projetos.

4.2 A VISÃO DOS CONSELHEIROS E GESTORES

Foi questionado junto aos conselheiros da Assistência Social de Direitos dos Idosos e aos gestores da Secretaria da Assistência Social sobre os principais fatores que influenciaram na tomada de decisões para realização dos projetos e ações da política da assistência social voltados para o público idoso a partir da aprovação do EI.

Para a maioria dos conselheiros do Conselho da Assistência Social, as decisões sobre os projetos e as ações a partir da aprovação do EI, basearam-se:

“Nas demandas do público, a própria exigência do EI, e também o crescimento demográfico influenciou bastante na tomada de decisões para realização dos projetos e ações a partir de 2003.” (Conselheira do COMASSE 34).

Os gestores concordaram com a fala dos conselheiros, reconhecendo que diversos fatores contribuíram na tomada de decisões.

Para o COMIDS, as cobranças da sociedade civil e a pressão do Ministério Público em 2007 tiveram um peso maior.

“E num segundo momento a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso, a cobrança do Conselho Municipal do Idoso, pacto pela saúde em 2006. O crescimento demográfico da população”. (Assistente Social 031).

Um membro do Conselho afirmou que a primeira medida da PMS em 2004, após a aprovação do Estatuto do Idoso, foi criar o SOS Idoso. Declarou ainda que o número de denúncias influenciou para que fosse implantado o serviço.

No entanto, outro conselheiro desse mesmo Conselho pontua de outra maneira a criação do SOS, afirmando:

“A criação do SOS Idoso, primeiro foi um “modismo” de política pública para abrilhantar a fachada da política ao idoso. Era necessário criá-lo para manter-se na moda e dar um destaque na mídia, e, portanto, maquiar a política do idoso no município. Pois o SOS não delibera nem fiscaliza, portanto, seria mais cômodo criá-lo primeiro.” (Conselheiro COMIDS 025).

“Com a criação do Conselho do Idoso não houve tanto reconhecimento por parte da gestão, no entanto o que deveria haver seria encarar o trabalho dos conselheiros como parceiros dos gestores, sem perder de vista a fiscalização.” (Conselheira do COMIDS 055).

Outra questão pertinente foi sobre o plano de ação para organizar a política do idoso no município a partir do EI. Os participantes da entrevista levantaram pontos importantes que ocorreram a partir de 2004 sobre as seguintes questões:

“Em 2004 foi organizada a Política Nacional da Assistência Social, isso provocou uma mudança no norteamto dos trabalhos da assistência social no Brasil e no município. A política do idoso no município começa a ganhar um enfoque maior e em 2005 teve início a construção do CCV, com seu funcionamento em 2006, sendo o maior do Estado do Espírito Santo”. (Assistente Social 032).

Portanto, não existiam planos de ações até 2008, quando, então, foram elaborados para serem executados no triênio 2009, 2010 e 2011. Cada projeto ficava incumbido de fazer o seu plano de ação. Havia planejamentos pontuais, como é o caso do projeto Conviver. Essa fala foi atestada por um membro da gestão.

Um membro do Conselho do Idoso afirma que não havia um plano de ação no ano de implantação do estatuto do idoso, portanto, as ações eram realizadas de acordo com as demandas. (Entrevista 027).

Outro membro do COMASSE fez o seguinte desabafo:

“Espera-se que o plano de ação elaborado em 2008 não seja apenas um documento para estacionar no papel.” (Entrevista 031).

Percebe-se a partir das declarações que o plano de ação para as políticas voltadas para o público idoso de fato só se efetivaram a partir de 2008, no entanto outro problema constatado foi que o planejamento era direcionado às políticas públicas da assistência social relativas à pasta do idoso, entretanto não foi elaborada com a participação do idoso, nem sequer com os representantes legais do Conselho do Idoso. Apenas um poderia fazer parte da gestão e tinha que ser do Conselho.

Artigo 4º [...]II - participação do idoso através de suas organizações representativas na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos. [...] (BRASIL, 1994)

De acordo com Batista (2007), o planejamento é um processo contínuo que decorre da tomada de decisões, é marcado pelas relações de poder e, na maioria das vezes, por interesses antagônicos e caracteriza-se por atos de conotação política. É fundamental, para que se efetive o planejado, executar a leitura da realidade que o envolve, as compatibilidades e incompatibilidades de diferentes segmentos, a percepção das condições subjetivas e objetivas, assim como as vontades políticas dos diferentes segmentos envolvidos no processo. Portanto, o planejamento é dinâmico, pressupõe toda uma articulação de grupos e alocação de recursos para preencherem suas lacunas em diferentes níveis de apreensão e intervenção para superação dos problemas e adequação para nova questão colocada.

Uma administração municipal, com uma estrutura socioeconômica de seu porte, não possuir até o ano de 2008 um plano de ação para área da assistência social, demonstra que a política pública voltada para o público idoso e comunidade em geral ainda é incipiente.

Durante as entrevistas, os conselheiros do COMIDS foram os que mais desabafaram, e entre esses desabafos ouviu-se o seguinte:

“Até dezembro de 2010 somava-se um ano oito meses que não conseguimos uma audiência para falar com o prefeito.” (Entrevista 044).

Um membro do conselho concluiu:

“A Secretaria de Promoção Social manipula o conselho e o vê como subserviente, apesar de um grupo resistir.” (Conselheiro do COMIDS 025).

Diante dessa fala, observa-se um modelo “prefeiturizado”, como afirma Faleiros (2000). O conselho é atravessado também pelo poder do estado, que por meio de seus representantes, comete o erro de constantemente legislar em prol da prefeitura. Quando são levantados os questionamentos aos conselheiros na entrevista, podem ser observados claramente, por meio das respostas, os seus respectivos posicionamentos, e pode ser constatado o antagonismo de forças entre seus representantes.

[...] Quase todos os municípios, hoje, têm conselhos, mas ao invés de um modelo descentralizado e participativo, previsto na Constituição, têm um modelo prefeiturizado, com predominância do poder dos prefeitos onde não há reação dos movimentos populares. (FALEIROS, 2000, p. 205).

Levantou-se a questão da fiscalização da política da assistência social para o idoso no município por parte do COMASSE, que é feita com base nas denúncias. No entanto, ouviram-se algumas opiniões comuns:

“É difícil realizar a fiscalização estando num cargo que algumas vezes é instável, em função de uma indicação política.” (Conselheira do COMASSE, representante do poder público 035).

Em relação às ações do COMIDS, percebe-se que a maior parte dos conselheiros concorda que desde quando foi instituído o Conselho do Idoso parece

que a grande preocupação que foi atribuída pelo poder público aos seus integrantes é a de fiscalizar as Instituições de Longa Permanência para a Pessoa Idosa (ILPI).

Artigo 7º - Compete aos conselhos de que trata o artigo anterior a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas (BRASIL, 1994).

“No meu mandato, em 2005, nós fiscalizamos as ILPs, existiam 9 e foi fechado em 3, com auxílio do Ministério Público e Vigilância Sanitária. Não tive acesso às verbas e senti falta”. (Ex-conselheiro do COMIDS 077).

Dessa forma, eles contribuem para que não ocorram maus tratos à pessoa idosa, no entanto mudam de foco as preocupações com outros setores da política do idoso e não percebem as questões orçamentárias de convênios que são firmados com instituições que prestam serviços para idosos, como é o caso da FEMB que possui um contrato no atendimento ao público idoso, e que em 2011 atingiu o teto de R\$ 1.152.000,00²⁸ (um milhão cento e cinquenta e dois mil reais) anualmente. E o PAIF²⁹, que também atende ao público idoso nos CRAS, é mais um convênio com a FEMB e atingiu o valor de R\$ 1.064.004,00 de (um milhão sessenta e quatro mil e quatro reais).

“Os conselheiros não tiveram acesso à dotação orçamentária do município.” (Conselheiro do COMIDIS 035).

Os conselhos devem buscar o interesse geral e se reafirmarem como [...] instâncias de decisões substantivas de interesse público e não uma espécie de sistema neocorporativo [...] (BEHRING e BOSCHETTI, 2008 p.180).

Faleiros (2004) ressalta a bondade aparente dessas instituições, aqui no caso das contratações aleatórias, e especificamente dessa subordinação do ato de

²⁸ Relação de convênio do exercício de 2011, processo nº 79.241/2010, convênio nº 042/2011 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010a).

²⁹ Relação de convênio do exercício de 2011, processo nº 72.486/2010, convênio nº 034/2011 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010a).

receber “[...] quem recebe fica devendo favor, fica obrigado a retribuir a doação numa oportunidade qualquer, com serviços, com lealdade ou com o voto de cabresto nas eleições” (FALEIROS, 2004, p. 68).

Alguns conselheiros queixaram-se da falta de recursos logísticos para que o Conselho do Idoso possa realizar o seu trabalho, o exemplo disso é que o conselho, que tem um município extenso como o de Serra, utiliza um veículo apenas em forma de concessão e agendamento.

“O Conselho do Idoso não possui sequer um automóvel a sua disposição.”
(Conselheiro do COMIDS 035).

Ao discutir o controle democrático na política social, Behring e Boschetti (2008), afirmam que a experiência dos conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos no Brasil, dentro da concepção desse controle, apresentou um acréscimo nas inovações políticas e institucionais no formato das políticas públicas no país. No entanto, existem interesses especulativos num jogo de *despotismo eletivo*, como bem afirma as autoras citadas, eles se revestem pelo *poder técnico de burocrata*, podem manipular e controlar informações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa objetiva estudar a política da assistência social de atenção à pessoa idosa no município de Serra, após o advento do Estatuto do Idoso (EI), que entrou em vigor a partir de janeiro de 2004. Dentro dessa temática, buscou-se o entendimento dos programas e projetos que foram implantados ou sequenciados, assim como seu processo de elaboração e execução, envolvendo as visões do Conselho da Assistência Social, Conselho do Idoso, usuários da política e gestores.

A organização de ações das políticas públicas para a população idosa no município de Serra ainda é incipiente, apesar do vertiginoso crescimento populacional de idosos nesse município. A efetivação das políticas públicas para a população idosa não caminhou na mesma velocidade do crescimento desse segmento populacional.

Apesar das garantias de direitos versadas na CF de 1988, PNI (8842/94) e do EI (10741/03), essas conquistas não se efetivaram na prática, pois o Estado neoliberal cada vez mais tenta se eximir dessas responsabilidades, e o que se constatou é que tudo parece estar no papel e ali tende a permanecer. Há um grande abismo entre o plano legal e o plano real.

Os conselhos, por meio do protagonismo social, têm um papel fundamental para provocar o Estado e reivindicar para que esses registros legais de direitos sejam executados. Foram percorridos mais de 40 bairros do município, ouviu-se o público idoso participante do Projeto Conviver e usuários da política não idosos, representantes do Conselho Municipal do Idoso, representantes do Conselho Municipal da Assistência Social e gestores da política. Foram visitados todos os centros de convivência do município e CRAS, consultaram-se documentos elaborados pela Prefeitura e livros de balanços contábeis, analisaram-se todas as entrevistas e foram relacionadas as constatações pertinentes.

Ficou claro, no entendimento dos conselheiros e gestores, que a partir de 2003, ano da aprovação do EI, os principais programas e projetos desenvolvidos pela SEPROM resumiram-se no Projeto Conviver, que já funcionava desde o ano de 1989. Em 2006, foi inaugurado o primeiro CVV e mais três entraram em funcionamento em 2009. Não havia até 2008 nenhum projeto político

especificamente para a população serrana da gestão que assumiu a PMS. A partir da aprovação do EI, em 2003, apenas seguiram indicações da política nacional.

Pode ser verificado um aumento nos equipamentos sociais destinados à convivência para a pessoa idosa, no entanto muitos desses foram adaptados e não têm estrutura adequada. A maioria dos idosos e não idosos entrevistados lamentam a ausência de CCV em seus bairros ou adjacências, e os idosos que frequentam os outros CCV improvisados também sentem a precariedade da construção com ausência de um parque aquático ou área específica para exercícios físicos. Enfim, as construções dos CVV não atendem a demanda da população idosa no município.

Foram visitados alguns espaços em que os idosos se reúnem nos grupos de convivência e pôde ser constatado que alguns locais são precários e necessitam de melhorias físicas, além da necessidade de ampliar o efetivo de profissionais possibilitando o atendimento em outros bairros, pois a Serra possui oficialmente 124 bairros, de acordo com a PMS (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA, 2010b), no entanto cerca de 17 bairros, apenas, são atendidos pelos projetos Conviver. Há, também, somente 8 CRAS para atender esse quantitativo de bairros. Portanto, após o advento do EI, houve poucos avanços na política de assistência social ao idoso na Serra.

Importante destacar que o serviço de atendimento dentro dos CVV, com exceção de alguns funcionários, é terceirizado pela FEMB e, apesar de serem profissionais qualificados, existe a questão da transitoriedade por parte de funcionários que buscam se efetivar no serviço público, e como a Prefeitura tem realizado concurso de forma esporádica nessa área, acontece a migração de alguns profissionais. Destaca-se, também, que não existe previsão orçamentária dessa empresa para investir na formação e atualização de seus funcionários para trabalhar especificamente com o público idoso.

Portanto, ficou clara a precariedade na efetivação da política da assistência ao idoso ao utilizar um espaço que não foi projetado arquitetonicamente e planejado para esse público. Deve-se lembrar que esses centros são utilizados por idosos independentes em sua maioria, no entanto ficam esquecidos nessa política os idosos dependentes. A PMS não possui sequer um espaço dessa natureza para atendimento no município com serviços voltados aos idosos (dependentes e

acamados) como “atendimento dia”. Além dos casos de falta de atendimento, não promove cursos de formação para cuidadores de maneira constante e sistemática, e isso deixa uma lacuna enorme de assistência social, principalmente para famílias de baixo poder aquisitivo.

Em relação às ações do COMIDS, parece que alguns conselheiros entendem que deveria haver uma maior abrangência dos assuntos em pauta. Percebe-se que a maior parte dos conselheiros concorda que desde quando foi instituído o Conselho do Idoso, a grande preocupação que foi atribuída pelo poder público aos seus integrantes é a de fiscalizar as ILPI's. Ficaram constatadas angústias de alguns conselheiros, principalmente do COMIDS, frente às dificuldades que não parecem poder ser resolvidas dentro de previsões orçamentárias da política de assistência social dentro da organização do município e do próprio reconhecimento desse conselho.

O cenário político após a aprovação do EI não foge à regra de outros municípios de todo o Brasil. A vontade política dos que estão na gestão municipal centraliza-se no foco de perpetuar-se no poder, com isso o que se percebe é uma lentidão no desenvolvimento de ações para a política da assistência social voltada ao idoso no município de Serra.

A preocupação do grupo político foi a de se manter no poder. Essa preocupação não refletiu para a política da assistência social à pessoa idosa no município, pois apenas em 2005 é que foi construído o CVV de maior condição estrutural, com sua inauguração acontecendo em 2006. Outros centros foram inaugurados a partir de 2008, no entanto não para serem CVV e sim CV, demonstrando total improviso da política ao idoso no município. E isso se estende também à área da saúde, pois esse município de grande porte conta apenas com um geriatra para atender toda a população de idosos.

Também foi constatada a ausência na intersetorialidade da política de assistência social à pessoa idosa, com planejamento de ações conjuntas entre a Secretaria de Saúde, Secretaria de Esporte e Lazer e Secretaria de Promoção Social. Portanto, a temática proposta dentro da política de assistência social ao idoso no município de Serra, a partir da aprovação do Estatuto do Idoso, tenta evitar o desperdício de recursos melhorando a eficiência, eficácia e efetividade da política,

além de possibilitar o acesso da pessoa idosa às ações e programas a que ele tem direito, como constatou Abreu (2008).

A partir das informações colocadas, percebe-se a incipiência da política da assistência social voltada para a população idosa. É fundamental a realização, num tempo mais curto possível, de concursos especificamente para efetivação de profissionais para essa política, principalmente os que possuem formação em geriatria e gerontologia, assim como construções de novos CVV e melhorias das instalações dos locais que abrigam os grupos de convivência e instalação de construção de locais específicos para esse fim em outros bairros.

REFERÊNCIAS

- ABE, I. L. M. **A prevalência de acidente vascular cerebral e fator social**. 2010. 111 f. Tese (Doutorado em Educação e Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-20122010-173826/pt-br.php>>. Acesso em: 08 mar. 2011.
- ABREU, M. H. E. Políticas de assistência social e grupos vulneráveis. In: PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA. **AGENDA SERRA 21**: plano estratégico 2007-2027/Prefeitura Municipal de Serra. Serra: PMS, 2008.
- ATTIAS-DONFUT, C.; Sexo e envelhecimento In: PEIXOTO, C. H.; **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FVG, 2004. p. 102.
- BATISTA, M. V.; **Planejamento social**: intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Veras, 2007.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BEHRING, R. E.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BORGES, S. F. **Acesso à justiça**: desafios para o Serviço Social, 2006. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual Paulista – UNESP. São Paulo, 2006.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil - 1988**. 12. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 1999a.
- _____. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. **Lei orgânica da assistência social**. Brasília-DF, 1993.
- _____. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Justiça, 1994.
- _____. Lei n. 10.741, 1 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto dos Idosos**. Brasília-DF, 2003.
- _____. Ministério da saúde. CONFERÊNCIA INTERGOVERNAMENTAL REGIONAL AMÉRICA LATINA E CARIBE PARA O ENVELHECIMENTO: MADRI+ 5, 2. 2007. **Anais...** Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em 14 mar. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada n. 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamenta as normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos.** Brasília, 2005a.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde do idoso.** Brasília: DATASUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=153> Acesso em: 20 abr. 2010a.

_____. _____. **Conferência, em Brasília (DF), avalia rede de proteção e defesa dos direitos dos idosos.** Brasília. 2009. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/noticias/conferencia-em-brasilia-df-avalia-rede-de-protecao-e-defesa-dos-direitos-dos-idosos/?searchterm=PNAD E IDOSOS](http://www.mds.gov.br/noticias/conferencia-em-brasilia-df-avalia-rede-de-protecao-e-defesa-dos-direitos-dos-idosos/?searchterm=PNAD+E+IDOSOS)>. Acesso em: 25 abr. 2011b.

_____. _____. **Norma operacional básica: NOB/SUAS.** Brasília: Conselho Nacional de Assistência, 2005. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/biblioteca/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-de-assistencia-social-2013-pnas-2004-e-norma-operacional-basica-de-servico-social-2013-nobsuas/politica-nacional-de-assistencia-social-2013-pnas-2004-e-norma-operacional-basica-2013-nob-suas/?searchterm= pnas 2005](http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/biblioteca/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-de-assistencia-social-2013-pnas-2004-e-norma-operacional-basica-de-servico-social-2013-nobsuas/politica-nacional-de-assistencia-social-2013-pnas-2004-e-norma-operacional-basica-2013-nob-suas/?searchterm=pnas+2005)>. Acesso em: 25 abr. 2011c.

_____. _____. **Norma operacional básica: NOB/SUAS.** Brasília. 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/search/search?SearchableText=CNAS2009&search_portal_type=File>. Acesso em: 20 abr. 2010b.

_____. Portaria Ministerial n. 440, de 23 de agosto de 2005. **Regulamenta os pisos da proteção social especial.** Brasília-DF, 2005b.

_____. Portaria Ministerial n. 442, de 26 de agosto de 2005. **Regulamenta os pisos da proteção social básica.** Brasília-DF, 2005c.

_____. Portaria Ministerial n. 1395, de 10 de dezembro de 1999. **Dispõe sobre a política nacional da saúde do idoso.** Brasília-DF, 1999b.

_____. Portaria Ministerial n. 2528, de 19 de outubro de 2006. **Dispõe sobre a política nacional da saúde do idoso.** Brasília-DF, 2006.

BUSSE, A. L.; JACOB, W. F. O idoso em diferentes locais de assistência: programas de senecultura. In: JACOB, F. W. **Geriatría e gerontologia: o que todos devem saber.** São Paulo: Roca, 2008.

CAMARANO, A. A. Demografia do envelhecimento. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Orgs.) **Formação humana em geriatría e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar.** Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. Módulo 2. p 43.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Pnad 2009**: primeiras análises: tendências demográficas. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/pdfs>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Cap. 1. p. 25-73.

CAMARGO, J. M. Política social no Brasil prioridades erradas, incentivos perversos. **São Paulo Perspec.** v.18, n.2, São Paulo, Abr./Jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/rah/>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

CARCANHOLO, R. Política econômica e políticas sociais de FHC a Lula In: MANFROI, V. M.; PESSOA DE MENDONÇA, L. J. V. **Política social trabalho e subjetividade**. Vitória: Edufes, 2008. p. 67- 93.

CARVALHO FILHO, E. T.; Fisiologia do envelhecimento. In: NETTO, M. P. (Org.). **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 8, p.105-118.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortês, 1991.

DENCKER, A. F. M.; VIÁ, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas**: com ênfase em comunicação. São Paulo: Futura, 2001.

MEJIA, Inês Caliman. **Manual para elaboração de trabalhos científicos dos cursos da EMESCAM**. Vitória: EMESCAM, 2008.

ESPÍRITO SANTO. Instituto Jones dos Santos Neves. **Perfil regional**. 2008. Disponível em: <[http://www.ijsn.es.gov.br/ attachments/230_perfil_metropolitano.pdf](http://www.ijsn.es.gov.br/attachments/230_perfil_metropolitano.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2010.

FALEIROS, V. P. **A política da assistência social do estado capitalista**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. In: NERI, A. L. (Org.). **Vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Perseu Abramo, 2007. p.153-167.

_____. **O que é política social**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MONTE BELO. **Quem somos**. 2010. Disponível em: <<http://www.femb.org.br/qs.php>>. Acesso em: 31 mar. 2011.

GOODE, W.J.; HATT, P.K. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo: editora Nacional, 1973.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Em 2009, esperança de vida ao nascer era de 73,17 anos**. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1767&id_pagina=1&titulo=Em-2009,-esperanca-de-vida-ao-nascer-era-de-73,17-anos>. Acesso em: 30 nov. 2009a.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: PNAD 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_brasil_2009.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2011a.

_____. **Projeção da população do Brasil**. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207>. Acesso em: 7 abr. 2010a.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050**. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm>. Acesso em: 24 mar. 2009b.

_____. **Serra – ES**: dados básicos: população: economia: outros. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=320500>>. Acesso em: 30 mar. 2011b.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Secretaria especial de políticas para mulheres. **Relatório anual do observatório Brasil de igualdade de gênero: mulher, poder e decisão**. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_18_cap10.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2011.

JARDIM, S. E. G. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. Local. In: NETTO, M. P. (Org.) **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 14, p.185-197.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas 2009.

LAURELL, A. C.; A Saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global. 1983.

LEME, L. E. G.; **O envelhecimento**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A; BENEDETTI, T. B.; **Atividade física e idoso**. Porto Alegre: Sulia, 2004.

MENDONÇA, J. M. B.; Estatuto do Idoso. In: NETTO, M. P.; **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 13, p.177-183.

MINAYO, M. C. S.. Saúde como responsabilidade cidadã. In: BAGRICHEVSKY, M. et al. **A saúde em debate na educação física**. Santa Catarina: Nova letra, 2006. p.93-102.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2005.

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

_____. **Tratado de gerontologia: ciência do envelhecimento**: abrangência, termos básicos. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

OHARA, E. C. C. RIBEIRO, M. P. CONCONE, M. H. V. B. Saúde do idoso. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **A saúde da família considerações teóricas e aplicabilidade**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p.303-358.

PASCHOAL, S. M.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia do envelhecimento. In: NETTO, M.P. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 39-56.

PENNA, M. L. F. Reflexões sobre a epidemiologia atual. In: BAGRICHEVSKY, M. et al. **A saúde em debate na educação física**. Santa Catarina: Nova letra, 2006. p.139-153.

PEREIRA, J. C. M. **A explicação sociológica na medicina social**. São Paulo: Unesp, 2005.

PEREIRA, P. A. P. Formação em Serviço Social, Política Social e o fenômeno do envelhecimento. SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO SUPERIOR E

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL, 2005, Brasília. **Comunicação...** Brasília: Ministério da Educação (MEC) – SESu/CAPEs, 2005. p.1-13.

PESSOA, I. L. **Envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações.** 2009. 236f. Tese (Doutorado em Política Social) - Departamento de serviço social, Universidade de Brasília, 2009.

POLITO, M. D. Exercício de força para idoso: breve considerações. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Orgs.). **Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar.** Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. p.249 -252.

POPULAÇÃO capixaba aumenta e chega a 3,5 milhões. c2011. Disponível em: <http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2011/04/noticias/agazeta/dia_a_dia/836992-populacao-capixaba-aumenta-e-chega-a-3-5-milhoes.html>. Acesso em 08 maio 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA. **Agenda 21- 2000/2020.** Disponível em: <http://www.serra.es.gov.br/portal_pms/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=agenda21&tax=5774&lang=pt_BR&pg=5150&taxp=0>. Acesso em: 12 nov. 2009a.

_____. **Agenda Serra 21: plano estratégico 2007-2027**/Prefeitura Municipal de Serra – Serra: PMS, 2008. Disponível em: <http://www.serra.es.gov.br/portal_pms/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=agenda21&tax=6156&lang=pt_BR&pg=5150&taxp=0> Acesso em: 11 nov. 2009b.

_____. **História da Serra.** Disponível em: <http://www.serra.es.gov.br/portal_pms/site.do?evento=x&lang=&idConteudo=5643&chPlc=5643&pg=5001&taxp=0&lang=pt_BR>. Acesso em: 20 out. 2009c.

_____. **Orçamento Municipal** . Disponível em: <http://www.serra.es.gov.br/portal_pms/site.do?evento=x&lang=&idConteudo=5565&chPlc=5565&pg=5001&taxp=0&lang=pt_BR> .Acesso em: 12 fev. 2010a.

_____. Secretaria de Planejamento Estratégico. **Anuário municipal de dados.** Serra, ES: 2010b.

_____. Secretaria de Promoção Social. **Guia rápido: serviços oferecidos pela secretaria de Promoção Social e conveniados.:** Serra: SEPRM, 2009d.

_____. **Serra perfil socioeconômico.** Disponível em: <http://www.serra.es.gov.br/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=perfil_socio_economico_p14_prom_social.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2010c.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

RAMOS, M. H. R. (Org.). **Metamorfoses sociais e políticas urbanas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

ROMERO, D. Noções de epidemiologia. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Orgs.) **Formação humana em geriatria e gerontologia**: uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. Mod. 2, p. 49.

SILVA, M. O. S.; YAZBEC, M. C.; GIOVANNI, G. **A política social brasileira no século XXI**: a prevalência de transferência de renda. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SIMÕES, J. A. Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública. In: PEIXOTO, C. H. **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FVG, 2004. p. 52.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VERAS, R. P. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UnATI/UERJ, 2002.

VON SIMSON, O.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Alínea, 2006.

WILMORE, J. R.; COSTILL, D. L. **Fisiologia do esporte e do exercício**. São Paulo: Manole, 2001.

WOLFF, S. H. **Vivendo e envelhecendo**: recortes de práticas sociais nos núcleos de vida saudável. Rio Grande do Sul: Unisinos, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE C – Termos de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

Destinado a Usuários da Política não idosos e aos Gestores Municipais e Integrantes do Conselho Municipal

Assinando este documento, estou dando meu consentimento para ser entrevistado (a). Compreendo que participarei de uma pesquisa com o tema “Política de Assistência Social ao Idoso – Município de Serra-ES”, que está sendo realizada no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, pelo aluno Antônio de Carvalho, sob a orientação da Profa.: Dra Alacir Ramos Silva, **cujo objetivo é Estudar a Política de Assistência Social ao idoso no município de Serra a partir da aprovação do Estatuto do Idoso.**

Tenho conhecimento de que não haverá desconforto, danos e/ou riscos a minha pessoa decorrente da pesquisa. Tenho ainda a liberdade de me recusar a responder **qualquer pergunta que me cause constrangimento** ou retirar-me da pesquisa em qualquer fase, sem penalização alguma, tendo assegurado a garantia do sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, além de não haver nenhuma forma de indenização ou ressarcimento das despesas decorrentes da participação na mesma.

Eu _____

RG _____

concordo plenamente que todos os dados obtidos do formulário/questionário e quaisquer outras informações constituem propriedade exclusiva do aluno, à qual dou pleno direito de retenção, uso na elaboração da pesquisa e de divulgação em jornais, congressos e/ou revistas científicas, **desde que a divulgação das informações seja anônima.**

Vitória, ____/____/2010.

Assinatura do entrevistado

Pesquisador Responsável: Antônio de Carvalho - CI: 848-070 - ES

E-mail: Antonio_carv_bm@yahoo.com.br

Tel.: (27) 30550212 // cel 99844660.

Assinatura Pesquisador

Em caso de dúvidas ou maiores informações, entre em contato com: **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)**. Telefone: (27) 3334-3586 – comite.etica@emescam.br - 2ª a 5ª das 07:00 às 12:00 das 13:00 às 17:00, 6ª até 16:00.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

Destinado ao Público Idoso

Assinando este documento, **estou permitindo ser entrevistado (a). A entrevista fará parte de uma pesquisa com o tema “Política de Assistência Social ao Idoso – Município de Serra-ES”,** que está sendo realizada no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, pelo aluno Antônio de Carvalho, sob a orientação da Profa.: Dra Alacir Ramos Silva, **o objetivo desse trabalho é Estudar a Política de Assistência Social ao idoso no município de Serra a partir da aprovação do Estatuto do Idoso.**

Tenho conhecimento de que não **me sentirei incomodado ou pressionado** a responder qualquer pergunta **e não sofrerei** danos e/ou riscos a minha pessoa em função dessa pesquisa. Tenho ainda a liberdade de me recusar a responder **qualquer pergunta que me cause aborrecimento e/ou constrangimento** ou retirar-me da pesquisa em qualquer fase, **sem prejuízo algum**, tendo assegurado a garantia do segredo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, além de não haver nenhuma forma de indenização ou ressarcimento das despesas decorrentes da **participação nessa pesquisa.**

Eu _____ **Identidade** _____
 _____ concordo **com todos** os dados obtidos do formulário/questionário e quaisquer outras informações constituem propriedade exclusiva do aluno, à qual dou pleno direito de retenção, uso na elaboração da pesquisa e de divulgação em jornais, **encontros científicos**, revistas científicas, **desde que a divulgação das informações não apareça o meu nome ou nada que me identifique.**

Vitória, _____/_____/2010.

 Assinatura do entrevistado

Pesquisador Responsável: Antônio de Carvalho - CI : 848-070 - ES

E-mail: Antonio_carv_bm@yahoo.com.br

Tel.(27)30550212//cel.99844660.

 Assinatura do Pesquisador

Em caso de dúvidas ou maiores informações, entre em contato com: **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP).** Telefone: (27) 3334-3586 –
 comite.etica@emescam.br - 2ª a 5ª das 07:00 às 12:00 das 13:00 às 17:00, 6ª até 16:00.

ANEXO

ANEXO A - Tabela com horários e locais onde os grupos de convivência de Serra se reúnem

BAIRRO	DIA/HORÁRIO	ENDEREÇO
1- Central Carapina - Grupo União	2ª feira - 13:00 às 17:00	Salão anexo à Igreja Católica Divino Esp. Santo
2 -Manoel Plaza - Grupo Arte de Viver	2ª feira - 13:00 às 17:00	Centro Comunitário, Rua L, Qd 48, S/N, Próximo ao Terminal de Carapina
3 – Eurico Sales	2ª feira – 13:00 às 17:00	Centro de Atividades Integradas, Rua dos Colibris, S/N
4 – Serra Dourada III	2ª feira – 08:00 às 11:00	Centro de Vivência de Serra Dourada III
5-José de Anchieta	3ª feira - 13:00 às 17:00	Centro Comunitário do bairro End. Rua Peroba do Campo, S/N
6 -Nova Carapina – Grupo Estrela Guia	3ª feira - 13:00 às 17:00	Rua Teófilo Otoni, nº 386 - Salão do Grupo de Mulheres.
7 -Jacaraípe	3ª feira - 13:00 às 17:00	Centro de Treinamento da Paróquia São Pedro. Rua Goiás, nº 10.
8-El'Dourado - Unidos Venceremos	3ª e 5ª feira - 13:00 às 17:00	Av. Rio Doce s/n, antiga Creche do bairro
9 -Serra Dourada I- Grupo das Hortências	4ª feira - 13:00 às 17:00	Av. Belo Horizonte S/N , Antiga Unidade de Saúde
10 - Vila Nova de Colares – Clube da 3ª Idade	4ª e 6ª feira - 13:00 às 17:00	Rua Moreira César, S/N – Clube da Terceira Idade Unidos de Vila Nova de Colares
11 -Porto Canoa – Viver Bem	4ª feira - 13:00 às 17:00	Centro Comunitário, Rua dos Periquitos, Nº41 Centro Comunitário.
12 - Novo Horizonte	5ª feira - 13:00 às 17:00	Centro Comunitário, Rua maritaca, nº 14.
13 - Carapina Grande	5ª feira - 13:00 às 17:00 6ª feira – 08:00 às 11:00	Antigo Posto de Saúde, Rua Ipiranga, S/N.
14 - Cidade Continental	5ª feira - 13:00 às 17:00	Centro de Vivência, Av. dos Índios, S/N , Setor América.
15 - Planalto Serrano	6ª feira - 13:00 às 17:00	Centro de Referência de Assistência Social- 3251 4360 CEP 29.178.270 Bl. A End. Av. Planalto, nº 166
16 -Boa Vista	6ª feira - 13:00 às 17:00	Centro de Vivência, Rua Antonio Gervásio, S/N, atrás da Unidade de Saúde.
17-Jardim Carapina	6ª feira – 13:00 às 17:00	