

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**GREICE KELI DA SILVA**

**CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES:  
UMA REFLEXÃO SOBRE SUAS NECESSIDADES E OS  
DESAFIOS FRENTE ÀS POLÍTICAS SOCIAIS**

**FLORIANÓPOLIS – SC  
2007**

**GREICE KELI DA SILVA**

**CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES:  
UMA REFLEXÃO SOBRE SUAS NECESSIDADES E OS  
DESAFIOS FRENTE ÀS POLÍTICAS SOCIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social, orientado pela

**Professora Doutora Rosana de C. M. Freitas.**

**FLORIANÓPOLIS – SC  
2007**

**GREICE KELI DA SILVA**

**CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES:  
UMA REFLEXÃO SOBRE SUAS NECESSIDADES E OS DESAFIOS  
FRENTE ÀS POLÍTICAS SOCIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio - Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Rosana de C. M. Freitas**

Orientadora e Presidente da Banca  
Professora Doutora do Departamento de Serviço Social – UFSC

---

**Teresa Kleba Lisboa**

Professora Doutora do Departamento de Serviço Social - UFSC  
1ª Examinadora

---

**Rita de Cássia Gonçalves**

Assistente Social  
2ª Examinadora

Florianópolis, 14 de novembro de 2007

*Dedico este trabalho aos meus pais – Madalena  
e Luiz e ao meu amado Anderson por me darem carinho, amor e incentivo constante durante  
esta caminhada.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço sobre tudo a Deus, por esta caminhada e por se fazer presente em todos os dias de minha vida.

Aos meus pais, pela vida, por todo amor, compreensão, pela incansável dedicação em todos os momentos de minha vida e por sempre me lembrarem da importância da educação.

Ao meu amado Anderson, pela atenção, carinho, amor, incentivo, pela confiança que deposita em meus potenciais, e principalmente por sua adaptabilidade aos horários e situações imprevisíveis que o submeti.

Aos meus irmãos Max e Jackson, por simplesmente existirem na minha vida.

A toda minha família, em especial a tia Nena, pelo apoio, pelo incentivo e carinho constante.

A minha vózinha e vozinho que já estão no andar de cima, mas que com certeza estavam ao meu lado durante todo este tempo me transmitindo força e luz.

A minha afilhada Rafaellen, que surgiu em minha vida neste momento tão especial, me proporcionando alegrias, momentos de risadas e descontração, em uma fase tão conturbada da minha graduação.

As minhas grandes e eternas amigas Sabrina e Mery, pela amizade e pelo incentivo a toda esta caminhada percorrida.

Aos meus colegas da graduação e estágio da Gerência de Atenção ao Idoso, Maicon, Helaine, Mirelli e Carla, por dividirem comigo todos os momentos de aflição desta fase.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup> Doutora Rosana de C. M. Freitas, pela disponibilidade, dedicação, incentivo, por compartilhar seu conhecimento para a elaboração desta monografia, indicando sempre a direção a ser tomada nos momentos de maior dificuldade e por aceitar trabalhar o tema escolhido pelo meu coração. Agradeço a oportunidade de ser orientada por tamanha intelectual.

A toda equipe da DPI/CEPEn/HU, por sempre estarem ao meu lado me dando força para alcançar meus ideais, em especial a Joyce, por toda colaboração, incentivo e amizade oferecida neste momento especial da minha vida.

A toda a equipe da Gerência de Atenção ao Idoso, em especial a equipe do Programa

Psicossocial e do Renda Extra (Miriam). A minha supervisora de campo, pelos ensinamentos e pela serenidade apresentada, a Luciane, pelo apoio técnico, como também, àquelas que já não fazem mais parte desta Gerência mais que com certeza serviram-me de exemplo e estão no meu coração (Dalva e Silvana).

Aos cuidadores de idosos entrevistados, pela gentileza com que aceitaram participar deste trabalho desenvolvido.

A Professora Doutora Teresa Kleba Lisboa e a Assistente Social Rita de Cássia Gonçalves por aceitarem participar da banca desta monografia.

A ex-professora e Assistente Social Luiza Gerber, por compartilhar comigo todos os momentos difíceis do meu estágio e por ser a percussora da minha primeira oportunidade de trabalho.

Aos professores do Departamento do Curso de Serviço Social/UFSC, pela garra e perseverança com que conduzem o curso, em especial a minha amada professora Cristiane Claudino por toda sua dedicação, compreensão, amizade e exemplo a ser seguido.

A todos vocês, a minha eterna gratidão!

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão do Curso tem entre seus objetivos contribuir para o aprofundamento das questões presentes no processo de envelhecimento, analisar os efeitos causados na vida do cuidador familiar/informal de idosos dependentes e apontar os desafios em se (re)pensar novas formas de atendimento para o idoso e o cuidador familiar. A pesquisa de caráter exploratório teve uma amostra constituída de treze cuidadores, ou seja, 50% do universo de idosos caracterizados como dependentes e que possuíam cuidadores familiares, atendidos no Programa Renda Extra, localizado na Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis. Para a realização desta pesquisa foi recuperada brevemente a trajetória das políticas sociais voltadas ao idoso no Brasil, priorizou-se os projetos e programas oferecidos aos idosos no Município de Florianópolis. Na seqüência foram abordados os aspectos históricos, conceituais do cuidador familiar e sua relação com o Estado, dando seqüência a análise dos dados pesquisados. Constatou-se, a importância do município em ampliar políticas voltadas para o idoso, mas sobretudo, no que diz respeito á criação de projetos interdisciplinares e intersetoriais voltados aos cuidadores familiares de idosos.

Palavras-chave: Idoso, Cuidador familiar, Políticas Públicas.

## LISTA DE SIGLAS

AFLOV - Associação Florianopolitana de Voluntários  
AME - Assembléia Mundial sobre Envelhecimento  
APCELESC - Associação dos Aposentados e Pensionistas da Celesc  
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento  
BPC - Benefício de Prestação Continuada  
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões  
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações  
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
CJAI - Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos  
CMI - Conselho Municipal do Idoso  
CNPJ - Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica  
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social  
FUSESC - Fundação Codesc de Seguridade Social  
GAI - Gerência de Atenção ao Idoso  
GEAP - Fundação de Seguridade Social  
GERSA - Gerência da Saúde  
IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensões  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ILPIs - Instituições de Longa Permanência de Idosos  
IPQ – Instituto Psiquiátrico  
LA/PSC - Liberdade Assistida/ Prestação de Serviço à Comunidade  
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social  
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social  
MPAS/SAS - Ministério da Previdência e Assistência Social / Secretaria de Assistência Social  
NAF - Núcleo de Apoio a Família  
NOB - Norma Operacional Básica  
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil  
ONGs - Organizações Não-Governamentais  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAME - Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento  
PASA - Programa de Atenção Sócio Assistencial



PMAS - Plano Municipal de Assistência Social

PMF - Prefeitura Municipal de Florianópolis

PNI - Política Nacional do Idoso

PROATI - Programa de Atenção a Terceira Idade

PSF - Programa Saúde da Família

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SESAS - Secretaria de Educação, Saúde e Assistência Social

SESC - Serviço Social do Comércio

SETUF - Sindicato das Empresas de Transporte Urbano de passageiros da Grande Florianópolis

SMCAIFDS - Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

ULS - Unidade Local de Saúde

VNAS - Visiting Nurses Association (Associação das Enfermeiras Visitantes)

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Figura 1:Organograma da Gerência de Atenção ao Idoso (GAI).....</b>	<b>42</b>
<b>Gráfico 1: Situação ocupacional do cuidador que não trabalha fora - Florianópolis, 2007.....</b>	<b>86</b>
<b>Gráfico 2: Distribuição da frequência de dores no corpo, em cuidadores de idosos dependentes – Florianópolis 2007.....</b>	<b>95</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1: Evolução e projeção da população idosa no Brasil (1970 – 2025).....</b>	<b>20</b>
<b>Tabela. 2: População Total e Porcentagem de Idosos em Florianópolis, Santa Catarina e Brasil (1991-2000).....</b>	<b>33</b>
<b>Tabela 03: Distribuição dos idosos segundo a faixa etária e o sexo. Florianópolis, 2007.....</b>	<b>75</b>
<b>Tabela 04: Distribuição do número de filhos por idoso, Florianópolis, 2007.....</b>	<b>76</b>
<b>Tabela 05: Distribuição da Profissão do idoso, Florianópolis, 2007.....</b>	<b>77</b>
<b>Tabela 06: Distribuição dos diagnósticos clínicos e situações que se encontram os treze idosos dependentes, Florianópolis, 2007.....</b>	<b>78</b>
<b>Tabela 07: Distribuição da Renda dos Idosos Dependentes, Florianópolis, 2007.....</b>	<b>80</b>
<b>Tabela 08: Distribuição do perfil do cuidador familiar, Florianópolis, 2007 .....</b>	<b>81</b>
<b>Tabela 09: Distribuição do cuidador segundo o vínculo, familiar com o idoso dependente. Florianópolis, 2007 .....</b>	<b>83</b>
<b>Tabela 10: Distribuição da Renda familiar e número de pessoas da residência, Florianópolis, 2007.....</b>	<b>84</b>
<b>Tabela 11: Distribuição do tipo de ajuda recebida pelos cuidadores no processo de cuidar de um idoso dependente. Florianópolis, 2007.....</b>	<b>88</b>
<b>Tabela 12: Distribuição de quem vem a ajuda recebida pelos cuidadores - Florianópolis, 2007.....</b>	<b>90</b>
<b>Tabela 13 – Distribuição das atividades realizadas pelo cuidador no atendimento domiciliar - Florianópolis, 2007.....</b>	<b>91</b>
<b>Tabela 14: Distribuição das atividades básicas que são realizadas pelo idoso, pelos cuidadores ou com ajuda de terceiros Florianópolis, 2007.....</b>	<b>93</b>

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS .....</b>	<b>8</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1 POLÍTICAS SOCIAIS VOLTADAS AO IDOSO .....</b>	<b>17</b>
1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL .....	17
1.2.O IDOSO NO BRASIL.....	19
1.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO .....	21
<b>1.3.1 A Constituição Federal de 1988.....</b>	<b>23</b>
<b>1.3.2 A Lei Orgânica de Assistência Social.....</b>	<b>25</b>
<b>1.3.3 Política Nacional do Idoso.....</b>	<b>26</b>
<b>1.3.4 Política Estadual do Idoso.....</b>	<b>27</b>
<b>1.3.5 O Estatuto do Idoso.....</b>	<b>28</b>
<b>1.3.6 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa .....</b>	<b>30</b>
<b>2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O IDOSO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS .....</b>	<b>32</b>
2.1 O MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS E A POPULAÇÃO IDOSA.....	32
2.2 A PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS E A SECRETARIA MUNICIPAL DA CRIANÇA, ADOLESCENTE, IDOSO, FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL (2001 ATÉ A ATUALIDADE) .....	34
<b>2.2.1 A Gerência de Atenção ao Idoso.....</b>	<b>40</b>
<b>2.2.2 Programas, Projetos, Serviços e Atividades desenvolvidos na Gerência de Atenção ao Idoso (GAI).....</b>	<b>43</b>
<b>3 CUIDADOR FAMILIAR: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E SUA RELAÇÃO COM O ESTADO .....</b>	<b>52</b>
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO CUIDADOR DOMICILIAR.....	52
3.2 O CUIDAR E OS CUIDADORES DE IDOSOS: TIPOS, CONCEITOS E SIGNIFICADOS	55
3.3 O CUIDADOR FAMILIAR, AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A REDE SOCIAL .....	64
<b>4 OS EFEITOS NA VIDA DO CUIDADOR FAMILIAR EM CUIDAR DO IDOSO DEPENDENTE E A CONSTATAÇÃO DA NECESSIDADE DE NOVAS FORMAS DE ATENDIMENTO .....</b>	<b>73</b>
4.1 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA .....	73
4.2 O PERFIL DOS IDOSOS DEPENDENTES .....	75
<b>4.2.1 As conseqüências do ato em cuidar na voz do cuidador familiar .....</b>	<b>81</b>
4.3 (RE)PENSANDO NOVAS FORMAS DE ATENDIMENTO PARA O IDOSO E O CUIDADOR FAMILIAR .....	109
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>131</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>135</b>

<b>APÊNDICES</b> .....	142
<b>ANEXOS</b> .....	151

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho é requisito parcial para integralização do curso de Serviço Social e a obtenção do título bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Este trabalho é o resultado da pesquisa realizada, que teve como intuito analisar os efeitos causados na vida do cuidador familiar/informal de idosos dependentes atendidos na Gerência de Atenção ao Idoso no Município de Florianópolis, objetivando (re)pensar novas formas de atendimento para o idoso e o cuidador familiar.

O interesse pela temática surgiu a partir da experiência de estágio na Gerência de Atenção ao Idoso (GAI), no Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, que está inserido na Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Família e Desenvolvimento Social (SMCAIFDS) do Município de Florianópolis.

O período de realização de estágio na Gerência de Atenção ao Idoso (GAI), teve início em setembro de 2006 e se encerrou em setembro de 2007.

As experiências vivenciadas durante este período levaram-me a pensar como é importante à criação de projetos e programas que valorizem o espaço familiar como um todo e partilhem com a família a responsabilidade de proteção social.

As mudanças que vêm ocorrendo na pirâmide populacional a nível mundial e nacional mostram que o número de pessoas idosas está aumentando de maneira significativa, o que vem contribuindo para o aumento de estudos que abordam o processo de envelhecimento assim como as repercussões no processo do cuidado através das famílias.

Segundo dados do Censo de 2000 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constata-se mudanças na estrutura etária da população no que diz respeito à duplicação, entre 1940 e 2000, do número de indivíduos com mais de 60 anos. O Censo 2000 mostra que a população de 60 anos ou mais de idade, no Brasil, era de 14.536.029 de pessoas, contra 10.722.705 em 1991.

Augustine (2003) nos traz dados a qual demonstra que no ano de 2050 haverá 16.224.000 idosos, ou seja, de cada 13 brasileiros, 01 será idoso. Isto nos mostra, que se o aumento da população idosa prosseguir neste ritmo, no ano de 2050, esta faixa etária da população corresponderá cerca de 15% da população total.

Políticas voltadas ao idoso e sua relação com a família já vem sendo elaboradas desde a Constituição Federal de 1988, onde já versava em seu artigo 230, que “a família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar às pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar garantindo-lhes o direito a vida”, e a evolução destas políticas vem ocorrendo até os dias atuais.

Compreendendo a garantia de prioridade destas políticas estabelecidas, dentre outras que viram a ser criadas, deve-se então, criar maneiras de efetivá-las para que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade para o idoso e para a família que se responsabiliza pela proteção deste, pois o cuidador familiar/informal após um determinado tempo, tende a desenvolver sentimentos que devem ser compreendidos, como parte da relação entre o cuidar e a pessoa cuidada.

Em face destes aspectos e a crescente demanda da procura da família na Gerência de Atenção ao Idoso diante das dificuldades conflitantes que estes membros vêm apresentando, considerou-se necessário analisar as implicações ocasionadas nos cuidadores familiares/informais de idosos, para que se possa refletir em novas estruturas sociais e institucionais capazes de aliviar a carga que estes sujeitos vêm apresentando, para que os idosos possam envelhecer em seu meio rodeado de sua família.

Para tanto, o trabalho está estruturado da seguinte forma. O primeiro capítulo: *Políticas sociais voltadas ao idoso*, aborda brevemente a trajetória das políticas públicas direcionadas ao idoso no Brasil até o contexto atual.

O segundo capítulo: *Políticas públicas voltadas para o idoso no Município de Florianópolis*, prioriza as políticas voltadas ao idoso no município de Florianópolis, através dos projetos e programas desenvolvidos para este segmento populacional.

O terceiro capítulo: *Cuidador familiar: aspectos históricos, conceituais e sua relação com o Estado*, traz a trajetória histórica do cuidador domiciliar enquanto originário da área da medicina e da enfermagem, assim como suas denominações construídas desde o século XIX até o presente século, abordando também a sua relação com as políticas públicas e a rede social.

O quarto capítulo: *Os efeitos na vida do cuidador familiar em cuidar do idoso dependente e a constatação da necessidade de novas formas de atendimento*, traz o procedimento da pesquisa e a análise dos efeitos causados na vida econômica, emocional, física, social e familiar desse cuidador no processo em cuidar de um idoso dependente. Ao seu

final recupera-se as atuais propostas de atendimento ao idoso no Município de Florianópolis bem como se encaminha algumas sugestões.

A presente monografia também poderá contribuir para o trabalho desenvolvido na Gerência de Atenção ao Idoso, e especialmente ao setor de Serviço Social, no sentido de promover reflexões e mudanças na forma de olhar esta nova demanda que se apresenta à Política de Assistência Social e ao Serviço Social e traz também para o meio acadêmico uma maior visibilidade desta temática ainda, pouco discutida.



## 1 POLÍTICAS SOCIAIS VOLTADAS AO IDOSO

O envelhecimento populacional planetário, e mais recentemente, também nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, tem colocado o desafio para se criar novas estruturas e políticas públicas para se enfrentar essa nova realidade do envelhecimento, com soluções criativas e viáveis, especialmente nos países do terceiro mundo. Esse envelhecimento tem exigido respostas no que diz respeito especialmente às políticas sociais dirigidas à população idosa, com o intuito de preservar sua saúde e garantir a qualidade de vida.

O contexto das políticas públicas voltadas ao idoso se relacionam com o desenvolvimento sócio-econômico e cultural, bem como a ação reivindicatória dos movimentos sociais pela efetivação das mesmas. Este capítulo foi elaborado com o intuito de apresentar as principais legislações que orientaram a implementação dos direitos e desta forma contribuir para a autonomia, a integração e a participação, desse segmento populacional.

### 1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

No Brasil, a política social<sup>1</sup> nasceu e se desenvolveu como parte de uma estratégia de intervenção e controle do Estado sobre as classes trabalhadoras no enfrentamento dos problemas sociais. Deve, portanto ser compreendida na ótica do processo de desenvolvimento capitalista que configura o Estado brasileiro como guardião do capital e normalizador da ordem social.

Neste sentido, os conceitos de Estado e Política interpenetram-se e confundem-se.

Vicente (1983, p. 3) analisando a década de 1980 já afirmava:

A política social nos dias atuais, só pode ser compreendida à luz da postura do Estado Moderno que, renegando a sociedade civil como um todo, representa o grupo hegemônico no poder, cuja racionalidade centrada no mercado, permeia toda a ação estatal, resultando na marginalidade dos contingentes mais expressivos da população.

---

<sup>1</sup> Segundo Abranches (1987, p. 10) a política social é parte, precisamente do processo estatal de alocação e distribuição de valores. Está portanto, no centro do confronto entre interesses de grupos e classes, cujo objeto é a reapropriação de recursos, extraídos dos diversos segmentos sociais, em proporção distinta, através da tributação.

Segundo Oliveira (1996, p. 20) a Política social surge, desse modo, no hiato derivado dos desequilíbrios na distribuição, que favorecem a acumulação em detrimento das necessidades sociais básicas e da igualdade.

Nessa perspectiva, completa Vicente (1983, p. 65 )

A política social se manifesta como instrumento de equilíbrio do Estado, entre a ordem econômica e a ordem social, cuja contradição maior consiste no fato de que o Estado é gerido por uma classe dominante que o manipula a favor de seus interesses, inviabilizando o ajustamento entre os interesses antagônicos da sociedade civil e o papel do Estado.

Portanto, as políticas sociais estão permeadas pelas contradições e tensões entre os imperativos da reprodução do capital e as necessidades de reprodução da força de trabalho. O Estado torna-se, então, interlocutor das demandas sociais, bem como agente indutor das políticas que regulam a dinâmica geral da sociedade (OLIVEIRA, 1996).

Tal modelo mantém o trabalhador na condição de assistido, beneficiário ou favorecido pelo Estado, e não usuário, consumidor e possível gestor de um serviço a que tem direito. Contraditoriamente, ao excluir, inclui, enquanto forma de atendimento das suas necessidades sociais na sociedade capitalista (SPOSATI, 1985).

As políticas de assistência social deixam de universalizar suas proposições a todos os segmentos sociais e deixam de estabelecer reais garantias de sua inclusão, não gerando seus direitos como efetivos, fazendo assim com que a falta da universalização, da efetivação dos direitos, gerem na população, a dificuldade de acesso aos serviços básicos que vem ampliando a demanda por serviços sociais, como também a falta de política global de assistência social que oriente as ações das instituições públicas e privadas, e a excessiva centralização e burocratização na condução dos programas.

Visando estas contradições, Pastorini (1997) percebe como alternativa, a incorporação da perspectiva da luta de classes e da totalidade, na análise e debate das políticas sociais. A luta de classes indica uma relação entre os sujeitos protagonistas e a totalidade porque implica pensar as políticas sociais, a partir de uma ótica tanto política, quanto social e econômica.

Assim, para se analisar as políticas sociais, numa perspectiva de luta de classes e de totalidade, é mister que se tenha claro o modelo de políticas sociais que vem historicamente sendo gestado no país. Essa compreensão requer que se recupere a dimensão da política como o espaço da participação, do debate amplo e aberto dos interesses, mas também da articulação e da construção de projetos coletivos para além dos interesses individuais, setoriais e

corporativos.

## 1.2.O IDOSO NO BRASIL

O termo “idoso” no Brasil, passou a ser utilizado de fato, no final de 1960. Este termo marca um tratamento mais respeitoso a esse segmento. Segundo Peixoto (apud SILVA, 1993, p. 73) “[...] o termo ‘velho’ tem, assim uma conotação negativa ao designar, sobretudo, as pessoas de mais idade pertencentes às camadas populares que representam nitidamente os traços do envelhecimento e do declínio”.

Aos poucos, a nomenclatura “idoso” passou a ser adotada pelas instituições governamentais brasileiras, banindo aos poucos, o termo “velho” dos textos oficiais, por ser considerado sinônimo de decadência. Segundo Zimmerman (2000, p. 229), o termo “velho” não tem nada de depreciativo, pois, “[...] depreciativo é substituir a palavra por eufemismo, como se velho fosse um defeito a ser escondido [...] o que deve ser mudado não é a forma de se referir ao velho, mas sim a maneira de tratá-lo”.

Não descartando a terminologia “velho”, mas dando preferência neste trabalho em utilizar o termo “idoso” a partir do ponto de vista instrumental e apresentando o que estabelece a legislação, ou seja, todos aqueles cidadãos maiores ou iguais a 60 anos independente da camada social, é que este termo foi escolhido e o reportará como um indivíduo formulador de políticas e que possuem objetivos relacionados com a sua condição em um determinado ponto no curso de vida orgânica, quanto em um ponto do ciclo de vida social.

O envelhecimento populacional esta crescendo a passos largos no Brasil e junto disto os processos de transição demográfica e epidemiológica no Brasil vêm se desenvolvendo de forma heterogênea e estão associados, em grande parte, às desiguais condições sociais observadas no país.

A transição demográfica no Brasil está em curso, como podemos observar na tabela a seguir e ainda vai se expressar de forma mais intensa a partir dos próximos anos.

**Tabela 1: Evolução e projeção da população idosa no Brasil (1970 – 2025)**

ANOS	POPULAÇÃO TOTAL	POPULAÇÃO COM 60 ANOS E MAIS	% DA POPULAÇÃO IDOSA SOBRE O TOTAL
*1970	93.137.796	4.716.206	5,06 %
*1980	119.002.706	7.216.017	6,06%
*1990	150.367.841	10.613.000	7,06%
**2000	169.700.000	14.536.029	8,6%
***2025	322.666.670	34.000.000	15%

Fonte: \*Anuário Estatístico – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE 1990.

\*\* Censo IBGE 2000. \*\*\* Estimativa IBGE (apud Souza 2004)

No Brasil a sociedade vem apresentando transformações em sua pirâmide etária, revelando-se nos últimos 30 anos um aumento na participação da população idosa.

O acréscimo da quantidade de idosos na população torna-se uma questão desafiadora, pois este grupo populacional não é homogêneo do ponto de vista social, econômico e de distribuição espacial, havendo inclusive, diferentes características e necessidades dentro das faixas etárias nas quais se pode dividir esta categoria (SOUZA, 2004).

Dados obtidos a partir do Censo Demográfico da Fundação IBGE (2000), mostram que em Santa Catarina no ano de 1991 a população idosa era de 306.806 e no ano de 2000, a mesma população chegou a 430.433, podendo-se identificar com esta nova situação demográfica, 123.627 idosos a mais, que o índice de envelhecimento aumentou consideravelmente entre 1991 e 2000.

Portanto, este crescimento populacional demanda novas estratégias que possam fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, e capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos do setor saúde. A população idosa se constitui então, como um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, tanto do ponto de vista das condições sociais, quanto dos aspectos demográficos e epidemiológicos. Qualquer que seja o enfoque escolhido para estudar este grupo populacional, são bastante expressivos os diferenciais por gênero, idade, renda, situação conjugal, educação, atividade econômica etc.

De acordo com Beauvoir (1990, p. 58) a velhice para ser abrangida em sua totalidade deve ser considerada não somente como um fato biológico, mas também, como um fato cultural. E neste sentido a autora assim se expressa:

A velhice, como todas as outras situações humanas, tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo

e com sua própria história [...]. Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade a qual pertence.

Segundo Souza (2004), toda sociedade possui normas de linguagem, comportamentos e valores que confirmam o universo da cultura a qual está inserida. Desse modo, os significados atribuídos aos fatos e as coisas numa determinada sociedade serão distinguidos daqueles pertencentes à outra sociedade. O que significa que hoje na sociedade brasileira, ser idoso é viver numa circunstância de discriminação social. Esta visão do velho acarreta uma precarização na qualidade de vida destes, deixando-os a mercê da sociedade, tornando muitos desses indivíduos marginalizados e estigmatizados.

A situação do velho passa a ser cada vez mais configurada como uma forma de exclusão social. Paz (2000) define esta situação como sendo *apartheid social*, cujo o velho se torna cada vez mais alheio frente ao mercado econômico.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a situação do idoso configura-se como uma expressão da questão social<sup>2</sup> posta atualmente no Brasil, principalmente nas classes subalternas. (SILVA, 2005).

Diante desta situação, somente poderá se alterar se seus valores culturais, à medida que o tempo atravessar a população, internalizar valores que oferecem uma visão mais solidária em relação aos idosos, a fim de que os mesmos possam gozar de uma vida digna junto a sua família fazendo se cumprir os referidos direitos contidos e expressada nas políticas de atenção ao idoso e os que venham a ser criados.

### 1.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO

As políticas voltadas aos idosos foram sendo criadas a passos lentos na história do país. No período colonial, a única lei que beneficiava os idosos era a Cotejipe ou dos “Sexagenários”, de 1885, que declarava livre os escravos com mais de 65 anos de idade,

---

<sup>2</sup> Para Pereira (2001, p. 59), questão social define-se como a “existência de relações conflituosas entre portadores de interesses opostos ou antagônicos – dada a sua desigual posição na estrutura social – na qual os atores dominados conseguem impor-se como forças políticas estratégicas e problematizar efetivamente necessidades e demandas, obtendo ganhos sociais relativos”.

mediante indenização paga aos proletariados (CHIOCCA, 2004, p. 29).

A intervenção do Estado na assistência social através das políticas sociais no Brasil teve início na década de 1930, em que os conflitos entre a classe proletária e a burguesa foram se agravando no cenário do país.

Conflitos estes, que foram causados pelo aumento do desemprego, pelas condições precárias de trabalho e pela queda de salários, levando a classe operária a se organizar principalmente através de seus sindicatos, transformando-se em fortes instrumentos de luta.

Estas lutas resultaram na criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, tendo como uma das atribuições orientar e supervisionar a Previdência Social, inclusive como órgão de recursos das decisões das Caixas de Aposentadorias e Pensões e a determinação da criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os empregados nos serviços de força, luz e bondes.

A partir de 1933 o modelo de Caixas foi substituído por um modelo de vinculação exclusiva ao gênero ou à categoria profissional: os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), no entanto as CAPs continuaram a existir até os anos de 1960.

O modelo dos IAPs representou uma expansão de cobertura, no sentido de procurar vincular aos Institutos boa parte dos trabalhadores urbanos formais e autônomos.

Em 1960, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que já tramitava há 13 anos no Legislativo, abriu-se o caminho para a unificação da Previdência Social, com a aprovação de um regulamento com a criação de um esquema geral de funcionamento e financiamento único para os IAPs existentes. A LOPS representou, na prática, a cobertura potencial de todos os trabalhadores urbanos, exceto empregados domésticos e ministros religiosos, incluídos em 1972 - os primeiros, de forma compulsória, e os outros, de forma facultativa.

No ano de 1974, o elenco de benefícios da previdência social rural foi acrescido de duas novas espécies: o amparo previdenciário para os maiores de 70 anos e inválidos definitivamente incapacitados para o trabalho, que não tivessem outra fonte de renda (Lei 6.179, de 11 de dezembro) e o Seguro Acidentes do Trabalhador Rural (Lei 6.195, de 19 de dezembro).

Podemos considerar, ainda, como um marco importante para as políticas de atenção ao idoso a realização da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento (AME) em 1982 em

Viena, patrocinada pela Organização das Nações Unidas, onde foi traçado o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento (PAME) (SOUZA, 2004).

O PAME durante a década de 1980, constituiu-se num importante instrumento para a orientação das políticas sociais voltadas para a Terceira Idade e uma década depois no Brasil é que se apresentou um marco nas políticas sociais, voltadas para este segmento da população, com a Política Nacional do Idoso ( PNI).

Visando reforçar as diretrizes contidas na PNI é que em 2003 foi elaborado um novo instrumento legal, o Estatuto do Idoso, contando com 118 artigos versando sobre as diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos.

Considerando-se a partir deste, a saúde como sendo um direito, é que foi considerado a necessidade de se dispor de uma política atualizada relacionada a saúde do idoso, resultando na aprovação em 2006 da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Entretanto, entendendo-se por política social o funcionamento de instituições, mecanismos ou programas destinados a reduzir as desigualdades sociais ou atender grupos populacionais considerados socialmente vulneráveis, é que para falar sobre a política social do idoso no Brasil vai se abordar na seqüência a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica de Assistência social, a Política Nacional do Idoso, a Política Estadual do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

### **1.3.1 A Constituição Federal de 1988**

A Constituição Federativa de 1988 em seu Art. 203, explicita que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente da contribuição à seguridade social. Sendo assim, a partir de sua consolidação tornou-se possível elaborar diversas leis, atendendo os interesses dos mais variados segmentos, e entre eles, o idoso aparece pela primeira vez, de forma legal, como cidadão e sujeito de direitos, mais especificamente em seu Art. 230, o qual dispõe que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo, sua dignidade e bem estar e garantindo-lhe o direito à vida”.

De acordo com Augustini ( apud SOUZA, 2004), a Constituição Brasileira de 1988 é um exemplo claro da mudança de postura em relação ao tema da velhice. Para o autor diversos artigos da Constituição Federal abordam questões sobre a velhice e os idosos de maneira geral. Entretanto segundo este, o fato da Constituição de 1988 incluir a velhice como uma de suas preocupações, não inclui explicitamente no artigo sobre Direitos Sociais a proteção a velhice, como ocorreu em relação à criança e ao adolescente.

Assistência Social como política pública de proteção social, como direito do cidadão e dever do Estado, somente é assim considerada e tratada a partir da Constituição Federal de 1988 (Art. 203), formando o tripé da Seguridade Social, com a Saúde e a Previdência Social.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; a previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atenderá, nos termos da lei.

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. (BRASIL, 1988, art. 203)

A Assistência Social visando atender os grupos mais vulneráveis que não tem acesso aos serviços básicos de saúde, educação, segurança, trabalho e geração de renda, gerados pelos problemas do desequilíbrio do sistema econômico-social e das falhas e precariedades das grandes políticas sociais básicas, foi que se fez necessário adotar medidas mais efetivas envolvendo a sociedade criando-se em 1993 a Lei Orgânica de Assistência Social que será abordada a seguir.



### 1.3.2 A Lei Orgânica de Assistência Social

No dia 12 de dezembro de 1993, foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) que, além de abordar a organização das políticas de assistência nas três esferas de governo, dispõe sobre medidas específicas, como a garantia de programas e serviços de atenção à criança, ao jovem, ao idoso, ao deficiente e à família em condição de vulnerabilidade social e pobreza, desenvolvidos em parcerias entre as esferas.

A LOAS deixa claro que a Assistência Social é direito do cidadão e dever do Estado. Política de seguridade social não contributiva devendo prover os mínimos sociais, por meio de um conjunto integrado de ações da iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas do cidadão.

Neste sentido, são objetivos da assistência social como citado anteriormente, a proteção e o amparo à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; a promoção da integração ao mercado de trabalho, além da promoção e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência, e a garantia de um salário mínimo de benefício mensal aos deficientes ou idosos que comprovem incapacidade de prover sua própria manutenção.

Ainda de acordo com a referida lei, compete ao Ministério da Previdência e Assistência Social – Secretaria de Assistência Social (MPAS/SAS), a coordenação da Política Nacional de Assistência Social, priorizar o atendimento não asilar aos idosos, devendo efetivar de forma descentralizada as seguintes ações:

- Benefício de Prestação Continuada (BPC);
- Centros de Convivência;
- Centros de cuidados diurnos;
- Casa Lar;
- Atendimento Domiciliar;
- Atendimento Asilar;
- Oficinas Abrigadas de Trabalho;
- Pró-rendas;
- Formas alternativas de atendimento;

A Assistência Social no Brasil, prevendo uma rede de proteção, de programas e projetos executados pelos Estados, Municípios, Distrito Federal e Entidades Sociais, visando assegurar também os direitos sociais da população idosa, promovendo sua autonomia, integração e participação efetiva, é que portanto, foi criada em 1994 a Política Nacional do Idoso (PNI).

### **1.3.3 Política Nacional do Idoso**

No dia 04 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei nº 8.842, ou Política Nacional do Idoso (PNI), sendo a mesma regulamentada somente em 1996 (Anexo A).

Através de mobilização da sociedade civil e de órgãos governamentais, o Ministério da Previdência e Assistência Social passou a implementar políticas para que os idosos tivessem seus direitos garantidos. A Política Nacional do Idoso, cujo objetivo é assegurar os direitos sociais dos idosos, promovendo sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, garante desta forma, o direito de acesso à cidadania, do qual devem ser assegurados pelo Estado, pela família e pela sociedade.

A PNI (1994) Seção II, ainda estabelece na condição de instrumento legal e legítimo, algumas diretrizes como:

- viabilizar a participação do idoso na sociedade, através de organizações, a fim de proporcionar a integração com as demais gerações;
- priorizar o atendimento ao idoso, por intermédio de suas próprias famílias, ao invés de asilos, com exceção dos idosos que não possuam condições de garantir sua sobrevivência;
- descentralizar as ações político-administrativas;
- capacitar e reciclar os recursos humanos nas áreas de geriatria<sup>3</sup> e gerontologia<sup>4</sup>;

---

<sup>3</sup> Segundo Neri (2001), em 1909 o médico Nascher introduziu na literatura o neologismo Geriatria, para denotar o estudo clínico da velhice, por analogia com Pediatria, que é o estudo clínico da infância. Hoje o campo da Geriatria compreende a prevenção e o manejo das doenças do envelhecimento.

<sup>4</sup> Gerontologia segundo a mesma autora é o campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais.

- difundir informações sobre os planos, programas e projetos destinados a este segmento, bem como dos aspectos biopsicossociais que estão ligados ao processo de envelhecimento em cada nível de governo;
- priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços;
- apoiar estudos, pesquisas e eventos sobre as questões do envelhecimento;
- estimular a criação de atendimento não asilar.

Ao verificar que a Política Nacional do Idoso versa sobre a responsabilidade também do Estado em assegurar os direitos dos idosos é que será abordado a seguir a Política Estadual do Idoso.

#### **1.3.4 Política Estadual do Idoso**

Em 07 de junho de 2000, foi sancionada a Lei nº 11.436, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso de Santa Catarina. A referida Lei, dispõe de 15 (quinze) artigos, que visam assegurar a cidadania do idoso, criando condições para a garantia dos seus direitos, de sua autonomia, integração e a participação efetiva na sociedade. (Anexo B)

Segundo o Capítulo III, art. 6º da Política Estadual do Idoso, competirá ao Estado por intermédio do órgão responsável pela Assistência Social, no caso, a Secretaria Estadual de Assistência Social, Trabalho e Habitação:

- I - coordenar as ações relativas à Política Estadual do Idoso;
- II - participar na formulação, acompanhamento e avaliação da Política Estadual do Idoso;
- III - promover a articulação com as Secretarias Estaduais e Órgãos Federais responsáveis pelas políticas de Saúde, Previdência Social, Assistência Social, Trabalho, Habitação, Justiça, Cultura, Educação, Esporte, Lazer, Urbanismo, Agricultura, Segurança Pública, Ciência e Tecnologia visando a implementação da Política Estadual do Idoso;
- IV - apoiar o Conselho Estadual do Idoso na elaboração do diagnóstico da realidade

do idoso no Estado, visando subsidiar a elaboração do plano de ação;

V - prestar assessoramento técnico às entidades, prefeituras municipais e organizações de atendimento ao idoso no Estado de acordo com as diretrizes definidas pelo Conselho Estadual do Idoso;

VI - formular política para a qualificação sistemática e continuada de recursos humanos na área do idoso;

VII - garantir o assessoramento técnico ao Conselho Estadual do Idoso bem como a órgãos estaduais e entidades não governamentais, no sentido de tornar efetivos os princípios, as diretrizes e os direitos estabelecidos na Lei federal nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto federal nº 1948, de 03 de julho de 1996, e nesta Lei estadual;

VIII - prestar apoio técnico e financeiro às iniciativas comunitárias de estudo e pesquisas na área do idoso;

IX - coordenar e manter atualizado o sistema de cadastro de entidades e organizações de atendimento ao idoso no Estado (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2000).

Foi no ano de 2004 com a intenção de abranger com absoluta prioridade e instituir penas aplicáveis a quem desrespeitar ou abandonar o cidadão idoso, é que o Estatuto do Idoso foi criado.

### **1.3.5 O Estatuto do Idoso**

Positivar um Direito é sempre proporcionar benefícios à sociedade, é um avanço, pois poderá se utilizar a lei como instrumento para validar reivindicações.

Após tramitar 07 (sete) anos pelo Congresso Nacional, o Estatuto do Idoso foi aprovado por unanimidade pela Câmara de Deputados e pelo Senado Federal. A Lei Federal nº 10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, (Anexo C) foi aprovada em setembro de 2003 e sancionada em 01 de outubro do mesmo ano e entrou em vigor no dia 01 de janeiro de 2004, trazendo grandes avanços no campo dos direitos aos idosos.

Segundo o Estatuto é considerado idoso a pessoa que tem idade igual ou superior a 60

(sessenta) anos. A família, a comunidade e o Poder Público têm o dever de garantir ao idoso, com absoluta prioridade, os direitos assegurados à pessoa humana. Segundo Rocha (2003, p. 1), entende-se por prioridade humana:

- a preferência na formulação de políticas sociais;
- o privilégio para os idosos na destinação de recursos públicos;
- a viabilização de formas eficazes de convívio, ocupação e participação dos mais jovens com os idosos;
- a prioridade no atendimento público e privado;
- a manutenção do idoso com a sua própria família;
- o estabelecimento de mecanismos que esclareçam à população o que é o envelhecimento e a garantia de acesso a rede de saúde e assistência social.

Dispondo de 118 Artigos, o Estatuto do Idoso trouxe várias mudanças significativas, inclusive punição para os casos como: abandono de idosos em hospitais ou casas de saúde; violência doméstica, expondo a integridade e a saúde do idoso; violência doméstica que resultem em lesão corporal grave; negar emprego ou negar acesso a cargo público por causa da idade; negar acolhimento de idosos em abrigos; expor o idoso a situações que resulte em morte e outras (SILVA, 2005).

A aprovação do Estatuto do Idoso foi um grande avanço para o sistema legal brasileiro. Seu Capítulo VII, Título VIII (Ordem Social), nos Arts. 229 e 230 versam sobre alguns princípios e direitos assegurados aos idosos. Neles são expostos, que os filhos têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, enfermidade ou carência e que é um direito do idoso a participação na comunidade, a dignidade humana e o bem-estar.

O Art. 15 vem assegurar a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Em virtude disto será abordado a seguir a Política de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 por ser de fundamental importância a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de atender a heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, a diversidade das questões apresentadas.

### 1.3.6 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria nº 2.528 em 19 de outubro de 2006 (Anexo D), fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa, em conformidade com a Lei Orgânica e com a Política Nacional do Idoso. Esta Política veio substituir a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria n.º 1.395/GM) criada em 10 de dezembro de 1999. Tem como propósito “a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, [...] da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças a recuperação de saúde [...] e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida” (BRASIL, 2006, p. 7)

A implementação desta política compreende a definição e ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, que direta ou indiretamente se relacionem com o seu objeto.

Segundo a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006, p. 03) é alvo desta política todos os cidadãos brasileiros com 60 anos ou mais de idade, considerando-se:

- a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão saúde;
- c) o conhecimento atual da Ciência;
- d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;
- e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;
- f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e
- g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso (BRASIL, 2006)

Compreende-se assim, que o idoso tem direito a saúde, e o poder público deve garantir a ele este acesso de forma gratuita e com qualidade, criando serviços alternativos de prevenção e recuperação da saúde, recebendo assistência integral pela rede pública e principalmente atendimento preferencial nos postos de saúde e hospitais municipais, juntamente com as gestantes e os deficientes, devendo ser adaptados para seu atendimento.

Para isto, é necessário se destacar a importância do papel dos profissionais de saúde, entre eles os assistentes sociais, que através da resolução CFESS nº 383/99 são considerados profissionais de saúde. Os profissionais da saúde fazem intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde; vêm em sua prática profissional contribuir para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País.

Para Santos (apud OLIVEIRA, 1996), através do conhecimento teórico-prático, os Assistentes Sociais podem contribuir de modo significativo, no desenvolvimento de ações que possibilitem a efetivação dos direitos sociais, do exercício da cidadania, bem como na formulação e prática das políticas sociais públicas que atendem as demandas deste segmento.

Outro fator importante na Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa é também evidenciar necessidade de se estabelecer suporte qualificado e constante aos responsáveis pelos cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental, visando o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso, sendo a família, via de regra, a executora do cuidado.

Nesta monografia se priorizou as políticas voltadas ao idoso desenvolvidas no Município de Florianópolis, e por esta razão, este tema será abordado a seguir.

## **2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O IDOSO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Uma das transformações mais significativas em nossa sociedade, nas últimas décadas, é sem sombra de dúvidas, a mudança em seu padrão demográfico. A população acima de 60 anos será aquela que mais crescerá nas próximas décadas, o que traduz numa elevação da expectativa de vida média ao nascer e num aumento, tanto em termos absolutos como proporcionais, de pessoas que atingem idades mais avançadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006a).

Estudos apontam que a questão social da velhice vem sendo secundarizada, visto a tradição brasileira de hierarquizar as questões sociais em nível de maior e menor importância. Se para uma grande parte da população, a garantia dos direitos sociais básicos ainda precisa ser conquistada, para os idosos o desafio é maior. Para apontar os desafios das políticas públicas em efetivar estes direitos no Município de Florianópolis, é que será abordado a seguir o município de Florianópolis e sua população idosa, visando relatar os programas e projetos existentes e desenvolvidos no Município para este segmento populacional.

### **2.1 O Município de Florianópolis e a população idosa**

O aglomerado urbano de Florianópolis (Florianópolis, Biguaçu, Palhoça e São José), totaliza uma população de 666.693 habitantes, segundo o censo demográfico – IBGE/2000. O município de Florianópolis é considerado como a única capital do país que não é a maior do seu Estado, tendo a população inferior a de Joinville, que já atingiu 428.974 habitantes. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006a).

Conforme dados do censo do IBGE (2000) a população total do município era de 342.315 habitantes em uma densidade demográfica correspondente a 760,10 hab/km<sup>2</sup>. Dentro desta área demográfica, os bairros pertencentes ao município, conforme censo do IBGE/2000 são: Centro, Agronômica, José Mendes, Itacorubi, Trindade, Saco dos Limões, Pantanal, Santa Mônica, Córrego Grande, Costeira do Pirajubaé, Saco Grande, João Paulo, Monte



Verde, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Capoeiras, Coloninha, Abraão, Itaguaçu, Balneário, Canto, Estreito, Coqueiros, Bom Abrigo, Cachoeira do Bom Jesus, Ingleses, Canasvieiras, Rationes, São João do Rio Vermelho, Santo Antônio de Lisboa, Lagoa da Conceição, Campeche, Ribeirão da Ilha e Pântano do Sul.

A população total de homens no ano 2000 era de 165.694 e 176.621 mulheres, totalizando os 342.315 habitantes (IBGE, 2000). Dentro da perspectiva habitacional, o censo do IBGE/2000 nos mostra que a longevidade no município é preocupante por que traz consigo os agravamentos de saúde, causados por problemas também da idade.

Segundo Souza (2004) o Município de Florianópolis, apresenta características de envelhecimento populacional bastante avançado, com um alto percentual de idosos, 8,4% (28.816 ) como mostra a tabela abaixo:

**Tabela. 2: População Total e Porcentagem de Idosos em Florianópolis, Santa Catarina e Brasil (1991-2000)**

População / Porcentagem	1991	2000
População Total de Florianópolis	254.941	342.315
Idosos de Florianópolis	18.656	28.816
% de Idosos de Florianópolis	7,3	8,4
População Total de Santa Catarina	4.541.994	5.356.360
Idosos - Santa Catarina	306.806	430.433
% de Idosos de Santa Catarina	6,8	8,0
População Total do Brasil	146.825.475	169.700.000
Idosos – Brasil	10.722.705	14.536.029
% de Idosos no Brasil	7,3	8,6

Fonte: Censos Demográficos IBGE e Fundação IBGE (apud SOUZA, 2004)

A partir destes dados, Souza (2004) identificou que o Município de Florianópolis apresentou crescimento relativo no período analisado, esse crescimento caracteriza-se por ser maior que o crescimento relativo da população total do município, que foi de 34%.

Do total de habitantes do município, 342.315 (trezentos e quarenta e dois mil, trezentos e quinze), 28.816 (vinte e oito mil, oitocentos e dezesseis) pessoas têm idade superior a 60 anos, totalizando 8,4 % da população total, chegando quase se igualar ao percentual do país.

Diante deste cenário que envolve o aumento significativo no número de idosos e de todas as implicações que se possa ocorrer, torna-se cada vez mais necessária a criação e a

consolidação de políticas públicas municipais, que atendam a este segmento populacional.

Assim sendo, tendo em vista a situação apresentada e os objetivos da presente monografia, na seqüência recuperaremos o trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social.

## **2.2 A Prefeitura Municipal de Florianópolis e a Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social (2001 até a atualidade)**

Segundo o site da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), a mesma é uma organização pública, com administração direta e caráter governamental, responsável pelo desenvolvimento do município e de seus municípios. Trata-se de uma organização sem fins lucrativos, pois toda a arrecadação do município provém de tributos, que é revertido em investimentos como centros de saúde, escolas, obras de infra-estrutura, entre outros.

A prefeitura atualmente é administrada pelo Prefeito Dário Elias Berger, que iniciou seu mandato em 01/01/2005 e que se encerrará em 31/12/2008. Segundo informações obtidas através de Rios (2007) até o mês de junho de 2007 a Prefeitura era constituída por 7.234 trabalhadores, entre servidores públicos, servidores terceirizados e estagiários de diversas áreas, onde na atual gestão sua missão é:

Promover ações solidárias com a sociedade nos campos da Saúde e Desenvolvimento Socioeconômico, Educação, Cultura, Lazer, Transporte e Infra-estrutura Urbana, visando o desenvolvimento sustentado em prol da Qualidade de Vida e Cidadania das Pessoas (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006a).

Em 20 de novembro de 1969, através do Decreto Lei nº 935, Art. 14, foi criada a Secretaria de Educação, Saúde e Assistência Social (SESAS), que se propunha a atender aos interesses e necessidades dos municípios, no sentido de melhorar suas condições de vida, obedecendo a assistência prestada a normas técnicas e condicionadas às aspirações da própria comunidade. Esta Secretaria tinha um Setor de Assistência Social, implantado com vistas à racionalização dos atendimentos.

Essa tentativa de racionalização do atendimento veio dar maior ênfase à existência do

Setor de Triagem instalado na SESAS, que se propunha a estudar, diagnosticar e encaminhar aos recursos existentes no município.

Com o aumento significativo das demandas tanto na área da educação quanto na área da saúde e assistência social, foi criada em 27 de dezembro de 1985, através da Lei N° 2350, na administração de Aloísio Acácio Piazza, a Secretaria Municipal de Educação (SESA), sendo essa desmembrada da SESAS.

A partir do desmembramento da antiga SESAS, a Secretaria da Educação e Desenvolvimento Social passou a ter dois Departamentos: o da Saúde e o de Desenvolvimento Social, cujo corpo funcional passou a elaborar propostas que indicavam a criação de uma secretaria própria para a área social (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006).

A necessidade de criação de uma nova Secretaria tornou-se cada vez mais premente a partir da formação de Conselhos de Direito afins as áreas sociais, decorrentes da criação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a qual introduziu um novo significado na Assistência social, apontando para uma direção democratizada do processo, introduzindo o caráter de universalização dos direitos e definindo o fundamental papel do Estado na parceria com a sociedade civil.

No mesmo período, passaram a ser implantados em Florianópolis o Conselho Municipal de Assistência Social (Lei n.º 4958/96) ficando evidente a necessidade de se representar o comando único no município, na área de assistência Social.

A partir de dezembro de 1998, começou a ser implementado em toda a PMF um novo modo de gerenciamento de processos, desenvolvidos por uma equipe do Programa de Modernização Gerencial – Pró-gente. Este sistema tornou-se a base do gerenciamento ou controle, que visou contribuir para se obter previsibilidade no desempenho dos processos, de acordo com o nível desejado (SITE OFICIAL PMF)

Com o desenvolvimento do Pró-gente a PMF passou a trabalhar através de cinco grandes programas: Programa de Marketing Estratégico, Programa de Infra-Estrutura, Programa de Desenvolvimento Econômico, Programa de Desenvolvimento Institucional e Programa de Desenvolvimento Social, que abrange as áreas da Saúde, Educação, Habitação e Social. Dentro do Programa de Desenvolvimento Social, a área social era coordenada pelo Departamento de Desenvolvimento Social através das seguintes divisões: Ação Comunitária, Capacitação Profissional, Criança e Adolescente e Assistência Pública e Cidadania. (Relatório

de Atividades 2006)

Na prática, os Departamentos da Saúde e Desenvolvimento Social, funcionavam independentemente um do outro. A partir de 1999, iniciou-se um processo de discussão sobre a mudança dos Departamentos para Secretarias próprias.

Assim, no dia 21 de março de 2001 foi sancionada a Lei n.º 5.381 que criou a Secretaria da Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social tendo transferido para esta Secretaria os órgãos vinculados a ela pertinente.

No ano de 2005, esta Secretaria foi dividida em duas: Secretaria Municipal de Habitação e Saneamento Ambiental e Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social.

A Secretaria Municipal de Habitação e Saneamento Ambiental, é resultante do compromisso firmado através da Matriz do Plano Estratégico Municipal de Assentamentos Subnormais no Sub-Programa de Desenvolvimento Institucional. O déficit habitacional do Município de Florianópolis estimado a partir da pesquisa perfil em 1994 era de 9300 habitações. Em 2001 este déficit foi apontado em 12.500 habitações. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006a).

Em 1998 o Município teve a oportunidade de efetivar tais objetivos ao se inserir no Programa Habitar Brasil - BID, parceria do Governo Federal com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Neste programa estão previstos dois subprogramas, quais sejam: Urbanização de Assentamentos Subnormais e Desenvolvimento Institucional. No Sub-programa de Desenvolvimento Institucional é proposto um conjunto de ações a serem assumidas pelo município habilitando-o e capacitando-o para gerenciamento das questões urbano/habitacionais. As ações foram agrupadas em três áreas de atuação: Política e Programas; Planejamento e Gestão; Regulamento Urbanístico. A partir desse programa já foram viabilizados o documento da Política Habitacional do Município e o mapeamento das áreas de interesse social. As próximas atividades vão contemplar importantes questões, sendo as principais: regularização fundiária, controle de ocupações, mecanismos financeiros para apoio à política da legislação urbano/habitacional.

A política de Assistência Social no Município tem comando único e está sob responsabilidade da Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social (SMCAIFDS). O instrumento que norteia esta política é o Plano Municipal de Assistência Social, de acordo com o que determina a Constituição Federal de

1988 e a LOAS.

A Política tem como objetivos:

Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e/ou especial para família, indivíduos e grupos que dela necessitem; contribuir para a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços sócio-assistenciais básicos e especiais, em áreas urbanas e rurais; assegurar que ações no âmbito da Assistência Social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária. (PMAS, 2006 apud BECKER, 2007, p. 100).

A Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social é administrada pela Sra. Rosimere Bartucheski Berger desde o início do mandato do Prefeito Dário Berger em 2005, e está dividida em cinco Gerências: Gerência da Família; Gerência da Criança e do Adolescente; Gerência do Idoso; Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação; e Gerência Financeira e Administrativa.

Segue em anexo, a estrutura prevista para a Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social, encontrada no Plano Municipal de Florianópolis de 2006 a 2009.

No entanto, até Setembro de 2007, ocasião que estamos abordando esta Secretaria, foi verificada que a mesma, esta passando por um processo de ampla reformulação. A partir disto, apresentaremos na seqüência a estrutura que consta no Relatório de Atividades 2006 desta Secretaria.

Segundo o relatório de atividades 2006 da SMCAIFDS, os objetivos que cada Gerência possui são:

**Gerência da Família:** tem como objetivo proporcionar às famílias em situação de vulnerabilidade social acesso a bens e serviços sócio-assistenciais, conforme preconizam a LOAS e a Norma Operacional Básica – NOB<sup>5</sup>. Becker (2007/1) ainda aborda que esta Gerência subdivide-se em cinco projetos:

- **Abordagem de Rua:** destinado ao atendimento das pessoas em situação de risco e vulnerabilidade social, que estão “vivendo nas ruas” da cidade, incluindo o idoso, onde é estabelecido uma ponte com o Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e Família. Trata-se de um projeto sócio educativo que visa restabelecer

---

<sup>5</sup> A NOB é o instrumento normativo que definirá o modo de operacionalizar os preceitos da legislação que rege o SUAS

vínculos familiares e a dignidade do ser humano em situação de rua e de abandono.

- **Núcleo de Apoio a Família Rodoviária (NAF – Rodoviária):** Programa de acolhimento dos migrantes que vieram para Florianópolis em busca de emprego, de oportunidade, porém não obtiveram sucesso em suas tentativas de melhorar a qualidade de vida. Nestas situações o NAF desenvolve uma mobilização entre a rede de atendimento social de Florianópolis com a cidade de origem da família ou do idoso, a fim de recambiá-la para sua cidade de procedência. Segundo o relatório de atividades 2006 foram atendidas neste mesmo ano, 3.191 pessoas e recambiadas para outras cidades e estados 1.313.
- **Bolsa Família:** É um programa de transferência de renda do Governo Federal, que beneficia famílias com renda percapita mensal até R\$ 120,00 (cento e vinte reais), para romper com o ciclo de extrema pobreza entre as famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social. O valor pago pelo Bolsa Família varia entre R\$ 15,00 a R\$ 95,00 e dependendo do número de membros do núcleo familiar.
- **Programa de Atenção Integral à Família/Centro de Referência da Assistência Social (PAIF/CRAS):** Programa do Governo Federal, executando no âmbito municipal, que tem o objetivo de atender às famílias em situação de pobreza. É desenvolvido nos CRAS, onde são executadas serviços de proteção social básica, localizados nos bairros da cidade, por meio de acompanhamento psicossocial e atividades sócio-educativas aos munícipes visando à emancipação destes sujeitos.
- **Programa de Atenção Sócio Assistencial:** Esse programa desenvolve ações que visam atender às necessidades básicas dos moradores de Florianópolis em situação de vulnerabilidade social, com ações sócio emergenciais como por exemplo: cesta básica, óculos, fraldas, auxílio natalidade entre outros. Segundo o relatório de 2006 foram atendidas 7412 pessoas e concedidos 6389 benefícios .

No mês de setembro de 2007, em consulta na Gerência de Planejamento da Secretaria Municipal, e no relatório de atividades da PMF 2006, foi verificada a existência de mais dois Projetos, a qual está descrita a seguir. Contudo, estão em fase de estudo e implementação outros projetos previstos para os próximos anos, mas que até o presente momento, a Gerência de Planejamento a principio, não os tem documentado.

**Projeto Casa de Apoio Social:** Acolhe, em caráter emergencial e temporário, pessoas adultas (masculino e feminino) em situação de rua. Sua sede encontra-se na Rua Dona Vicentina Goulart, nº 186, no Bairro Jardim Atlântico. Tem como meta atender 30 pessoas, de ambos os sexos, em situação de vulnerabilidade e risco social, após conclusão de tratamento para dependência química em Comunidade Terapêutica (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006b).

**Projeto de Atendimento ao Dependente Químico – (Proadq):** Atende crianças, adolescentes e adultos que fazem uso de substâncias psicoativas, encaminhando-os para tratamento em comunidades terapêuticas conveniadas. Segundo o relatório de atividades 2006, foram feitos 1148 atendimentos para adultos, e 106 para crianças e adolescentes no ano de 2006 (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006b).

**Gerência da Criança e Adolescente:** Tem como foco o desenvolvimento de uma política de assistência social voltada para o atendimento à infância e a juventude. A Gerência da Criança e do Adolescente visa à conquista e ampliação da cidadania das futuras gerações, desenvolvendo programas e projetos voltados ao atendimento de crianças, adolescentes, jovens e suas famílias, através de programas de prevenção, proteção e defesa de direitos. A atuação dos profissionais é subdividida em: diagnóstico, programas de prevenção, proteção e defesa de direitos. Muitas destas atividades são desenvolvidas no Complexo chamado “Cidade da Criança”, localizado no bairro Agrônômica, abrangendo ações de prevenção e intervenção nas questões que envolvam a criança e o adolescente, em atenção ao que coloca o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/90. Neste local, funcionam diversos programas destinados a este segmento social, como o Programa Sentinela, o Programa Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade (LA/PSC); Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar: Projeto Criando Arte e Brinquedoteca (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006b).

**Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação:** traz como objetivos os seguintes critérios - coordenar os processos de planejamento do SUAS no âmbito Municipal, em conformidade com a Política Nacional de Assistência Social e em articulação com os conselhos municipais; estabelecer e coordenar/supervisionar a realização de estudos e levantamentos que subsidiem a elaboração de diagnóstico da realidade social do município e a implementação de novos serviços sócio-assistenciais; indicar as áreas de intervenção a serem prioritariamente atendidas; assessorar as Gerências na elaboração de programas e projetos

sociais; propor a implantação de novos serviços sócio-assistenciais; estabelecer em conjunto com as Gerências indicadores de avaliação do programas e projetos sociais; monitorar e avaliar as ações as rede sócio-assistencial, governamental e não-governamental; manter atualizado o sistema de informações sociais; organizar relatórios que condensem o conjunto de ações sócio-assistenciais desenvolvidas pelo Comando Único de Assistência Social; coordenar a implantação e implementação de política de capacitação continuada e sugerir mecanismos de valorização profissional para o quadro técnico do SUAS (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006b).

**Gerência Financeira e Gerência Administrativa:** Presta apoio às ações da Secretaria, esta Gerência viabiliza as condições administrativas, financeiras, e humanas, respeitando as normas estabelecidas pela Lei, e participando integralmente das ações da SMCAIFDS, visando desta maneira atingir os fins propostos pela Secretaria, desta forma dá suporte aos Programas e Projetos que são desenvolvidos dentro e fora desta Secretaria (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006b).

**Gerência de Atenção ao Idoso (GAI):** Tem como objetivo viabilizar a inserção e/ou permanência do idoso na vida familiar e comunitária, visando envelhecimento saudável, garantindo os direitos estabelecidos no Estatuto do Idoso. A gerência desenvolve Projetos nas comunidades através de trabalho informativo, assistencial, cultural, lazer e Grupos de Convivência para a Terceira Idade, além do Projeto Disque Idoso e do Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e Família, onde recebem denúncias de maus tratos contra os idosos. Este programa procura fazer articulação com os outros programas existentes na Secretaria conforme sua necessidade e vice versa (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006b).

No item a seguir, será detalhado o funcionamento da GAI do Município de Florianópolis.

### **2.2.1 A Gerência de Atenção ao Idoso**

Segundo Silva (2005), diante da crescente demanda de questões relacionadas à terceira idade no ano de 1979, a Prefeitura de Florianópolis, formou e organizou grupos de



convivência com a atuação junto à pessoa idosa. Na medida em que as atividades nesses grupos se intensificavam, começaram a surgir questões pertinentes à pessoa idosa, que eram encaminhadas a outros programas da Prefeitura.

Diante da demanda deste segmento é que foi criado em 1996 o Programa de Atenção a Terceira Idade (PROATI), através deste eram realizados atendimentos individuais, como também às respectivas famílias. Tinha-se como objetivo, viabilizar formas alternativas de inserção do idoso na vida familiar e comunitária, oportunizando ao mesmo melhoria da qualidade de vida e a consolidação de sua cidadania, pautado no conceito do envelhecimento saudável, gerenciando ações voltadas às pessoas idosas através de projetos (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006).

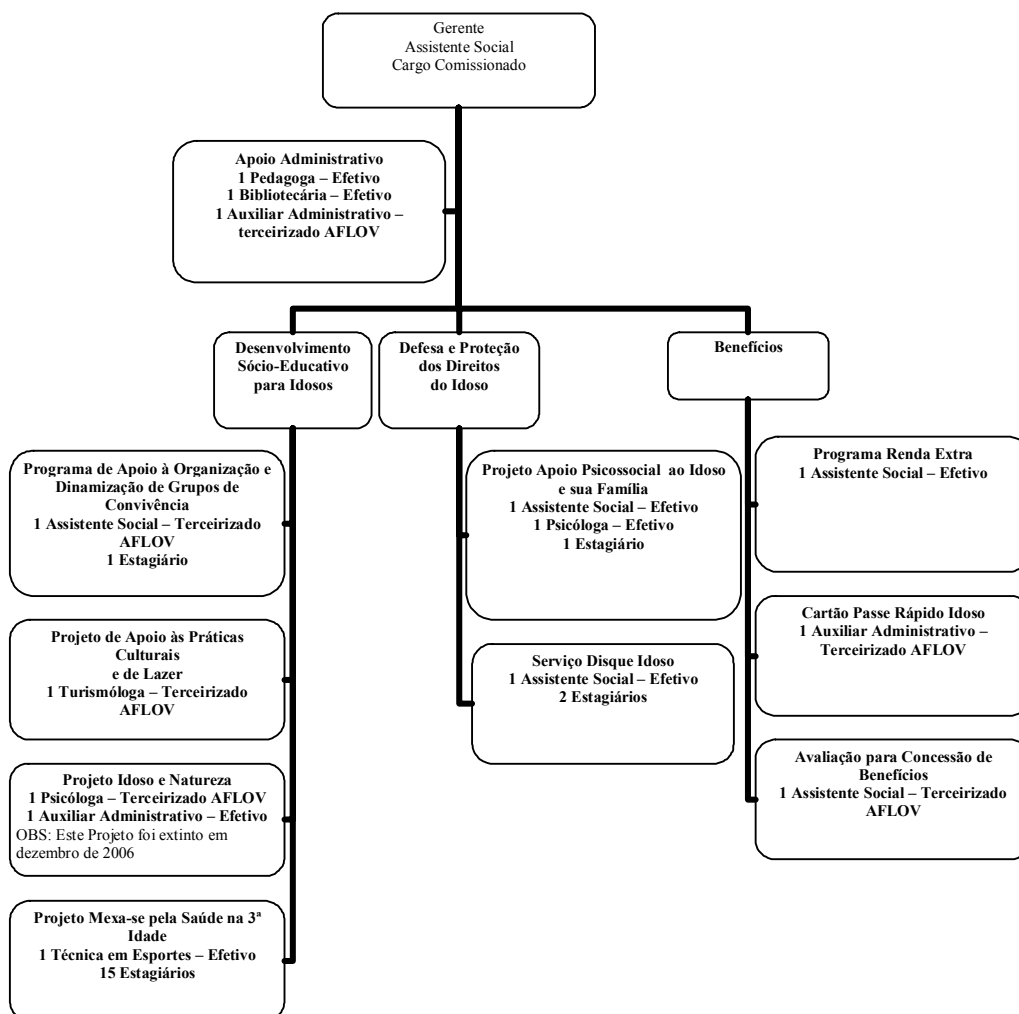
Já em 2005, com o início da gestão do Prefeito Dário Elias Berger, foi estruturada a criação da SMCAIFDS, e a partir daquele ano foi implantado a Gerência de Atenção ao Idoso (GAI) que tem como objetivo viabilizar a inserção e/ou permanência do idoso na vida familiar e comunitária e o envelhecimento saudável.

A GAI congrega diversas ações sócio-educativas, de atenção a este segmento populacional e seguindo as recomendações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), foi adequando progressivamente seu atendimento dentro dos novos critérios.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2007), o SUAS regula em todo o território nacional a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades do sistema de serviços, benefícios, programas e projetos de assistência social, de caráter permanente ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público sob critério universal e lógico de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil. Sua organização se dá através de uma nova lógica de organização das ações: com a definição de níveis de complexidade, na área da proteção social básica e proteção social especial, com a referência no território, considerando regiões e portes de municípios e com centralidade na família (RIOS, 2007, p. 34).

De acordo com a verificação da composição da equipe técnica no mês de setembro de 2007 a GAI é gerenciada pela Assistente Social Fernanda Vieira e possui uma equipe formada por trinta e quatro (34) pessoas. Deste total sete (07) são efetivos, ou seja, funcionários públicos concursados, oito (08) são terceirizados, via Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV) e dezenove (19) são estagiários, (quinze são estagiários de Educação Física e quatro de Serviço Social), a divisão destes profissionais dentro da GAI poderá ser

visualizada a seguir, conforme elaboração do organograma que tem como função visualizar uma entidade como um todo, e surge da necessidade de apresentá-la de forma imediata, como também suas relações funcionais, os fluxos de autoridade e responsabilidade da própria Gerência do Idoso. A seguir apresenta-se o Organograma da Gerência de Atenção ao Idoso.



**Figura 1: Organograma da Gerência de Atenção ao Idoso (GAI)**

Fonte: Relatório de Atividades da GAI – 2006 (apud RIOS, 2000, p. 35)

A GAI realiza algumas articulações interinstitucionais, como por exemplo, com a Secretaria de Saúde, Educação e Obras, Fundação de Esportes, Ministério Público, Delegacias, Universidades, Hospitais, setores internos desta secretaria, Conselho Municipal do Idoso (CMI), entre outros.

O CMI de Florianópolis surgiu no dia 24 de setembro de 1998, através da Lei nº. 5.371 que dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, onde no seu artigo 7º, deixa claro que

Fica criado o Conselho Municipal do Idoso – CMI, órgão colegiado permanente, do sistema descentralizado e participativo da Política do Idoso do Município de

Florianópolis, com caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, de composição paritária entre governo e sociedade civil, observando o disposto no Art. VI da Lei 8.842/94.

A definição de Conselho se apresenta como órgãos colegiados criados pelo Estado, cuja composição e competência são determinadas pela lei que os instituiu. De acordo com Teixeira, (2000, p. 101):

Na atualidade, os Conselhos se apresentam de forma bastante diferenciada, de acordo com cada país, e com limites bem mais demarcados nos seus papéis e poderes. Geralmente têm funções consultivas ou deliberativas, de controle social, têm base territorial local (distritos, bairros), seus membros são escolhidos diretamente ou indicados por partidos com participação na gestão.

A participação do CMI ocorre de diversas formas, sendo que sete (07) integrantes da equipe da GAI são conselheiras: uma (01) pedagoga, duas (02) psicólogas, três (03) assistentes sociais e um (01) profissional de educação física. Todos participam de Plenárias, atuam também em Comissões Setoriais, nos Processos de inscrição das Instituições e Grupos que atuam com idosos, entre outros (RIOS, 2007)

Tratando-se de um espaço que garante os direitos sociais dos idosos, criando condições para a promoção da autonomia, integração e participação na sociedade é que se evidencia sua articulação com a Gerência de Atenção ao Idoso.

## **2.2.2 Programas, Projetos, Serviços e Atividades desenvolvidos na Gerência de Atenção ao Idoso (GAI)<sup>6</sup>**

Dentro da abordagem dos Programas e Projetos da GAI, faz-se necessário destacar algumas dificuldades em obter informações, de âmbito burocrático e para se ter acesso a documentos, pois por diversas vezes a própria instituição apresentou perdas de dados que estavam em computadores onde um backup não foi realizado, e também a ausências de panfletos e cartilhas informativas que dispunham das informações solicitadas, por isso para analisar os Programas da Prefeitura Municipal de Florianópolis, foram utilizados algumas informações do Relatório de Atividades 2006.

---

<sup>6</sup> Os Projetos e Programas que estão em fase de implantação para o ano de 2008: Centro de Convivência, Cidade do Idoso e Centro Dia para Idoso, serão abordados no quarto capítulo.

Dentro de uma visão de complementariedade da rede hierarquizada e a integralidade dos serviços de assistência com base no princípio da garantia da proteção social, é que dentro da Gerência de Atenção ao Idoso (GAI) são desenvolvidos serviços e ações na área do desenvolvimento sócio-educativo do idoso, com implementação de Programas, Projetos de Apoio e Dinamização de Grupos de Convivência e de Atividades Físicas Recreativas, como também serviços para a consolidação da cidadania dos Idosos do Município. Veremos a seguir, as principais características que cada Programa e Projeto apresentam, sendo que anexo a este trabalho, consta detalhadamente, as ações realizadas, a avaliação em relação aos resultados alcançados, o processo metodológico adotado e as propostas para o ano de 2007 de cada Programa e Projeto, consultados no Relatório de Atividades da PMF de 2006.

▪ **Projeto de Apoio às Práticas Culturais, Educativas e de Lazer/Integração Social:**

Este Projeto tem como objetivo incentivar os idosos de Florianópolis para a participação em eventos culturais e de lazer, visando a integração e o convívio social.

Dentro deste projeto são realizadas ações que visam à integração, estimulando os idosos ao convívio social, como:

- Baile de Carnaval dos Idosos;
- Caminhada da Melhor Idade “Aniversário de Florianópolis”;
- Confraternização do Mês das Mães – Encontros Regionais;
- II Festival de Talentos da Terceira Idade (Musical);
- Abertura da Programação do Mês do Idoso – Culto Ecumênico;
- Confraternização de Fim de Ano.

▪ **Programa de Apoio à Organização e Dinamização aos Grupos de Convivência:**

O Projeto consiste em dar apoio à organização de Grupos de Convivência de Idosos do município cadastrados na GAI, objetivando desencadear processos de participação e valorização pessoal e social para o idoso em seu contexto familiar e comunitário.

Os grupos cadastrados na GAI recebem um *Kit Lanche*, referente a uma cesta de

alimentos para os grupos prepararem seus lanches (mensal); *Viagens* para apoiar, através de subsídio financeiro, a realização de passeios e/ou viagens dos Grupos de Convivência de Idosos de Florianópolis para conhecerem outros grupos de idosos, outras culturas, e articulação com outros municípios e *Repasse de material* para confecção de trabalhos manuais, objetivando desencadear processos de participação e valorização pessoal e social para o Idoso em seu contexto familiar e comunitário (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006b).

▪ **Projeto Viver Ativo:**

Este projeto tem através da prática de atividades físicas, recreativas e culturais nas comunidades, o objetivo de oportunizar à população idosa do município a manutenção e a melhora da capacidade funcional para realização das atividades básicas da vida diária, contribuindo para a reintegração social.

O projeto é coordenado por uma profissional de Educação Física e conta com quinze estagiários de Educação Física conforme verificação até o mês de setembro de 2007.

Rios (2007) descreve em seu trabalho, que as atividades realizadas junto aos idosos são variadas, como danças, jogos de salão, informações sobre saúde e higiene, entre outros. O Projeto faz atendimentos de caráter fixo (idosos cadastrados) e de caráter variável (sem estimativa do número de participantes).

Os atendimentos de caráter fixo dizem respeito a atividades recreativas em Grupos de Convivência que estejam cadastrados na GAI, que tenham inscrição no CMI, e que solicitem este tipo de atendimento: atividades físicas em Grupos de Ginástica na própria comunidade a partir da solicitação dos próprios idosos, atividades físicas e recreativas nas Instituições Asilares de Assistência Social do Município e também coreografias de danças para apresentações públicas, aulas de dança de salão, folclóricas, em grupos de danças criados a partir da solicitação dos idosos na própria comunidade (RIOS, 2007).

Os atendimentos de caráter variável dizem respeito à recreação e participação em eventos realizados pelo Projeto de Organização e Apoio as Práticas Culturais de Lazer: recreação em encontros intergrupais que eram realizados no Horto Florestal e organizados pelo Projeto Idoso e Natureza e também a organização e realização de Torneio de Voleibol adaptado para idosos e demais atividades desportivas que sejam destinadas a este público (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006b).

▪ **Cartão Passe Rápido Idoso:**

O cartão Passe Rápido Idoso, foi criado através do Decreto nº. 2679/04, que permite ao idoso com 65 anos ou mais, ultrapassar a catraca gratuitamente, tendo acesso ao transporte coletivo.

A distribuição do Cartão Passe Rápido do Idoso é realizada através do núcleo de transportes, junto ao Terminal de Ônibus Central de Florianópolis.

O idoso solicita o cartão na Secretária de Transportes e Terminais (SETUF), estas solicitações são semanalmente encaminhadas para a empresa responsável pela confecção, na sequência a empresa encaminha à Gerência de Atenção ao Idoso os cartões para conferência e controle, feito por uma auxiliar administrativo, para que em seguida seja encaminhado para a distribuição junto ao Núcleo de Transportes.

No ano de 2006, segundo informações passadas no dia 08 de junho de 2007 pela auxiliar administrativa Gabriela Cardoso de Souza, que é a pessoa responsável pela conferência e controle destes cartões dentro da GAI, foram distribuídos o total de 3.652 cartões, e que para cada cartão produzido são gastos uma média de seis reais (RIOS, 2007).

▪ **Programa Sócio-Assistencial /Concessão de Benefícios:**

Antes do segundo semestre de 2006, a GAI fazia atendimento aos idosos que vinham solicitar algum tipo de benefício específico, devido ao fato de se encontrarem em situação de vulnerabilidade econômica e social. Este atendimento era realizado por profissionais dos Programas Psicossocial e do Renda Extra.

Devido a grande demanda por este tipo de necessidade, a partir do segundo semestre de 2006 à GAI passou a dispor de mais um profissional (Assistente Social) para o atendimento específico aos Idosos do Município em situação de vulnerabilidade econômica e social que necessitam de fraldas, cesta básicas, medicamentos, cadeiras de rodas, óculos, auxílio funeral e outros (RIOS, 2007).

Desta maneira, após a avaliação feita pelo profissional responsável por esse Programa, este faz o encaminhamento da situação ao Programa de Atenção Sócio Assistencial (PASA) para a concessão do benefício solicitado.

O PASA tem como objetivo atender os cidadãos em situação de exclusão pela pobreza, com precária ou nenhuma inserção no mercado de trabalho, desenvolvendo ações para acolher os munícipes de Florianópolis em suas necessidades básicas, em conformidade

com o que estabelece a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), visando seu enfrentamento, à garantia dos mínimos sociais e ao fornecimento de condições para que esta população possa atender suas situações sociais inesperadas (BECKER, 2007)

Segundo o site do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome:

A proteção social básica tem o objetivo de prevenir situações de risco desenvolvendo potencialidades e aquisições, fortalecendo vínculos familiares e comunitários e tem como público alvo famílias e indivíduos que vivem em condição de vulnerabilidade social. (BRASIL/MDS, 2007)

Para viabilizar melhor a atenção básica as famílias no enfrentamento da pobreza, no ano de 2006, o Programa passou por um processo de reorganização a partir das determinações estabelecidas no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O objetivo desta reorganização foi fortalecer os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), dando suporte às unidades que acompanham as famílias no local onde elas vivem, sendo assim, as famílias atendidas neste programa também podem contar com mais este serviço (BECKER, 2007)

▪ **Serviço Disque Idoso:**

O Serviço Disque Idoso iniciou suas atividades em janeiro de 2004 e tem como objetivo possibilitar a população idosa e ao munícipe em geral acesso a orientações, encaminhamentos e serviços de proteção de seus direitos. Disponibiliza através de linha telefônica - 0800 644 0011, orientações e informações acerca dos direitos sociais dos idosos e legislações diversas, além de receber denúncias em relação à violência contra idosos e desrespeito à lei. Trata-se assim de um canal que a população disponibiliza para estar viabilizando os direitos, buscando informações e orientações em relação à pessoa idosa. (Site Oficial da PMF)

O serviço conta, em setembro de 2007, com uma assistente social e dois estagiários de Serviço Social, um no período da manhã, e outro no período da tarde.

As denúncias de violência são classificadas em três grupos: estrutural (geralmente refere-se à precariedade e inacessibilidade aos serviços públicos); institucional (maus tratos aos idosos, inadequação de serviços e equipamentos em relação a proposta e capacidade de atendimento) e familiar (todo e qualquer tipo de maus tratos praticados em domicílio ou resultante das relações interpessoais ).

Dentre as denúncias, a maior demanda está relacionada à violência familiar, as quais

são todas encaminhadas para o Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família. No que se refere as orientações e informações, a maioria das solicitações é sobre acesso a benefícios e serviços de assistência social e de saúde.

▪ **Programa Renda Extra (Lei Municipal nº. 5330/98):**

Este Programa foi criado através da Lei Municipal nº. 5330/98, e trata-se de um programa de concessão de benefício mensal no valor de um salário mínimo a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos acometida por doenças motivadoras de incapacidade física e/ou mental, integrante das famílias com renda de até três salários mínimos moradores do Município. A responsável pelo programa é a assistente social Miriam Martins que relata em Agosto de 2007, existir uma demanda reprimida de 114 pessoas.

O Programa até o mês de agosto de 2007, estava atendendo 95 idosos a qual é sua capacidade máxima, mas há promessas por parte da PMF, conforme apresentação da Secretária Rosimere Berger na VI Conferência Municipal de Assistência Social realizada nos dias 01 e 02 de agosto de 2007 em Florianópolis, aumentar este número para 150 atendimentos. O Programa é financiado com recursos próprios do município e tem o intuito de:

proporcionar ao idoso que se encontra em situação de vulnerabilidade social, econômica e de saúde, condições de sustentabilidade no contexto familiar e comunitário; viabilizar a família meios que contribuam para garantir a permanência do idoso sob seus cuidados (alimentação, fraldas descartáveis, medicamentos, cadeira de rodas, cadeira para banho, entre outros), além de evitar o asilamento e conseqüentes perdas sociais (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006a).

Dentro deste Programa, foram levantados os usuários e seus respectivos cuidadores para aplicar a pesquisa que será melhor aprofundada no quarto capítulo deste trabalho, pois o programa a qual foi realizado o estágio curricular obrigatório, Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e Família, ainda apresenta dificuldades organizacionais, estruturais e documentais em virtude da grande demanda e da pouca quantidade de profissionais que trabalham no local.

▪ **Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família:**

Este Programa será melhor aprofundado, diante dos demais, por se tratar do local a qual foi realizado o período de estágio curricular obrigatório, e que suscitou o tema deste trabalho monográfico.

Este Programa segundo o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) está



enquadrado como serviço de proteção social especial de média complexidade, onde são considerados aqueles que oferecem atendimentos as 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.

O Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, tem como público alvo as famílias e pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no município, que apresentarem situação de vulnerabilidade social (maus tratos, negligência, violência física ou psicológica, abandono familiar e outros) relatadas ao programa e/ou ao Serviço Disque Idoso.

Tem como proposta básica atender o idoso e sua família através do acolhimento, seja para o recebimento de uma denúncia, da necessidade de informação e/ou orientação do usuário, como também a averiguação das denúncias contra os maus tratos aos idosos, demandadas a esta Gerência.

O Programa também oferece serviços de apoio psicológicos através de uma psicóloga atuante no próprio Programa, serviços na área de Serviço Social, onde sua equipe é composta, até o mês de setembro de 2007, por três assistentes sociais, sendo que uma delas é colaboradora por trabalhar em um outro Programa: o Renda Extra. Embora esteja no Projeto do Programa elaborado em 2005, a presença de um advogado, até o mês de setembro de 2007 o Programa não contava ainda com este profissional, fazendo com que tal situação dificulte todas as tramitações na área jurídica, sendo os casos existentes, encaminhados aos Fóruns.

Segundo o levantamento realizado no início do ano de 2007 pela estagiária do Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, no ano de 2006, foram atendidos 342 casos que variaram em atendimentos como por exemplo: orientação ao Benefício de Prestação Continuada (BPC); informações sobre os direitos dos idosos; pedidos de adiantamento de consultas médicas e de exames, onde eram feitas articulações com a Secretaria Municipal da Saúde e quando possível eram realizados tais pedidos; orientação nas dificuldades apresentadas pelos sujeitos nas suas vidas pessoais; resolução de conflitos familiares geralmente envolvendo a família e o cuidador, onde era analisado a sobrecarga sobre este sujeito e a necessidade de estruturar políticas sociais; recebimento de denúncias de maus tratos contra os idosos e outras situações apresentadas.

Cabe ressaltar que Minayo (2005) classifica três tipos de violência: a estrutural, a institucional e a interpessoal/familiar que é a o tipo de violência mais recebida no Programa e

que segundo a autora entende-se que:

**Violência interpessoal/familiar** – Este é um problema nacional e internacional. São particularmente relevantes os abusos e negligências que se reproduzem por choque de gerações, por problemas de espaço físico e por dificuldades financeiras que costumam se somar a um imaginário social que considera a velhice como “decadência” e os idosos como “passado” e “descartáveis”. Todos os estudos existentes ressaltam a relevância de tocar nesse tema, pelo fato de que os cuidados com a pessoa idosa continuam a ser na maioria das sociedades, responsabilidade das famílias. No Brasil, mais de 95% das pessoas acima de 60 anos estão morando com seus parentes ou vivem em suas próprias casas. Em cerca de 26% de todas as famílias existe pelo menos uma pessoa com mais de 60 anos. Estudos parciais feitos no país mostram que a maioria das queixas dos velhos é contra filhos, netos ou cônjuges e outros 7% se referem a outros parentes. As denúncias enfatizam em primeiro lugar abusos econômicos (tentativas de apropriação dos bens do idoso ou a abandono material cometido contra ele), em segundo lugar, agressões físicas e em terceiro, recusa dos familiares em dar-lhes proteção (MINAYO, 2005).

**Violência estrutural** - Reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e a discriminação que se expressa de múltiplas formas. No Brasil, apenas 25% dos idosos aposentados vivem com três salários mínimos ou mais. Portanto, a maioria deles é pobre e miserável, fazendo parte de famílias pobres e miseráveis. Embora a questão social seja um problema muito mais amplo do que o que aflige os mais velhos, eles são os grupos mais vulneráveis (junto com as crianças) por causa das limitações impostas pela idade, pelas injunções das histórias de perdas e por problemas de saúde e de dependência, situações que na velhice são extremamente agravadas (MINAYO, 2005).

**Violência institucional** está presente na prestação de serviços de saúde, assistência e previdência social (as que pela Constituição configuram os instrumentos da seguridade social) sendo essas instituições, as campeãs de queixas e reclamações, nas delegacias e órgãos de proteção aos idosos. Os serviços, na maioria dos casos, são exercidos por uma burocracia impessoal e discriminadora, causando imenso sofrimento aos idosos, sobretudo aos pobres que não têm condições de optarem por outros serviços. São exemplos, a exposição a longas filas, a falta de comunicação ou a comunicação confusa e a ausência de uma relação pessoal compreensiva (MINAYO, 2005)

As denúncias Institucionais recebidas pelo Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e

Família ou pelo Serviço Disque Idoso, são encaminhadas para o Conselho Municipal do Idoso, que tem como uma de suas atribuições a Fiscalização de denúncias, de funcionamento de entidades, de notificações, de solicitação de visitas entre outras. O número destes tipos de denúncias, ainda não são muito recebidas pela GAI se compararmos com os outros tipos de violência contra o idoso.

No encaminhamento das denúncias, nos deparamos com uma rede sócio-assistencial e de saúde fragilizada e tais situações de vulnerabilidade, muitas vezes, decorrentes do não-atendimento às demandas sociais, as quais precisariam, também, de um trabalho preventivo, uma rede preparada, qualificada e mais potencializada (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006a).

O maior número de denúncias atendidas pelo Programa é de violência familiar. Com a confiabilidade consolidada dia-a-dia, vem ocorrendo uma maior procura pelos serviços prestados. Por outro lado, não podemos relativizar o aumento significativo da demanda com o aumento da violência contra o idoso, pois muitos têm seus direitos violados e não denunciam por medo ou desinformação, apesar da publicização da legislação, principalmente do Estatuto do Idoso, e das ações do Conselho Municipal do Idoso (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006a).

Outra demanda que está tendo aumento significativo é a de processos requisitados pelo Ministério Público para proceder estudo psicossocial dos casos de violação de direitos atendidos por aquele órgão.

Entretanto, o que observou-se no referido Programa é que a atividade de cuidar de um idoso está se tornando uma tarefa penosa, podendo significar, inclusive, a perda de independência de pelo menos um dos seus membros da família.

Segundo Neri e Sommerhalder (2002), são poucos os estudos realizados com pessoas que prestam cuidados com idosos fragilizados e dependentes no contexto familiar e diante deste fato, é que foi escolhido este tema para trabalhar e será abordado no próximo capítulo deste trabalho.

### **3 CUIDADOR FAMILIAR: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E SUA RELAÇÃO COM O ESTADO**

A família atual vem passando por um processo de mudanças estruturais, tanto em sua composição quanto nos papéis desempenhados por seus membros. A mulher vem, progressivamente, inserindo-se no mercado de trabalho, o que traz dificuldades no desempenho de suas funções de cuidadora da família, que fica ainda mais prejudicada pelo fato de cada vez mais estar limitado o número de membros no núcleo familiar, os quais participam como cuidadores. (DIOGO; DUARTE 2000). Por isso, vêm-se constatando em nosso meio os reclamos dos familiares que cuidam das pessoas idosas.

Para entendermos o processo histórico em cuidar de alguém dependente, será abordado a seguir o papel histórico do cuidador domiciliar, assim como seus conceitos e sua relação com as políticas públicas.

#### **3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO CUIDADOR DOMICILIAR**

Segundo Heidegger (2001), se quisermos entender o ser humano e suas ações, necessário se faz nos basearmos no cuidado, pois seus valores, atitudes e comportamentos no cotidiano expressam constantemente a preocupação com o cuidado.

O cuidado é comum a todas as culturas, embora suas formas de expressão possam ser mais variadas, mas se buscarmos um ponto em comum a todas, verificaremos que a família, é quem essencialmente executa e se responsabiliza pelo cuidado.

Nos aspectos históricos do contexto familiar, o cuidador foi uma figura que sempre se fez presente e, geralmente, era uma função exercida pelas mulheres, sendo que para elas, esta era uma função natural incorporada as demais atividades familiares e domésticas enquanto aos homens era destinado o papel de provedor das condições materiais e de suporte nas tarefas do cuidado referentes a tomada de decisões.

Com o passar dos tempos, o mundo passou a sofrer grandes transformações e vimos o

exercício das atividades do cuidar/cuidado sendo profissionalizado. Inicialmente este espaço foi ocupado pelos profissionais da medicina, que prescreviam o tratamento para que a família o realizasse. Gradativamente foram surgindo os demais profissionais da área da saúde, e a Enfermagem surge como profissão a partir do trabalho e esforço de Florence Nightingale, em meados do século XIX, quando deu início ao ensino formal em enfermagem, apoiado em bases científicas. Segundo Nightingale, os seres humanos são dotados genuinamente de uma força interna que ela denominava de poder vital. Assim os cuidados de enfermagem tinham por objetivo proporcionar as melhores condições possíveis para que os seres humanos pudessem potencializar sua força vital com vista à cura ou a um viver saudável, tanto quanto possível (CARRARO, 1998).

Desta forma, é possível verificar que o cuidado faz parte da epistemologia da enfermagem, ainda que não seja exclusivamente dessa profissão.

As mudanças assinaladas por Nightingale, principalmente na Inglaterra, produziram um importante impacto na formação da enfermeiras nos Estados Unidos, contribuindo com isso para a criação da Visiting Nurses Association (Associação das Enfermeiras Visitantes – VNAS), que congregava as várias agências (empresas) de assistência domiciliar formadas a partir da virada do século XIX. (MENDES apud ALBIERO, 2003).

Essas organizações eram formadas em sua maioria, pelas associações ou sociedades de enfermeiras visitadoras, fundadas por mulheres que participavam sem receber nada pelo trabalho, ou seja, entidades filantrópicas, sempre ligadas a missões sociais sendo focadas na maioria das vezes em saúde pública e prevenção de doenças.

Já no início do século XX, as visitas domiciliares eram feitas por médicos que visitavam os doentes em caráter de emergência e individual, mediante pagamento.

O primeiro programa de assistência domiciliar, denominado de *home care*<sup>7</sup>, segundo Albiero (2003) foi constituído por assistentes sociais e outros profissionais, em 1880 nos Estados Unidos, no Hospital da Caridade de Boston. O modelo continuou no início do século XX, quando a norma vigente era a visita domiciliar feita por médicos, porém com limitações de tecnologia e tratamentos.

Na década de 1940, surge o hospital St. Joseph, em Londres, onde a assistente social, Dame Cicely Saunders, iniciou o trabalho que culminou com o desenvolvimento da base do

---

<sup>7</sup> Home Care: Assistência domiciliar específica

movimento moderno *dehospice*<sup>8</sup>.

Em 1947 um outro hospital, E. M. Bluestone, em New York , introduziu a noção de assistência domiciliar concebendo-o como um “hospital sem paredes” para cuidar dos doentes em suas casas, após terem alta do hospital e acompanhados por equipes especializadas. Os serviços eram coordenados por enfermeiras de saúde pública, que atuavam nos hospitais. Esses profissionais faziam elo entre o paciente e os serviços adquiridos, providos dentro e fora do hospital. O programa foi criado com a disposição dos modernos hospitais gerais, com um mínimo de despesas possíveis para viabilizar o atendimento. (MENDES apud ALBIERO, 2003).

Esta idéia se apresentou como trazendo resultados e benefícios principalmente aos doentes, e então o Dr. Bluestone, do Hospital Montefiore, no mesmo ano de 1947, iniciou o trabalho de assistência domiciliar, com uma equipe multiprofissional: médico 24 horas, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira, incluindo serviço de transporte e trabalhadora doméstica para fazer serviço geral da casa, enquanto o paciente estivesse internado ou quando já tivesse em casa, mas sob o atendimento do programa.

Em 1967, em Londres, a mesma assistente social (Saunders), do Hospital St. Joseph, criou a casa de repouso St. Christopher, que foi a matriz do movimento de hospedaria em todo o mundo.

Nos anos de 1970, os hospitais começaram se espalhar por todo o mundo, tornando-se independentes, com programas de cuidados domiciliares, unidades de cuidados contínuos e equipes para controle de sintomas.

Atualmente a ênfase dada aos modelos de “tratamento domiciliar” é a abordagem integrada, que inclui médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas, entre outros, e se constitui em modelos de equipes que não representam custos adicionais para o hospital, em relação ao modelo tradicional de intervenção.

Todo o desenvolvimento e progresso que ocorreu ao longo do século XX na área da medicina e da saúde, aliado às melhorias da qualidade de vida, à diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade, nos levou a experienciar um outro fenômeno, uma rápida transição demográfica. Assim, a partir de meados desse século, no Brasil, começamos a observar um aumento gradativo da expectativa de vida ao nascer e da longevidade. Uma das conseqüências de todo esse processo foi a inversão dos problemas de saúde, ou seja, uma

---

<sup>8</sup> De hospice: asilo

diminuição significativa das doenças infecto-contagiosas e um progressivo aumento das doenças crônico-degenerativas. Ainda que o envelhecimento não seja sinônimo de doença, não se pode negar que, à medida que as pessoas vivem mais, amplia-se também as suas chances de desenvolver doenças cuja prevalência aumenta significativamente com o passar da idade, como por exemplo, as demências.

Devido a este progresso e os importantes avanços científicos e tecnológicos, especialmente na área da medicina, conseguiu-se conter as infecções, erradicar muitas das doenças infecto-contagiosas, fazer diagnósticos cada vez mais precisos e precocemente, descobrir a cura ou tratamentos para controlar muitas doenças, recuperar e reabilitar problemas antes tidos como insolúveis, ampliar a expectativa de vida e atingir índices de longevidade nunca antes imaginados. Assim, entramos no século XXI com uma significativa parcela da população sendo constituídas por pessoas idosas ou da terceira idade. Muitas dessas pessoas gozam de boa saúde, porém algumas trazem consigo para a velhice problemas adquiridos na adolescência ou vida adulta.

Segundo Santos (2003), foi observado no século XX uma sistemática transferência do cuidado do campo familiar e do reduto da esfera doméstica para o campo profissional e para as instituições. Neste movimento, a família passou a ocupar uma função de coadjuvante no exercício das atividades do cuidado. Frente a isto, o que se vem observando desde a última década é uma espécie de contra-movimento, a qual a autora denomina de “reprivatização do cuidado”, junto ao segmento idoso. Tal movimento significa um retorno do cuidado para contexto domiciliar, tendo como seus executores os membros da família, também chamado de cuidadores familiares.

### 3.2 O CUIDAR E OS CUIDADORES DE IDOSOS: TIPOS, CONCEITOS E SIGNIFICADOS

Prestar cuidados a idosos doentes e incapacitados e atender os familiares que assumem o papel de cuidadores são questões que, no Brasil, começam a fazer parte da agenda de preocupações de um número crescente de profissionais de saúde e da área social. A emergência desses novos interesses deve-se a tomada de consciência sobre os efeitos adversos do crescimento do número de idosos e do aumento da longevidade num contexto de

generalizada carência de recursos sociais e profissionais para atender esta demanda.

Conforme Neri (apud SANTOS, 2003), as relações das novas gerações com os idosos se fazem apresentar em um cenário complexo e flexível que não cabe em clichês e nem resiste a boas e a más idealizações e generalizações. O cuidado a idosos é tema profundamente enraizado no espírito das culturas e dos indivíduos, vistos como uma forma de retribuir aos mais velhos o que fizeram pelos descendentes.

Ao cumprirem tais intuitos, os adultos e a sociedade atuam em favor de sua própria continuidade. Assim, há uma expectativa generalizada de que os idosos sejam amparados pela família e de que, dentro destas, sejam principalmente as esposas e filhas, e depois outros membros da composição familiar e de afinidade, que realizem o cuidado.

Cuidado significa o ato ou tarefa de zelar pelo bem estar de alguém, prestando assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse ato (VIEIRA, 1996).

É importante saber que só faz sentido cuidar de alguém, quando este não consegue desempenhar mais suas atividades cotidianas, ou seja, for incapaz de cuidar de si próprio, ou não consegue desempenhar suas tarefas diárias sem ajuda de terceiros.

A princípio, cuidar lembra uma situação que envolve a emoção de um indivíduo e reflete proteção e segurança de outro. Por outro lado, “cuidar” é um verbo transitivo indireto, implicando na existência de um sujeito agente e um objeto passivo, envolvido assim numa relação, onde um primeiro desenvolve uma ação e o segundo recebe passivamente ou exerce uma atividade indireta ao delegar uma responsabilidade de execução ao primeiro (MENEZES, 1994).

O cuidado assistencial é contínuo e, quando fornecido à pessoa irreversivelmente incapaz de gerenciar sua vida, ele acaba por tornar-se uma “representação social de incapacitado”. Para que o cuidado transcenda na área do domicílio no sentido de satisfação das necessidades básicas do sujeito, é preciso primeiramente delimitar os problemas médicos agudos, as condições crônicas que podem ou não se manejadas em casa diante do diagnóstico da doença do idoso.

São muitos os caminhos a serem percorridos para atingir o objetivo de “promoção da saúde e do cuidado ao idoso”, tanto quanto à forma, quanto ao conteúdo, respeitando sempre as indicações qualitativas e quantitativas da necessária intervenção. Seja qual for o enfoque dado ao cuidado de idosos, existe um denominador comum obrigatório, embora nem sempre respeitado, que é o do conhecimento sobre o processo natural de envelhecimento. Sem este



mínimo de informação conceitual, corre-se o risco de não haver comunicação por um idioma cientificamente embasado, o que resultaria em um retrocesso nas áreas de geriatria e gerontologia (JACOBSON FILHO apud GONÇALVES, 2002).

O cuidado, no bojo de sua constituição, caracteriza-se como uma atividade eminentemente assistencial, que visa a satisfazer as necessidades do outro, desenvolvido no espaço domiciliar, considerando suas peculiaridades, relevância e suas diferenciações.

Nos países onde o envelhecimento da população vem ocorrendo e conseqüentemente a necessidade da atenção a estas pessoas que envelheceram e que, de alguma forma, perderam sua capacidade funcional, foi que surgiu a necessidade de se denominar os tipos de cuidadores: o cuidador formal e o informal/familiar.

O cuidador formal é reconhecido como profissão pelo Ministério do Trabalho e sua ocupação é reconhecida pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Segundo Born (2006, p. 05), denomina-se cuidador formal “a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades da vida cotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado”.

A emergência de uma nova modalidade de atividades ocupacionais, a de cuidar de uma pessoa nas atividades da vida diária mediante uma remuneração, passou a exigir reconhecimento, tanto em função das qualificações mínimas necessárias, como da remuneração e do registro em carteira de trabalho. No contexto familiar, a empregada doméstica é quem, além de realizar serviços domésticos em geral, costuma cuidar de idosos. Outras passaram a ser contratadas, especificamente para cuidar do idoso, tendo ou não tendo recebido alguma formação, sendo denominadas acompanhantes. Nas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs) passou a existir uma funcionária conhecida como atendente de idosos (NERI, 2002)

A Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego publica periodicamente, um catálogo no qual estão nomeadas e descritas as ocupações do mercado de trabalho. Segundo a sua versão mais recente, CBO 2000, no Brasil há cerca de três mil ocupações e dezoito mil títulos sinônimos nomeados pela CBO. Para descrever as atividades do mercado de trabalho brasileiro, essas três mil ocupações foram agrupadas em 600 famílias ocupacionais. Uma família ocupacional é um conjunto de ocupações similares que corresponde a um domínio de trabalho mais amplo que o de ocupação. Dessa forma foi descrita a família ocupacional de cuidadores, que compreende cuidadores de crianças, jovens,

adultos e idosos (CJAI). O código dessa família ocupacional é 5162. O código de cuidador de idosos é 5162-10, o qual se aplica também a outras denominações dessa categoria: acompanhante de idosos; cuidador de pessoas idosas e dependentes; cuidador de idosos domiciliares; cuidador de idosos institucional; e *gero-sitter*<sup>9</sup> (BRASIL/MTE, 2007)

A descrição sumária diz: Cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. Ressalva que essa família não compreende técnicos e auxiliares de enfermagem, cujo código é 3222 (CBO, 2000).

As condições gerais de exercício apresentadas pela CBO são:

O trabalho é exercido em domicílios ou instituições cuidadoras de crianças, jovens, adultos e idosos. As atividades são exercidas com alguma forma de supervisão, na condição de trabalho autônomo ou assalariado. Os horários de trabalho são variados: tempo integral, revezamento de turno ou períodos determinados. No caso de cuidadores de indivíduos com alteração de comportamento, estes estão sujeitos a lidar com situações de agressividade (CBO 2000).

Quanto à formação e experiência destes cuidadores, essas ocupações são acessíveis a pessoas com dois anos de experiência em domicílios ou instituições cuidadoras públicas, privadas ou ONGs, em funções supervisionadas de pajem, mãe substituta ou auxiliar de cuidador, cuidando de pessoas das mais variadas idades. O acesso ao emprego também ocorre por meio de cursos de treinamento de formação profissional básicos, concomitante ou após a formação mínima, que varia da quarta série do ensino fundamental até o ensino médio. Podem ter acesso os trabalhadores que estão sendo reconvertidos da ocupação de atendente de enfermagem. Na casa de atendimento a elevado grau de dependência, exige-se formação na área da saúde, devendo o profissional ser classificado na função de técnico/auxiliar de enfermagem (CBO 2000).

Segundo a metodologia adotada pela CBO, para a descrição das funções do cuidador identificam-se, inicialmente, as funções comuns dessa família ocupacional, que foram, em seguida, organizadas em sete grandes grupos:

- a) Cuidar da pessoa;
- b) Promover seu bem-estar;

---

<sup>9</sup> Gero-sitter: cuidador de pessoas idosas, algumas vezes denominados erroneamente de Geri-sitter. O termo correto é Gero-sitter, com raiz em gerontologia.

- c) Cuidar da alimentação de crianças, jovens, adultos e idosos;
- d) Cuidar da saúde;
- e) Cuidar do ambiente domiciliar e institucional;
- f) Incentivar a cultura e a educação;
- g) Acompanhar CJAÍ em passeios, viagens e férias (BORN, 2006).

As respectivas atividades dos cuidadores estão mais bem descritas no anexo deste trabalho. Além de descrever essas funções, a CBO (2000) menciona também um outro grupo (Z), relativo às competências pessoais que o cuidador deve demonstrar, tais como: a capacidade e o preparo físico, emocional e espiritual; demonstrar educação e boas maneiras; demonstrar discrição; obedecer a normas e estatutos; conduzir-se com moralidade, etc.

Analisando as atividades que o cuidador formal realiza na vida diária junto a um idoso dependente, percebe-se que o cuidador familiar/informal também as realiza, mas não é reconhecido como ocupação pelo Ministério de Trabalho e Emprego, sendo assim não é remunerado pelo trabalho que desenvolve, sendo visto então, como um voluntário ou um ator importante no processo do envelhecimento.

Mas estas modalidades de cuidados domiciliares não poderão ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos cuja capacidade funcional está comprometida demanda orientações, informação e assessoria de especialistas.

Na literatura gerontológica, a dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação (PAVARINI; NÉRI, 2000). Relaciona-se também a dependência com um estado de desamparo ou de impotência.

Na literatura encontramos inúmeras classificações de dependência. Pode-se classificar dependência pelas limitações físicas, funcionais, ou pelas limitações cognitivas e mentais. A definição usada por Pavarini e Néri (apud DUARTE; DIOGO, 2000) dividem o conceito de dependência em três tipos:

**Dependência estruturada:** definida como o afastamento do indivíduo da vida social e do processo produtivo. O conceito remete às práticas sociais e não necessariamente ao indivíduo que tem a sua autonomia e sua independência restringida. Situações como desemprego, intolerância social, asilamento, internação prolongada em hospital psiquiátrico,

maus tratos, fome, pobreza entre outros, podem levar o idoso a um estado de dependência física e/ou psicológica.

**Dependência Funcional:** também conhecida como incapacidade funcional, desamparo prático ou incapacidade para realizar atividades da vida diária. Essa condição pode acometer pessoas de qualquer idade que são submetidas a condições excepcionais que lhe dificultem o funcionamento, mas acomete mais tipicamente o idoso, com diferentes graus de severidade. Problemas de ordem funcional representam um risco severo a independência e causam sobrecarga aos cuidadores, por comprometer a capacidade do movimento. Essa incapacidade de realizar atividades instrumentais de vida diária é indicativa de desordens subjacentes, tais como demência e depressão.

**Dependência comportamental:** esse tipo de dependência pode ocorrer até mesmo na ausência de incapacidade funcional e é medida por atitudes e conceitos dos idosos e das pessoas que com eles vivem. As condições ambientais é que podem determinar a dependência, se essas não encorajarem suas competências e habilidades.

Além da classificação apresentada anteriormente, Benedetti, Petroski e Gonçalves (2004) realizaram um pesquisa sobre o perfil do Idoso no Município de Florianópolis e elaboraram uma publicação dirigida ao grau de dependência do idoso e nesta os autores propõem quatro classificações que deverão orientar a identificação do idoso quanto à classificação do seu nível de dependência.

Assim, os idosos são:

- Totalmente independente: quando conseguem realizar atividades como: alimentar-se sozinho, pentear os cabelos, deitar-se e levantar-se da cama, vestir-se e despir-se, tomar banho, caminhar em superfície plana, usar o banheiro em tempo e tomar medicamentos, sair perto de casa e subir e descer escadas, cortar as unhas dos pés, sair para lugares distantes, pegar ônibus.
- Parcialmente independentes: quando conseguem realizar atividades como: alimentar-se sozinho, pentear os cabelos, deitar-se e levantar-se da cama, vestir-se e despir-se, tomar banho, caminhar em superfície plana, usar o banheiro em tempo e tomar medicamentos, sair perto de casa e subir e descer escadas.
- Parcialmente dependentes: quando realizam somente atividades como: alimentar-se sozinho, pentear os cabelos, deitar-se e levantar-se da cama, vestir-se e despir-se, tomar banho, caminhar em superfície plana, usar o banheiro em tempo e tomar

medicamentos.

- Totalmente dependentes: quando não realizam nenhuma atividade sendo dependentes de terceiros (BENEDETTI; PETROSKI; GONÇALVES, 2004)

Cabe esclarecer que para efeito da amostra da pesquisa, não adotou-se, a classificação usada por Pavarini e Néri por que a consideramos extremamente ampla, optou-se por ter como referência Benedetti, Petroski e Gonçalves (2004), sem segui-la a rigor, por se entender que a transposição da classificação implicaria a necessidade de haver já um estudo anterior que assim os classifica e/ou na sua ausência, como foi o caso, na realização de um estudo preliminar do universo dos idosos, para posteriormente se determinar a amostra que participaria da pesquisa, o que não seria possível considerando o tempo disponível à realização da presente monografia.

No presente estudo adotou-se a referência "idoso dependente" para se referir aos idosos que assim são considerados pela Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social do município de Florianópolis, mais especificamente a Gerência de Atenção ao Idoso, devido os mesmos não mais terem condições de se locomoverem normalmente, inclusive não terem condições de se deslocarem até a Gerência para levar o atestado de doença exigido pelo Programa Renda Extra a cada dois meses. Identifica-se a partir disto, a apresentação de um grau significativo de dependência dos idosos em não poderem também permanecer sozinhos em suas residências devido a incapacidades físicas e/ou mentais significativas que comprometem seu bem estar e segurança, sendo identificados no Programa 26 idosos dependentes, conforme informações levantadas para a pesquisa, confirmadas pela assistente social do Programa e a observação durante a entrevista com os 13 cuidadores selecionados.

O grau de dependência do idoso é um fator determinante para o planejamento das ações da saúde, bem como o tipo de assistência e suporte que serão prestados ao idoso, à família e, principalmente, ao cuidador.

Vivemos num contexto em que a autonomia do adulto é ultra valorizada e a dependência, que se acredita ser uma condição inevitável na velhice, é deplorada e carregada de conotações negativas e preconceitos. A dependência na velhice ainda é um tabu para nossa sociedade que, primeiramente, experimenta a inquietação e o medo de envelhecer e estar submetido a tal condição. Os não idosos preocupam-se com a necessidade de prestar cuidados aos idosos, justamente numa época de vida que gozam de autonomias conquistadas,

responsabilidades familiares e profissionais.

A família sendo um conjunto de pessoas unidas por laços de parentesco e que, por isso mesmo, juntas, satisfazem necessidades físicas, emocionais, sociais e econômicas, uma vez que essas relações familiares baseiam-se no afeto, reciprocidade e obrigação, vêm alterando suas características no decorrer do tempo e tendo como uma de suas funções o cuidar, cuidado que, a princípio, os pais tem com os filhos pequenos e, posteriormente, os filhos adultos terão com os pais idosos (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002).

Isto está fazendo com que os domicílios sejam um espaço de múltiplas funções: gerar, alimentar, proteger, educar, dormir, conviver, festejar e cuidar. São funções que vão sofrendo alterações em decorrência do ciclo vital da família e no fluxo da vida cotidiana.

Para a autora Margareth Ângelo o conceito de família está ligado ao envolvimento emocional e este termo implica obrigações recíprocas e responsabilidades no contexto de atenção e cumplicidade. Neste sentido, a autora aponta sua perspectiva da relação família X saúde e doença:

[...] Tomar a família como perspectiva é considerar o contexto familiar no processo de cuidar em saúde, não apenas como o local onde o cuidado é dado e recebido durante a vida, e onde se aprende sobre saúde e doença, mas onde um processo de viver e transições da vida está sendo construída a cada dia (ÂNGELO, 1997 apud Becker 2007)

Cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

Diversos autores discutem sobre a distinção entre cuidador principal e secundário, mas segundo Dias, Wanderley e Mendes (2002) a definição de quem é o cuidador depende do grau de envolvimento experimentado por cada um nos cuidados prestados ao idoso dependente. Ainda segundo os autores, o cuidador principal é aquele que tem total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente no domicílio. Os cuidadores secundários seriam os familiares, voluntários e profissionais que prestam atividades complementares dividindo a responsabilidade com o cuidador principal, auxiliando-o e substituindo-o quando necessário, fornecendo retaguarda financeira ou ajuda em situações específicas como, por exemplo, no transporte, nas atividades sociais, e nas atividades financeiras.

Além destas definições, autores como Neri (2001) relatam outras denominações de

cuidadores como o *cuidador familiar/informal* que é a pessoa da família que responde ao papel e/ou às tarefas de cuidar de idosos que apresentam dependência associada a incapacidades funcionais e/ou a pobreza e/ou à doenças, de tal forma que são incapazes de sobreviver por si mesmos.

Infelizmente não dispomos no Brasil de redes formais de suporte<sup>10</sup> de tamanho e qualidade suficientes para atender à demanda. As conseqüências negativas são a sobrecarga da família e do cuidador e o comprometimento da qualidade de vida dos idosos (NERI, 2001).

Os cuidados e a proteção são atividades inscritas de forma permanente nas relações familiares, construindo-as, redefinindo-as, impondo acertos, superações e modificações.

O cuidado não é exclusivo de nenhuma profissão da saúde, ao contrário, pensá-la enquanto conceito ampliado implica visualizá-lo na ótica multidisciplinar e também na perspectiva da participação ativa do indivíduo - sujeito do cuidado, sua família e cuidadores.

No contexto brasileiro, a existência de um familiar que se responsabiliza pelos cuidados a um idoso dependente é ainda muito freqüente. As famílias constituem-se no primeiro recurso, do qual se vale a sociedade, para dar atendimento e acolher os seus membros idosos, principalmente nos casos que demandam cuidados prolongados decorrentes de processos mórbidos incapacitantes, sendo estas, fontes primárias de suporte social informal.

Isto faz com que a atividade de cuidar acabe asfixiando o cuidador se este não tem condições de contar com o apoio de pessoas e programas.

A partir dos cuidados, a pessoa que fica responsável depois de alguns meses, começa a apresentar sinais de cansaço, estresse, isolamento, e os conflitos familiares vão aflorando, pois, outros membros do núcleo familiar não aceitam dividir ou até mesmo assumir tais atividades diante de suas próprias condições de vida, e esta acaba sendo uma das causas da procura das famílias para serem atendidas na Gerência de Atenção ao Idoso, no Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e família, onde tenta-se reunir as famílias e orientá-las para que as mesmas optem pelo melhor caminho visando diminuir a sobrecarga na vida do cuidador familiar.

Percebe-se através disto, que o papel da família no processo de cuidar de um doente

---

<sup>10</sup> Segundo Neri (2001), são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber. Elas existem ao longo de todo o ciclo vital, atendendo à motivação básica do ser humano à vida gregária.

em domicílio apresenta limites, ambigüidades, demonstra ser contraditório e permeado de conflitos entre cuidador e doente, cuidador e família, cuidador consigo próprio, conflitos entre família com várias redes de suporte (ALBIERO, 2003).

Na busca da compreensão do cuidado no contexto domiciliar, pesquisadores brasileiros apontam para a diversidade do processo de cuidar e ressaltam que o cuidado a idosos em família sofre influência de diversos fatores. A história de vida de seus membros, a cultura de origem e o contexto histórico e cultural em que vivem a disponibilidade dos recursos pessoais e sociais de apoio são fatores importantes. Da mesma forma as relações familiares, as especificidades e heterogeneidades do momento e da situação de cuidar, o tipo e grau de necessidade de cuidado dos idosos, os arranjos familiares existentes e qualidade de suas relações não podem ser ignorados (NERI, 2002)

Considerando-se que há uma tendência de termos no futuro, muitos idosos morando sozinhos ou com famílias cada vez mais nucleares, com poucos membros, e considerando a escassez de preparos adequados, intui-se que as famílias terão habilidades e formação limitadas para assistirem as demandas específicas de cuidado, o que as tornam incapazes de exercer o papel de cuidador, faz-se necessário a partir deste entendimento que se crie novas estruturas sociais para o cuidador familiar.

### 3.3 O CUIDADOR FAMILIAR, AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A REDE SOCIAL

O cuidado domiciliar vem sendo apresentado nos últimos tempos como a revolução do cuidado ao doente em domicílio. Conforme Albiero (2003) se nos reportarmos para algumas décadas ou até mesmo séculos atrás, veremos que a prática de cuidar de pessoas que necessitam de algum tipo de atenção especial, como idosos dependentes, crianças, portadores de necessidades especiais, doentes crônicos, entre outros, em domicílio, não é nova, existe desde os primórdios da humanidade. Com o desenvolvimento da sociedade capitalista e as relações no mundo do trabalho, o cuidado domiciliar vem emergindo na contemporaneidade como tema de relevância a ser tratado e discutido no âmbito das políticas sociais públicas e da família, acerca da sua função social em torno do cuidar e ser cuidado em domicílio, inclusive vem desenvolvendo-se, ampliando-se e profissionalizando-se cada vez mais nos últimos tempos.



No âmbito da assistência domiciliar é do ambiente da família que depende a estrutura para que se possam prestar o cuidado e a sustentabilidade para o tratamento, a acolhida e o apoio. A efetiva participação de seus membros e a disposição em enfrentar a situação do binômio saúde/doença constitui papel central na recuperação da pessoa que está recebendo cuidado.

No que se refere ao papel do Estado, as políticas sociais, deixam de ser políticas de desenvolvimento social e passam a ser políticas compensatórias focalizadas, voltadas diretamente para os pobres, para quem o problema além de sobreviver, é tentar recuperar o perdido (BERMÚDEZ apud ALBIERO, 2003).

Nesse sentido, a construção histórica da relação entre Estado e Família sempre foi permeada pela ideologia de que as famílias, independente de suas condições objetivas de vida e das próprias vicissitudes da convivência familiar, devem ser capazes de proteger, cuidar e oportunizar a autonomia de seus membros (MIOTO, 1998).

Nesta direção Carvalho (apud ALBIERO 2003, p. 170) nos aponta:

[...] as políticas de saúde e de assistência social vão introduzir serviços de proximidade voltadas a família e a comunidade. Os serviços coletivos implementados pelas políticas sociais, organizam-se e desenvolvem-se combinado diversas modalidades de atendimento ancorado na família e na comunidade. Fala-se hoje menos em internação hospitalar e mais em internação domiciliar, médico da família, cuidador domiciliar, agentes comunitários de saúde, em programas de saúde da família, centros de acolhimento, reabilitação, convivência, etc.

Mas o que vem se identificando no papel do Estado, é a sua minimização em relação a proteção social como um direito de cidadania, na perspectiva da universalidade. Em uma época em que a provisão da proteção social não é assegurada nem pelo Estado, nem pelas redes de solidariedade articuladas no interior das sociedades, a família é retomada como âncora principal para a garantia do bem-estar. Nesse contexto, os sistemas de proteção social têm reconhecido a instituição familiar, como importante fonte de proteção.

De Martinho (apud LIMA, 2006) usa a expressão “neo familiarismo” para tratar dessa relação entre as políticas sociais e a família no modelo de Estado neoliberal. A tendência desse modelo é transformar a família em solução para os problemas no mundo globalizado e de uma sociedade de riscos que coloca em estado de insegurança todos – ricos e pobres. Numa perspectiva “neo familiarista” as fontes de apoio da família são reduzidas, diminuindo também as possibilidades de onde e a quem recorrer fora da esfera familiar.

Observa-se nesse modelo que a família sofre uma sobrecarga de funções,

considerando as responsabilidades que o Estado e a sociedade lhe impõem no cuidado de seus membros.

Dessa forma, a família se encontra muito mais na posição de um sujeito ameaçado do que de instituição provedora esperada. E considerando a sua diversidade, tanto em termos de classes sociais como de diferenças entre os membros que a compõem e de suas relações, o que temos é uma instância sobrecarregada, fragilizada e que se enfraquece ainda mais quando lhe atribuímos tarefas maiores que a sua capacidade de realizá-la (CAMPOS; MIOTO apud LIMA, 2006, p.66. )

Fragilizada pelos processos e pelas mudanças que marcam a atual realidade, a família, segundo Almeida e Carvalho (2003), vê crescer, paradoxalmente, suas responsabilidades como mecanismos de proteção social. Dessa maneira, a família como o espaço do cuidar, da solidariedade e da proteção passou a reindividualizar os riscos e a reassumir aspectos que tradicionalmente tem desempenhado no bem-estar social, mas que agora aparecem com outros discursos e outras abordagens no espaço do cuidado e da proteção, no qual “[...] a referência às responsabilidades e à solidariedade familiar serviram mais ao Estado para racionar o acesso de benefícios e a restringir os direitos individuais, sobretudo aqueles provenientes da assistência e não do seguro” (CAMPOS; MIOTO apud ALBIERO, 2003 ).

O empobrecimento da população brasileira, a vulnerabilidade dos grupos familiares, especialmente os mais pobres, e a fragilidade das relações intra-familiares no fornecimento de suporte para o bem-estar, nos dá base para visualizar que para a família operacionalizar proteção, ela precisa estar protegida, ou seja, ter garantias mínimas de bem-estar, o que ainda não é uma realidade em nosso país, e isto se deve dar através da efetivação das políticas públicas.

A Gerontologia Social é uma designação surgida em 1954 para a área da gerontologia que se ocupa principalmente de questões sociais e sócio culturais, de políticas públicas e das práticas sociais, das conseqüências sociais do envelhecimento, de instituições sociais. Têm como temas importantes as atitudes, as políticas públicas, as políticas sociais, as formas de gestão da velhice pelas instituições, os índices de bem estar das populações idosas e as redes de suporte social (PAVARINI et al., 2005).

Segundo Santos (2003, p. 24) a Política Nacional do Idoso, descrita na Lei 8.842/94, foi onde pela primeira vez, se viu efetivamente contemplados os direitos dos idosos de uma maneira mais ampla. Essa buscou envolver todos os segmentos das esferas federal, estadual e municipal com vistas a garantir o bem-estar físico, emocional e social dos idosos em todo o território nacional. Em uma de suas diretrizes propõe priorizar o atendimento aos idosos por

intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. Verifica-se aí, a oficialização da reprivatização do cuidado e o retorno a família da responsabilidade de cuidar de seus idosos. Por tratar-se de um grande programa de ações governamentais, requeria que cada ministério (Previdência e Assistência Social, Cultura, Educação e Desportos, Justiça, Saúde, Trabalho e Planejamento) que dela participasse traçasse um plano para operacionalizar suas ações.

Uma das conseqüências da operacionalização supracitada na área da saúde foi a criação da Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria n. 1395, de dezembro de 1999) no qual teve como objetivo central a “promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que apresentam alguma restrição de sua capacidade funcional”. De forma a revisá-la e atualizá-la, no ano de 2006 esta Portaria foi revogada, sendo substituída pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006).

Uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) propunha o apoio ao desenvolvimento dos cuidadores informais, que deveria ser implementado através de uma parceria com os profissionais da área da saúde. Segundo Duarte e Diogo (2000) na prática, o que se verificou nos cursos desenvolvidos foi uma tentativa de capacitação em massa de pessoas que se encontravam fora do mercado de trabalho em função de sua pouca escolaridade e baixa qualificação profissional. Em outras palavras, buscava-se criar uma nova categoria ocupacional - o cuidador domiciliar – e, mais uma vez, eram deixadas de lado as necessidades de treinamento, supervisão, orientação, suporte emocional, social e/ou financeiro dos cuidadores familiares. O intento chegou a ser implementado tendo como referência a Portaria Interministerial nº 5.153, de abril de 1999 (Anexo G), que instituiu o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, a qual se materializavam através dos cursos. Estes só não foram a frente graças a reação dos conselhos e associações de classe das diversas categorias profissionais que fazem parte da equipe de saúde. De maneira geral, os profissionais se opuseram a essa proposta porque se preocuparam com a qualidade dos cursos, com a formação dessas pessoas e da assistência que elas poderiam oferecer a clientela idosa no interior dos domicílios (DUARTE; DIOGO, 2000). Novas estratégias e propostas ainda se encontram em fase de discussão e experimentação até o presente momento.

A Lei 8.842/94 (PNI) também propõe que sejam incluídos nos currículos dos cursos superiores da área da saúde conhecimentos de geriatria e gerontologia, visando a formar e

capacitar recursos humanos com competência para atender as demandas da clientela idosa e de seus familiares. Isso também objetiva um maior investimento na área de promoção para um envelhecimento saudável que efetivamente atinja a população em geral.

A responsabilidade da família de oferecer atenção e cuidado aos idosos já foi enunciada na última reforma da Constituição Brasileira, em 1998, quando no seu Artigo 229, nos diz que “os pais tem o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.”

Percebe-se também no Parágrafo I, quando determina que: “os programas de amparo ao idoso serão executados preferencialmente em seus lares”. Assim é possível intuir que o âmbito das políticas públicas e até mesmo da Constituição, reconfigura-se a desinstitucionalização do cuidado e seu retorno para a esfera doméstica. Santos (2003) refere que a família é percebida como a cuidadora ideal, embora, na realidade concreta, conforme apontaram todas as pesquisas, permaneça desassistida e tendo de assumir sozinha mais essa responsabilidade.

Observa-se que as demandas postas por essa população se colocam, em volume e complexidade, muito superiores a cobertura que o Estado se propõe a efetivar e, nessa ótica, as demandas que são postas para o trabalho do assistente social refletem exatamente esse descompasso, mesmo sabendo que a PNI, quanto a Política Nacional de Saúde do Idoso enfatizam a necessidade de que os cuidadores informais recebam treinamentos básicos referentes a cuidados com a higiene pessoal, medicação de rotina e outros, e além disso, salientam a necessidade da formação de núcleos de apoio, que permitam a troca de experiências entre os cuidadores, com vistas a evitar tanto o isolamento dos idosos quanto dos próprios cuidadores.

Ainda que reconheçamos os muitos avanços que obtivemos em termos de políticas públicas na área da saúde desde a década de 1990, concordamos com Santos (2003) quando ela acredita que a vivência experienciada pelos cuidadores familiares no contexto domiciliar é rica em significados, de alta complexidade, esta passando por um processo de mudanças e requer novas pesquisas que possibilitem uma melhor compreensão dessa realidade.

Conforme Albiero (2003), as políticas sociais de apoio as famílias, hoje, apresentam-se de forma fragilizada e/ou inexistente, o núcleo responsável pelo cuidado de seus membros é e sempre foi direcionado a família, não havendo instituições e políticas públicas estruturadas para cuidar. Isto causa implicações que a assistência tem para a família, considerando o seu

alto custo, o número reduzido de seus membros no espaço doméstico para auxiliar, a idade avançada do cuidador e principalmente caracterizando-se pelo trabalho da mulher cuidadora.

Segundo Lima (2006), para a família operacionalizar proteção ela precisa estar protegida, ou seja, ter garantias mínimas de bem estar, o que ainda não é uma realidade em nosso país. Assim sendo, a família permanece desprovida do suporte público necessário para a garantia do bem-estar de seus membros, porém tornou-se a grande referencia na proteção social dos indivíduos, sendo cobrada e responsabilizada legalmente pelo exercício desta função.

A família não possuindo condições de infra-estrutura para cuidar, o Estado deverá criar políticas públicas efetivas voltadas para o apoio familiar, formando principalmente cuidadores, a fim de que o Estado preste assistência devida.

Estruturar redes de serviço para apoiar cuidadores domiciliares é fundamental, pois são formas de fornecer suporte físico e emocional aos cuidadores, dependentes e familiares. Tal perspectiva, então, será a questão para discutirmos e pensarmos em termos de políticas públicas que ofereçam suporte as famílias cuidadoras.

Referindo-se aqui também, ao assistente social, por se trata de um profissional da saúde, e uma vez que a população demandante das políticas sociais públicas apresenta solicitações que essas políticas não têm condições de atender ou o fazem de forma precária e desqualificada, o assistente social através destas demandas postas que chegam a instituição, é o responsável pela formulação/implementação das políticas sociais públicas que se configuram para este sujeito.

Isto é mostrado na Política Nacional de Saúde do Idoso, com base na Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso onde refere que:

As pessoas envolvidas no processo do cuidar deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual esta eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito. Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando que a atividade de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador (BRASIL, 1994).

Sendo o cuidador familiar/informal uma pessoa situada na família e entre os amigos daquele que necessita de ajuda, este cuidador precisa de apoio para continuar cuidando, orientação sobre a enfermidade do idoso, além da valorização e reconhecimento que poderiam

ser demonstrados por intermédio de suporte físico, social e afetivo.

Assim, a parceria entre os profissionais da saúde, incluindo o assistente social, e as pessoas que cuidam dos idosos, deverão possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas a promoção da saúde, a prevenção de incapacidades e a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos, sobrecarga na vida dos cuidadores e outras formas de segregação e isolamento. Na inexistência destes, não sobra ao cuidador e a família outra alternativa que a de procurar outras redes de suporte social.

A dinâmica da atenção ao idoso que vive um processo de dependência tem toda uma estrutura específica que difere da assistência ao idoso sem comprometimento cognitivo. Vivenciar um processo que apresenta um curso de deterioração progressiva pode ter efeitos devastadores nas pessoas afetadas e em seus familiares.

Por isto o idoso, o cuidador e sua família, necessitam de uma rede de apoio ampla, que inclui desde acompanhamento ambulatorial da pessoa doente até o suporte estratégico, emocional e institucional para quem cuida.

A vida cotidiana de uma família, incluindo o cuidador familiar, não se limita apenas ao círculo de relações com parentes, vizinhos e amigos, mas também se estende para outros elementos da sociedade, como igrejas, escolas, serviços sociais que, entre outros, tecem uma rede maior que se constitui na rede de relações sociais.

Para Martins (apud LIMA, 2006, 154 pgs), as redes sociais propõem responder “aos novos desafios postos pela transformação simbólica e materiais dos bens circulantes e pelos processos de reorganização espacial e temporal da sociedade contemporânea”. Nessa perspectiva, a teoria da rede social vem ganhando visibilidades teóricas entre os estudiosos, porém, ela ainda está impregnada de muitas ambigüidades e incertezas. Entre estas o autor destaca a indecisão sobre a natureza sociológica da rede social – ou trata-se de uma articulação racional e desejada de indivíduos envolvidos em uma situação social em foco ou a rede social está relacionada a um sistema complexo supra-individual, diferente dos indivíduos que a compõe, e capazes de impor-se às vontades individuais. Na busca por essas e outras respostas, há ainda um longo percurso a trilhar até que o campo científico possa assimilá-la.

Contudo, os estudos sobre as redes familiares procuram não só abordar a rede social como elemento importante de ajuda mútua no desenvolvimento da vida familiar, mas também

marcam o quanto estas relações auxiliam no processo da resolução dos problemas e conflitos familiares.

As redes familiares, nesta perspectiva, se constituem em um espaço de apoio para a família e são utilizados como um recurso pelos profissionais, especialistas das mais diversas áreas, e os governos no desenvolvimento de políticas de proteção social.

Sendo assim, a rede social familiar amplia-se para além das relações de parentesco e abarca não só as relações entre os vizinhos, amigos, mas se estende também para outras instituições, quer sejam públicas ou privadas. A rede social, na perspectiva dos estudos com famílias, pode ser caracterizada “como um conjunto específico de vínculos entre um conjunto específicos de pessoas” ou pode ser “entendida a partir da importância simbólica e afetiva para o sujeito” (MIOTO apud LIMA, 2006)

Nessa perspectiva, a rede social abrange um conjunto de pessoas ou instituições que ofereçam suporte a família ou indivíduos, seja pela troca de bens materiais, serviço e ajuda mútua ou pelo fornecimento de serviços para atender a necessidade do grupo familiar. Nesse contexto é demarcado a existência de dois tipos de rede. A rede social primária, a qual abarca as relações estabelecidas entre parentes, vizinhos e amigos (pautadas nos laços de parentesco ou em vínculos morais) e, a rede social secundária que abrange as relações estabelecidas pela via de formalidade e/ou instituição (LIMA, 2006)

Para Miotto (apud LIMA, 2006) a rede primária se constitui na encruzilhada entre a vida “pública e privada” e são movidas pelas relações sentimentais que se formam entre os indivíduos. Uma das características da rede primária é a sua morbidade, sendo transformada ao longo da vida das pessoas pelas circunstâncias e posição social, o que vai determinar o seu formato e abrangência.

A rede secundária caracteriza-se pelas relações mantidas pelas famílias com instituições e/ou com lugares que executam um determinado tipo de tarefa ou função para a sociedade, que sejam públicas ou privadas. Trata-se de um conjunto de pessoas que se reúnem em função de uma tarefa, em um marco institucionalizado (MIOTO apud LIMA, 2006)

As redes sociais de uma forma ou de outra, funcionam como um importante elemento no desenvolvimento de proteção social. E não é ao acaso que os governos nos últimos tempos as elegeram-nas como aliadas para o desenvolvimento de propostas e projetos de bem estar a população.

Mesmo com a existência da rede de apoio social, são imprescindíveis programas e

serviços para os idosos e seus cuidadores. Tais recursos são urgentemente necessários, pois muitos idosos isolados, dependentes e abandonados necessitam de alternativas à assistência familiar de que não dispõem. Embora se constate, em muitos países, uma apreensão quanto a possibilidade de, ao oferecerem alternativas públicas, contribuírem para legitimar e encorajar o abandono das responsabilidades pela família, é preciso considerar que uma forma do Estado garantir aos cidadãos de qualquer idade os seus direitos sociais é reconhecer a necessidade e implantar estruturas de apoio aos idosos e suas famílias por meio de uma parceria entre governo, comunidade local, vizinhança, ONGs, setor privado e organizações religiosas. Pois a falta de apoio de alguma modalidade social, às vezes pode ter como consequência a sobrecarga do cuidador familiar, não descartando a possibilidade de se encontrar vestígios de violência contra o idoso que está sendo cuidado. Essa sobrecarga ocasionada pelos cuidados prestados ao idoso dependente, será então o objetivo do capítulo a seguir.



## **4 OS EFEITOS NA VIDA DO CUIDADOR FAMILIAR EM CUIDAR DO IDOSO DEPENDENTE E A CONSTATAÇÃO DA NECESSIDADE DE NOVAS FORMAS DE ATENDIMENTO**

No Brasil, os cuidados com os idosos dependentes têm sido primordialmente desenvolvidos no seio familiar, com destaque para a figura feminina. Estes cuidados são desenvolvidos por cuidadores leigos, informais e familiares. Por isso, vem-se constatando em nosso meio, principalmente nos atendimentos realizados no Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, os reclamos dos familiares referentes às dificuldades encontradas e a falta de apoio dos familiares e de instituições sociais que auxiliem no cuidado do idoso dependente. A partir desta identificação é que se escolheu analisar os efeitos ocasionados na vida do cuidador familiar no processo em cuidar do idoso dependente e a constatação da necessidade de se (re)pensar novas formas de atendimento para estes sujeitos. Para isto, adotou-se os seguintes procedimentos de pesquisa:

### **4.1 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA**

A pesquisa realizada, do tipo qualitativa, considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (GIL 1991). A amostra foi retirada do Programa Renda Extra e teve, como mencionado anteriormente, o objetivo de analisar os efeitos ocasionados na vida do cuidador familiar de idosos dependentes, e os desafios para as políticas em se (re)pensar novas formas de atendimento para o idoso e seu cuidador familiar.

O recorte da pesquisa envolvendo os cuidadores de idosos se deve à crescente demanda atendida deste segmento nos programas da Gerência de Atenção ao Idoso, em especial no Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família. Neste mesmo programa, através de relatos dos cuidadores durante o atendimento, pode-se observar que estes, enquanto

responsáveis pelos cuidados do idoso, após alguns meses, começavam a apresentar sinais de cansaço, estresse, isolamento, e com isso, conflitos familiares iam aflorando, afinal, outros membros do núcleo familiar não aceitavam dividir ou até mesmo assumir tais atividades diante de suas próprias condições de vida.

Os procedimentos técnicos adotados para pesquisa envolveram a pesquisa documental realizada entre a segunda e terceira semana de agosto de 2007, onde foram levantadas as informações dos noventa e cinco prontuários com suas respectivas fichas de atendimento usadas no acolhimento do usuário no Programa Renda Extra de 2004 a 2007, sendo identificado o número de idosos dependentes e seus respectivos cuidadores, resultando no total de vinte e seis idosos. A ficha elaborada consta no apêndice A deste trabalho.

As entrevistas foram feitas com treze cuidadores, totalizando 50% do total de idosos caracterizados como dependentes que apresentaram cuidadores familiares, ou seja, pessoas que tiveram experiências práticas com o tema pesquisado. As entrevistas se deram através de um roteiro de perguntas abertas e fechadas, mediante aceitação dos entrevistados, manifestados através do termo livre de consentimento (Apêndice C).

Constituindo o foco desta pesquisa, a escolha dos entrevistados ocorreu tendo como critério a maior proximidade da residência do cuidador com a Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social, devido às dificuldades em se fazer uso do único automóvel existente, e que é dividido entre toda a Gerência do Idoso. Assim, das treze entrevistas realizadas com os cuidadores, apenas três foram com o automóvel da GAI; sete contatos telefônicos foram realizados, solicitando o comparecimento do cuidador na Gerência, sendo que destes, apenas cinco compareceram; as cinco restantes foram realizadas tendo como meio de transporte o ônibus. Em apenas duas das visitas fui acompanhada pela assistente administrativa do Programa, por se tratar de local considerado perigoso e por esta conhecer a área, transmitindo-me maior segurança.

As entrevistas aconteceram no período de 03/09/07 à 13/09/07, e entre elas apenas duas tentativas não obtiveram sucesso: em uma delas a idosa estava hospitalizada e o cuidador não se encontrava; no outro caso, o cuidador havia saído de casa e deixado o idoso sozinho. Mediante tal fato, outros dois idosos foram incluídos na listagem dos cuidadores que deveriam ser entrevistados, visando manter o percentual de 50% do total de idosos caracterizados como dependentes.

As entrevistas tiveram como objetivo levantar dados e informações que permitissem

traçar primeiramente a aproximação do perfil do idoso dependente, a identificação do cuidador familiar, a caracterização do cuidador familiar em relação às atividades desenvolvidas e o apoio recebido, e por último, identificar os efeitos em cuidar.

A seguir será apresentada a primeira aproximação sobre o perfil do idoso dependente, e em seguida, o perfil do cuidador familiar junto às conseqüências na vida deste no ato de cuidar e a necessidade de se (re)pensar novas formas de atendimento para o idoso e seu cuidador familiar/informal.

#### 4.2 O PERFIL DOS IDOSOS DEPENDENTES

O principal desafio que a longevidade propõe aos idosos é a preservação da qualidade de vida, na presença das ameaças de restrição da autonomia e da independência, causadas pela deteriorização da saúde e pelo empobrecimento da vida social. A capacidade de tomar decisões e de auto-governo podem ser comprometida por doenças físicas e mentais, ou por restrições econômicas e educacionais. Elas não afetam apenas as competências do idoso para realizar ações instrumentais, como também para compreender e avaliar suas possibilidades, os seus direitos, necessidades, expectativas e preferências, os riscos inerentes à decisão e os motivos dos cuidadores (PAVARINI; NERI, 2000).

Diante do tema proposto para análise deste trabalho, na seqüência será apresentado o perfil do idoso dependente atendido no Programa Renda Extra, destacando sua idade e sexo, o número de filhos que possui, a profissão que exercia, o diagnóstico clínico e a situação da renda previdenciária e benefício do município.

**Tabela 03: Distribuição dos idosos segundo a faixa etária e o sexo. Florianópolis, 2007**

Faixa Etária do Idoso	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60 – 69	01	7,70	05	38,46	06	46,16
70 – 79	02	15,38	03	23,08	05	38,46
80 – 89	00	0,0	02	15,38	02	15,38
90 - +	00	0,0	00	0,0	00	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>03</b>	<b>23,08</b>	<b>10</b>	<b>76,92</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Referente à caracterização do idoso dependente e que, portanto, eram cuidados pelos cuidadores entrevistados, podemos notar que, do total de idosos dependentes, dez (76,92%), eram do sexo feminino e três (23,08%), eram do sexo masculino. Observa-se que a maior concentração de idosos masculinos apareceu na faixa etária de 70 a 79 anos (66,67%), seguido da faixa etária de 60 a 69 anos (33,33%). No sexo feminino, a maior concentração encontra-se na faixa etária de 60 a 69 anos (50%), seguido da faixa etária de 70 a 79 anos (30%), e por último na faixa de 80 a 89 anos (20%) do total de mulheres.

Tendo em vista que a composição familiar nos oferece uma visão do auxílio recebido ou não da família no processo de cuidar de um idoso dependente, foi perguntado aos entrevistados como se encontrava a composição familiar deste idoso. A composição apresentou-se da seguinte forma:

**Tabela 04: Distribuição do número de filhos por idoso, Florianópolis, 2007**

Nº de Idosos	Idade dos Idosos	Nº de Filhos
06	65, 67(02), 78, 81 e 85	05
02	66 e 72	03
02	68 e 74	00
01	72	11
01	76	04
01	64	02

Dentro do quadro dos idosos dependentes, houve o predomínio daqueles que possuem uma composição familiar de cinco filhos, encontrados nas faixas etárias de 65, 67, 78, 81 e 85 anos, fazendo com que se dificulte estabelecer uma média por faixa etária, por estar bem variada. Na seqüência, encontramos ainda dois casos em que o idoso dependente apresenta uma composição familiar de três filhos cada.

Mais a frente da pesquisa, estes dados nos permitirão identificar na vida do cuidador familiar/informal, se neste universo familiar há o auxílio ou não de seus membros familiares para apoiar nos cuidados ao idoso dependente, lembrando que a Constituição Federal de 1988 já estabelecia em seu art. 229 que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.

Através das entrevistas com os cuidadores, levantou-se qual profissão o idoso dependente exercia, antes de se encontrar na situação atual, e obteve-se o seguinte resultado:

**Tabela 05: Distribuição da Profissão do idoso, Florianópolis, 2007**

Sexo	Profissão	Quantidade
Feminino 10 Idosas	Do lar	04
	Lavradora	02
	Nunca trabalhou devido doença mental	01
	Doméstica	01
	Cozinheira	01
Masculino 03 Idosos	Comerciante	01
	Empacotador	01
	Eletricista/Encanador	01
	Caminhoneiro PMF	01

Pode se perceber que o sexo feminino obteve destaque na profissão do lar, pois antigamente, devido à necessidade do homem ser levado para fora do lar para cumprir as suas responsabilidades de sustentar e proteger o lar, a mulher era a segunda autoridade do lar e tinha a tarefa de cuidar dos afazeres domésticos e educar os filhos. Corroborando com esta perspectiva, observa-se que os três idosos dependentes exerciam tarefas fora do domicílio (empacotador, eletricista, caminhoneiro). Das idosas dependentes, algumas pararam de trabalhar assim que se casaram; continuaram a trabalhar somente as idosas que desenvolviam funções de doméstica, cozinheira e comerciante.

Dando continuidade ao perfil do idoso dependente, foi verificado o diagnóstico clínico e a situação encontrada dos mesmos, pois, segundo as estatísticas, teremos no Brasil, em 2025, mais de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos, e esta longevidade trará um aumento significativo de doenças crônicas que, como consequência, poderá acarretar maior dependência dos idosos. Este século será marcado, então, por novas necessidades de cuidado.

Como forma de abranger toda a amostra selecionada (treze casos) da população que recebe assistência do Programa Renda Extra, não foi delimitado um único diagnóstico ou trauma específico para os idosos dependentes. Portanto, o critério de inclusão era que os idosos apresentassem algum grau de dependência, sendo ela física ou mental, mas que fossem atendidos no Programa.

O diagnóstico clínico dos idosos dependentes foram coletados, a princípio, junto aos prontuários dos idosos no Programa Renda Extra, sendo esta informação confirmada pela assistente social responsável pelo Programa.

Vale ressaltar também que, os diagnósticos e as situações encontradas foram analisados separadamente, e que alguns idosos dependentes apresentaram a combinação de

até quatro diagnósticos diferentes. Calculada a média geral da quantidade de diagnósticos juntamente com a situação que se encontra o idoso dependente, encontramos um número aproximado de três diagnósticos e situações por idoso.

**Tabela 06: Distribuição dos diagnósticos clínicos e situações que se encontram os treze idosos dependentes, Florianópolis, 2007**

Diagnóstico Clínico	Nº Idosos	%
AVC (Acidente Vascular Cerebral)	05	12,50
Hipertensão	03	7,50
Diabetes	02	5,00
Enfisema Pulmonar	02	5,00
Membros atrofiados	02	5,00
Infarto	02	5,00
Alzheimer	02	5,00
Parkinson	02	5,00
Osteomilite	01	2,50
Cardíaca	01	2,50
Doença Renal Crônica – Hemodiálise	01	2,50
Distúrbio Mental	01	2,50
Tireóide	01	2,50
Membros amputados	01	2,50
Cegueira	01	2,50
Doença crônica degenerativa	01	2,50
Artrose	01	2,50
<b>Situação que se encontram</b>	<b>Nº Idosos</b>	<b>%</b>
São acamados	06	15,00
Fazem uso de O2	02	5,00
Fazem uso de sonda alimentação	02	5,00
São cadeirantes	01	2,50
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Segundo a tabela 06, observou-se que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) achava-se em primeiro lugar, encontrados em cinco idosos, correspondentes a 12,50% do total observado. Na seqüência, dos idosos dependentes, três casos (7,5%) apareceram com hipertensão, dois casos (5%) apareceram com diabetes, enfisema pulmonar, membros atrofiados, infarto, Alzheimer e Parkinson, sendo este último em estágio bem avançado.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o sexto na lista dos países com maior número de vítimas de AVC, ficando atrás somente da China, Índia, Rússia, Estados Unidos e Japão. Em 2002, no Brasil, 129.172 pessoas morreram por causa de AVC e a cada três mortes por acidentes cardiovasculares, duas foram por AVC e uma por enfarte agudo do miocárdio.

A prevalência estimada de hipertensão no Brasil em 2004 era de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esses dados da hipertensão brasileira também nos servem para associar que a falta do seu monitoramento pode aumentar em cinco vezes o risco de um AVC, sendo que ela está associada a 80% dos casos (BRASIL/MS, 2007)

Devido a alguns diagnósticos, os idosos dependentes tiveram como consequência em seu estado de saúde, algumas situações que hoje são apresentadas da seguinte forma:

Dos 13 idosos dependentes, seis (46%) são acamados, devido às seqüelas do AVC, à osteomielite e amputação de membros. Esta idosa que teve que realizar amputação de membros não faz uso de cadeira de rodas, porque a estrutura da casa não comporta tal equipamento. Dentre os idosos com enfisema pulmonar, todos fazem o uso de O<sub>2</sub>. Na seqüência, encontramos dois idosos dependentes fazendo uso de sonda de alimentação devido doença crônicas degenerativas e seqüela de AVC, e um sendo cadeirante.

Esses dados confirmam que o envelhecimento da população virá acompanhado de um aumento do número de doenças crônicas, não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, déficit neurológico, diabetes, Alzheimer e outras afecções de saúde mental relacionadas ao envelhecimento.

Nas entrevistas, apareceram somente dois idosos portadores da doença de Alzheimer, mas cabe destacar que existem muitos casos atendidos na Gerência de Atenção ao Idoso que apresentam este diagnóstico. Segundo pesquisas realizadas e publicadas na revista eletrônica *Obvius* (09/2007), a doença acarreta grande impacto no seio familiar, e estima-se que em média três familiares direta ou indiretamente estão envolvidos no processo do cuidado. Também mostra o número assustador de mais de 13 milhões de pessoas nos EUA, 4 milhões no Brasil e 200 mil em Portugal, que, de alguma forma, são atingidas por esta doença. As alterações geradas dentro da família impõem a necessidade urgente de se implementar medidas de apoio, tanto para o doente como para seus familiares.

Se formos analisar que, para a população se prevenir de determinadas doenças, é necessário se ter uma renda adequada que supra suas necessidades do cotidiano, verifica-se que o país hoje apresenta uma marcante diferenciação econômica, onde uma pequena parcela da população detém o maior volume de riqueza, enquanto um grande contingente populacional recebe uma quantia inferior às necessidades básicas. Segundo Carvalho (apud

BECKER, 2007), o Brasil está entre os países que apresenta uma das maiores disparidades na distribuição de renda. Isto é possível de ser diagnosticado analisando a tabela a seguir:

**Tabela 07: Distribuição da Renda dos Idosos Dependentes, Florianópolis, 2007**

Idosos dependentes	Aposentado	Pensionista	Recebe BPC	Recebe Renda Extra
A	X	-	-	X
B	-	-	-	X
C	-	X	-	X
D	X	-	-	X
E	X	-	-	X
F	-	-	X	X
G	X	-	-	X
H	X	-	-	X
I	-	-	X	X
J	-	X	-	-
K	-	X	-	X
L	-	-	-	X
M	X	-	-	X

A tabela 07 mostra que dos treze idosos dependentes, apenas seis (46,15%) são aposentados, três (23,07%) são pensionistas, dois (15,4%) recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e doze (92,4%) recebem o benefício municipal de um salário mínimo do Programa Renda Extra. Um caso do Renda Extra chegou a ser avaliado para a inclusão, mas a equipe chegou a conclusão que, a princípio, este não seria incluído.

Dos treze idosos dependentes, dez (77%) apresentam como renda fixa dois salários mínimos para suprir suas necessidades básicas e três (23%) contam com apenas um salário mínimo para sua subsistência, sendo que destes treze idosos, pode-se considerar que alguns são provedores do lar.

No geral, a população de baixa renda é a que tem maior dificuldade de acesso aos bens em geral, inclusive aos serviços de saúde, merecendo, portanto, receber um tratamento prioritário no planejamento da atenção à saúde, englobando também o sujeito que presta cuidados a este. Com vista a conhecer este sujeito cuidador é que na seqüência será apresentado o perfil do cuidador familiar/informal junto às conseqüências na vida deste, no ato de cuidar de um idoso dependente.



#### 4.2.1 As conseqüências do ato em cuidar na voz do cuidador familiar

Devido às várias doenças encontradas nos idosos desta pesquisa, estes encontram-se em situação de dependência e por isso vêm sendo cuidados pelos entrevistados. Para isto, exigem a mobilização e dedicação de todo o grupo familiar para auxiliá-los em suas atividades diárias. Nesta organização familiar, normalmente destaca-se uma pessoa que se dedica com maior empenho na atenção cotidiana da pessoa dependente, como a alimentação, a higiene pessoal, o controle dos medicamentos, a companhia e outros. Neste trabalho, o cuidador familiar/informal foi o escolhido como ator na dinâmica dos cuidados necessários e prestados aos idosos que perderam sua independência, e por isto na seqüência, iremos conhecer o perfil deste cuidador familiar e as conseqüências no ato de cuidar.

Quando levantado o perfil referente ao sexo, a idade, o grau de escolaridade e estado civil deste cuidador familiar/informal, obteve-se os seguintes dados:

**Tabela 08: Distribuição do perfil do cuidador familiar, Florianópolis, 2007**

Idade do cuidador	Sexo		Grau de escolaridade	Estado Civil
	Masculino	Feminino		
A- 60		X	1º grau incompleto	Casada
B- 62	X		Analfabeto	Casado
C- 60		X	2º grau completo	Casada
D- 73		X	Analfabeta	Viúva
E- 32		X	1º grau incompleto	Solteira
F- 42		X	1º grau incompleto	Casada
G- 75		X	1º grau incompleto	Viúva
H- 76		X	1º grau incompleto	Casada
I- 69		X	1º grau incompleto	Divorciada
J- 50		X	3º grau incompleto	Casada
K- 39		X	1º grau incompleto	Casada
L- 70	X		Analfabeto	Casado
M- 62		X	3º grau incompleto	Viúva

Examinando a tabela 08, referente ao perfil do cuidador familiar, observamos que, do total de cuidadores entrevistados, onze (84,6%) eram do sexo feminino e apenas dois (15,4%) eram do sexo masculino. Estes dados nos proporcionam identificar que a atividade do cuidar ainda predomina no sexo feminino, e que trata-se de uma questão culturalmente determinada e imposta às mulheres pela sociedade. Mas hoje em dia, em vista da experiência obtida na

realização do estágio no Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, ao analisar que a cuidadora familiar que comparece ao Programa começa a exigir que seus irmãos do sexo masculino também participem do processo do cuidado, começa-se a perceber que a cena está tomando um rumo diferente no contexto dos cuidados ao idoso.

Neste contexto, ainda surge uma outra característica importante, que é a faixa etária dos cuidadores. Como se pode ver na tabela 08, as mulheres participaram do cuidado a partir dos 27 anos, sendo que a cuidadora mais jovem, que hoje apresenta 32 anos, já cuida da idosa há cinco anos. Também, pode-se observar que o predomínio de cuidadores encontra-se na faixa etária de 60 a 76 anos (69,2%) do total de cuidadores, ou seja, idosos cuidando de outros idosos. Becker (2007) relata que a idade do cuidador é um determinante na ajuda das tarefas cotidianas da pessoa com dependência, todavia, autores como Albiero (2003) e Alvarez (2001) mencionam a preocupação com a idade avançada dos cuidadores em razão das tarefas desgastantes desenvolvidas pelos mesmos e que exigem dedicação em tempo integral. Afinal, o cuidador é a pessoa responsável pela administração dos cuidados diários da pessoa que depende de sua atenção e, por esta razão, a função exige condições físicas e mentais para conciliar os horários de alimentação, banho, medicamentos, exercícios e outras atividades. (BECKER, 2007)

Analisando o grau de escolaridade dos cuidadores, constatou-se que dos treze cuidadores entrevistados na pesquisa, sete (53,9%) têm o 1º grau incompleto, três (23,7%) são analfabetos, sendo que estes relatam que os medicamentos, por não saberem ler, são separados por cor e/ou por identificação das caixas, seqüenciado de dois (15,4%) cuidadores que apresentam o 3º grau incompleto, ambos relatando que tiveram que parar ou diminuir a frequência escolar devido à necessidade de se prestar cuidados ao idoso dependente.

Se formos analisar o que diz na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), para ser um cuidador formal, ou seja, aquele que presta cuidados devidos ao idoso, este precisa ter no mínimo alguma experiência no período de dois anos com a atividade de cuidar, ter treinamento por meio de cursos ou ainda serem trabalhadores reconvertidos da área de atendente de enfermagem. Através das entrevistas, constatou-se que os cuidadores familiar/informal desenvolvem as mesmas atividades de um cuidador formal, e como se percebe, a maioria dos cuidadores entrevistados na pesquisa possui apenas o 1º grau incompleto, e relatam nunca sequer ter participado de um curso para auxiliá-los no cuidado.

Conforme a tabela 08, a maioria dos cuidadores (61,5%) são casados, podendo-se deduzir que estes podem contar com a ajuda do marido ou esposa, ao menos na questão da

subsistência/sobrevivência. O que se pode observar é que a maioria deles, por estarem casados, necessitam dividir seu tempo entre os afazeres domésticos, com o marido, com a família e com o idoso. Tal situação influencia na dinâmica da família e a necessidade desta enfrentar as situações que o ato de cuidar exige.

Pesquisas apontam que os principais cuidadores de idosos são os familiares, sendo primordial o papel das mulheres, embora convenha destacar a participação crescente de homens de diferentes idades cuidando de idosos. Contudo, ainda é a mulher a grande mentora do cuidado, que além dessa função, tem sob seus cuidados familiares outros dependentes como: filhos, netos e parentes portadores de cuidados especiais.

A seguir apresenta-se a tabela que fornece indicadores sobre o parentesco do cuidador com o idoso:

**Tabela 09: Distribuição do cuidador segundo o vínculo, familiar com o idoso dependente. Florianópolis, 2007**

Vínculo Familiar	Nº	%
Filha	05	38,4
Esposa (o)	04	30,8
Irmã	04	30,8
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100,0 %</b>

A análise do grau de parentesco do cuidador com o idoso dependente demonstra que a maioria dos cuidadores entrevistados eram as filhas, 38,4% (cinco), seguidos respectivamente pelos cônjuges e irmãs com 30,8% dos casos (quatro).

Os quatro cônjuges identificados como cuidadores apresentam-se com a faixa etária de 60, 62, 70 e 72 anos de idade. As irmãs, enquanto cuidadoras, apresentam-se com faixa etária de 62, 69, 73 e 75 anos. As filhas que cuidam do idoso dependente apresentaram a faixa etária de 32, 39, sendo estas as filhas mais moças do idoso e 42, 50 e 60 anos, sendo estas as filhas do meio. Não foi identificado na pesquisa o cuidado sendo oferecido pelas filhas mais velhas dos idosos, como mostra em outros estudos sobre o perfil do cuidador familiar; estas apenas ajudam de alguma forma na assistência.

Mendes (apud CATTANI, 2004) explica que o processo de tornar-se cuidador pode ser mais imediato ou gradual. As decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes e, de fato, o que as pesquisas revelam é que, embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica específica, o processo parece obedecer a certas regras refletidas em quatro fatores que estão relacionados com “parentesco, com frequência

maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho; o gênero, com predominância para a mulher; a proximidade física, considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados e a proximidade afetiva, destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos”.

As necessidades de assistência permanente ao idoso originam um elevado custo dos serviços para os familiares, uma vez que os sistemas públicos, com exceção do diagnóstico, não oferecem meios suficientes de atenção ao idoso dependente. Os custos econômicos da doença se devem a dois fatores: de um lado, à crescente necessidade de cuidados e à continuidade de atenção; por outro, ao cuidador que, com frequência, precisa abandonar seu trabalho para cuidar do enfermo, com perda de sua renda, quando justamente aumentam os gastos (MORAGAS apud CALDAS, 2001)

Karsch (1998) aponta o desconhecimento generalizado sobre o custo de lidar com uma pessoa incapacitada no Brasil. O emocional acrescido do financeiro tem início com a internação hospitalar e prossegue com as adaptações necessárias na casa do paciente e com a aquisição de equipamentos para auxiliar a reabilitação física.

A tabela a seguir, demonstra a renda familiar e o número de pessoas que vivem na mesma residência com o idoso dependente.

**Tabela 10: Distribuição da Renda familiar e número de pessoas da residência, Florianópolis, 2007.**

RENDA FAMILIAR		Número de pessoas que moram na casa por família				
02 a 03 S.M.	02 a 03 S.M	2 pessoas	3 pessoas	4 pessoas	5 pessoas	+ 6 pessoas
12 famílias	01 família	03 família	04 família	01 família	03 famílias	01 família

A pesquisa demonstra que doze (92,3%) das famílias vivem com dois a três salários mínimos. Destas doze famílias, três são compostas por duas pessoas e recebem três salários mínimos devido à aposentadoria do idoso dependente somado à Renda Extra e a aposentadoria ou pensão do cuidador também idoso.

Das quatro famílias compostas por três pessoas, uma tem renda de dois salários mínimos, sendo a idosa a única provedora do lar, tendo nesse habitat uma criança de sete anos, filha da entrevistada que cuida de sua mãe; duas famílias apresentaram renda de três salários mínimos, sendo que dois salários são de benefício da idosa dependente e o outro salário vem dos esposos das cuidadoras, e apenas uma família composta também por três

pessoas, que tem uma média de quatro salários mínimos, sendo que desta, dois salários são da idosa e os outros dois do esposo da cuidadora que trabalha fora.

Se formos analisar a média de renda destas quatro famílias compostas por três pessoas, obtêm-se o valor de 2 ½ salários mínimos, podendo-se calcular uma média per capita por membro familiar de aproximadamente R\$ 316,00. Dentro deste valor estimado, é importante ressaltar que vários medicamentos e exames para o idoso e o cuidador não são fornecidos pelo SUS, tendo estes que serem pagos pela família. Dentro da distribuição da renda, encontramos na maior parte deles o idoso como maior provedor do lar, sendo que este recebe em média dois salários mínimos, como pode-se verificar na tabela 07, seja através da aposentadoria, BPC ou do Programa Renda Extra.

Isto significa que os idosos beneficiários tanto da Renda Extra, do BPC ou da previdência, ocupam papel econômico central na vida das famílias em que os outros membros estão desempregados, subempregados ou não podem trabalhar devido ao fato da necessidade de se prestar cuidados contínuos a estes, assumindo assim, o papel de provedores do domicílio. Tal fato avalia que o Programa Renda Extra e o Benefício de Prestação Continuada, são fundamentais na vida de um idoso, visando uma maior possibilidade de qualidade de vida nessa fase, podendo servir para a melhora da manutenção da saúde, em seu maior nível possível.

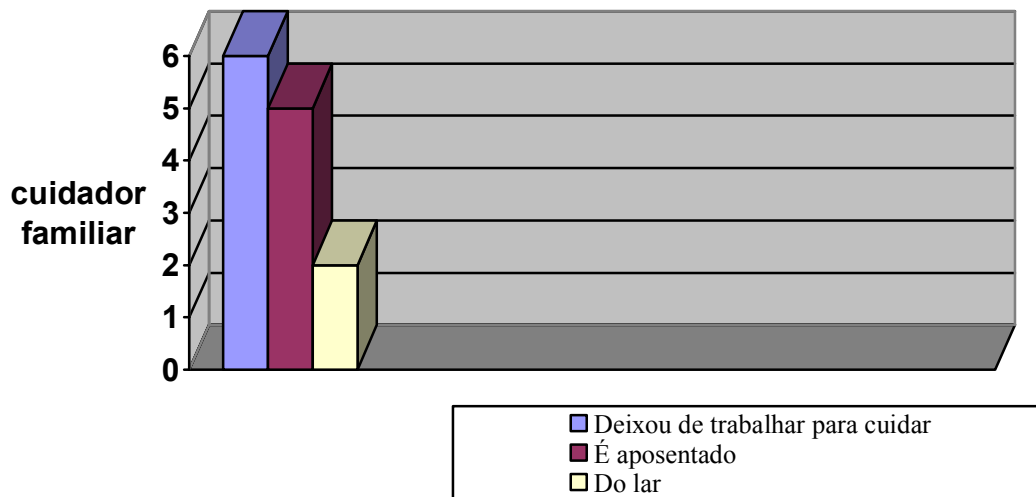
Diante deste fato, seria necessário aumentar o número de atendimentos do Programa Renda Extra, sendo este um Programa Municipal, e que hoje atende apenas 95 idosos, com uma lista de espera de 114 idosos, além, é claro, da redução de critérios para a inserção do idoso no BPC.

Devido ao fato do cuidador familiar ter que prestar cuidados contínuos ao idoso que apresenta-se em situação de dependência, muitas vezes é necessário que o cuidador tenha que reestruturar sua vida, alterando seus costumes, rotinas, hábitos e até mesmo a natureza de sua relação com o idoso. Na maioria das vezes, cuidar de um parente idoso representa um papel difícil, que facilmente compromete o bem-estar do cuidador. A necessidade de nova organização na vida de um cuidador familiar muitas vezes é marcada por aspectos considerados negativos, gerando tensão, angústia e um sentimento de sobrecarga (NERI 2002).

No caso específico das famílias cuidadoras de idosos dependentes, constatamos através das entrevistas que as necessidades de adaptação da dinâmica familiar são intensas e

tendem a aumentar na medida em que há evolução da doença, porquanto o paciente passa a apresentar dificuldades físicas que o impedem de assumir, de forma autônoma, seus compromissos, inclusive os relacionados ao tratamento, o que exige o compromisso e dedicação da família, manifestada de diversas formas, inclusive o abandono do mercado de trabalho para se dedicar exclusivamente ao cuidado.

O gráfico 1 mostra que todos os treze cuidadores entrevistados não exercem atividades laborativas, por isto contam com a renda do idoso e/ou de sua própria aposentadoria, quando é o caso. Identificou-se que seis cuidadores (46,2%) mencionaram deixar de trabalhar para cuidar do idoso; destes, quatro exerciam funções de doméstica, uma era professora de 1º grau e outra era técnica de contabilidade.



**Gráfico 1 - Situação ocupacional do cuidador que não trabalha fora - Florianópolis, 2007**

A maioria dos entrevistados relataram ter deixado de trabalhar para cuidar dos idosos que tornaram-se dependentes, e devido à sobrecarga em se cuidar de alguém dependente em tempo integral, não dispõem de tempo, nem ajuda familiar para voltar ao mercado de trabalho.

Dos treze cuidadores entrevistados, cinco (38,4%) relataram que pararam de trabalhar devido à aposentadoria. Destes, um exercia a função de vigia, um era jardineiro, um trabalhava com serviços gerais de limpeza, uma era doméstica e uma era atendente de enfermagem.

Cabe destacar também que, dos treze cuidadores entrevistados, duas cuidadoras (15,4%), que hoje são do lar, uma relatou que parou de trabalhar quando se casou, e a outra não trabalha devido doença incapacitante para trabalho.

Identificado o perfil do cuidador familiar de idosos dependentes, sendo este na maior parte a filha, irmã ou esposa do idoso, que variam nas faixas etárias de 32 a 76 anos, casadas, com uma família constituída de aproximadamente três a cinco pessoas, e que deixaram de trabalhar para cuidar do idoso, foi verificado através das entrevistas, que dos treze cuidadores entrevistados, sete mencionaram que cuidam dos idosos porque não tem quem cuide, devido aos filhos ou irmãos do idoso, estar no mercado de trabalho; dois mencionaram ser obrigação deles, tendo em vista que são eles os companheiros das idosas dependentes e que os filhos também trabalham fora; dois relataram que os idosos não possuem família, ficando as irmãs, então, responsáveis pelo cuidado; duas relataram cuidar da idosa porque sempre moraram com a mesma, mesmo depois de casadas, considerando-se, portanto, responsáveis por este cuidado.

Em relação ao tempo que o cuidador familiar já presta assistência/cuidado ao idoso dependente, identificou-se que este varia entre quatro e doze anos, exceto dois casos: uma cuidadora relatou cuidar a 20 anos de sua irmã devido ao diagnóstico de Parkinson ter atingido a idosa, e outra cuidadora presta assistência há 40 anos, devido ao seu marido ter ficado doente quando tinha apenas 27 anos.

Observa-se nestes dois últimos casos, que ambas exercem a função de cuidar há bastante tempo, relatando que tiveram que abdicar das suas vidas para viver em função dos idosos.

Incluir a família no cuidar do idoso exige destas estarem abertas e atentas às interações, ao impacto das vivências; exige conhecer dinâmicas, crenças e formas de adaptação a situações diversas. Estes saberes encontram-se parcialmente comentados em registros formais de conhecimentos teóricos como teses, dissertações, livros e periódicos. Porém, só estes saberes não são suficientes para se conseguir entender por que os cuidados não estão acontecendo num contexto interacional, de vivências compartilhadas (ÂNGELO, 1997 apud BECKER 2007).

Não havendo o compartilhamento dos membros da família no processo de cuidar de um idoso dependente, fica claro a necessidade dos cuidadores recorrerem a redes de suporte. No Brasil, há uma carência de redes de suporte formais ao idoso, mostrando que a tarefa de amparar as pessoas idosas está quase que exclusivamente sob a responsabilidade das famílias, já que a organização comunitária, também, se mostra bastante incipiente (SAAD apud KARSCH, 1998).

As questões financeiras também estão relacionadas à impossibilidade econômica de manter uma estrutura física e funcional organizada de tal forma que possa dar atenção à pessoa idosa de modo individual. Sendo assim, o auxílio de terceiros no cuidado tem sido importante, para não sobrecarregar as funções do cuidador. Dessa forma perguntou-se aos entrevistados que tipo de auxílio eles recebem para cuidar do idoso dependente. A tabela a seguir mostra a ajuda recebida:

**Tabela 11: Distribuição do tipo de ajuda recebida pelos cuidadores no processo de cuidar de um idoso dependente. Florianópolis, 2007**

Tipos de ajuda	SIM	NÃO	Total
Espécie	13	00	13
Dinheiro	03	10	13
Serviço	02	11	13
Não recebem	-	-	-

Em relação à *espécie* recebida, todos os treze relataram receber remédios fornecidos pelo SUS, embora constantemente, muitos medicamentos encontram-se em falta, e outros não sendo fornecidos, resultando na necessidade de comprá-los. As fraldas fornecidas pela PMF apareceram em oito casos, sendo que nem todos os idosos fazem uso. Cabe destacar que todos os idosos recebem quatro pacotes de fraldas por mês, isto, quando não estão em falta na PMF. Porém, essa quantidade não é suficiente, portanto, a família é quem completa conforme a necessidade.

Como apoio/auxílio aos cuidadores e aos idosos, há o fornecimento de materiais para curativo, sonda uretral, sonda alimentação, tubo de oxigênio e aparelho de hemodiálise pelo SUS. Em apenas um caso apareceu a doação de roupas e roupas de cama doados por um grupo religioso, e em dois casos a doação de cesta básica por amigos ou grupo religioso. Neste ano de 2007, nenhum entrevistado relatou receber cesta básica da PMF, sendo que muitos relataram ter feito cadastro há anos atrás e nunca ter recebido este benefício.

Dos treze cuidadores entrevistados, três mencionaram receber auxílio em *dinheiro*, sendo que em um caso, a filha cuidadora ganha R\$ 50,00/mês de um amigo da família e mais R\$ 50,00 do filho mais velho da idosa. Uma outra cuidadora recebe o valor total de R\$ 150,00 das duas sobrinhas, filhas de sua irmã, pessoa que é cuidada por ela. E por último, uma outra cuidadora, também irmã da idosa, que recebe dinheiro dos sobrinhos sempre que precisa para comprar remédios e realizar exames, não havendo um valor exato.

Dois entrevistados informaram receber apoio através da realização de serviços de



empregados e outros cuidadores. Uma cuidadora já idosa paga uma empregada para fazer a limpeza da casa quatro vezes na semana; um idoso cuidador paga R\$ 150,00 para uma neta ajudar a lavar algumas roupas da idosa e cuidar da idosa quando ele sai para realizar as tarefas fora do domicílio, como ir ao supermercado, ao banco, pagar contas, etc.

A saúde e a vulnerabilidade que a família possui são, de acordo com Elsen (apud CATTANI, 2004), os dois elementos que dinamizam a estruturação deste sistema de cuidados, que demanda a participação de cada um de seus membros, não só para construí-lo, mas também para consolidá-lo e manter sua vigência. Esta construção é cotidiana e coletiva e requer solidariedade e ética da parte dos membros do grupo familiar.

É dentro da família que o idoso vai vivenciar as dificuldades e conseqüências do envelhecimento com dependência, e é para dentro do domicílio que as atenções de grande parte dos profissionais da saúde devem estar voltadas.

Hoje, sabe-se que as famílias apresentam cada vez mais o número reduzido de membros. Desta forma, diminui a probabilidade de alternar a atenção à pessoa idosa com dependência com outras pessoas. A família do idoso dependente que mais possui filhos (onze), conforme mostra a tabela 04, tem como relato da filha cuidadora da idosa: “não contar com a ajuda da família para nada, além de R\$ 50,00 de um filho mais velho da idosa”.

Indagou-se aos entrevistados de quem eles recebem ajuda: da família, de outras pessoas, da assistência social, de serviços privados e de serviços públicos.

Constatou-se que a maioria dos cuidadores (54%), recebe ajuda constante da família, seja em forma de prestação de serviço (levar o idoso ao hospital, ajudar na limpeza da casa, olhar o idoso dependente para que o cuidador possa resolver questões pessoais, etc) ou dinheiro. Destes sete casos, em apenas dois, aparece a troca de cuidados com uma pessoa da família, onde uma cuidadora alterna os cuidados dois dias na semana com uma de suas irmãs; na outra família, os filhos da idosa dependente a pegam nos fins de semana para dar um descanso à irmã, que é a cuidadora. (sic). Este resultado mostra que o número de membros da família, às vezes não significa sinônimo de ajuda, de apoio.

Pôde-se verificar anteriormente, na tabela 04, que apenas dois idosos dependentes não possuem filhos, sendo estes cuidados por suas irmãs. A maioria, oito cuidadores (61%), recebem ajuda de terceiros, seja de grupo religioso ou amigos (cesta básica, roupas, dinheiro); doze cuidadores relatam receber como benefício da Assistência Social o Renda Extra e as fraldas, um caso apenas foi avaliado pela equipe do Programa RE e não foi incluído; apenas

três casos (23%) contam com ajuda de serviços privados como a Help e GEAP, sendo este último, pago pelas filhas da idosa.

Quanto ao convênio com a Help, um cuidador já idoso relata que até o mês de agosto de 2007, tinha convênio com o serviço, mas que teve que suspender porque a taxa aumentou de R\$ 26,00 para R\$ 47,00.

**Tabela 12: Distribuição de quem vem a ajuda recebida pelos cuidadores - Florianópolis, 2007**

Cuidador	Ajuda recebida				
	Da família	Outras pessoas	Assistência social	Serviços privados	Serviços públicos
A	X	-	Fraldas e RE	-	SAMU, PSF e Hospitais
B	X	-	Fraldas e RE	-	Hospital, ULS e PSF
C	X	-	Fraldas e RE	-	Hospitais
D	X	X	Fraldas e RE	-	Hospital e ULS
E	-	X	RE	-	PSF
F	-	X	Fraldas e RE	HELP	-
G	-	X	RE	-	Hospital e ULS
H	X	-	RE	HELP	Hospital, ULS e PSF
I	X	X	Fraldas e RE	-	Hospital, ULS e PSF
J	-	-	Fraldas	-	Hospitais
K	-	X	RE	-	Hospitais e PSF
L	-	X	Fraldas e RE	-	Hospitais e agentes PSF
M	X	X	RE	GEAP	-

Dos treze entrevistados, seis cuidadores (46%) relataram que eles, bem como os idosos que cuidam, não recebem a visita dos agentes de saúde (PSF) para verificar a situação de saúde; apenas dois destes seis idosos freqüentam a unidade local de saúde (ULS), e dois entrevistados relataram não contar com a ajuda nem do hospital, apenas de serviços privados, resultando que os dois entrevistados restantes destes seis contam apenas com o serviço hospitalar público.

Para fins de conhecimento, lembraremos apenas a função do PSF:

A equipe de saúde da família tem como função promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanização do atendimento à saúde, consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores e riscos, visitas domiciliares e reuniões com a comunidade (BRASIL/PSF, 2007).

Tendo este Programa a função citada, cabe-nos perguntar onde está a supervisão das

equipes de saúde da família que devem ser realizadas pelos técnicos da Coordenação Estadual de Saúde da Família da SES e das Regionais de Saúde, em relação à eficácia dos atendimentos e a territorialização das áreas de abrangência, como mostra o Ministério da Saúde de Santa Catarina?

Problemas na capacidade do auto cuidado do idoso faz com que represente um risco severo à independência do seu cuidador familiar, justamente porque implicam declínio físico, pouca resistência na tarefa, perda de força muscular e diminuição da flexibilidade e da coordenação de movimentos (PAVARINI; NERI, apud DUARTE; DIOGO, 2000)

A inclusão da família no cuidado do idoso requer do cuidador uma postura aberta e atenta às interações e aos impactos das vivências que ocorrem também no ambiente hospitalar para o conhecimento da dinâmica e formas de adaptações diversas que este terá que exercer em seu domicílio. Contudo, nem sempre estes saberes são suficientes para cuidar da pessoa que está enferma.

Com a constatação que o provimento de cuidados influencia na vida do cuidador, questionou-se quais os tipos de atividades e cuidados prestados ao idoso dependente, e o que estes, conseqüentemente, acarretam à vida dos cuidadores.

A tabela 13 apresenta as atividades realizadas pelos cuidadores junto ao idoso dependente. Todos os cuidadores mencionaram realizar mais de uma única atividade.

**Tabela 13 – Distribuição das atividades realizadas pelo cuidador no atendimento domiciliar - Florianópolis, 2007.**

Atividades Realizadas		Orientação para realização das atividades		De quem veio a orientação.	
		SIM	NÃO	Profissional	Sozinho
Companhia	13	-	13	-	13
Ajuda banho	12	-	12	-	12
Trocar fraldas	08	-	08	-	08
Outros	06	05	01	05	01
Faz curativo	04	02	02	02	02
Aplica insulina	03	02	01	02	01
Afere pressão	03	02	01	02	01
Manuseia O2	02	02	-	02	-

Todos os treze cuidadores relataram fazer companhia ao idoso dependente, doze ajudam no banho, sendo que apenas um idoso relatou não dar banho em sua esposa, por sentir-se constrangido, achando que esta atividade tenha que ser realizada por uma mulher, neste caso, sua filha. Todos os casos descritos em relação ao banho, inclusive o banho de

leito, relataram aprender sozinhos esta atividade.

Dos treze cuidadores entrevistados, três aplicam insulina, sendo que dois tiveram orientação profissional para aplicá-la e um aprendeu sozinho. Em todos os oito casos de idosos dependentes que fazem uso de fralda, o cuidador relata realizar a atividade de colocá-las e trocá-las, sendo que todos aprenderam sozinhos a realizar a tarefa. Aferem pressão três cuidadores, sendo que dois tiveram orientação profissional para realizar a atividade e um aprendeu sozinho por se tratar de aparelho digital. Dos dois idosos que fazem uso de oxigênio, todos receberam orientação para manusear e controlar o volume.

Em relação a oxigênio terapia, é dever da Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

Acompanhar a instalação da fonte de oxigênio no domicílio do paciente; acompanhar o tratamento por meio do PSF/PACS; enviar relatórios mensais à GERSA; comunicar à GERSA qualquer intercorrência com o paciente.

Dos quatro cuidadores que realizam a atividade de fazer curativo, dois tiveram orientação por profissionais para fazer e dois aprenderam sozinhos. Podemos identificar nestes dois casos que realizam a atividade sem orientação, a probabilidade da técnica estar sendo realizada da maneira incorreta, ou seja, não sendo asséptica, colocando a ferida em risco de infecção.

Em relação às outras atividades que os seis cuidadores realizam, conforme tabela 13, eles referem-se à troca de equipo de sonda de alimentação e passagem da mesma, sonda uretral, manuseio da máquina de hemodiálise e bolsas de sangue, nebulização e verificação de glicemia capilar. Destes, apenas um cuidador relatou não ter tido orientação para realizar a tarefa da passagem de sonda, apenas observou uma única vez o procedimento feito por uma enfermeira do PSF, e por isto realiza a atividade com muito receio e sem saber se está realizando da maneira correta.

Segundo Costenaro (apud MANTELLI, 2002), a orientação nos cuidados objetiva guiar e auxiliar alguém naquilo que se mostra indeciso e duvidoso, mostrar melhores caminhos. São ações que fazem parte do cuidar profissional, já que para o cuidador familiar saber o que acontece a sua volta, este tem que passar a ser orientado no seu preparo para enfrentar melhor as situações emergentes. Diante disto, o cuidador necessita desse conhecimento para que possa contribuir com a recuperação, bem como prestar cuidados adequados ao idoso no âmbito domiciliar. O desenvolver de cuidados e o auxílio no tratamento do familiar faz com que minimize a sensação de impotência do cuidador frente à

situação que estes se encontram.

Cuidar de um idoso dependente implica em ter um condicionamento físico capaz de dar conta de tarefas pesadas, como a locomoção do idoso, e outras tarefas do dia-a-dia, além de exigir recuperação rápida, por exemplo, de uma noite mal dormida. (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002).

As atividades do cuidado geralmente são atividades novas que são introduzidas na rotina diária da família, do cuidador e do espaço domiciliar. As rotinas domésticas passam, então, a ser redefinidas, mas não são deixadas de lado.

As atividades que envolvem os cuidados da casa, como as roupas e a preparação dos alimentos, são geralmente executadas por todos os treze cuidadores, sendo que apenas três entrevistados, relatam receber a ajuda de terceiros no trabalho de casa. Serviços de banco e compras também fazem parte da rotina da maioria dos cuidadores.

A tabela 14, a seguir, apresenta os cuidados que são realizados pelo próprio idoso, pelo cuidador ou com a ajuda de outras pessoas. Cada atividade foi observada separadamente para uma melhor compreensão.

**Tabela 14: Distribuição das atividades básicas que são realizadas pelo idoso, pelos cuidadores ou com ajuda de terceiros Florianópolis, 2007**

Atividades	Idoso realiza	Cuidador realiza sozinho	Cuidador realiza com outras pessoas	Não realiza	TOTAL
Mudança de posição	08	05	-	-	13
Alimentação	05	08	-	-	13
Passar da cama para cadeira	04	03	01	05	13
Deitar e levantar da cama	04	03	-	06	13
Banho	01	08	03	01	13
Exercícios	01	06	02	04	13
Vestimenta em geral	01	11	01	-	13

O banho (chuveiro ou leito), tipo de cuidado realizado sem nenhuma orientação, conforme tabela anterior, foi realizado pelo cuidador sozinho em oito casos (61,%), enquanto três (23%) realizam com ajuda de outras pessoas. Os cuidadores, em sua maioria, são idosos (69,2%), conforme demonstrados na tabela 08. Assim sendo, pode-se inferir a existência de dificuldades para eles em dar banho em uma pessoa dependente, que precisa de ajuda para ser levada ao banheiro ou no caso de ser acamado, mudar o idoso de posição para lavá-lo. Apenas um idoso, como mencionado anteriormente, relatou não dar banho em sua esposa, achando ser obrigação das filhas, deste modo, não realizando esta atividade.

Quanto aos questionamentos sobre a realização de exercícios (massagem, fisioterapia), a maioria (61,5%) dos cuidadores realiza esta atividade sozinho; dois cuidadores contam com a ajuda de outras pessoas, e quatro cuidadores relatam não realizá-las por falta de indicação, orientação ou impossibilidade.

Passar da cama para cadeira foi uma atividade em que cinco (38,4%) cuidadores relataram não realizar por se tratarem de idosos acamados, um cuidador relatou que mesmo a idosa sendo acamada, recebe a ajuda de terceiros e a coloca em uma cadeira para realizar a atividade de dar banho; quatro cuidadores relataram que o idoso sozinho realiza a atividade, e três cuidadores sozinhos realizam esta atividade, identificando que o idoso dependente, por se encontrar em um grau de dependência avançado, e não tendo o cuidador auxílio da família para realizar a atividade, faz com que o esforço feito por ele progrida colocando em risco a sua situação de saúde.

Em relação à atividade de deitar e levantar da cama, seis cuidadores relataram que nem o idoso, nem eles e/ou com ajuda de terceiros, realizam a atividade, devido aos idosos estarem acamados. Em relação à mudança de posição, mesmo alguns idosos sendo acamados, estes conseguem fazer a mudança sozinhos, e cinco cuidadores realizam esta tarefa sozinhos.

Em virtude das dificuldades ou incapacidades que o idoso dependente apresenta a alimentação e as vestimentas, na maioria das vezes, oito e onze cuidadores, respectivamente, foram identificados realizando estas atividades sozinho.

Das atividades acima apresentadas, por exigirem grande esforço físico do cuidador em realizá-las, 46% dos cuidadores apontaram o banho como a atividade mais difícil de realizar, seguido da mudança de posição do idoso, assim como levá-los ao banheiro.

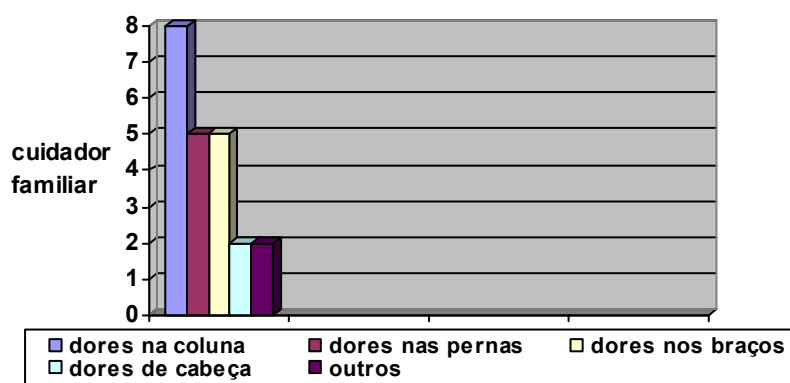
Diante de todos estes e outros esforços realizados pelo cuidador no processo de cuidar de um idoso dependente, deve-se levar em consideração também, além da sobrecarga física, a sobrecarga emocional e social das atividades em cuidar. A partir destes fatos é que se pretendeu analisar os efeitos que essas atividades causaram na saúde, na situação econômica, familiar e social do cuidador, e por isto questionou-se a eles a situação que eles se encontram.

Envolvidos com o cuidado do idoso, os cuidadores geralmente “descuidam-se” de seu próprio corpo e saúde.

Quando questionados sobre a presença de dores em alguma parte do corpo, oito cuidadores (61%) relataram sentir dores na coluna, seguido de dores nos braços e pernas (39%), e por fim na cabeça e outros locais. Alguns cuidadores relataram mais de um local de

dor, portanto, a presença de dores totalizou 22 itens. Dos treze cuidadores, apenas dois relataram não apresentar nenhuma dor, a princípio. Estes foram uma cuidadora de 32 anos e a outra uma de 75 anos. Esta última relatou estar bem, devido atividades que realiza, entre elas a caminhada.

Segundo especialistas da área da educação física, a caminhada é um dos exercícios mais indicados para adultos, especialmente idosos e portadores de doenças cardíacas e metabólicas, como diabetes, osteoporose, obesidade e colesterol alto. Além de fortalecer a musculatura de maneira global, ela também ajuda no tratamento de distúrbios psicológicos e também pode ser eficiente no tratamento de depressão aguda quanto à utilização de medicamentos (BENEFÍCIOS, 2007). Não somente na ausência desta atividade, mas também de outras que o cuidador deveria realizar, encontramos algumas situações de dores no corpo. Estas serão apresentadas a seguir:



Freqüência das dores no corpo do cuidador

**Gráfico 2: Distribuição da freqüência de dores no corpo, em cuidadores de idosos dependentes – Florianópolis 2007.**

Para amenizar estas dores, onze cuidadores que as apresentaram afirmaram usar apenas medicamentos como Voltarem, Dipirona e Dorflex, e às vezes comparecendo ao médico.

Além da identificação das dores ocasionadas no corpo do cuidador familiar no processo de cuidar de um idoso dependente, perguntou-se aos entrevistados, a partir de sua vivência, o que a dependência do idoso ocasionou na sua situação emocional, econômica, familiar e social.

Com exceção da entrevista do cuidador L (homem), todas as cinco mulheres cuidadoras entrevistadas que abaixo se apresentam choraram durante a entrevista.

Na seqüência, iremos identificar, então, o contexto de algumas situações que se encontram os cuidadores familiares entrevistados em face da dependência de um idoso no domicílio.

A cuidadora D, de 73 anos, analfabeta, irmã da idosa dependente, que apresenta diagnóstico de distúrbios mentais, relatou:

*Me preocupo muito com ela, mas sofro bem quietinha. [...] Deus está me ajudando, cuido mais dela do que de mim [...] estou cansada, tenho muita preocupação, fico irritada com frequência, principalmente quando ela sai correndo por volta da casa pelada e tenho que correr atrás dela [...] minha pressão aumentou, às vezes quando ia levar ela no posto de saúde pra ser atendida, o médico se espantava com o meu estado de saúde e atendia eu no lugar dela [...] tenho muitas dores nas costas e muita dor de cabeça e o que atrapalha é que também sou cardíaca. (Cuidadora D)*

A somatória das conseqüências do declínio funcional relativo ao envelhecimento precoce no deficiente mental com suas limitações intelectuais gera um quadro de dependência que requer a presença de uma pessoa para atender às suas necessidades básicas. Pode-se constatar, tanto através da literatura especializada quanto pela realidade que emerge da prática, que especial atenção deve merecer a pessoa que se torna o principal responsável pelos cuidados do deficiente mental que envelhece. Geralmente ele é um familiar, sobre o qual recai a maior parte da carga física e emocional. (Caldas, 2003)

Quanto sua vida financeira, familiar e social, assim se encontra:

*[...] Financeiramente melhorou depois que passamos a receber o Renda Extra, porque com o dinheiro da minha aposentadoria compramos a comida, o dinheiro da aposentadoria da minha irmã, fiz um empréstimo pra construir a casa e já estamos pagando há quatro anos. O dinheiro do Renda Extra pago água, luz e telefone e o pouquinho que sobra eu guardo, porque sei que uma hora vamos precisar. Com a doença da minha irmã nunca se sabe, só tenho medo que eu faleça antes dela, fico pensando como ela vai ficar. [...] depois que passei a cuidar dela nunca mais comprei uma peça de roupa, minhas ilhas é que às vezes me dão alguma. [...] elas me ajudam como podem, porque todo mundo trabalha, e só duas filhas minhas moram perto, e nós aqui, somos só em três irmãs, os outros três que temos também têm problemas mentais e são cuidados por outras pessoas. [...] gostaria de sair um pouco mais, só consigo ir à missa aos domingos de manhã, porque uma ilha minha dá uma olhada nela. Gostaria muito de participar de um grupo de idosos, freqüentar uma escolinha de idosos que tem ali perto do posto de saúde, mas não tem como, ninguém fica com ela, então fico caminhando em volta da casa o dia todo, mexendo nas minhas plantas, vendo o tempo passar". (Cuidadora D)*

Esta idosa, por morar somente com sua irmã que é dependente, possui uma pequena economia, tendo em vista que sua renda chega a três salários mínimos, mas estas são decorrentes de algumas coisas que deixam de realizar em suas vidas. Durante a entrevista, esta cuidadora demonstrou muita preocupação em relação ao medo de vir a falecer antes de sua irmã, tendo em vista que esta não teria com quem ficar. Relata que “*pensa no futuro, sabe*



*que uma hora ou outra, alguma coisa pode acontecer e precisar de dinheiro, por isso o guarda”.* (Cuidadora D)

Neste caso, identificou-se que a idosa cuidadora não tem muito com quem contar para auxiliá-la no cuidado, e nem acha que é obrigação de suas filhas ajudar no cuidado da sua irmã; estas devem ajudar quando podem. Esta passou a cuidar de sua irmã depois que sua mãe faleceu, há 7 anos, pois antes, era ela quem cuidava da filha. Relatou que a mãe, antes de falecer, pediu-lhe que passasse a cuidar de sua irmã, e ela, após o falecimento da mãe, trouxe sua irmã para sua casa.

Conforme relato, *“teve que abrir mão do que tinha interesse em aprender e freqüentar, como ler, participar de grupos de idosos e fazer atividades que gosta, ocupando seu tempo apenas com as plantas”.* (Cuidadora D)

Neste outro caso, sendo esta uma cuidadora de 60 anos de idade, esposa do idoso dependente, houve o seguinte relato:

*Fico um pouco nervosa, me sinto muito cansada, com um pouco de dor na coluna, vivo preocupada com a situação dele e não tenho tempo pra cuidar da minha diabete.* (Cuidadora A)

Esta cuidadora é a principal responsável pelos cuidados e, portanto, assumiu a maior carga física e emocional exigida. Demonstrou de diversas formas, entre as quais a emoção e o desânimo ao relatar das dificuldades de aceitar a transformação do seu ente querido que, progressivamente foi assumindo um outro modo de ser. Foi perceptível em sua entrevista que esta se encontra muito abalada, não tendo tempo, ou talvez até ânimo, para cuidar dela mesma. Além desses aspectos apresentados, a situação financeira, familiar e social, assim se encontra:

*[...] Antes de receber o benefício do Renda Extra a situação era pior. [...] mas agora, minha cama quebrou, e estou dormindo em um colchão no chão ao lado do meu marido, e não temos dinheiro para comprar outra, porque ainda estamos pagando uma televisão que compramos, R\$ 42,00 por mês. [...] Quanto a minha família, eles sempre me ajudam quando podem; minhas filhas vão em casa na parte da manhã quando elas podem, quando não estão trabalhando na faxina, mas sei que os filhos têm que trabalhar pra viver; [...] não saí mais de casa, gostava de ir à missa, mas nunca mais fui, não passeio, só consigo descansar um pouquinho no período da tarde.* (Cuidadora A)

Embora esta cuidadora não tenha relatado muita coisa da sua situação emocional, durante a entrevista constatou-se que a sua carga no cuidado é muito grande, devido ao fato de seu esposo ter uma doença que impossibilitou seus movimentos desde muito jovem, 27 anos de idade. Relatou que *“os membros superiores e inferiores dele não dobram, [...] os médicos*

*dizem que ele tem osteomielite”.*

Para termos uma noção do que esta cuidadora enfrenta no seu dia-a-dia, será apresentada a definição da doença, para melhor apreensão: A osteomielite trata-se de uma infecção nos ossos. Muitas vezes a infecção se origina em outro local do corpo, disseminando-se para os ossos por meio do sangue. O osso pode estar predisposto à infecção em razão de pequenos traumas recentes que causam coágulos sangüíneos. Nos adultos, são mais afetadas as vértebras e a pélvis. Os responsáveis pela infecção podem ser as bactérias ou os fungos. O pus produzido pelo osso pode causar um abscesso ósseo, que por sua vez pode privá-lo da irrigação sangüínea. A infecção crônica pode persistir por anos, ocorrendo de maneira intermitente (OSTEOMIELITE, 2007).

Pode-se observar, a partir desta situação e das demais que serão apresentadas, que o grau de saúde dos idosos dependentes, também depende do auxílio do benefício do Programa Renda Extra, pois ele vem ajudando bastante na relação econômica da família do idoso dependente, embora ainda não seja suficiente, devido ao fato da constatação desta idosa cuidadora ainda estar dormindo no chão, relatando ter muita dor na coluna devido a este e outros fatores.

A família, nesta situação, ajuda da maneira que pode, tendo em vista a forma de trabalho informal que apresentam (domésticas), percebido na frase em que ela diz que “eles também precisam trabalhar para viver”.

Quanto a sua vida social, esta cuidadora teve que abrir mão do que gostava de fazer e se dedicar apenas aos cuidados do seu marido que, como mencionado anteriormente, ficou doente quando tinha apenas 27 anos de idade.

Uma outra cuidadora de 42 anos, que presta cuidados a sua mãe, durante a entrevista, chorou muito ao relatar que:

*[...]devido às minhas crises nervosas em cuidar da minha mãe que se encontra em estado vegetativo, tive que realizar cirurgias nas varizes, joelho, tive início de trombose nas pernas, estou em depressão, cansada, esgotada, desmaio de vez em quando, quase não me alimento, fico toda inchada, ora visto roupas nº 36, ora nº 40, não durmo, já tentei suicídio, e por isso meu padrinho está trabalhando comigo o lado espiritual e virei cardecista, e isto que têm me dado força. (Cuidadora F)*

Esta cuidadora já traz consigo algumas condições de saúde apresentadas antes mesmo do processo de cuidar de sua mãe, mas como relatado por ela, suas crises nervosas se tornaram mais frequentes devido ao estado de saúde de sua mãe estar se agravando.

Atualmente, vem procurando ajuda espiritual, pois, como veremos mais a frente em seus relatos, não acredita mais em apoio psicológico ou psiquiátrico para seu caso.

Os distúrbios do sono, o isolamento afetivo e social, a depressão, a erosão nos relacionamentos, a perda da perspectiva de vida, são alguns dos vários registros no contexto psicossocial desta cuidadora.

*[...] economicamente a vida da minha família está desestruturada, aumentou consumo de água, luz, telefone, medicamento, sondas de alimentação, fraldas, faz dez anos que não compro uma roupa pra mim e agora o aparelho que faz aspiração na minha mãe está estragando e nem sei como vou conseguir comprar outro, e a mãe depende disto para não se afogar com as secreções, principalmente agora que está com enfisema pulmonar [...] na minha família ninguém ajuda a cuidar, já pensei em colocá-los na justiça, mas penso que isso iria fazer com que os meus irmãos se afastassem da mãe por minha causa, e eu moro com ela, embora somente duas irmãs aparecem aqui para visitar a mãe. [...] um irmão meu, é usuário de drogas e nunca vem ver a mãe, o outro irmão fez uma dívida de R\$ 5.000,00 porque não isentou a mãe do IPTU da casa dela, e recentemente a casa iria para leilão se eu não financiasse a dívida. Estou pagando R\$ 150,00 por mês para ajustar a dívida [...], já conversei com meus irmãos, mais ninguém quer ficar com a mãe, nem colaborar.[...] as minhas duas irmãs que vem às vezes ver a mãe, tem problemas de saúde e procuro não cobrar nada, porque nem a fralda da mãe elas ajudam a trocar. [...] já faz 10 anos que eu não saio de casa, sou infeliz, minha vida é só tristeza, a não ser o prazer que tenho em viver pra cuidar da minha mãe [...] meu casamento acabou, durmo no quarto com minha mãe e minha filha menor, o meu marido dorme em outro quarto [...] não vou à festas e não tenho nenhuma diversão.*  
(Cuidadora F)

Segundo Karsch (1998), os cuidadores sofrem de um nível elevado de estresse devido a fatores que o cuidar exige, como o trabalho físico por 24 horas; os cuidados e os esforços exigidos desgastam a relação afetiva existente entre o cuidador e a família, tendo como conseqüências o comprometimento na vida social do cuidador, afastamento dos seus amigos e na participação em qualquer atividade de lazer, etc.

Ao ser questionada se tem feito alguma coisa pra cuidar de si, ela relatou que:

*Parei de fazer tratamento psicológico, porque não via resultados, não tinha ninguém da família pra ficar com a mãe pra eu ir nas consultas, os psicólogos e psiquiatras também não tinham resposta pra dor que eu sinto dentro de mim, não sabem explicar o que sinto; uma vez cheguei a fazer uma psicóloga chorar comigo, fiquei decepcionada com o atendimento e não procurei mais. Houve apenas um médico que disse que meu caso era especial, e queria fazer um estudo de meu comportamento, mas ele foi transferido de unidade e não tive mais contato com ele.*  
(Cuidadora F)

Pelo fato desta idosa já se encontrar, como relatado pela entrevistada, em estado totalmente vegetativo há bastante tempo, os hospitais não querem mais recebê-la para internação, segundo a cuidadora. Ainda segundo seus relatos, a situação da saúde no nosso

município fez com que ela (cuidadora) aprendesse a cuidar sozinha de sua mãe. Ela a alimenta via sonda, sendo que ela mesma a troca, se nem sequer ter tido orientação para realizar esta atividade, apenas observou uma enfermeira do PSF realizar uma única vez. Neste caso, a idosa apenas escuta, mas não consegue se manifestar de nenhuma forma; mesmo assim, ela abriu mão de sua vida, do seu relacionamento com o marido e filhos para se dedicar exclusivamente a sua mãe. Isto tem lhe causado problemas de saúde, e ela não consegue ter esperanças que alguém possa lhe ajudar, por isto parou de recorrer a serviços que poderiam apoiá-la.

Quando o cuidador principal começa a apresentar sinais de cansaço, recorre a outras pessoas para que auxilie na tarefa de cuidar; quando há inexistência destas pessoas, ele acaba adoecendo e alcançando o seu limite físico, emocional e financeiro. O desgaste do papel do cuidador representa o peso do cuidado sobre sua saúde física e emocional e seus efeitos sobre a organização social e familiar do doente (ALBIERO, 2003, p.148)

Para verificar as diferenças em situações relacionadas ao gênero, sendo esta uma categoria relacional que busca explicar a construção de um tipo de diferença entre os seres humanos e não pode ser reduzido à mulher, apresenta-se a seguir, o contexto de um idoso cuidador de 70 anos, analfabeto, e esposo da idosa dependente. O entrevistado relatou que:

*[...] Vou ter que operar uma hérnia que me surgiu, faço muito esforço pra pegar ela [...] depois que passei a cuidar, diminui bastante o meu peso, mas agora já estou conseguindo aumentar um pouco [...] ando muito nervoso, preocupado, sinto muito cansaço, tem dia que me irrita, mais sei que tenho que ter paciência, sei que tenho que segurar as pontas, vou fazer o quê? (Cuidador L)*

A paciência expressa por este cuidador tem relação com sua capacidade de aceitar a doença como uma realidade da qual não pode fugir. Esta possibilita a ele, reconhecer e descrever todas as dificuldades vivenciadas, mas também refletir sobre elas. O cuidador exercita o equilíbrio da paciência para poder enfrentar todo o processo de transformação na vida de sua companheira, inclusive quando analisa sua vida econômica, familiar e social.

*[...] a nossa situação financeira ficou pior, tive que comprar um colchão magnético a pedido do médico pra ela, tive que fazer um empréstimo de R\$ 600,00 no Banco para dar de entrada, o restante parelei em 20 vezes de R\$ 152,00, mais 4 vezes de R\$ 100,00. [...] a comida faço rancho no mercado, pago sempre um mês depois, fico pagando sempre o que já comemos [...] às vezes, quando não dá pra ir ao mercado, eu ligo pra eles e peço pra trazer o que está faltando e eles trazem [...] sem água, luz e telefone não tem como ficar, tive que deixar de pagar a Help [...] quanto a família, não gosto de pedir ajuda, são pobres, todos trabalham fora e uma das filhas tem problema de saúde. [...] tivemos que se mudar do local onde morávamos porque nos incomodávamos muito com os vizinhos [...] consigo ir à missa toda 4ª feira, porque pago minha neta para dar uma olhada nela [...] não tenho tempo pra conversar com os amigos, gostaria de voltar a trabalhar, e fazer serviço voluntário nos hospitais e presídios como eu fazia antes, tenho até uma carteirinha de*

*voluntário que dá acesso a alguns lugares públicos e tenho muito orgulho disto, porque se consegue conquistar o coração das pessoas ouvindo e conversando [...] não tenho muito tempo para visitar os filhos e nem conversar com gente diferente, só converso com ela mesmo, mas não temos muitos assuntos diferentes pra falar [...] tive que aprender a cozinhar, limpar a casa, lavar roupa e até trocar a fralda dela. (Cuidador L)*

A sobrecarga das responsabilidades, ele ser o único responsável por sua esposa e ter inúmeras tarefas para realizar, movimentos que exigem força e flexibilidade e a falta de tempo e oportunidade para pensar em sua própria saúde e bem estar, são alguns dos motivos que lhe ocasionam muita preocupação, nervosismo, cansaço, problemas de saúde e ter passado ele a realizar tarefas que antes eram desempenhadas por sua esposa, como cozinhar, lavar, entre outras. Como as tarefas domésticas antigamente eram desenvolvidas pelas mulheres e os homens tinham o papel de ser os provedores da família, estes encontram dificuldades para realizar determinadas tarefas.

A seguir, serão apresentadas duas situações nas quais destaca-se o efeito ocasionado na vida das cuidadoras no processo de cuidar:

A cuidadora I, 69 anos, ex-atendente de enfermagem, irmã da idosa dependente que tem como diagnóstico doença crônico degenerativa e Alzheimer, relatou:

*[...] tenho muita dor na coluna, porque faço questão de dormir na cama junto dela (uma cama de solteiro hospitalar) [...] minha pressão arterial subiu muito, emagreci bastante, agora que estou conseguindo recuperar meu peso [...] tenho muita preocupação e por isso não consigo dormir bem a noite. (Cuidadora I)*

Devido a distinta fase de evolução da doença crônico degenerativa, acompanhado do processo de Alzheimer desta idosa, faz com que sua cuidadora gere sobre si um processo de estresse físico, econômico, emocional e social muito grande. Por ser uma doença de evolução lenta e somando-se ao fato de que na fase avançada o enfermo torna-se completamente incapaz de desempenhar as atividades da vida diária, os efeitos sobre esse cuidador é considerável, podendo levar a interrupções das atividades cotidianas, podendo-se observar nos relatos a seguir:

*[...] economicamente nossa vida piorou muito, dos três salários que nossa família tem de renda, temos que pagar o aluguel da casa no valor de R\$ 300,00, a casa é de madeira e corre esgoto a céu aberto, e tem duas crianças dentro de casa, o perigo de contaminação e doença é grande pra elas [...] na parede está aparecendo manchas com marcas de bichos que eu não sei de onde vem [...] roupas não compramos mais, só quando ganhamos dos vizinhos. [...] a família ajuda como pode, uma filha dela vem nos fins de semana dar uma olhadinha, mais a outra mora longe e é muito pobre, então a minha filha que mora com a gente e que está desempregada no momento, ajuda no que pode e quando não está na rua*

*procurando emprego. [...] perdi de ir os dois casamentos de meus netos e o aniversário de 15 anos de uma de minhas netas, porque não tinha com quem deixar minha irmã [...] a igreja que eu gostava de freqüentar, nunca mais fui [...] não visito parentes, tive que abrir mão da minha vida pra cuidar dela, mais não me arrependo de nada [...] tem noites que ela não dorme e fica falando coisas sem sentido, gritando alto, pedindo pra tirar o chinelo que ela nem está usando, e eu não sei o que fazer, tem dia que ela diz que vai morrer naquela noite e me pede pra ser enterrada no quintal da nossa casa [...] eu entro em desespero, porque não sei o que responder pra ela, não sei como me comportar neste tipo de situação. (Cuidadora I)*

No caso anteriormente citado, por mais que a cuidadora tenha tido experiência em sua vida profissional, tratando de pessoas que apresentavam problemas de saúde, percebeu-se que quando se trata de uma pessoa de seu seio familiar, parece não tomar o caminho conhecido.

O fato de ela estar pagando aluguel por uma casa que não apresenta as mínimas condições para esta família viver, com crianças, faz com que a dinâmica da atividade de cuidar no domicílio gere uma ambigüidade identificada pelo bem-estar e pela tensão entre os familiares. O bem-estar é gerado nas situações em que ela, enquanto cuidadora, pode atender a demanda de cuidados. Por outro lado, a prestação desses cuidados com recursos insuficientes, a demanda da própria família, desencadearam tensão no contexto familiar, em face da falta de resolução dos problemas entre eles e as tarefas não concluídas como o desejo desta família em trocar de residência. E isto também pode ser identificado na fala da cuidadora de 50 anos (filha da idosa), quando relata que:

*Nossa família está endividada [...] os remédios que eu e meu marido conseguimos, são só os da doença de Parkinson e Alzheimer, os outros temos que comprar [...] nós já pensamos em colocar a família na Justiça para pedir ajuda, mas acho que não terá solução [...] hoje, é difícil a convivência entre eu e meus irmãos, o que me mais me dói é saber que sempre fomos muito unidos enquanto jovens e que agora devido a situação não convivemos mais juntos, nos separamos [...] não me sinto mais gente, eu e meu marido temos 26 anos de casados, não saímos mais juntos pra nada, não participamos de nada juntos [...] tive que diminuir as disciplinas da faculdade, faço biblioteconomia na UFSC, mas estou fazendo somente duas disciplinas por semestre e empurrando com a barriga, isto porque o meu marido fica com ela à noite; quando ele não pode, tenho que faltar aula [...] gostava muito de participar de reuniões bíblicas junto ao meu marido, tenho curiosidades sobre pesquisas desenvolvidas sobre o espírito, a alma, isto me fazia muito bem, me confortava, mas agora não posso mais participar de nada, minha vida é ficar dentro de casa e cuidar da minha mãe [...] gostaria também de estar fazendo um estágio na área do meu curso, ver coisas diferentes, colocar em prática o que aprendo, mas não tenho condições de fazer. (Cuidadora J)*

A tentativa dessa cuidadora de solicitar o auxílio à família para apoiá-la no processo de cuidar de sua mãe, levou a situação ao Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família da Gerência de Atenção ao Idoso/PMF, mas em virtude de problemas observados, entre os quais a distância regional entre os membros familiares, dificultou a intervenção do

Programa no processo familiar.

Mas a falta de apoio da família no processo de cuidar desta idosa faz com que a cuidadora tenha que abdicar de sua vida social, e o esforço físico e emocional vem ocasionado situações problemáticas em sua saúde, podendo ser constatadas a partir de seus relatos:

*[...] cuidar dela, me causou uma fibromialgia devido ao esforço que tenho que fazer para pega-la. Ela pesa 80 kg e eu peso 53 kg [...] tive nódulos nas cordas vocais devido ao stress, problemas no fígado por não me alimentar direito, sinto muita dor no corpo, chego a acordar durante a noite gemendo de dor, além de não conseguir mais dormir direito. (Cuidadora J)*

A frequência com que os cuidadores perdem noites de sono, e a necessidade de estar bem despertos e atentos no outro dia, faz com que influencie sobremodo seu bem estar. Segundo os entrevistados, a demanda de trabalho, bem como o cansaço, vai aumentando a cada dia que passa em decorrência do quadro de adoecimento do próprio processo de envelhecimento. Caldas (2003), em sua análise sobre o processo em cuidar de alguém dependente também confirma a existência destas situações, ou seja, à medida que a doença vai avançando, o cansaço vai deixando de ser predominantemente físico.

Em todas as treze entrevistas, foram identificados efeitos de ordem psicossocial, econômico, emocional ou conflitos familiares na vida do cuidador familiar. Por se tratarem de relatos longos, foram priorizadas algumas situações, mas os demais relatos foram muito semelhantes a estes expostos.

Cabe destacar que em virtude da amostra da pesquisa ter sido retirada do Programa Renda Extra, não identificou-se casos em que o cuidador estivesse a ponto de não querer mais estar prestando cuidados ao idoso, isto porque eles podem estar interpretando que o benefício do Programa, que é de um salário mínimo para os idosos incapacitantes para trabalho, como uma espécie de “compensação” para mantê-los em seu seio familiar e em seus domicílios. Mas conforme a experiência obtida no estágio não-obrigatório e obrigatório no Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, onde o idoso não recebe este benefício, foi possível constatar ao longo desse período que muitas famílias procuram o Programa, sendo que o cuidador familiar apresenta-se ao seu limite na prestação de cuidados, pelo fato da família não estar compartilhando das necessidades de cuidado que o idoso exige, e nem existem políticas que apoiem este cuidador, fazendo com que a intervenção do Programa seja mediada com a família do idoso.

Todos os cuidadores familiar/informal da pesquisa destacaram fatores estressantes, devido aos cuidados diretos, contínuos, intensos, e a necessidade da vigilância constante. O

desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho do cuidado não apareceram. Em muitos casos, a maioria julga-se preparado para o cuidado, mesmo tendo aprendido sozinhos a cuidar; muitos relataram que ninguém cuida melhor que eles.

A sobrecarga de trabalho para um único cuidador, especialmente os que já apresentam problemas de saúde desencadeados por sua idade avançada, junto à exacerbação, negligência ou o afloramento de conflitos familiares e ao não reconhecimento por parte destes na necessidade de dividir os cuidados, faz com haja dificuldades em se conseguir adaptar as situações de cuidado conforme sejam necessários.

Ao final da entrevista, perguntou-se ao cuidadores como eles se viam na função do cuidar, diante de todas as dificuldades apresentadas e o que poderia ser feito para diminuir esta sobrecarga em cuidar.

A seguir serão apresentadas algumas respostas, sendo que muitas delas, no momento da entrevista, foram seguidas de lágrimas, mas que nos permitem, segundo seus relatos, identificar que cuidam por amor.

*Cuido por amor, mas às vezes vem um sentimento de que não me sinto capaz, sofro no meu interior [...] tive momentos de briga, de revolta com ela, mas percebi que não adianta (Cuidadora M)*

*Quando ela tinha saúde, resolvi casar com ela, agora é minha obrigação cuidar dela. (Cuidador B)*

*Gosto muito de cuidar dela, mas tem que se ter uma paciência, ela é muito teimosa, mas era mais difícil quando ela estava acamada, que tinha que dar banho na cama e trocar as fraldas. Agora ela já está melhorzinha, Deus deu uma nova oportunidade pra ela, e agora ela tem que aproveitar. (Cuidadora C)*

*Foi minha mãe que pediu para cuidar dela, hoje olho pra ela e vejo que ela está a salvo [...] ela está sempre em primeiro lugar, o primeiro prato de comida é sempre dela, cuido mais dela do que de mim mesma, mas sei que preciso pensar um pouco mais em mim, agora que ela está um pouco melhor. (Cuidadora D)*

Embora estes cuidadores tenham relatado que o processo de cuidar é exercido com amor, é necessário destacar que em meio a este sentimento, também perpetuam momentos de estresse e descontrole. Para que esses fatores estressantes possam ser amenizados, faz-se necessário que a família se envolva neste processo de cuidar.

Para Costenaro (apud MANTELLI, 2002), seja qual for a função do cuidador, este representa para o idoso o elo familiar, o companheiro, o guarda, o mensageiro, o anjo da guarda e o instrutor. O verdadeiro cuidado é aquele atencioso e dedicado, que proporciona ao



enfermo uma reabilitação mais precoce do que aquele que recebe um atendimento vindo apenas da obrigação.

Na busca da compreensão do cuidado no contexto domiciliar, pesquisadores brasileiros apontam para a heterogeneidade do processo de cuidar, e ressaltam que o cuidado a idosos em família sofre influência de diversos fatores. A história de vida de seus membros, a cultura de origem e o contexto histórico e cultural em que vivem, a disponibilidade dos recursos pessoais e sociais de apoio são fatores importantes. Da mesma forma, as relações familiares, as especificidades e heterogeneidades do momento e da situação de cuidar, o tipo e grau de necessidade de cuidado dos idosos, os arranjos familiares existentes e qualidade de suas relações não podem ser ignorados (NERI, 2002)

A seguir serão apresentados mais alguns relatos referentes à visão do cuidador na função de cuidar do idoso dependente:

*Me sinto realizada, acho necessário, acho que tenho o dom e que não deixo a desejar nos cuidados [...] embora me sinta um pouco presa, tendo que namorar dentro de casa; não quero ajuda de outra pessoa não, só se for quando eu precisar sair mesmo, mas quase não saio porque fico com a cabeça o tempo todo nela. (Cuidadora E)*

*Cuido pelo amor que tenho por ela, o esforço é feito pelo amor, pela esperança. Admiro o cuidado que tenho por ela, porque todo mundo pensa que só as crianças que precisam de cuidados, mas as crianças têm uma vida toda pela frente, e ninguém pensa no resto da vida que tem o idoso, e que tem que ser de muita qualidade [...] tenho medo de enlouquecer quando minha mãe vier a falecer [...] tem hora que dá vontade de explodir, mas é gratificante. Embora, tudo esteja desmoronando, porque minha mãe ficou doente muito cedo, tinha apenas 57 anos, e eu não estava preparada pra tudo isso [...] meus irmãos rezam todas as noites pra ela vir a falecer para amenizar meu sofrimento, mas eu rezo todas as noites pra ela permanecer comigo e eu poder cuidar dela [...] isto tudo me fez perceber que a felicidade é apenas coisa de momento, ela não existe.[...] às vezes me sinto presa, mas amo cuidar dela, é minha obrigação. (Cuidadora F)*

Nos relatos, constata-se que os cuidadores tendem a tomar para si todos os encargos e processos inerentes ao cuidar, aceitando incondicionalmente ser o cuidador, por julgarem ser de sua responsabilidade. Os dados obtidos conferem com Rosa (apud MIRANDA, 2007), que coloca o cuidado como uma atividade feminina remetida freqüentemente à mãe, filha ou esposa.

Destaca-se que a cuidadora F reconhece que o processo de dependência de sua mãe tem que ser vivido no maior grau de qualidade possível, por isso tenta de todas as formas buscar auxílio para a idosa, embora tenha relatado durante a entrevista estar apresentando muitas dificuldades para encontrá-los.

A função do cuidar também perpassa por processos de mudanças cotidianas na vida do cuidador de um idoso dependente, e isto foi constatado nos relatos a seguir:

*Sempre foi minha companheira, mesmo quando trabalhávamos na lavoura, sofremos muito e ela nunca me abandonou, então não iria abandoná-la agora. Somos casados, é obrigação minha cuidar, jamais irei abandonar ela, agora que ela está doente, precisa mais de minha ajuda ainda, ela não sabe se defender, é igual a um bebê, eu até tento fazer ela sorrir um pouco fazendo brincadeiras, mas ela não gosta, ela esquece muita coisa do que já fez [...] pra cuidar dela melhor, cheguei a colocar a pia e o fogão da nossa casa na direção da porta do quarto dela pra que eu pudesse observá-la enquanto fazia comida [...] mas tenho que ter muita paciência com ela, às vezes me irrita, mas tenho que lutar junto com ela e não xingar, mas não é nada fácil. (Cuidador L)*

*Cuido com satisfação, por amor, faço tudo por minha irmã, pra que ela não seja internada novamente no Instituto Psiquiátrico (Colônia Santana), porque lá ela vivia no meio de gente drogada, que batia nela, chegaram a quebrar o seu nariz de tanto bater. Ela é uma pessoa doente e fica gritando alto o tempo todo; as pacientes de lá mandavam ela ficar quieta, mas ela não conseguia, então batiam nela, doía o coração quando ia visitá-la e via ela naquele estado. Foi então que a Assistente Social da Instituição conseguiu o BPC pra ela, e eu a levei para minha casa, e hoje me sinto muito feliz com tudo que faço, só rezo todos os dias pra que Deus me dê força, porque para fazer o que faço, somente com força divina mesmo. (Cuidadora I)*

Os cuidadores, nestas situações relatadas, vivenciam o processo regressivo de seu familiar idoso, como uma despedida gradual da vida para morte, devido ao grau de dependência que eles se encontram. Têm consciência disso e sofrem. Este sentimento pode estar sendo gerado pela lembrança e pela constatação de que o idoso está se tornando cada vez mais enfermo. Mas por serem recordados a todo momento como um ente querido, e que precisam de cuidados, adaptam suas vidas para viver este processo. No caso do cuidador L, teve que aprender a fazer as atividades domésticas a qual não era habituado a realizar. Já a cuidadora I, abriu mão da vida que levava, trazendo sua irmã do IPQ para seu domicílio, mesmo sabendo de toda dificuldade que iria encontrar para prestar cuidados a ela.

Sob esse olhar, a decisão de cuidar de um familiar idoso exprime o que há de mais essencial no humano, que é aquilo que se diz dele, o Ser, e, em tal sentido, o cuidado é ontológico, ele é o próprio Ser. Esse olhar permite compreender a resposta de muitos cuidadores, que mesmo em circunstâncias tão complexas como as situações que envolvem o ter que cuidar de um familiar idoso seriamente doente, demonstram certo nível de satisfação e bem-estar. Muitos desses cuidadores já se encontram em idade avançada, sofrem de doenças, mas ainda assim, sentem-se gratificados (VILELA, 2006)

Ao serem perguntados se teriam alguma idéia do que poderia ser feito para diminuir a sua sobrecarga no cuidado, doze cuidadores (92,3%) responderam que precisariam de ajuda

financeira para pagar alguém que os ajudassem nas tarefas domésticas e de cuidado, como também para comprar os remédios que o SUS não oferece. Apenas uma cuidadora (75 anos, irmã do idoso) relatou não precisar de mais ajuda financeira, que com a renda de três salários mínimos e economizando em algumas coisas, possuem recursos para os dois viverem bem.

A seguir serão relatadas mais algumas necessidades apresentadas pelos cuidadores:

*[...] precisaríamos sair do morro que moramos, ele é muito inclinado [...] os agentes de saúde também poderiam passar lá em casa [...] também não temos luz e água encanada, usamos “rabicho”* (Cuidador B)

*[...] gostaríamos de ter a colaboração de mais uma pessoa da família para ajudar a dividir os cuidados.* (Cuidadora C)

*[...] me sinto presa, precisaria de outra pessoa pra me ajudar, talvez se eu trabalhasse fora poderia ser melhor.* (Cuidadora M)

*[...] um lugar para deixar ele durante o dia e trazer a noite pra casa [...] receber cesta básica* (Cuidadora D)

*[...] a PMF já chegou a oferecer uma casa melhor, daquelas tipo da “Ángela Amim”, só que mais acima do morro, mas a gente não aceitou porque não teria como descer a mãe em um caso de emergência.[...] queria a casa, mas no local onde a gente mora, na baixada do morro, para não ter tanta dificuldade no acesso.* (Cuidadora K)

É perceptível nos relatos acima, que os cuidadores desejam e necessitam de necessidades básicas para poderem gozar de uma vida com dignidade, com segurança, com qualidade e que a partir disto, poderia ser proporcionado uma vida melhor para o idoso que hoje encontra-se em estado de dependência. Mas é importante ressaltar que a família, além de ser a unidade de cuidado, também deve ser considerada como unidade a ser cuidada. As famílias e os cuidadores sobrecarregados, estressados, ou desgastados, têm a manutenção de sua saúde ou qualidade de vida ameaçada devido à responsabilidade de cuidar, apresentando, em muitas situações, sentimentos de impotência, preocupação, cansaço e irritabilidade.

Com a idéia de que a construção do Centro Dia para o idoso no Município de Florianópolis, previsto para o ano de 2008, mas a frente apresentado neste trabalho, fosse uma maneira de diminuir esta sobrecarga em cuidar dos idosos, após ser explicado do que se trataria, foi perguntado nas entrevistas se os cuidadores os colocariam neste local, já que somente uma cuidadora cogitou esta necessidade.

Diante desta pergunta, obteve-se como respostas nos treze casos que: “ Sim, mas acho que ele(a) não iria querer” – três casos; “Sim, eu colocaria” – três casos; “ Sim, colocaria mais eu teria que ir junto” – um caso; “Não, ele(a) não iria querer ir” – dois casos; “Teria que

conversar com a família primeiro” – dois casos; “Não” – dois casos.

Percebe-se nestas respostas que, mesmo a idéia de dispor de um local para que o idoso permaneça durante o dia, com a intenção de diminuir a sobrecarga do cuidador e possibilitar espaços de cuidados, lazer e cultura para o idoso, alguns cuidadores preferem manter o idoso no seio familiar. Observou-se também que a maioria prefere consultar o próprio idoso ou a família, para verificar se é do interesse dele estar ou não vivenciando neste local. Apenas três casos responderam de imediato que colocariam, estes vivendo com uma sobrecarga maior no seu dia-a-dia, sendo que um deles a colocaria somente meio período.

Estimular o idoso ao convívio social, respeitando sua individualidade, para evitar a solidão e a depressão, comuns nessa faixa etária, principalmente entre os que perderam laços familiares ou vivem sem renda para subsistência, também é uma função da assistência social.

Baseado nos relatos das dificuldades enfrentadas pelos cuidadores familiar de idosos, foi perguntado aos mesmos se eles participariam de um grupo de apoio, ou capacitação criado para eles, e o que gostariam que fossem desenvolvidos neste local, com a intenção de oferecer-lhes condições que favoreçam a sua preservação da qualidade de vida e proporcionar condições para melhorar o cuidado oferecido aos idosos. Nas entrevistas realizadas, os cuidadores mostraram-se surpresos em saber que se está começando a discutir em âmbito da Secretaria, o apoio que se deve oferecer a estes, sendo que os mesmos relatam a falta de auxílio de serviços para que seja diminuída a sobrecarga no cuidar.

Abaixo seguem algumas respostas:

*Não, porque os filhos iriam falar que eu só ia viver saindo. [...] o meu marido chama por mim o tempo todo [...] ele bate com uma colher de pau na parede de madeira e eu já sei que ele quer alguma coisa. (Cuidadora A)*

*Sim, para aprender cuidar melhor dela e conversar com amigos [...] teria que ter passeios, fazer exercício, jogar baralho, conversar, ter um médico que cuide de mim e também ensinar a cuidar dela. (Cuidador B)*

*Sim, porque iria poder participar das coisas que eu gosto.[...]deveria ter salão de beleza pra cortar os cabelos, fazer as unhas, médico para cuidar de mim, fazer passeio, atividade física, pintura, crochê e ensinar a cuidar melhor dela também. (Cuidadora D)*

*Sim, para dar apoio às pessoas que estão passando pela mesma situação que eu, somente pra isto, não tenho cabeça pra mais nada.[...] o principal é ter um bom apoio psicológico, mas para isso a psicologia e a psiquiatria têm que estar preparadas para dar as respostas que os cuidadores buscam. (Cuidadora F)*

Identificamos nestes relatos que os cuidadores apresentaram como proposta, que as atividades a serem desenvolvidas no grupo deveriam ser para o benefício deles. A presença de

um médico e de apoio psicológico se fizeram muito fortes, pois a dependência do idoso põe a prova também a independência do membro cuidador, desestruturando toda a sua vida cotidiana. Na seqüência das respostas, apareceu a idéia de poderem aprender maneiras de executar o cuidado de uma melhor forma, mas mesmo ao levantar esta proposta, acreditam que não existe alguém capaz de cuidar melhor do que eles próprios.

Obteve-se como resposta também a sua não aceitação em participar neste tipo de apoio/serviço que seria desenvolvido para eles. Há quem diga que *“não tiraria a vaga de quem realmente estaria precisando freqüentar”* (Cuidadora K), ou que *“se viesse a sair de casa, teria problemas com meus filhos por estes terem que olhar o pai”* (Cuidadora A).

Pode-se verificar nos relatos que o auxílio nos cuidados e o apoio emocional são contribuições importantes para o bem-estar e melhora do estado de saúde dos cuidadores, bem como o desenvolvimento de trabalhos terapêuticos, que contribuem para a minimização das tensões cotidianas.

Diante desta concepção é que, a seguir, serão identificados os desafios frente às novas formas de atendimento.

#### 4.3 (RE)PENSANDO NOVAS FORMAS DE ATENDIMENTO PARA O IDOSO E O CUIDADOR FAMILIAR

As propostas em relação às políticas públicas são resultantes de um processo de negociação em que se realiza o diálogo entre os sujeitos do problema (a sociedade e o movimento social) e os agentes das políticas (Estados e Instituições) na busca de corresponsabilidade democrática pela preservação dos direitos e garantias sociais (PAZ, 2000).

Este trabalho tem também entre seus objetivos, levantar alguns desafios em se (re)pensar novas formas de atendimento ao idoso e ao cuidador, mais direcionadas às políticas constitutivas do tripé da Seguridade Social: Previdência, Saúde e Assistência Social, o que faremos no presente item. Cabe esclarecer, contudo, que existem outras demandas decorrentes de diferentes políticas, como políticas de renda, trabalho, saneamento, transporte, educação entre outras, que por uma questão de disponibilidade de tempo, bem como o caráter de estudo monográfico, não será possível abordá-las.

Em face da grande procura dos usuários pelo Serviço Social na Gerência de Atenção ao Idoso em relação ao acesso previdenciário, aos benefícios do Programa Renda Extra e/ou Benefício de Prestação Continuada (BPC), aos benefícios sócio-assistenciais, bem como demandas originadas do setor saúde, fizeram-me priorizar neste trabalho (re)pensar novas formas de atendimento aos idosos e aos cuidadores a partir das políticas constitutivas do tripé da seguridade social. Sendo que entre estas demandas, a maior procura dos usuários acontece nos serviços relacionados ao processo sócio assistencial e a saúde, por isso serão mais enfatizadas durante este sub-item .

A Seguridade Social deve ser entendida como um conjunto de políticas e ações articuladas com o objetivo de amparar o indivíduo e/ou grupo familiar ante os eventos decorrentes de morte, doença, invalidez, desemprego e incapacidade econômica em geral (CAMARANO, 2004).

De forma a garantir o tripé da seguridade social é necessário se debater e se ampliar as políticas que envolvem os segmentos da Previdência, Saúde e Assistência Social, assim como a prática do profissional de Serviço Social, principalmente quando se percebe através de censos demográficos que as pessoas idosas serão ainda mais numerosas na próxima geração.

O seguro social, também conhecido como previdência social, se constitui em um programa de pagamento em dinheiro e/ou serviço prestado ao indivíduo e/ou a seus dependentes, condicionados a preexistência de um vínculo contributivo ao sistema, como compensação parcial ou total da perda de capacidade laborativa (CAMARANO, 2004).

Contudo, o contexto do envelhecimento populacional, envolve inúmeros fatores que se inter-relacionam, não somente aos cuidados domiciliares, mas também a questão traduzida nos sistemas de previdência social, a ponto de pôr em risco não somente a segurança econômica dos idosos, mas também o próprio desenvolvimento do país, pois, a aposentadoria, apesar de ter como proposição a garantia de direitos e de inclusão social dos idosos na sociedade democrática, seus valores, do ponto de vista econômico, não permite o atendimento satisfatório das suas necessidades de sobrevivência, especialmente dos mais pobres que evidenciam um envelhecimento, no geral, patológico e com incapacidades associadas, requerendo, portanto, maior demanda de recursos tanto do seu sistema de apoio formal (Estado, sociedade civil) como do informal (família). Segundo Carvalho (apud FERNANDES; SANTOS, 2005) “a aposentadoria é quase sempre um rito de exclusão. Marca oficialmente a entrada do indivíduo no mundo da velhice, com todas as dificuldades, perdas e representações sociais excludentes”.

Conforme pesquisa publicada por Camarano (2004), a situação do sistema previdenciário vem se deteriorando com o passar do tempo. De fato, a razão de contribuintes por beneficiário caiu dramaticamente como mostra em seus dados publicados que: por volta de 1940 o Brasil tinha cerca de 31 contribuintes para cada beneficiário; no início da década de 1980 a proporção era de 2,9 para 1 e em 2004 temos menos de dois contribuintes na ativa para cada beneficiário. Sob estas condições de elegibilidade, a autora relata que a projeção para o ano de 2030 aponta uma relação de 1,2 contribuintes para 1 beneficiário. Se a atual situação da previdência social já é de insolvência, presume-se que seu futuro seja absolutamente catastrófico, pois o envelhecimento populacional passará a pesar mais forte.

Este fato se agrava mais quando a aposentadoria do idoso nas camadas vulneráveis passa a ser a única fonte de renda da família, como constatou-se através de algumas entrevistas realizadas para o desenvolvimento deste trabalho, exacerbando assim, a pobreza da maioria dos aposentados e pensionistas do INSS que recebem um salário mínimo por mês.

Considerando a situação de pobreza da maioria dos aposentados e a redução de profissionais do Serviço Social na Previdência já superior a 50% do quadro existente em 1998 e que até o presente momento não houve concurso para a contratação de novos profissionais de Serviço Social, permanece a constatação da necessidade de recomposição do profissional na estrutura organizacional do INSS, como já indicado no Seminário Nacional de Assistentes Sociais na Previdência, Brasília 2003.

Conforme o Ministério da Previdência Social, o profissional assistente social inserido na Previdência presta serviços a todos os assegurados e tem como finalidade esclarecer os direitos sociais e os meios de exercê-los. Tem como prioridade, além de facilitar o acesso aos benefícios e serviços previdenciários, estabelecer o processo de solução dos problemas sociais relacionados com a Previdência Social. Para exercer tais serviços dentro das Gerências Executivas do INSS e das Agências da Previdência Social, o Ministério da Previdência Social designa algumas ações para este profissional. Estas são apresentadas da seguinte forma:

- Prestar atendimento individual e grupal aos usuários esclarecendo quanto ao acesso aos direitos previdenciários, tais como: benefícios e serviços, condições e documentos necessários para o requerimento e concessão dos benefícios previdenciários e assistenciais, manutenção e possibilidade da perda da qualidade de segurado, entre outros.
- Realizar pesquisa social para identificação do perfil e das necessidades dos

usuários.

- Emitir parecer social fornecendo elementos para a concessão, manutenção, recurso de benefícios e decisão médico pericial, nos casos de segurados em auxílio-doença previdenciário ou acidentário, cujas situações sociais interfiram na origem, evolução ou agravamento de determinadas doenças.
- Assessorar entidades governamentais e não governamentais em assuntos de política e legislação previdenciária e assistencial.
- Realizar o cadastro dos Recursos Sociais e Grupos Organizados. (BRASIL/MPAS, 2007).

Deve-se colocar em pauta, que estas ações ainda estão em discussão conforme visualização feita das resultantes do “Seminário Nacional de Assistentes Sociais na Previdência Social Brasileira”, ocorrido nos dias 03 e 04 de julho de 2003, em Brasília.

Este Seminário teve como proposta discutir a reforma da Previdência Social no Brasil e as contribuições do Serviço Social para a previdência social brasileira, reafirmando os princípios do Projeto Ético Político da profissão, se posicionando em favor da Justiça, das Políticas Públicas e dos Direitos Humanos. (Seminário Nacional de Assistentes Sociais na Previdência, Brasília 2003). Este encontro obteve algumas propostas apresentadas, que constam no anexo deste trabalho.

Camarano (2004) relata em sua publicação que a única solução para a previdência é repensar o modelo previdenciário brasileiro, reajustando direitos e obrigações. Contudo, a questão fundamental é como ajustar os sistemas previdenciários em meio a transformações no ambiente econômico, político e social e nas variáveis demográficas, em sociedades com sérios problemas de desigualdade de renda, grande contingente de pessoas fora do mercado de trabalho formal, baixa escolaridade e governos com sérios problemas orçamentários, sendo que as políticas previdenciárias não podem ser consideradas em separado, já que fazem parte de um cenário mais amplo que envolvem taxas de crescimento, controle de inflação, taxas de juros, controle de dívidas dos setores públicos e privados, nível de escolaridade da população, taxas de emprego, distribuição de renda, ampliação do setor economia e saúde, etc.

Acrescenta-se ainda como parte integrante do tripé da seguridade social, a saúde, que hoje se apresenta de forma precária, embora tantos avanços e inovações tecnológicas tenham acontecido. Em Florianópolis, não contamos ainda com o profissional assistente social dentro das Unidades Locais de Saúde (ULS) e no Programa Saúde da Família (PSF), fazendo com



que tal situação comprometa um atendimento ao idoso e seu cuidador.

Tendo em vista a falta deste profissional nestes locais, os Programas que compõem a Gerência do Idoso, em especial o Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família e o Programa Renda Extra, tem se articulado com os agentes de saúde, e alguns médicos que fazem parte da equipe do PSF no município, sendo estes compreendidos como parceiros em casos que são demandados a estes programas.

A partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade.

O Brasil, nos anos 1990, passou a experimentar um processo de reformulação do setor saúde, com a valorização do tema família, propiciando a reorganização das políticas e ações da saúde.

Os princípios do SUS colocam o Brasil ao lado de países que pautam seus sistemas em valores de solidariedade e de cidadania, como a universalização e a adoção do conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado (NEGRI; VIANA, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge, nesta nova perspectiva, como uma estratégia de reforma do modelo assistencial, visto que acaba por proporcionar mudanças importantes nas ações, na organização dos serviços e na prática da assistência à saúde.

Atualmente visto como uma estratégia, o PSF teve sua origem com a decisão do Ministério da Saúde, em 1991, de executar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como providência para enfrentar os graves índices de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste. Os agentes comunitários teriam a responsabilidade de acompanhar de 150 a 200 famílias. A partir desta ação, a família passa a ser encarada como uma unidade de ação programática de saúde e não mais somente a pessoa, assim introduzindo a noção de área da cobertura por família (NEGRI; VIANA, 2002).

Em março de 1994 iniciou-se, então, a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família (PSF), com o intuito de promover a reorganização da prática de assistência como novos critérios de aproximação, provocando reflexos em grande parte da organização dos serviços de saúde. A grande expansão do PSF aconteceu a partir de 1998 com a implementação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96), dentro das Unidades Básicas de Saúde.

Os centros de saúde/Unidade Básica de Saúde são unidades para realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma programada ou não nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2006).

A Unidade Básica de Saúde do bairro é o primeiro lugar onde o indivíduo vai levar sua demanda imediata que pode ser, desde uma gripe ou dor de cabeça, até problemas mais graves. O grande desafio de uma administração municipal, que se pretende tornar notório, é criar formas e colocar em suas unidades profissionais que viabilizem um trabalho de educação em saúde, com o intuito de transformar as demandas imediatas, individuais, na consciência de demandas coletivas. A identificação das necessidades coletivas supõe desvendar as causas econômicas e sociais dos problemas de saúde, e isto ajuda a população a ver para além das demandas cotidianas e construir uma capacidade intelectual de avaliar suas próprias necessidades (PELLIZZARO, 1998).

Mesmo se falando tanto em políticas voltadas para o idoso, em se promover o apoio aos cuidadores familiares de idosos, percebeu-se, durante o período de estágio realizado no Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, ao relacionar à tentativa de articulação com o profissional da assistência social nas Unidades Básicas de Saúde, que na grande maioria dos bairros do município, o Assistente Social, enquanto profissional da saúde, e formulador de políticas públicas, não está inserido nas comunidades dentro das Unidades Locais de Saúde e nem nos Programas de Saúde da Família. Isto faz com que a demanda de constantes queixas dos cuidadores de idosos dependentes cheguem ao Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, referindo-se ao visível despreparo das famílias, assim como a falta de estrutura física, social, emocional e psicológica para acolher um idoso dependente. O esforço da equipe para atender uma demanda crescente faz-nos pensar na imensa necessidade de olhar para esses cuidadores que, assim como os idosos, também necessitam de assistência e orientações, e por isto o profissional deveria ser incluído nos respectivos locais.

Com a inserção do Assistente Social, amplia-se o olhar para um trabalho interdisciplinar com um profissional qualificado para contribuir com a saúde e a situação social, uma vez que identifica-se na sociedade questões de injustiças, desigualdades, fome, violência, da falta de conscientização, etc.

Ao reconhecer a saúde com suas determinantes e condicionantes (alimentação,

moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte etc.), impõe-se aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatos sociais e ambientais e ao Governo o de formular políticas públicas condizentes com a elevação do modo de vida da população. O Serviço Social, enquanto formulador de políticas públicas, passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm nestes processos.

Por ocasião das discussões sobre as novas demandas postas para o profissional de Serviço Social e sobre a efetivação das políticas sociais públicas, devemos nos propor a analisar o modelo de organização social estabelecido em nossa comunidade e as medidas governamentais, específicas na área da saúde e, em particular, na execução do Programa Saúde da Família (PSF) e Unidades Locais de Saúde (ULS), na perspectiva de valorização de sua atuação no âmbito da resolução dos problemas sociais por concebê-la como base para uma intervenção que se proponha a modificar as atuais condições de saúde da população.

O serviço social domina procedimentos metodológicos e instrumentos técnicos adequados, como a abordagem da educação em saúde, que engloba as dimensões psicológicas, cultural socioeconômica, fundamentado em uma ótica reflexiva, e usa como referência as técnicas participativas, em oposição às práticas que medicalizam as questões sociais, como o modelo biomédico faz.” (SINGER apud ARAÚJO, 2007)

Os assistentes sociais se inserindo, assim, no processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) com as demais políticas sociais, sendo que o principal objetivo de seu trabalho no setor é assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações, fariam que desenvolvessem também atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença.

O que de novo deveria se colocar na inserção do assistente social na área de saúde do nosso município é o fato de que essa “prática” não é mais mediada pela ideologia da ajuda e sim pela perspectiva da garantia de direitos sociais. Deve-se atuar justamente, conforme relata Pacheco (2007) nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam a exclusão no acesso, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a excessiva burocratização e a ênfase na assistência médica curativa e individual. É nesse contexto que surgem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS, e que determinam o âmbito de atuação do profissional de

Serviço Social, qual seja nas contradições presentes no processo de racionalização e organização do Sistema.

Nesse sentido, reconhecemos a necessidade de ocupação de espaços no PSF e ULS por um profissional de Serviço Social, por este estar capacitado para atuar na dimensão social do processo saúde/doença/cuidado, destacando a relevância da promoção do desenvolvimento humano enquanto fator a ser trabalhado por este programa. É dentro da relação de dever/direito à saúde que o trabalho dos assistentes sociais deve se desenvolver e, a cada dia, deve se tornar uma “prática” necessária para a promoção e atenção à saúde.

Faz-se necessário efetivar as políticas, para que as pessoas idosas possam viver em um ambiente que melhore as suas capacidades, promova a sua independência e lhes proporcione apoio e cuidados adequados a medida que vão envelhecendo. Isto significa assegurar aos idosos alojamento, transporte e outras condições de vida que lhes permitam manter a sua independência durante o maior período de tempo possível e envelhecer nas suas comunidades, mantendo-os ativos. Significa que é igualmente importante reconhecer e respeitar a dignidade, a autoridade, a sabedoria e a produtividade dos idosos em todas as sociedades.

Em busca da garantia e preservação dos direitos para todos os segmentos populacionais, aponta-se também necessidades de avanço para as políticas de assistência social. Os limites da cobertura previdenciária fazem com que os idosos procurem acesso a outras formas de benefícios, entre eles, o Programa Renda Extra e o Benefício de Prestação Continuada. Hoje, questões como critérios de acesso são extremamente seletivos em decorrência do baixo valor de corte de renda, ou seja, atingindo somente aqueles que se encontram em situações de extrema pobreza; a falta de divulgação de como obter estes benefícios também permeiam o universo das dificuldades dos usuários em se apropriarem dos benefícios da assistência social.

Além destas questões, deve-se ampliar espaços para a articulação entre as políticas de assistência social, pois, segundo Raichelis (2006) a questão da fragmentação das políticas sociais tem sido um tema recorrente nas análises dos estudiosos e dos seus operadores. As políticas sociais obedecem à lógica da setorização, que recorta o social em partes estanques sem comunicação e articulação, torna os problemas sociais autônomos em relação às causas estruturais que os produzem, segmentando o atendimento das necessidades sociais. Em consequência, traz sérias dificuldades para a ação pública dirigida à implementação de políticas redistributivas que tenham impacto na qualidade de vida e no alargamento dos direitos de cidadania.

A discussão quanto à articulação e unificação dos programas sociais visando avaliá-los, bem como replanejar a efetivação dos mesmos, deveria se dar através das dinâmicas de funcionamento dos chamados "Conselhos de políticas públicas e direitos", que são compostos por representantes dos Poderes Executivos e da sociedade civil. Os Conselhos têm a função de formular estratégias, controlar a execução das políticas definidas e fiscalizar a aplicação de recursos, e suas ações interventivas estão pautadas dentro dos *Processos Políticos Organizativos* do Serviço Social, desenvolvendo ações de assessoria e mobilização comunitária para aquisição de bens e serviços, onde tem como principal objeto a participação social sob a lógica da cidadania, voltada para a sociedade civil. Hoje, estas ações de mobilização acontecem em espaços de difícil acesso à população, sendo no município de Florianópolis realizadas no “ático” do edifício da própria Secretaria, e não em espaços comunitários, visando a participação da comunidade que apresentam as demandas.

Essa discussão referente à articulação também deveria estar inclusa nas dinâmicas das "Conferências" realizadas, que têm que ser voltadas à proposição de alternativas às políticas públicas praticadas no município, em diversas áreas como Saúde, Assistência Social, Habitação, etc. Atualmente, as políticas apresentam-se de forma tão fragmentada, que os profissionais da assistência social apresentam dificuldades em estar articulando-as, principalmente quando se trata de uma nova demanda apresentada, como os idosos que possuem algum tipo de deficiência e que não podem contar no município de Florianópolis com nenhuma rede de apoio que ofereça suporte a ele ou a própria família cuidadora.

Faz-se necessária também ampliar a participação da sociedade civil nos espaços públicos, para juntamente com os profissionais do Serviço Social, se discutir as necessidades que os idosos apresentarem, incluindo as novas demandas apresentadas nesta monografia, novas formas de atendimento para os idosos e para o cuidador familiar de idosos dependentes.

Ratifica-se a proposta de Raichelis (2006) que objetiva democratizar e fortalecer o processo de participação da sociedade civil, a saber:

- Ampliar os fóruns da sociedade civil, estimulando a participação dos movimentos sociais e das organizações populares, especialmente dos usuários das políticas sociais públicas, ainda fragilmente representados nos conselhos e demais espaços públicos de deliberação;
- Contrapor-se à tendência de despolitização da sociedade civil, com base numa intervenção pública que conduza à explicitação das diferenças entre os projetos

políticos em disputa, à diferenciação entre as organizações civis e seus interesses ao apresentarem-se na cena pública, para que seja possível estabelecer alianças em torno de uma agenda de interlocução e articulação;

- Estabelecer um processo de interlocução ente sociedade civil e Estado, que possa fortalecer as iniciativas democratizantes existentes no interior dos aparatos governamentais, favorecendo a construção de alianças em direção a uma nova institucionalidade pública;
- Colaborar para a superação de visões reducionistas da sociedade civil, desencadeando ações nos espaços públicos que estimulem o desenvolvimento da sociabilidade pública, capaz de refundar a política como espaço de criação e generalização de direitos.

A participação da população e dos profissionais do Serviço Social deve ter sobre seus objetivos contribuir para: a) criação e estruturação de redes de serviço e apoio para as demandas apresentadas pela sociedade civil, neste caso em especial aos idosos e seus cuidadores que hoje desenvolvem a atividade de cuidar dentro de seu próprio domicílio; b) a inclusão de serviços voltados às famílias que não possuem condições de infra-estrutura para cuidar; c) elaboração de políticas efetivas voltadas para o apoio familiar, formando principalmente cuidadores, afim de que o Estado preste assistência devida a estes.

Neste sentido, o Serviço Social tem ampla responsabilidade no processo de (re)pensar a questão da assistência domiciliar, tanto no sentido do processo específico do cuidar, como na perspectiva de entender o processo do cuidado no âmbito das políticas públicas. A inclusão do Serviço Social na assistência domiciliar tem como objetivo garantir a presença de um profissional capacitado para atuar como mediador de conflitos, entre família x equipe, família x família, família x cuidador, cuidadores x pacientes e com as políticas sociais no cotidiano do trabalho e na perspectiva de entender o cuidado no âmbito das políticas sociais e do trabalho com famílias (ALBIERO, 2003).

Sendo a família a principal cuidadora destes idosos, e que por diversas razões tornaram-se ou tornarão dependentes devido ao próprio processo de envelhecimento, mas também devido à falta de políticas de prevenção social e de saúde para estes, cabe-se exigir estratégias e a implementação de benefícios, serviços, programas e projetos relacionados à promoção dos direitos humanos dos idosos, notoriamente quando se tem em vista que significativa parcela desse segmento encontra-se em situação de abandono ou sendo vítima de

maus-tratos praticados na maioria das vezes pelos seus próprios familiares.

A respeito dessa situação, cabe destacar a demanda que chega ao Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família e ao serviço Disque Idoso na PMF, tendo sua equipe insuficiente e infra-estrutura inadequada para se trabalhar com tamanha demanda, como pode ser observado anteriormente quando especificado o número de atendimentos realizados no ano de 2006 (342 casos referentes a diversas necessidades apresentadas).

Além da falta de uma política de assistência adequada no município de Florianópolis e as questões que permeiam a previdência social e a saúde enquanto formadora do tripé da seguridade social, os idosos ainda estão expostos aos cuidados de famílias que apresentam condições sociais e econômicas particulares, bem como modelos relacionais que precisam ser melhor conhecidos. Através das entrevistas, identificou-se que os membros da família não estão dispostos ou preparados para assumir a responsabilidade nos cuidados. Tal situação pode contribuir para a existência de serem praticados abusos e maus tratos aos idosos. Portanto, é necessário lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade considere que os idosos devem ser assistidos pela família (por razões morais, econômicas ou éticas), não se pode ter como garantido que a família prestará cuidados humanizados.

Segundo o dicionário Aurélio (1986, p. 1186) o termo “negligencia” significa “desleixo, descuido, incúria, desatenção, menoscabo, menosprezo, preguiça, indolência”.

A notificação da violência contra o idoso, exigida pela lei, tem um papel fundamental no combate a essa violência. No entanto, esse papel pode ser otimizado se não se limitar a uma função meramente punitiva. A notificação pode ser um instrumento de proteção aos direitos do idoso, e uma medida que permite articular ações e recursos públicos e privados que somem esforços para promover ações solidárias e reconstruir relações afetivas. Se os saberes e as práticas institucionais valerem-se da notificação para ampliar a análise da dinâmica das relações intra e extrafamiliares, para ampliar a compreensão dos modos como as condições sociais, econômicas e culturais afetam a dinâmica familiar e se essa compreensão puder contribuir para criar alternativas de intervenção sobre os conflitos, então a notificação pode ser o primeiro passo na proteção ao idoso e na defesa de seus direitos. (Fonseca 2003)

O prolongamento da vida e falta de políticas de prevenção fez surgirem dificuldades próprias do envelhecimento. O prolongamento da existência torna mais freqüente o convívio com portadores das muitas doenças degenerativas que atingiram os idosos. Assim, o idoso

tem sua imagem associada à decadência, à perda de habilidades cognitivas e de controles físicos e emocionais, fundamentos importantes de autonomia dos sujeitos, e as várias doenças crônicas de que são portadores colocam-nos em estado de dependência, demandando cuidados para os quais o cuidador domiciliar nem sempre está disponível. Nesse processo, o idoso passa a ser visto como um objeto da técnica médica, que tende a tratar os processos biológicos do envelhecimento à parte de parâmetros culturais e sociais (VERAS apud FONSECA 2003).

Neste contexto, cria-se um caldo de cultura que pode impulsionar a violência. No contexto dos cuidadores familiares de idosos dependentes, conforme dados estatísticos do Projeto Disque Idoso, o tipo de violência mais freqüente contra o idoso é a negligência familiar, que quase sempre é relacionada com a falta de cuidados no que diz respeito à higiene e ao fornecimento de medicamentos. No entanto, a análise desse termo é um tanto ambígua e complexa, o que pode levar a diferentes interpretações. A falta de higiene só pode ser concebida como negligência familiar quando vem prejudicando ou pode prejudicar a saúde do idoso (SILVA, 2005).

A negligência é caracterizada segundo Pagelow (apud FONSECA, 2003), como ativa quando o ato é deliberado, e como passiva, quando resulta de conhecimento inadequado das necessidades do idoso ou de estresses do cuidador, resultante da necessidade de ministrar cuidados prolongados.

Por isso, é necessário que este entendimento seja padronizado pelos programas ou projetos responsáveis pelo atendimento de denúncias de negligência familiar. Segundo Grandó (apud SILVA, 2005), negligência é um tema controvertido, pois está intimamente relacionado com as condições estruturais da nossa sociedade, que exclui grande camada da população das oportunidades de acesso ao conhecimento, a geração da distribuição de renda e qualidade de vida digna.

Às vezes, a família pode não ter condições de cuidar melhor do idoso, ou também pelo fato de o cuidador ser uma pessoa muito idosa, ele poderá apresentar dificuldades no momento de realizar a higiene pessoal do idoso dependente.

Em alguns casos, os membros adultos da família trabalham fora para manter o sustento do lar, e não conseguem prestar atenção integral ao idoso, deixando, por vezes, essa responsabilidade com crianças e adolescentes, e em alguns casos, o idoso poderá ficar sozinho.

A falta de orientação no cuidado com úlceras de pressão (escaras), ocasionadas por um



longo período em que o idoso permanece na mesma posição, também é motivo para denúncias de negligência domiciliar.

É preciso analisar e rever a fundo o que caracteriza de fato um ato de negligência familiar, sendo que a família cuidadora, às vezes, pode não ter oportunidade de prestar um melhor atendimento ao idoso dependente.

O serviço Disque Idoso e o Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, destinados à redução ou a erradicação das várias formas de violência contra os idosos no município de Florianópolis não lograram ainda estabelecer mecanismos de amparo à família, que é ao mesmo tempo quem promove os primeiros cuidados, quem tem condições efetivas de prestar assistência permanente e continuada, e quem é a autora de parcela importante das violências sofridas pelo idoso. Isto pode estar ligado à ausência de programas que levem em conta as condições e limites daqueles que estão encarregados de cuidar de seus familiares idosos, a despeito das próprias dificuldades econômicas e emocionais, e a despeito da ausência de recursos que deveriam ser providos pelo Estado.

O combate da violência contra o idoso abrange a exigência da realização de cursos de formação de dirigentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos, implementação de centros integrados de apoio e prevenção à violência contra a pessoa idosa, campanhas educativas visando a valorização da pessoa idosa e a prevenção da violência, encontros de Conselhos de Idosos e oficinas de capacitação para implementação da rede de proteção, além da inclusão de profissionais da assistência nos programas onde há a procura da família que apresentam alguma dificuldade.

Nas entrevistas realizadas, foram relatadas as dificuldades na área de habitação das famílias que cuidam de um idoso dependente. Verificou-se que em algumas situações as famílias residem em locais sem a mínima infra-estrutura e terrenos sem escritura. Neste sentido, o Plano Municipal de Florianópolis (2006 a 2009) respalda que município vem experimentando, desde a década de 1970, um intenso processo de crescimento - o qual ocorre sem uma base efetiva de planejamento, resultando num processo desordenado e caótico. Grande parte desse contingente populacional é formada por famílias de baixa renda, sem qualificação profissional e sem condições de acesso a lotes urbanos ou de locação de moradia. Nesse sentido, estas famílias vêm ocupando áreas públicas ou privadas, vivendo em habitações precárias, sem infra-estrutura adequada e com problemas de regularização fundiária (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006a).

É evidente a necessidade de uma política de ação abrangente e contínua do poder público que além de completar a construção de moradias, promova uma avaliação da legislação urbana habitacional, com vistas à adoção de parâmetros que contemplem as demandas habitacionais e classe popular e também resultem em ações sociais buscando o desenvolvimento comunitário, a geração de renda e a educação.

Um outro grande desafio no presente século será assegurar que não se encare o envelhecimento da população como um fardo, mas que retirem daí um valor adicionado, e possibilidades de desenvolvimento, graças a uma população idosa ativa. É necessário estabelecer recomendações de caráter social, político e econômico, que visam permitir superar o desafio de melhorar significativamente a situação dos idosos e de seus familiares cuidadores (ONU 2005).

A Política de Saúde do Idoso versa que a transição demográfica no Brasil remete novas estratégias para fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, com baixo nível sócio econômico, capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento de leitos de longa permanência.

A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares está sendo questionada até nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e eficiência. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas mais resolutivas e menos onerosas. O retorno ao modelo de cuidados aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialista na área da geriatria e gerontologia. (BRASIL, 1999).

Visando estabelecer políticas não só para os idosos, mas também para os seus cuidadores, foi verificada a necessidade de se implantar em Florianópolis serviços que contribuam para a superação das dificuldades e condições de saúde do idoso dependente que requererem cuidados especiais, tais como cuidados ambulatoriais, um hospital-dia e um hospital de curta ou longa permanência para os idosos, pois, conforme Vieira (1996) a qualidade do cuidado oferecido, seja domiciliar, ambulatorial ou hospitalar é que irá determinar o sucesso da reabilitação do idoso.

No Plano Municipal de Florianópolis 2006 a 2009, encontramos como metas para os anos de 2008 e 2009 a implantação de alguns projetos e programas que estão descritos a

seguir:

▪ **Implantação da Cidade do Idoso:**

Conforme projeto elaborado por assistentes sociais da GAI, a Cidade do Idoso pauta-se no conceito de envelhecimento saudável, numa perspectiva de prevenção, mantendo sua autonomia, o desenvolvimento do seu potencial, valorização das habilidades pessoais, convivência inter-geracional, participação comunitária e inclusão social. Neste local estará atrelado também o Centro de Convivência para os idosos e o Centro Dia, no qual, a simulação do projeto gráfico encontra-se anexo a este trabalho.

O Projeto Cidade do Idoso se caracterizará por ser um espaço de prestação de serviço diário, de acolhimento e atendimento bio-psicossocial às pessoas idosas participantes ou não de Grupos de Convivência e ficará localizada no antigo Terminal de Integração do Saco dos Limões.

Tem como objetivos prestar atendimento, através de atividades sócio-educativas, ocupacionais, recreativas e de valorização do idoso, contribuindo para a autonomia, envelhecimento saudável e prevenção do isolamento social, ampliando e possibilitando ao idoso um espaço de expressão e aprendizagem, promovendo a convivência social do idoso, incentivando a aquisição e manutenção de hábitos saudáveis, contribuir para a prevenção e controle de doenças como também oportunizar o restabelecimento da dignidade e da auto-estima do idoso através de ações planejadas e sistematizadas nas diversas áreas (VIEIRA; KAISER; NUNES, 2007).

O projeto apresenta metodologias desenvolvidas através das atividades planejadas e sistematizadas a partir dos valores sócio-culturais, ocupacionais e das necessidades manifestadas pelos idosos frequentadores e, também, dos recursos humanos e materiais disponíveis. Serão desenvolvidas, também conforme projeto, atividades artístico-culturais através de folclore, teatro, música, dança, coral, modelagem, pintura, artesanato, cerâmica, *biscuit*, *patch work*, sócio educativas (filmes e vídeos, cursos em diversos níveis, incluído alfabetização) desportivas (caminhada, ginástica, natação, hidrogenástica, *yoga*, *taichichuan*)

O atendimento de saúde prestado no local será para o idoso que necessitar com urgência de atendimento e para acompanhar os idosos que participarem das atividades físicas (ginástica, caminhada, natação e hidrogenástica)

O horário de funcionamento proposto é de 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 12:00 e das 12:00 às 18:00 horas com atividades agendadas com os idosos conforme disponibilidade, duas a três

vezes por semana, e será oferecido um café a preço popular (VIEIRA; KAISER; NUNES, 2007).

A Cidade do Idoso contará conforme seu projeto elaborado, com os seguintes recursos humanos: coordenador, secretário, recepcionista, *office boy*, motorista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo, estagiário de psicologia, fisioterapeuta, professor de educação física, estagiários de educação física, professor de dança, *yoga*, *taichichuan*, natação, hidroginástica, teatro, informática, línguas, oficinheiros, serventes, cozinheiros, auxiliar de cozinha e vigilantes. Este projeto não foi apresentado ao Conselho Municipal do Idoso de forma definitiva; estão sendo realizadas modificações no mesmo, mas a princípio não encontramos a presença de estagiário de serviço social no local.

▪ **Implantação de Centros de Convivência:**

O Plano Municipal de Florianópolis (2006 a 2009) estabelece ainda como meta à construção de Centros de Convivência de abrangência regional (Norte, Sul, Leste e Continente), com capacidade para atendimento e realização de atividades e eventos para aproximadamente 800 idosos. Estes centros estão em fase de aprovação pela PMF, mas estão previstas dentro deste local a instalação de uma lavanderia, refeitório, pista de dança, banheiros, vestiários, hall, coxia, varanda, bilheteria e um palco reversível. Se necessário, ele poderá ser aberto para a área externa da cidade do idoso permitindo a realização de eventos ao ar livre para um público de até 7 mil pessoas (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006a).

▪ **Centro Dia para o Idoso:**

Conforme o projeto elaborado por três assistentes sociais atuantes na Gerência de Atenção ao Idoso, o Centro Dia se caracterizará como um espaço de prestação de serviços diários, de acolhimento e atendimento bio-psicossocial as pessoas idosas, residentes no município de Florianópolis e sua modalidade de atendimento está inserida no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com caráter de Proteção Social Especial/Média Complexidade.

Este Centro será destinado aos idosos com limitações para a vida diária, cuja família necessita ausentar-se para o trabalho e não dispõe de condições de prestar assistência a seus idosos no período diurno.

Este espaço estará junto da estrutura da Cidade do Idoso que contemplará inicialmente

vinte idosos. Além das atividades disponibilizadas pela estrutura da Cidade do Idoso, o Centro Dia proporcionará cuidados diários, atendimento na área da saúde, assistência social e psicologia, atividades sócio-ocupacionais, recreativas e culturais.

Terá como objetivos proporcionar condições para permanência do idoso no convívio familiar através da criação de um espaço para acolhimento e atendimento bio-psicossocial, atendimento aos idosos nas suas necessidades básicas de alimentação, higiene e saúde, fortalecimento de laços familiares, promoção de um ambiente de interação e motivação a vida, contribuindo para a manutenção da capacidade funcional do idoso melhorando sua auto-estima (VIEIRA; KAISER; NUNES, 2007).

Este Centro contará com profissionais multidisciplinares da área de saúde e da assistência social, visando amenizar a sobrecarga da família cuidadora.

Analisando-se a possibilidade de existência destes centros, é possível perceber que estes espaços diminuiriam a sobrecarga do cuidador familiar de idosos, sendo que a família já vem ocupando um lugar central na proteção social, sem que tenha condições de assumir o que vem sendo delegado pelo Estado e pela sociedade. Cabe ressaltar se é que de fato, estes projetos serão implantados no município, e que a princípio o Centro-Dia não contemplará a necessidade de toda a demanda apresentada, fazendo com que mais uma vez sejam oferecidas políticas em forma de seletividade.

Mediante a possibilidade de não contemplar toda a demanda apresentada e analisando as políticas desenvolvidas em outros estados do Brasil para a família que possui um idoso dependente e que é cuidado pelo cuidador familiar/informal, sugere-se em decorrência do trabalho desenvolvido para a elaboração desta monografia, a criação de grupos de apoio a cuidadores e cursos de capacitação para os mesmos com o intuito de preservar a qualidade de vida dos cuidadores e proporcionar melhores condições de atendimento familiar aos idosos dependentes.

Visando uma primeira identificação sobre a presença do tema cuidadores familiares/informais nos sites das prefeituras das regiões sudeste e sul, identificou-se que nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, há predominância de cursos e eventos para o cuidador, desenvolvidos pela Secretaria de Assistência Social das Prefeituras e/ou pela Secretaria de Saúde em parceria com as Universidades. Uma breve análise sobre os temas abordados nos cursos e expressos através da programação destes, indica que os Programas dos cursos estão relacionados a áreas da medicina, como por exemplo, a discussão de aspectos biológicos do

envelhecimento, prevenção de quedas e adaptação do ambiente, aspectos nutricionais, higiene, necessidade de mobilidade, perdas e lutos, saúde mental e sinais de alerta como fatores de proteção e prevenção, por último sendo de uma forma minimizada, alguma abordagem sobre a rede de proteção social e o estatuto do idoso, sendo estes ministradas por uma equipe multiprofissional, ou por voluntários dos Centros Dia, envolvendo profissionais até da Defesa Civil, sendo que alguns cursos oferecidos são de caráter privado, implicando, portanto, custos a sua participação.

Nos estados do Espírito Santo e Minas Gerais foram identificados cursos de treinamento profissional para cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e cursos visando o treinamento para categoria profissional (cuidadores formais), abordando temas como alterações fisiológicas do envelhecimento, relacionamento interpessoal, prevenção de quedas e úlceras, cuidados com pele e lazer, sendo as aulas ministradas em torno de uma vez na semana, totalizando cursos de 44 horas, desenvolvidos por ONGs e pela Secretaria de Ação Social e Direitos Humanos. Ambos capacitavam pessoas para cuidar de idosos sem qualquer tipo de experiência.

No estado do Paraná encontrou-se cursos para cuidadores de idosos, abordando temas como o Estatuto do Idoso, medicação para idosos, psicologia aplicada às demências e alimentação na terceira idade. Abordavam também sobre a pedagogia para o aprendizado de idosos destacando a importância que a continuação no processo de aprendizado tem para as pessoas da terceira idade, estimulando as atividades cerebrais, evitando, assim, problemas como Alzheimer – doença degenerativa que destrói células cerebrais vitais, afetando o funcionamento mental, pensamento, fala e memória.

Em Porto Alegre foram identificados cursos de cuidadores de idosos realizados por instituições privadas da área da geriatria, direcionados a pessoas que cuidam de idosos, envolvendo profissionais de diversas áreas, entre eles representantes do poder judiciário, delegados de polícia, psicólogos, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, profissionais da educação física e outros. Também foram encontrados cursos para formação de cuidadores formais que tivessem idade entre 18 a 29 anos, que tivessem concluído ou estando na 5ª série do ensino fundamental ou em período de conclusão do ensino médio, sendo desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Educação.

Em Santa Catarina, mais especificamente na cidade de Blumenau, foi encontrada uma oficina realizada em abril de 2007, propondo ao Ministério da Saúde a elaboração para propostas do curso de preparação de cuidadores de pessoas idosas com dependência e de

cursos de formação do preparador de pessoas idosas na cidade. Esta oficina foi ministrada pelo Dr. José Luiz Telles, coordenador da área técnica saúde do idoso do Ministério. Esta teve como foco principal a identificação das atribuições dos cuidadores domiciliares de pessoas idosas com dependência.

Como foi possível observar através deste primeiro levantamento, a questão dos cuidadores em face das exigências do processo de envelhecimento já vem sendo motivo de atenção, embora ainda se faça necessário percorrer um longo caminho, visando garantir um processo de envelhecimento digno e dentro das possibilidades com qualidade de vida.

Questões específicas do envelhecimento incluem o conhecimento das síndromes geriátricas e abordam os agravos sociais, como os recursos de apoio social disponíveis. Sendo incluída a qualidade e o prolongamento da vida, como também a valorização do trabalho do cuidador. Contudo, considera-se que os cursos devem também ter como objetivo aos cuidadores o conhecimento de recursos de suportes sociais disponíveis, e não somente questões relacionadas à capacidade funcional.

Tendo em vista o aumento progressivo da população idosa, a contribuição de cuidadores leigos, familiares no processo de cuidar do idoso dependente e em razão da complexidade cada vez maior na organização de nossas sociedades, exige-se de qualquer cidadão um preparo e um aprendizado específico para o enfrentamento das situações existentes, novas demandas e atividades; mesmo porque a pessoa voluntária tem o direito de desempenhar suas funções doadoras em clima de segurança e satisfação. Assim, há necessidade de treinamento próprio, específico para cuidadores leigos em asilos, diferente para cuidadores domésticos/familiar, para centro dia ou hospital-dia, para grupos de ajuda mútua de idosos em condições crônicas, entre outros. (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS apud DUARTE; DIOGO, 2000)

Em face do problema coletivo identificado nas entrevistas com os cuidadores, referentes à falta de apoio e as dificuldades encontradas no processo em cuidar de um idoso dependente, e a partir de algumas experiências identificadas nos estados, capitais e cidades de algumas regiões do Brasil, sugere-se a Secretaria de Assistência Social de nosso município a criação destes cursos e grupos de apoio aos cuidadores de idosos, principalmente quando se observa a realidade do município de Florianópolis, estando o cuidador familiar se tornando um segmento novo para o atendimento do Serviço Social.

Este fato identificado vem acontecendo ao se observar um despreparo da área da saúde

em atender este sujeito, dar suporte ao sujeito idoso e ao seu cuidador, fazendo com que a instituição de apoio a estes sujeitos sejam a Previdência Social e a Secretaria de Desenvolvimento Social do município, onde procuram buscar orientações nas atividades conflitantes entre seus familiares em virtude do cuidado prestado ao idoso.

O assistente social, não estando dentro das unidades de saúde para desenvolver ações para esta população, propõe-se a criação de grupos de apoio e cursos de capacitação que devem ser oferecidos pela Secretaria de Assistência, em parceria com a Secretaria de Saúde e Universidades.

Estes cursos não deverão visar somente aspectos referentes à saúde, e sim de módulos centrados na rede de proteção social ao idoso. Dentro desses aspectos, é de fundamental importância a questão da intersetorialidade, sendo ela uma prática social que vem sendo construída e que traz como aspectos a articulação entre os sujeitos de setores sociais diversos, sendo uma nova forma de construir políticas públicas que pretendem superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais e produzirem efeitos mais significativos à população, bem como possibilitar uma articulação de distintos setores sociais e a descoberta de caminhos para a ação, podendo inclusive se transformar numa construção coletiva a partir das necessidades das pessoas e de setores que enfrentam problemas.

No momento anterior desta monografia, os cuidadores apresentaram a necessidade de serem desenvolvidas atividades no grupo de apoio, direcionadas a eles, em primeiro lugar, por trazerem consigo uma sobrecarga muito grande vivida pelo processo em cuidar. Além das atividades direcionadas a eles, deveriam ser estimulados o compartilhamento de experiências, o relato das dificuldades, o oferecimento de acolhimento para os sentimentos e para as dificuldades relatadas, além de orientações e sugestões para lidar com elas.

O cuidador familiar não é um profissional da saúde e nem da assistência social, mas dever fazer articulação com estas áreas, e a construção desta articulação se dará com práticas educativas desenvolvidas em nível local, exigindo a participação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, estabelecendo parcerias com outras instituições.

Esta intervenção está pautada dentro dos *Processos Sócio-Assistenciais* da profissão do assistente social, onde deverão ser desenvolvidas intervenções diretas com o usuário, principalmente com as famílias e os segmentos que apresentarem necessidade, oportunizando aos usuários uma coletivização das necessidades apresentadas, garantindo a criação de espaços institucionais que garantam a qualidade de vida do idoso, criando alternativas



concretas que atendam a demanda destes usuários, através das ações sócio-emergenciais, sócio-terapêuticas, sócio educativas e periciais.

Além da sugestão da criação de grupos de apoio e cursos para os cuidadores desenvolvidos pela Secretaria, devem ser revistos dentro da Gerência questões ligadas às ações profissionais do assistente social referentes aos *Processos de Planejamento e Gestão*, sendo estes voltados à capacitação de recursos humanos, de gerenciamento de programas, projetos e serviços. Atualmente, a organização estrutural da Gerência é precária, se faz necessário uma infra-estrutura adequada, a ampliação da equipe técnica, capacitação da mesma para determinadas ações, como por exemplo, a mediação familiar, tendo em vista a dificuldade que a equipe vem apresentando em estar executando tal ação, aquisição de um profissional da área jurídica para orientar questões pertinentes a esta área, planejamento e agilidade na execução de determinadas ações, hoje desenvolvidas de forma pouco organizada pela equipe, como também formas organizacionais de registros da demanda atendida.

As áreas apresentadas nesta monografia, como a previdência, a saúde, a assistência, a habitação, e outras que não tivemos possibilidade de abordar, envolvem o planejamento e execução de Programas e Projetos, e uma condição imprescindível para um trabalho cada vez mais qualificado neste sentido é que o Assistente Social é o responsável pelo conjunto desses procedimentos e atividades, sendo ele um profissional que presta informações sobre direitos e serviços, realiza atividades comunitárias para aquisição de bens e serviços, faz acompanhamento institucional, realiza contatos com recursos comunitários, treinamento, assessoria, palestras educativas, educação de grupos e indivíduos, estudos sócio-econômicos, e outras ações que o Código de Ética compreende.

Ressalta-se ainda outro desafio, referente ao ponto da atual escassez sobre a questão do processo de envelhecimento no currículo da graduação do curso de Serviço Social, sendo a temática abordada somente através dos cursos de especialização. A não inclusão no currículo de graduação da questão do envelhecimento e as políticas voltadas a este segmento comprometem as competências mínimas que um profissional recém-egresso deve possuir, tendo em vista a necessidade de se elaborar medidas preventivas e de suporte social que marcam a gerontologia, devendo esta ocorrer em uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial, marcadas pelas confluências de saúde, educação, direito, urbanismo, ciências sociais, como apontado pela PNI (MOTA; AGUIAR 2007).

Estes são alguns desafios que permeiam as políticas sociais, visando todos os segmentos populacionais da assistência social, principalmente no caso deste trabalho, o idoso

e seu cuidador familiar; mas cabe ressaltar que muitas outras políticas envolvendo as áreas da habitação, educação, trabalho, renda, entre outras, também devem ser inseridas quando se aborda a questão do processo de envelhecimento, principalmente porque estas devem favorecer o exercício de cidadania da pessoa idosa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo procurou-se demonstrar que o cuidado com o idoso está cada vez mais sob as responsabilidades exclusivas da família, estando o Estado cada vez mais se distanciando das suas obrigações, previstas em leis, decretos, resoluções e portarias, e que isto está ocasionando na vida do cuidador familiar uma sobrecarga emocional, psicológica, física, econômica e social.

Embora a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso (1994) e a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) apontem a família como responsável pelo o atendimento às necessidades do idoso, até agora o esboço de um sistema de apoio às famílias e a definição das responsabilidades das instâncias de cuidados formais e informais, na prática, não aconteceram. O sistema de saúde, público e privado não está preparado para atender nem a demanda de idosos que cresce a cada dia, nem a de seus familiares. Por sua vez o sistema previdenciário, público e privado não prevê formas de financiamento para o estabelecimento de redes de apoio às necessidades de assistência aos idosos dependentes, com ou sem família.

O corte dos gastos sociais pelo Estado, pode até vir a contribuir para o equilíbrio financeiro do setor público, mas é notório que as políticas sociais oferecidas pelo Estado, estão cabendo somente e exclusivamente ao papel de solucionar os problemas que o mercado, a comunidade e a família não conseguem suprir, e os resultados deste aspecto, do ponto de vista social são o crescimento da pobreza, do desemprego, da desigualdade social, e da exclusão social.

Diante de tudo que já foi exposto nesta monografia sobre os desafios para as políticas públicas em se (re)pensar novas estruturas sociais para os segmentos idoso e seu cuidador, constatou-se que muitas famílias não estão dispostas das mínimas condições de sobrevivência para dar o apoio necessário aos seus idosos, fazendo com que abdicem do papel de responsáveis e protetores, deixando a própria sorte a vida desses, contudo, outras nem possuem preparo adequado para lidar com as mudanças bio-psicossociais próprias do envelhecimento.

Em face da realidade exposta, não se pode negar também, como identificado a partir dos atendimentos às famílias na Gerência de Atenção ao Idoso, mais especificamente no

Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, que muitos casos de conflitos familiares em relação ao cuidado com o idoso dependente, apresentam-se também, associados ao consumo de drogas por seus familiares e outros fatores, e que através de visitas domiciliares e estudo social se constatou como conseqüência a violência contra o idoso. Dessa maneira, o papel do cuidador adquire significados particulares que, dentro de um contexto histórico, social, político, econômico e cultural, precisam ser analisados e esclarecidos.

O cuidador precisa receber orientações sobre como proceder nas situações mais difíceis e receber em sua casa visitas periódicas de profissionais como o assistente social, o médico, pessoal da enfermagem, fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação, além é claro da criação de programas, projetos, grupos de apoio, eventos, palestras que envolvam o papel de cuidar de alguém dependente como também questões pertinentes da categoria social da velhice enquanto uma identidade socialmente construída.

Essas orientações devem ser criteriosas, atendendo a um contexto e situação específica. É diferente a orientação e o treinamento do cuidador familiar que irá fazer apenas o papel de acompanhante domiciliar de um idoso que é independente em suas funções físicas de um outro que desempenhará o papel de cuidador para a atividade da vida diária de um idoso acamado. É, ainda, diferente e complexo, quando se trata de cuidar de idosos com doença de Alzheimer ou outros quadros de demências, em suas distintas fases de evolução como foram apresentadas na monografia. Isto também se aplica ao acompanhante de um idoso que vivencia condições especiais de tratamento como uso de sondas de diferentes naturezas, ostomias para eliminações, alimentação, e outras, sendo praticadas por cuidadores leigos e que ainda estão envolvidos num clima de estresse na dinâmica familiar (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2000).

A articulação entre o apoio e treinamento ao cuidador não é uma prerrogativa exclusiva da enfermagem, conforme Born (2006) é um serviço de natureza mista, médico-social, onde se conjugam os serviços de assistência social e de assistência à saúde com preparo básico em Gerontologia.

Levando em consideração o aumento da expectativa de vida da população, verifica-se que a probabilidade de se ter um aumento do número de cuidadores informais/familiares que necessitam de suporte do sistema de proteção social oferecidos por instituições públicas e/ou privadas se tornarão necessários. Pois, de acordo com que se verificou nas entrevistas desta monografia, o cuidador também precisa de cuidados, pois ele está submetido ao afastamento do convívio social, ao abandono de atividades de lazer, apresenta índices elevados de estresse

e condições físicas e mentais alteradas, etc.

O apoio é fundamental para ajudá-lo a lidar com a grande mudança em seu estilo de vida, já que além de ser responsável pelo seu bem-estar passa a responsabilizar-se pelo indivíduo enfermo e dependente, cabe ressaltar ainda que este apoio deve ocorrer em diferentes níveis: físicos, psicológicos, familiar, social e financeiro, contemplando uma abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias.

É de fundamental importância também, estimular a participação de cidadãos idosos na formulação e no controle social através de sua participação em espaços deliberativos como os Conselhos bem como, estimular sua participação em grupos de terceira idade, atividades físicas, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde ele pode ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades, visando assim, uma expectativa de prevenção para o seu futuro.

Em se tratando de um idoso dependente, não podemos esquecer de ressaltar que o ambiente em que ele vive deve ser adaptado as suas condições de vida, visando que a qualidade do ambiente do cuidado reflète as condições ou fatores internos e externos ao mesmo. Althoff (apud SILVA; ERDMANN 2002 p. 77) relata que

[...] o ambiente interno trata do corpo e de seu funcionamento, enquanto que o externo é composto por três dimensões: perceptual, operacional e conceitual. A dimensão perceptual refere-se aos sentidos, a operacional a tudo o que afeta um organismo fisicamente, e a conceitual aos processos sociais, de pensamento e emoção.

O processo de cuidar de um idoso dependente suscita no cuidador em geral, mas, sobretudo naquele com dificuldades sociais e econômicas, um grande sofrimento por conviver com a progressão do processo enfermo do seu familiar, fazendo assim com que enfrente grandes dificuldades. A ausência de outras possibilidades de como cuidar tem acarretado cansaço e estresse, diante do fato de ser necessário ter muita paciência pra lidar com o idoso enfermo. Com o passar do tempo este cuidador já se encontrando tenso, cansado e limitado no seu lazer devido ter assumido a obrigação de cuidar de seu familiar que apresenta alguma dependência, passa a reconhecer que também precisa de cuidados para enfrentar as dificuldades devido a intensidade de ocupação de seu tempo e de suas emoções, sendo assim, procura a existência de alguma rede que lhe ofereça suporte, e neste caso, no município de Florianópolis, somente foram encontrados os Programas oferecidos pela Gerencia de Atenção

ao Idoso: Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, o Programa Renda Extra e a Concessão de Benefícios, sendo oferecidos de uma forma precária tanto profissionalmente como estruturalmente.

Para retribuir a Gerência de Atenção ao Idoso o resultado da pesquisa realizada com os cuidadores familiares de idosos dependentes, a equipe solicitou-me que este trabalho desenvolvido, seja apresentado durante uma plenária realizada pelo Conselho Municipal do Idoso, a qual grande parte da equipe da GAI fazem parte como conselheiros, visando que este órgão poderá estar elaborando propostas e cobrando do município o desenvolvimento de políticas voltadas ao idoso e seu cuidador.

Reitera-se em nível de conclusão a necessidade do presente tema monográfico ser abordado em outros Trabalhos de Conclusão de Curso visando aprofundá-lo, bem como a inclusão da questão do processo de envelhecimento ser incluída no currículo do curso de Serviço Social.

## REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. H. **Política social e combate a pobreza**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

ALBIERO, C. E. **Assistência domiciliar como modalidade de atendimento a saúde no contexto da família e das políticas sociais**. 2003. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ALMEIDA, P. D.; CARVALHO, I.M.M. Família e proteção social. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, nº 2, p. 109-123, 2003.

ARAÚJO, L. R. de. **PSF: sem o assistente social, um passo atrás**. 2007. Disponível em <http://www.paraibaonline.com.br> Acesso em: 08 set. 2007.

BEAUVOIR, S. De. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BECKER, C. F. G. **(Re) pensando a intervenção do serviço social no programa de atenção sócio assistencial - PASA no atendimento às famílias com deficiente/dependente**. 2007. Trabalho Conclusão Curso (Graduação em Serviço Social). Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BENEDETTI, T. R. B.; PETROSKI, É. L.; GONÇALVES, L. H. T. **Perfil do Idoso do Município de Florianópolis, SC: Relatório Final da Pesquisa**. Florianópolis: UFSC, 88 p. 2004.

BENEFÍCIOS da Caminhada. Disponível em: <http://www.saudenarede.com.br>. autor. Acesso em: out. 2007

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. 6 ed. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Vozes. 1999.

BORN, T. **Seminário Velhice Fragilizada**. A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. 2006. Disponível em <http://www.sescsp.org.br/sesc> Acesso em. 24 ago. 2007.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Trabalhador com Previdência/Serviço Social**. Disponível em <http://www.mpas.gov.br>. Acesso em: 21 de ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Serviço Social. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br>. Acesso em: out. 2007.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei Federal nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. Brasília: Acesso em:, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia do Programa saúde da família e agente comunitário PCS. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em : out. 2007

BRASIL.**Lei Orgânica de Assistência Social**. Lei nº 8742, de 07 de dezembro de 1993. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social, 1993.

BRASIL. **Política de Saúde do Idoso**. Portaria 1395/GM de 10 de dezembro de 1999. Brasília, 1999.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Lei Federal nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Brasília,1994.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. **Caderno de Atenção Básica**: suporte familiar e social. Brasília: MDS. p.41-48.

BRASIL. Ministério de Trabalho e Emprego. Classificação brasileira de ocupações Disponível em: <http://www.mte.gov.br>. Acesso em 25 ago. 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Política de Assistência Social. Disponível em: <http://www.mds.gov.br>. Acesso em: set. 2007

BRASIL. **Política Estadual do Idoso**. Lei Estadual nº 11.436 de 07 de junho de 2000: Governo do Estado de Santa Catarina, 2000.

CALDAS, C. P **O significado de cuidar de uma pessoa idosa que vivencia um processo demencial**. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 65-79, mai./ago.,2003

CALDAS, C. P. Cuidando do idoso que vivencia uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, n. 2, p. 80-90, mai./ago., 2001.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CARRARO, T. E. No caleidoscópio Histórico Florence Nightingale. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 7., n.1, p. 90-101, jan./abr., 1998.



CATTANI, R. B; GIRARDON, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em 20 set. 2007.

CHIOCCA, V. L. I. **Quais os direitos assegurados aos maiores de 60**. 2004. Trabalho de Conclusão Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CLEMENTE-FILHO, A. S. C.; GORTH S. M. Envelhecimento e deficiência mental: uma emergência silenciosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, 2006.

COSTA, L.V.A. “Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental”. In: **Anais do I Seminário Internacional** – “Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século. Brasília: MPAS, SAS, 1996. p. 40 a 70

DIAS, E.L.R.; WANDERLEY, J.S.; MENDES, R.T (Org) **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas, SP: Editora da Unicamp. 2002.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J. **Atendimento domiciliário** – um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Lei nº 11.436 de 07 de junho de 2000, dispõe sobre a Política Estadual do Idoso. Disponível em <http://www.planodiretorfloripa.sc.gov.br>. Acesso em: ago. 2007

ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br> Acesso em: 07 set. 2007.

FERNANDES, M. G. M.; SANTOS, S. R. dos. **Políticas públicas e direitos do idoso: Desafios da agenda social do Brasil contemporâneo**. 2005. Disponível em <http://www.achegas.net>. Acesso em: 01 out. 2007.

FONSECA, M. M. da. **Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção**. Revista: Interação em Psicologia, v. 7, n. 2, p. 121-128, 2003. Disponível em <http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 25 ago. 2007.

GARRIDO, R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista em Saúde Pública**. Disponível em <http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 09 ago. 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002

GOÉS, A. R. M.; CARMO, L. H. **Cuidadora de portador de transtorno mental: um foco de análise**. 2004. Disponível em <http://www.ssrevista.uel.br>. Acesso em 20 set. 2007.

GONÇALVES, L. de O. **Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na clínica escola de fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí/UNIVALI**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, Â. M.; SANTOS, S. M. A.o dos. Os cuidadores leigos de Pessoas Idosas. IN: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J.D' E. **Atendimento domiciliar: um enfoque Gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**: parte I. Petrópolis: Vozes, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Dados demográficos. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: em 20 ago. 2007.

KARSCH, U. **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S.T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14 n.2 , p. 237-245, set./dez. 2005.

LIMA, E. **A Proteção social no âmbito da família**: um estudo sobre as famílias do bairro Monte Cristo em Florianópolis. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LIMA, M. A. A velhice como estado de espírito: reprivatização da velhice e a constituição de um campo de saber. **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 123-155, 2001.

LIMA, T. C. S.de. A intervenção profissional do Serviço Social: Propondo o debate sobre ações sócio-educativas. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 9, 2004. **Anais....** Porto Alegre: ABEPSS, 2004. p. 01-09.

MANTELLI, J.. **O papel do acompanhante na internação hospitalar**. Relatório final de atividades do projeto de pesquisa. 2002. Florianópolis: Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina

MARCELINO, S. R; ERDMANN, A. L. Cuidado domiciliar: escolha ou falta de opção?. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9 , n.3 , p. 9-20, ago/dez, 2000.

MAZO, G.Z.; BENEDETTI, T.B.; VASCONCELOS, E.M.R.; PORTELLA, M.; SILVA, T.M.S; GONÇALVES, L.H.T. O processo de viver envelhecendo no novo milênio. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 361-369, mai./ago, 2003.

MENEZES, A. K. Cuidados à Pessoa Idosa: Reflexões Teóricas Gerais. In: \_\_ **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2005

MIOTO, R. C. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v.2 , p. 20-26, 1998..

MIRANDA, T. **A Política de saúde mental e as repercussões do cuidado ao portador de transtorno mental infrator na vida da família e da mulher cuidadora**. 2007. Trabalho Conclusão Curso (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MOTA, L. B. da; AGUIAR, A. C. de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 363-372 abr., 2007.

NEGRI, B.; VIANA, A.L.A (Orgs) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002.

NERI, A. L.; PINTO, M. E. de B. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas, SP: Alínea, 2002.

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. **Avaliação Subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadores familiares de idosos de alta dependência. cuidar de idosos no contexto familiar: questões psicológicas e sociais**. Campinas, SP: Ed. Alínea, 2002.

NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

OLIVEIRA, H. M. J. de. **Assistência social: do discurso do estado à prática do serviço social**. Florianópolis: Editora UFSC; 1996

OSTEOMIELITE. Disponível em: <http://www.biobras.com.br>. Acesso em: 06 out. 2007.

PACHECO, V. **O assistente social como profissional de saúde**. Disponível em: <http://www.educacaofisica.org> . Acesso em: 06 set. 2007.

PASTORINI, A. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria concessão-conquista. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 18, n. 53, p. 80-101, mar. 1997

PAVARINI, S.C.I.; MENDIONDO. M.S.Z.; BARHAM, E.J.; VAROTO, V.A.G.; FILIZOLA, C.L.A. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14 , n.3 , p. 398-403, mai./ago., 2005..

PAVARINI, S.C.I; NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO,

M.J.D. (Orgs.). **Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 49- 69

PAZ, S. F. **Envelhecer com cidadania**: a quem sabe um dia? Espelho... espelho meu: imagens que provocam o imaginário social sobre a velhice e o idoso. Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000.

PELLIZZARO, I. Análise Crítica ao texto “ Políticas de Saúde do Projeto Formal à Prática Concreta”. **Revista Katálysis**, Florianópolis, n. 3, p. 63-71 , nov., 1998..

PEREIRA, P.A. P. Questão social, serviço social e direitos de cidadania. **Temporalis**, Brasília, v. 2, n. 3, 51 a 61, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Aspectos históricos e culturais de Florianópolis. Disponível em: [www.pmf.gov.br](http://www.pmf.gov.br). Acesso em: ago. 2007

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Comissão de técnico Plano municipal de Florianópolis, 2006-2009. Florianópolis: PMF, 2006a 330 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br>. acessado nos meses de agosto e setembro.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Programas e Projetos da Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social. Relatório de atividades 2006. Florianópolis: PMF, 2006, 473p

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Relatório de atividades 2006b. Disponível em: [www.pfm.gov.br/relatorio](http://www.pfm.gov.br/relatorio) de atividades 2006. Acesso em: ago 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria de Saúde. **Política Municipal do Idoso**. Lei Municipal nº 5.371 de 24 de setembro de 1998. Florianópolis: PMF/SMS: 1998.

RAICHELIS, R. Articulação entre os conselhos: uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 85, p. 109-116, 2006.

RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2006. Prefeitura Municipal de Florianópolis

RIOS, M. P. **O projeto de apoio à organização e dinamização de grupos de convivência da gerência de atenção ao idoso do município de Florianópolis**: mapeando o processo de avaliação. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ROCHA, E. G. Estatuto do idoso: um avanço legal. *Revista da UFG*, v. 5, n. 2, dez, 2003. Disponível em <http://www.proec.ufg.br>. Acesso em 18 ago. 2007.

SANTOS, L. **Saúde**: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. 2005. Disponível em <http://jus2.uol.com.br>. Acesso em: 01 out. 2007.

SANTOS, S. M. A.. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. São Paulo, Alínea, 2003.

SILVA, A. C.da S **Negligência junto ao Idoso no contexto familiar**: um estudo dos casos denunciados ao Projeto Disque Idoso de Florianópolis. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SILVA, R.F; ERDMANN, A.L. Ambiente do cuidado: dimensão ecológica. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11 , n.3 , p. 72-82, 2002.

SOUZA. K. D.de. **Um olhar sobre o Conselho Municipal do Idoso de Florianópolis como instrumento de representação e participação popular**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SPOSATI, A. O. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**. São Paulo: Cortez, 1985.

TEIXEIRA, E.C. **Conselhos de Políticas Públicas**. Efetivamente uma nova institucionalidade participativa? Conselhos de gestões de políticas publicas, São Paulo: Polis, 2000

VICENTE, V. A. **Política social, instrumento de dominação**. 1983. Dissertação (Mestrado em Administração) Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 1983. Disponível em <http://www.bu.ufsc.br>.

VIEIRA, A. T. S.; KAISER, D. M.; NUNES, R. C. **Projeto do Centro Dia para Idoso**. Florianópolis: PMF, 2007.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VILELA, A. B. A. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié- BA. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, 2006. Disponível em <http://www.unati.uerj.br>. Acesso em: outubro de 2007.

ZIMERMAN. G. T. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. São Paulo: Artes Médicas Sul, 2000. 229p

APÊNDICE A – Ficha elaborada para coleta de dados dos usuários do Programa Renda Extra que apresentarem grau de dependência e possuir cuidadores familiares

### IDOSOS ATENDIDOS NO PROGRAMA RENDA EXTRA

	NOME DO IDOSO(A)	DIAGNÓSTICO DO IDOSO	NOME DO CUIDADOR	ENDEREÇO	TELEFONE
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Observações:

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista



**ENTREVISTA PARA ANÁLISE DO IMPACTO NA VIDA DO CUIDADOR FAMILIAR DE  
IDOSO DEPENDENTE**

**Entrevistadora: Greice Keli da Silva**

**Local da entrevista:** ..... **Data:**.....

***A - IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR***

**1. Nome:** .....

**2. Idade:**.....

**3. Endereço:** .....

**4. Grau de parentesco com o idoso:** .....

**5. Grau de Escolaridade:**

analfabeto                       1º. grau completo

1º. grau incompleto     2º. grau completo     3º grau completo

2º. grau incompleto     3º grau incompleto

**6. Estado Civil :**

solteira(o)     casada(o)     separada(o)     divorciada(o)     Viúva(o)

**7. Quantas pessoas moram na casa?**

2             3                       4             5     mais de 06

**8. Renda Familiar**  1 sm.     2-3 sm     4-5 sm.     mais de 06 sm

**9. Profissão:** .....

**10. Trabalha atualmente:**

sim     não     às vezes

Por que? .....

***B -CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO DEPENDENTE***

**1. Idade do idoso:**.....

**2. Número de Filhos:** .....

**3. Profissão que exercia:** .....

**4. Qual o diagnóstico Clínico do idoso?** .....

**5. É aposentado?**  sim     não

**6. Recebe BPC?**  sim     não     está em andamento

**7. Recebe benefício do Renda Extra da PMF.?**  sim     não     aguarda ser incluído

***C -CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR***

**1. Desde quando cuida do idoso:** ..... **Por quê ?** .....

**2. Que tipo de apoio e/ou auxílio você recebe para cuidar?**

dinheiro - Valor : .....

serviços - De quem: .....

espécie – O que recebe:.....

não recebe

**3. De quem vem a ajuda que você recebe?**

- da família  
 outras pessoas .....  
 assistência social .....  
 serviços privados .....  
 serviços públicos .....  
Com que frequência ?.....

**4. Quais são as atividades que você realiza no atendimento domiciliar?**

- faz companhia  aplica injeção  afere pressão  faz curativos  outros .....  
 ajuda no banho  troca fraldas  manuseia oxigênio  passeios

**5. Recebeu orientação para realizar tais atividades?**

- sim  não - De quem?  leigos  profissionais

**6. Como aprendeu a cuidar?**

- orientação na alta hospitalar  cursos para cuidadores  orientação de profissionais  
 informação de leigos  sozinho  outros.....

**7. A casa onde o idoso reside, está adaptada para suas condições de vida?**

- sim  não Quais? .....

**8. Atividades básicas realizadas pelo idoso, pelos cuidadores e/ou com ajuda de terceiros:**

Atividades	Idoso realiza	Cuidador realiza sozinho	Cuidador realiza com outras pessoas	Não realiza
Banho				
Exercícios				
Passar da cama para cadeira				
Deitar e levantar da cama				
Mudança de posição				
Alimentação				
Vestimenta em geral				
Outros				

**8.1 Quais das atividades mencionadas acima você têm mais dificuldades para realizar?**

.....

9. Atividades domésticas realizadas pelo cuidador com ou sem ajuda de outras pessoas:

Cuidados Instrumentais	Cuidador realiza sozinho	Cuidador realiza com ajuda de outros	Cuidador não realiza
Transporte p/ locais fora do domicílio			
Cuidados com roupas			
Cuidados com a casa			
Preparo dos alimentos			
Cuidados vigilância diurna			
Cuidados vigilância noturna			
Serviços de banco, compras, etc			

**D - CARACTERIZAÇÃO DO IMPACTO EM CUIDAR**

1. O que a dependência ou doença do idoso ocasionou na sua situação: econômica, familiar e social?

2. O que a dependência do idoso ocasionou na sua saúde e corpo, após o início das atividades de cuidar?

2.1 Caso tenha dores no corpo, quais são os locais?

( ) coluna ( ) pernas ( ) braços ( ) outras partes

.....

3. O que você vem fazendo visando resolver estas situações de saúde?

( ) medicamentos ( ) tratamento fisioterapêuticos ( ) tratamento psicoterapêuticos

( ) outros.....

4. Como você vê a função do cuidar? (pode se referir a mais de uma resposta)

R: .....

( ) “está bom”

( ) está difícil

( ) é minha obrigação

( ) acha normal

( ) acha difícil mais gosta

( ) sente-se presa

( ) esta conformada com a situação

( ) precisaria de ajuda de outra pessoa (família/cuidadores/profissionais)

( ) agora já aprendeu a cuidar

( ) sente a cobrança da própria família

( ) precisaria de ajuda financeira

( ) poderia ser melhor se trabalhasse fora

( ) prefere fazer a ver alguém fazendo

( ) atrapalha nos relacionamentos com os filhos e com o marido

( ) adora cuidar

( ) outros

5. Na sua opinião, o que poderia ser feito para diminuir sua sobrecarga no cuidado?

Quanto ao Centro- Dia : .....

6. Participaria de um grupo de apoio a cuidadores de idosos?

( ) sim ( ) não

Com que frequência? .....

6.1. Por que? .....

6.2. O que acha que deveria ser realizado no grupo e para o grupo?.....

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



SECRETARIA  
DA CRIANÇA,  
ADOLESCENTE,  
IDOSO, FAMÍLIA E  
DESENVOLVIMENTO  
SOCIAL

ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS  
GERENCIA DE ATENÇÃO AO IDOSO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto:**

Análise do impacto na vida do cuidador familiar de idosos dependentes: Desafios para as políticas públicas.

Autora: Greice Keli da Silva

Orientadora: Profa. Rosana de C. M. Freitas

Termo de Consentimento:

Declaro que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes a realização da pesquisa que irá compor a monografia que será realizada, visando atender requisito parcial para a integralização do Curso de Serviço Social do DSS/UFSC. Fui informado(a) de que posso me retirar do estudo a qualquer momento e que todos os dados ao meu respeito serão sigilosos.

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

ANEXO A – Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994

# 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.*

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

## CAPÍTULO I

### Da Finalidade

Artigo 1º - A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Artigo 2º - Considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.

## CAPÍTULO II

### Dos Princípios e das Diretrizes

#### SEÇÃO I

##### Dos Princípios

Artigo 3º - A política nacional do idoso rege-se-á pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

#### SEÇÃO II

##### Das Diretrizes

Artigo 4º - Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

IV - descentralização político-administrativa;

V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;



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;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Parágrafo único - É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

## CAPÍTULO III

### Da Organização e Gestão

Artigo 5º - Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social a coordenação geral da política nacional do idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso.

Artigo 6º - Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área.

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.

Artigo 8º - À União, por intermédio do ministério responsável pela assistência e promoção social, compete:

- I - coordenar as ações relativas à política nacional do idoso;
- II - participar na formulação, acompanhamento e avaliação da política nacional do idoso;
- III - promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da política nacional do idoso;
- IV - vetado;
- V - elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso.

Parágrafo único. Os ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso.

Artigo 9º - Vetado.

Parágrafo único - Vetado.

## CAPÍTULO IV

### Das Ações Governamentais

Artigo 10 - Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

- I - na área de promoção e assistência social:
  - a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais.
  - b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência,

centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;

c) promover simpósios, seminários e encontros específicos;

d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;

e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso;

II - na área de saúde:

a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;

b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;

c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;

d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;

e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;

f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;

g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e

h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso;

III - na área de educação:

a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;

b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;

c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;

d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;

e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso;

f) apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber;

IV - na área de trabalho e previdência social:

a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;

b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários;

c) criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento;

V - na área de habitação e urbanismo:

a) destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-

lares;

b) incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência de locomoção;

c) elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular;

d) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas;

VI - na área de justiça:

a) promover e defender os direitos da pessoa idosa;

b) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos;

VII - na área de cultura, esporte e lazer:

a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;

c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;

d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cul-tural;

e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.

§ 1º - É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada.

§ 2º - Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-á nomeado Curador especial em juízo.

§ 3º - Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

## CAPÍTULO V

### Do Conselho Nacional

Artigo 11 - Vetado.

Artigo 12 - Vetado.

Artigo 13 - Vetado.

Artigo 14 - Vetado.

Artigo 15 - Vetado.

Artigo 16 - Vetado.

Artigo 17 - Vetado.

Artigo 18 - Vetado.

## CAPÍTULO VI

### Das Disposições Gerais

Artigo 19 - Os recursos financeiros necessários à implantação das ações afetas às áreas de competência dos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais serão consignados em seus respectivos orçamentos.

Artigo 20 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Artigo 21 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 22 - Revogam-se as disposições em contrário.

---

\* Ver regulamentação desta Lei no Decreto n. 1.948, de 3.7.1996.

ANEXO B - Política Estadual do Idoso – Lei Estadual nº 11.436/2000

# LEI Nº 11.436, DE 7 DE JUNHO DE 2000.

## *Dispõe sobre a Política Estadual do idoso e adota outras providências.*

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembléia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

### CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º A Política Estadual do Idoso, atendendo preceitos da lei federal nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, tem por objetivo assegurar a cidadania do idoso, criando condições para a garantia de seus direitos, de sua autonomia, integração e a participação efetiva na família e na sociedade.

Art. 2º Considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa com sessenta anos de idade ou mais.

### CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

#### SEÇÃO I DOS PRINCÍPIOS

Art. 3º A política estadual do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - o Estado, a sociedade e a família têm o dever de assegurar ao idoso o exercício pleno de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e articulando os setores públicos pela melhoria da qualidade de vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à pessoa e à sociedade em geral, devendo o idoso ser sujeito de interação nos vários âmbitos sociais;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por intermédio desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, culturais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano, deverão ser observadas pelos poderes políticos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

#### SEÇÃO II DAS DIRETRIZES

Art. 4º Constituem diretrizes da política estadual do idoso:

I - descentralização político-administrativa das instâncias deliberativas para os municípios com desenvolvimento de ações articuladas nas três esferas de governo;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições de garantir sua própria sobrevivência;

IV - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso que proporcionem sua integração à sociedade;

V- formação e desenvolvimento de recursos humanos em Gerontologia, nas áreas de Gerontologia Social e Geriatria, e na prestação de serviços;

VI - incentivo e apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao processo de envelhecimento;

VII- implantação de um sistema de informações contendo subsídios referentes aos idosos na esfera municipal e estadual, de forma a permitir a elaboração de indicativos para a Política do Idoso;

VIII- implementação de um sistema de divulgação de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento e de informações sobre programas desenvolvidos nas esferas estadual e municipal;

IX- priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, em especial quando desabrigados e sem família;

Art. 5º Competirá ao órgão estadual responsável pela Assistência Social a coordenação geral da Política Estadual do idoso, com a participação dos Conselhos Estadual e Municipais do idoso.

### **CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 6º Competirá ao Estado por intermédio do órgão responsável pela Assistência Social:

I.coordenar as ações relativas à Política Estadual do idoso;

II.participar na formulação, acompanhamento e avaliação da Política Estadual do Idoso;

III.promover a articulação com as Secretarias Estaduais e Órgãos Federais responsáveis pelas políticas de Saúde, Previdência Social, Assistência Social, Trabalho, Habitação, Justiça, Cultura, Educação, Esporte, Lazer, Urbanismo, Agricultura, Segurança Pública, Ciência e Tecnologia visando a implementação da Política Estadual do idoso;

IV.apoiar o Conselho Estadual do idoso na elaboração do diagnóstico da realidade do idoso no Estado, visando subsidiar a elaboração do plano de ação;

V.prestar assessoramento técnico às entidades, prefeituras municipais e organizações de atendimento ao idoso no Estado de acordo com as diretrizes definidas pelo Conselho Estadual do idoso;

VI.formular política para qualificação sistemática e continuada de recursos humanos na área do idoso;

VII.garantir o assessoramento técnico ao Conselho Estadual do Idoso bem como a órgãos estaduais e entidades não governamentais, no sentido de tornar efetivos os princípios, as diretrizes e os direitos estabelecidos na Lei Federal nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto Federal nº 1948, de 03 de julho de 1996, e nesta Lei Estadual;

VIII.prestar apoio técnico e financeiro às iniciativas comunitárias de estudo e pesquisa na área do idoso;

IX.coordenar e manter atualizado o sistema de cadastro de entidades e organizações de atendimento ao idoso no Estado.

### **SEÇÃO I DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS**

Art. 7º Na implementação da política estadual do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

I - na área de assistência social:

a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais;

b) estimular e incentivar a criação de alternativas de atendimento ao idoso, através de centros de convivência, centros-dia, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares, asilos, albergues, casas de passagem, casas de repouso, clínicas geriátricas, grupos de convivência e outros;

c) promover simpósios, seminários e encontros específicos com participação de idoso;

d) planejar, coordenar, supervisionar e divulgar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação

social do idoso.

e) promover a capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso;

f) apoiar tecnicamente instituições asilares que atendem idosos em situação de risco ou abandono e os municípios ou consórcios municipais que visem garantir a colocação de idosos em regime asilar;

II - na área de saúde:

a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;

b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas de atendimento e de orientação familiar e medidas profiláticas;

c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;

d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;

e) desenvolver formas de cooperação com as Secretarias de Saúde dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia Social para treinamento de equipes interprofissionais;

f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos estaduais e municipais;

g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação;

h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso;

i) apoiar e desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do idoso, com a finalidade de se conseguir o máximo de vida ativa na comunidade, junto às suas famílias, com maior grau de autonomia e independência funcional possível;

j) capacitar os agentes de saúde comunitários com conteúdo sobre envelhecimento;

l) estabelecer ação integrada com as organizações não governamentais para operacionalização da política estadual do idoso, visando o bem estar biopsíquicosocial dos idosos;

m) atender às indicações terapêuticas - medicamentos, órteses e próteses - e outras necessidades para tratamento de doenças crônico-degenerativas;

n) favorecer a criação de serviços de atendimento domiciliar ao idoso visando atendê-los em suas necessidades essenciais;

III - na área de educação:

a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso, bem como capacitar o corpo docente;

b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;

c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores afins;

d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento e direitos sociais;

e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso;

f) apoiar a abertura das universidades para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber.

g) estimular e oportunizar a participação de idosos nos núcleos de alfabetização de adultos;



h) proporcionar a abertura das escolas, em especial as técnicas, para atividades com o idoso, como meio de universalizar o acesso a diferentes formas de saber;

i) apoiar a criação de programas educacionais objetivando a prevenção de doenças e estimulando a autonomia física do idoso;

#### IV - na área de trabalho e previdência social:

a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;

b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários;

c) estimular a criação de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de três anos antes do afastamento.

d) criar mecanismos que favoreçam a geração de empregos e renda destinados à população idosa;

e) estimular a criação de alternativas de ocupação do idoso junto ao mercado de trabalho na área urbana e rural;

f) promover a divulgação da legislação previdenciária na área pública e privada;

g) apoiar oficinas abrigadas de trabalho destinadas ao desenvolvimento de atividades produtivas, laborativas e ocupacionais, dando preferência ao aproveitamento dos espaços públicos disponíveis na comunidade;

#### V - na área de habitação e urbanismo:

a) assegurar nos programas habitacionais, a implantação de centro de múltiplo uso, garantindo espaço para os idosos;

b) eliminar barreiras arquitetônicas e urbanísticas;

#### VI - na área de justiça:

a) promover e defender os direitos da pessoa idosa;

b) zelar pela aplicação das normas de proteção ao idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.

c) assegurar ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada;

d) nomear curador especial em juízo nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens,

e) acatar denúncia de qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso;

f) apoiar programas e projetos municipais que colaborem no favorecimento do exercício da cidadania;

g) divulgar programa na área da justiça e legislação concernente à pessoa idosa;

h) promover simpósios, seminários e encontros sobre direitos relativos ao exercício da cidadania;

i) criar um banco de dados contendo a legislação voltada ao idoso para subsidiar os municípios na defesa da cidadania da população idosa;

j) sensibilizar os órgãos de segurança pública sobre as particularidades de atendimento aos idosos;

#### VII - na área de cultura, esporte e lazer e turismo:

a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição de bens culturais, mantendo as tradições regionais;

- b) propiciar ao idoso acessibilidade aos locais de eventos culturais;
- c) estabelecer preços diferenciados para participação de idosos em eventos culturais;
- d) incentivar os movimentos de idosos e desenvolver atividades culturais;
- e) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;
- e) incentivar a criação de programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua autonomia física e sua participação na comunidade.
- g) incentivar o desenvolvimento de atividade ocupacionais como cursos, seminários, encontros, congressos, viagens, espetáculos e programações artístico-culturais e desportivas;

#### VIII- Na área da Segurança Pública:

- a) incluir nos currículos das academias de polícia civil e militar de conteúdos voltados aos direitos e necessidades do idoso;
- b) capacitar e orientar os agentes da secretaria de Estado responsável pela segurança pública para um atendimento adequado ao idoso;
- c) outras atividades que si fizerem necessárias na área;

#### IX- Na área da ciência e tecnologia:

- a) estimular e apoiar a realização de pesquisa e estudos na área do idoso;
- b) aproveitar conhecimentos e habilidades dos idosos tornando os agentes multiplicadores para gerar emprego e/ou aumento da renda familiar, como fator de produção;
- c) outras atividades que se fizerem necessárias na área;

#### X- Na área da agricultura:

- a) estimular iniciativas e projetos agropecuários, de artesanato e de indústria caseira para idosos da área agrícola;
- b) estimular a participação do idoso em cursos de reciclagem e capacitação para agricultores;
- c) .incentivar a criação de programas de integração familiar rural, valorizando o convívio harmônico de pais e filhos, integrando comunidade urbana e comunidade rural;
- d) apoiar programas educativos, esportivos, de lazer e turismo destinados a idosos, respeitando as tradições culturais da área rural.

§ 1º As competências estabelecidas nesta Lei para os diversos setores públicos responsáveis pelas políticas sociais básicas serão objeto de regulamentação e normatização.

§ 2º A política de recursos humanos das diversas Secretarias de Estado deve garantir orientação especializada para os agentes públicos que atuarem na recepção e encaminhamento da clientela idosa.

### CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 8º O Conselho Estadual do idoso, órgão de deliberação coletiva e permanente, de composição paritária, vinculado à Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social e da Família, tem sua competência fixada pela Lei 8.072, de 25 de setembro de 1990, com redação modificada pelas Leis nºs 8.320, de 05 de setembro de 1991 e 10.073, de 30 de janeiro de 1997.

Art. 9º Os Conselhos Municipais do idoso de que trata esta lei são órgãos paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades governamentais e de organizações representativas da sociedade civil ligadas ao idoso.

Art. 10. Compete aos Conselhos Municipais a formulação, fiscalização e avaliação das Políticas Municipais do idoso.

Art. 11. Os recursos financeiros necessários à implantação ou execução das ações afetas às áreas de Saúde, Assistência Social, Educação, Trabalho, Justiça, Habitação, Urbanismo e Cultura, Agricultura, Segurança Pública, Ciência e tecnologia, Esporte e Lazer e Previdência serão consignados em seus respectivos orçamentos.

Art. 12. Compete às entidades públicas estaduais, no prazo de cento e oitenta dias, a promoção do reordenamento de seus órgãos, com base nas diretrizes, princípios e ações estabelecidas nesta lei.

Art. 13. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de cento e vinte dias a contar da data de sua publicação.

Art. 14. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15. Revogam-se as disposições em contrário.

Florianópolis, 7 de junho de 2000.

**ESPIRIDIANO AMIN HELOU FILHO**  
Governador do Estado

ANEXO C – Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003

## ANEXO AO PARECER Nº 1.301, DE 2003.

Redação final do Projeto de Lei da Câmara nº 57, de 2003 (nº 3.561, de 1997, na Casa de origem).

*Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.*

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

### TÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

**Art. 1º** É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

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

**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.

*Parágrafo único.* A garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

**Art. 4º** Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

**Art. 5º** A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei.

**Art. 6º** Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

**Art. 7º** Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei.

## TÍTULO II DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

### CAPÍTULO I DO DIREITO À VIDA

**Art. 8º** O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

**Art. 9º** É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

## CAPÍTULO II

### DO DIREITO À LIBERDADE, AO RESPEITO E À DIGNIDADE

**Art. 10.** É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

§ 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos:

I – faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II – opinião e expressão;

III – crença e culto religioso;

IV – prática de esportes e de diversões;

V – participação na vida familiar e comunitária;

VI – participação na vida política, na forma da lei;

VII – faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação.

§ 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.

§ 3º É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

## CAPÍTULO III

### DOS ALIMENTOS

**Art. 11.** Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

**Art. 12.** A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores.

**Art. 13.** As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil.

**Art. 14.** 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.

## CAPÍTULO IV DO DIREITO À SAÚDE

**Art. 15.** É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

**Art. 16.** Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

*Parágrafo único.* Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

**Art. 17.** Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

*Parágrafo único.* Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;



II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

**Art. 18.** As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

**Art. 19.** Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:

I – autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal do Idoso;

IV – Conselho Estadual do Idoso;

V – Conselho Nacional do Idoso.

## CAPÍTULO V

### DA EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER

**Art. 20.** O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

**Art. 21.** O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

§ 1º Os cursos especiais para idosos incluirão conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos, para sua integração à vida moderna.

§ 2º Os idosos participarão das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade culturais.

**Art. 22.** Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.

**Art. 23.** A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais.

**Art. 24.** Os meios de comunicação manterão espaços ou horários especiais voltados aos idosos, com finalidade informativa, educativa, artística e cultural, e ao público sobre o processo de envelhecimento.

**Art. 25.** O Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual.

## CAPÍTULO VI

### DA PROFISSIONALIZAÇÃO E DO TRABALHO

**Art. 26.** O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

**Art. 27.** Na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir.

*Parágrafo único.* O primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao de idade mais elevada.

**Art. 28.** O Poder Público criará e estimulará programas de:

I – profissionalização especializada para os idosos, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas;

II – preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania;

III – estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho.

## CAPÍTULO VII

### DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

**Art. 29.** Os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, nos termos da legislação vigente.

*Parágrafo único.* Os valores dos benefícios em manutenção serão reajustados na mesma data de reajuste do salário-mínimo, *pro rata*, de acordo com suas respectivas datas de início ou do seu último reajustamento, com base em percentual definido em regulamento, observados os critérios estabelecidos pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

**Art. 30.** A perda da condição de segurado não será considerada para a concessão da aposentadoria por idade, desde que a pessoa conte com, no mínimo, o tempo de contribuição correspondente ao exigido para efeito de carência na data de requerimento do benefício.

*Parágrafo único.* O cálculo do valor do benefício previsto no *caput* observará o disposto no *caput* e § 2º do art. 3º da Lei nº 9.876, de 26 de novembro de 1999, ou, não havendo salários-de-contribuição recolhidos a partir da competência de julho de 1994, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.213, de 1991.

**Art. 31.** O pagamento de parcelas relativas a benefícios, efetuado com atraso por responsabilidade da Previdência Social, será atualizado pelo mesmo índice utilizado para os reajustamentos dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social, verificado no período compreendido entre o mês que deveria ter sido pago e o mês do efetivo pagamento.

**Art. 32.** O Dia Mundial do Trabalho, 1º de Maio, é a data-base dos aposentados e pensionistas.

## CAPÍTULO VIII DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

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

**Art. 34.** Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas.

*Parágrafo único.* O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do *caput* não será computado para os fins do cálculo da renda familiar *per capita* a que se refere a Loas.

**Art. 35.** Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada.

§ 1º No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade.

§ 2º O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal da Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

§ 3º Se a pessoa idosa for incapaz, caberá a seu representante legal firmar o contrato a que se refere o *caput* deste artigo.

**Art. 36.** O acolhimento de idosos em situação de risco social, por adulto ou núcleo familiar, caracteriza a dependência econômica, para os efeitos legais.

## CAPÍTULO IX DA HABITAÇÃO

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

§ 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

§ 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

**Art. 38.** Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:

I – reserva de 3% (três por cento) das unidades residenciais para atendimento aos idosos;

II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso;

III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso;

IV – critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão.

## CAPÍTULO X DO TRANSPORTE

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

§ 1º Para ter acesso à gratuidade, basta que o idoso apresente qualquer documento pessoal que faça prova de sua idade.

§ 2º Nos veículos de transporte coletivo de que trata este artigo, serão reservados 10% (dez por cento) dos assentos para os idosos, devidamente identificados com a placa de reservado preferencialmente para idosos.

§ 3º No caso das pessoas compreendidas na faixa etária entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos, ficará a critério da legislação local dispor sobre as condições para exercício da gratuidade nos meios de transporte previstos no *caput* deste artigo.

**Art. 40.** No sistema de transporte coletivo interestadual observar-se-á, nos termos da legislação específica:

I – a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos;

II – desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos.

*Parágrafo único.* Caberá aos órgãos competentes definir os mecanismos e os critérios para o exercício dos direitos previstos nos incisos I e II.

**Art. 41.** É assegurada a reserva, para os idosos, nos termos da lei local, de 5% (cinco por cento) das vagas nos estacionamentos públicos e privados, as quais deverão ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao idoso.

**Art. 42.** É assegurada a prioridade do idoso no embarque no sistema de transporte coletivo.

## TÍTULO III DAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO

### CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 43.** As medidas de proteção ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

- I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento;
- III – em razão de sua condição pessoal.

## CAPÍTULO II

### DAS MEDIDAS ESPECÍFICAS DE PROTEÇÃO

**Art. 44.** As medidas de proteção ao idoso previstas nesta Lei poderão ser aplicadas, isolada ou cumulativamente, e levarão em conta os fins sociais a que se destinam e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

**Art. 45.** Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 43, o Ministério Público ou o Poder Judiciário, a requerimento daquele, poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- I – encaminhamento à família ou curador, mediante termo de responsabilidade;
- II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III – requisição para tratamento de sua saúde, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar;
- IV – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, ao próprio idoso ou à pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação;
- V – abrigo em entidade;
- VI – abrigo temporário.

## TÍTULO IV

### DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO AO IDOSO

## CAPÍTULO I

### DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 46.** A política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

**Art. 47.** São linhas de ação da política de atendimento:

I – políticas sociais básicas, previstas na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem;

III – serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV – serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência;

V – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos dos idosos;

VI – mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade no atendimento do idoso.

## CAPÍTULO II

### DAS ENTIDADES DE ATENDIMENTO AO IDOSO

**Art. 48.** As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso, conforme a Lei nº 8.842, de 1994.

*Parágrafo único.* As entidades governamentais e não-governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos:

I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;

II – apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta Lei;

III – estar regularmente constituída;

IV – demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

**Art. 49.** As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:

I – preservação dos vínculos familiares;

II – atendimento personalizado e em pequenos grupos;

III – manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;

IV – participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;

V – observância dos direitos e garantias dos idosos;

VI – preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade.

*Parágrafo único.* O dirigente de instituição prestadora de atendimento ao idoso responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas.

**Art. 50.** Constituem obrigações das entidades de atendimento:

I – celebrar contrato escrito de prestação de serviço com o idoso, especificando o tipo de atendimento, as obrigações da entidade e prestações decorrentes do contrato, com os respectivos preços, se for o caso;

II – observar os direitos e as garantias de que são titulares os idosos;

III – fornecer vestuário adequado, se for pública, e alimentação suficiente;

IV – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade;

V – oferecer atendimento personalizado;

VI – diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares;

VII – oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas;

VIII – proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso;

IX – promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer;

X – propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;

XI – proceder a estudo social e pessoal de cada caso;

XII – comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças infecto-contagiosas;

XIII – providenciar ou solicitar que o Ministério Público requirite os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem, na forma da lei;

XIV – fornecer comprovante de depósito dos bens móveis que receberem dos idosos;

XV – manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços,



cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento;

XVI – comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares;

XVII – manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica.

**Art. 51.** As instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos prestadoras de serviço ao idoso terão direito à assistência judiciária gratuita.

### CAPÍTULO III

#### DA FISCALIZAÇÃO DAS ENTIDADES DE ATENDIMENTO

**Art. 52.** As entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei.

**Art. 53.** O art. 7º da Lei nº 8.842, de 1994, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.”(NR)

**Art. 54.** Será dada publicidade das prestações de contas dos recursos públicos e privados recebidos pelas entidades de atendimento.

**Art. 55.** As entidades de atendimento que descumprirem as determinações desta Lei ficarão sujeitas, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal de seus dirigentes ou prepostos, às seguintes penalidades, observado o devido processo legal:

I – as entidades governamentais:

- a) advertência;
- b) afastamento provisório de seus dirigentes;
- c) afastamento definitivo de seus dirigentes;
- d) fechamento de unidade ou interdição de programa;

II – as entidades não-governamentais:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas;

d) interdição de unidade ou suspensão de programa;

e) proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público.

§ 1º Havendo danos aos idosos abrigados ou qualquer tipo de fraude em relação ao programa, caberá o afastamento provisório dos dirigentes ou a interdição da unidade e a suspensão do programa.

§ 2º A suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas ocorrerá quando verificada a má aplicação ou desvio de finalidade dos recursos.

§ 3º Na ocorrência de infração por entidade de atendimento, que coloque em risco os direitos assegurados nesta Lei, será o fato comunicado ao Ministério Público, para as providências cabíveis, inclusive para promover a suspensão das atividades ou dissolução da entidade, com a proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público, sem prejuízo das providências a serem tomadas pela Vigilância Sanitária.

§ 4º Na aplicação das penalidades, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o idoso, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes da entidade.

#### CAPITULO IV

#### DAS INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS

**Art. 56.** Deixar a entidade de atendimento de cumprir as determinações do art. 50 desta Lei:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), se o fato não for caracterizado como crime, podendo haver a interdição do estabelecimento até que sejam cumpridas as exigências legais.

*Parágrafo único.* No caso de interdição do estabelecimento de longa permanência, os idosos abrigados serão transferidos para outra instituição, a expensas do estabelecimento interditado, enquanto durar a interdição.

**Art. 57.** Deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), aplicada em dobro no caso de reincidência.

**Art. 58.** Deixar de cumprir as determinações desta Lei sobre a prioridade no atendimento ao idoso:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 1.000,00 (um mil reais) e multa civil a ser estipulada pelo juiz, conforme o dano sofrido pelo idoso.

CAPÍTULO V  
DA APURAÇÃO ADMINISTRATIVA DE INFRAÇÃO ÀS  
NORMAS DE PROTEÇÃO AO IDOSO

**Art. 59.** Os valores monetários expressos no Capítulo IV serão atualizados anualmente, na forma da lei.

**Art. 60.** O procedimento para a imposição de penalidade administrativa por infração às normas de proteção ao idoso terá início com requisição do Ministério Público ou auto de infração elaborado por servidor efetivo e assinado, se possível, por duas testemunhas.

§ 1º No procedimento iniciado com o auto de infração poderão ser usadas fórmulas impressas, especificando-se a natureza e as circunstâncias da infração.

§ 2º Sempre que possível, à verificação da infração seguir-se-á a lavratura do auto, ou este será lavrado dentro de 24 (vinte e quatro) horas, por motivo justificado.

**Art. 61.** O autuado terá prazo de 10 (dez) dias para a apresentação da defesa, contado da data da intimação, que será feita:

I – pelo autuante, no instrumento de autuação, quando for lavrado na presença do infrator;

II – por via postal, com aviso de recebimento.

**Art. 62.** Havendo risco para a vida ou à saúde do idoso, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

**Art. 63.** Nos casos em que não houver risco para a vida ou a saúde da pessoa idosa abrigada, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

CAPÍTULO VI  
DA APURAÇÃO JUDICIAL DE IRREGULARIDADES EM ENTIDADE DE  
ATENDIMENTO

**Art. 64.** Aplicam-se, subsidiariamente, ao procedimento administrativo de que trata este Capítulo as disposições das Leis nºs 6.437, de 20 de agosto de 1977, e 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

**Art. 65.** O procedimento de apuração de irregularidade em entidade governamental e não-governamental de atendimento ao idoso terá início mediante petição fundamentada de pessoa interessada ou iniciativa do Ministério Público.

**Art. 66.** Havendo motivo grave, poderá a autoridade judiciária, ouvido o Ministério Público, decretar liminarmente o afastamento provisório do dirigente da entidade ou outras medidas que julgar adequadas, para evitar lesão aos direitos do idoso, mediante decisão fundamentada.

**Art. 67.** O dirigente da entidade será citado para, no prazo de 10 (dez) dias, oferecer resposta escrita, podendo juntar documentos e indicar as provas a produzir.

**Art. 68.** Apresentada a defesa, o juiz procederá na conformidade do art. 69 ou, se necessário, designará audiência de instrução e julgamento, deliberando sobre a necessidade de produção de outras provas.

§ 1º Salvo manifestação em audiência, as partes e o Ministério Público terão 5 (cinco) dias para oferecer alegações finais, decidindo a autoridade judiciária em igual prazo.

§ 2º Em se tratando de afastamento provisório ou definitivo de dirigente de entidade governamental, a autoridade judiciária oficiará a autoridade administrativa imediatamente superior ao afastado, fixando-lhe prazo de 24 (vinte e quatro) horas para proceder à substituição.

§ 3º Antes de aplicar qualquer das medidas, a autoridade judiciária poderá fixar prazo para a remoção das irregularidades verificadas. Satisfeitas as exigências, o processo será extinto, sem julgamento do mérito.

§ 4º A multa e a advertência serão impostas ao dirigente da entidade ou ao responsável pelo programa de atendimento.

## TÍTULO V DO ACESSO À JUSTIÇA

### CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 69.** Aplica-se, subsidiariamente, às disposições deste Capítulo, o procedimento sumário previsto no Código de Processo Civil, naquilo que não contrarie os prazos previstos nesta Lei.

**Art. 70.** O Poder Público poderá criar varas especializadas e exclusivas do idoso.

**Art. 71.** É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância.

§ 1º O interessado na obtenção da prioridade a que alude este artigo, fazendo prova de sua idade, requererá o benefício à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará as providências a serem cumpridas, anotando-se essa circunstância em local visível nos autos do processo.

§ 2º A prioridade não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 (sessenta) anos.

§ 3º A prioridade se estende aos processos e procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, ao atendimento preferencial junto à Defensoria Pública da União, dos Estados e do Distrito Federal em relação aos Serviços de Assistência Judiciária.

§ 4º Para o atendimento prioritário será garantido ao idoso o fácil acesso aos assentos e caixas, identificados com a destinação a idosos em local visível e caracteres legíveis.

## CAPÍTULO II DO MINISTÉRIO PÚBLICO

**Art. 72.** O inciso II do art. 275 da Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973, Código de Processo Civil, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea *h*:

“Art. 275. ....

.....

II – .....

.....

*h*) em que for parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

.....”(NR)

**Art. 73.** As funções do Ministério Público, previstas nesta Lei, serão exercidas nos termos da respectiva Lei Orgânica.

**Art. 74.** Compete ao Ministério Público:

I – instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso;

II – promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e officiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de idosos em condições de risco;

III – atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 desta Lei;

IV – promover a revogação de instrumento procuratório do idoso, nas hipóteses previstas no art. 43 desta Lei, quando necessário ou o interesse público justificar;

V – instaurar procedimento administrativo e, para instruí-lo:

a) expedir notificações, colher depoimentos ou esclarecimentos e, em caso de não comparecimento injustificado da pessoa notificada, requisitar condução coercitiva, inclusive pela Polícia Civil ou Militar;

b) requisitar informações, exames, perícias e documentos de autoridades municipais, estaduais e federais, da administração direta e indireta, bem como promover inspeções e diligências investigatórias;

c) requisitar informações e documentos particulares de instituições privadas;

VI – instaurar sindicâncias, requisitar diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial, para a apuração de ilícitos ou infrações às normas de proteção ao idoso;

VII – zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados ao idoso, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis;

VIII – inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata esta Lei, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas;

IX – requisitar força policial, bem como a colaboração dos serviços de saúde, educacionais e de assistência social, públicos, para o desempenho de suas atribuições;

X – referendar transações envolvendo interesses e direitos dos idosos previstos nesta Lei.

§ 1º A legitimação do Ministério Público para as ações cíveis previstas neste artigo não impede a de terceiros, nas mesmas hipóteses, segundo dispuser a lei.

§ 2º As atribuições constantes deste artigo não excluem outras, desde que compatíveis com a finalidade e atribuições do Ministério Público.

§ 3º O representante do Ministério Público, no exercício de suas funções, terá livre acesso a toda entidade de atendimento ao idoso.

**Art. 75.** Nos processos e procedimentos em que não for parte, atuará obrigatoriamente o Ministério Público na defesa dos direitos e interesses de que cuida esta Lei, hipóteses em que terá vista dos autos depois das partes, podendo juntar documentos, requerer diligências e produção de outras provas, usando os recursos cabíveis.

**Art. 76.** A intimação do Ministério Público, em qualquer caso, será feita pessoalmente.

**Art. 77.** A falta de intervenção do Ministério Público acarreta a nulidade do feito, que será declarada de ofício pelo juiz ou a requerimento de qualquer interessado.

### CAPÍTULO III

#### DA PROTEÇÃO JUDICIAL DOS INTERESSES DIFUSOS, COLETIVOS E INDIVIDUAIS INDISPONÍVEIS OU HOMOGÊNEOS

**Art. 78.** As manifestações processuais do representante do Ministério Público deverão ser fundamentadas.

**Art. 79.** Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de:

I – acesso às ações e serviços de saúde;

II – atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante;

III – atendimento especializado ao idoso portador de doença infecto-contagiosa;

IV – serviço de assistência social visando ao amparo do idoso.

*Parágrafo único.* As hipóteses previstas neste artigo não excluem da proteção judicial outros interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, próprios do idoso, protegidos em lei.

**Art. 80.** As ações previstas neste Capítulo serão propostas no foro do domicílio do idoso, cujo juízo terá competência absoluta para processar a causa, ressalvadas as competências da Justiça Federal e a competência originária dos Tribunais Superiores.

**Art. 81.** Para as ações cíveis fundadas em interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, consideram-se legitimados, concorrentemente:

I – o Ministério Público;

II – a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;

III – a Ordem dos Advogados do Brasil;

IV – as associações legalmente constituídas há pelo menos 1 (um) ano e que incluam entre os fins institucionais a defesa dos interesses e direitos da pessoa idosa, dispensada a autorização da assembleia, se houver prévia autorização estatutária.

§ 1º Admitir-se-á litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos da União e dos Estados na defesa dos interesses e direitos de que cuida esta Lei.

§ 2º Em caso de desistência ou abandono da ação por associação legitimada, o Ministério Público ou outro legitimado deverá assumir a titularidade ativa.

**Art. 82.** Para defesa dos interesses e direitos protegidos por esta Lei, são admissíveis todas as espécies de ação pertinentes.

*Parágrafo único.* Contra atos ilegais ou abusivos de autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições de Poder Público, que lesem direito líquido e certo previsto nesta Lei, caberá ação mandamental, que se regerá pelas normas da lei do mandado de segurança.

**Art. 83.** Na ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação de fazer ou não-fazer, o juiz concederá a tutela específica da obrigação ou determinará providências que assegurem o resultado prático equivalente ao adimplemento.

§ 1º Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou após justificação prévia, na forma do art. 273 do Código de Processo Civil.

§ 2º O juiz poderá, na hipótese do § 1º ou na sentença, impor multa diária ao réu, independentemente do pedido do autor, se for suficiente ou compatível com a obrigação, fixando prazo razoável para o cumprimento do preceito.

§ 3º A multa só será exigível do réu após o trânsito em julgado da sentença favorável ao autor, mas será devida desde o dia em que se houver configurado.

**Art. 84.** Os valores das multas previstas nesta Lei reverterão ao Fundo do Idoso, onde houver, ou na falta deste, ao Fundo Municipal de Assistência Social, ficando vinculados ao atendimento ao idoso.

*Parágrafo único.* As multas não recolhidas até 30 (trinta) dias após o trânsito em julgado da decisão serão exigidas por meio de execução promovida pelo Ministério Público, nos mesmos autos, facultada igual iniciativa aos demais legitimados em caso de inércia daquele.



**Art. 85.** O juiz poderá conferir efeito suspensivo aos recursos, para evitar dano irreparável à parte.

**Art. 86.** Transitada em julgado a sentença que impuser condenação ao Poder Público, o juiz determinará a remessa de peças à autoridade competente, para apuração da responsabilidade civil e administrativa do agente a que se atribua a ação ou omissão.

**Art. 87.** Decorridos 60 (sessenta) dias do trânsito em julgado da sentença condenatória favorável ao idoso sem que o autor lhe promova a execução, deverá fazê-lo o Ministério Público, facultada, igual iniciativa aos demais legitimados, como assistentes ou assumindo o pólo ativo, em caso de inércia desse órgão.

**Art. 88.** Nas ações de que trata este Capítulo, não haverá adiantamento de custas, emolumentos, honorários periciais e quaisquer outras despesas.

*Parágrafo único.* Não se imporá sucumbência ao Ministério Público.

**Art. 89.** Qualquer pessoa poderá, e o servidor deverá, provocar a iniciativa do Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os fatos que constituam objeto de ação civil e indicando-lhe os elementos de convicção.

**Art. 90.** Os agentes públicos em geral, os juízes e tribunais, no exercício de suas funções, quando tiverem conhecimento de fatos que possam configurar crime de ação pública contra idoso ou ensejar a propositura de ação para sua defesa, devem encaminhar as peças pertinentes ao Ministério Público, para as providências cabíveis.

**Art. 91.** Para instruir a petição inicial, o interessado poderá requerer às autoridades competentes as certidões e informações que julgar necessárias, que serão fornecidas no prazo de 10 (dez) dias.

**Art. 92.** O Ministério Público poderá instaurar sob sua presidência, inquérito civil, ou requisitar, de qualquer pessoa, organismo público ou particular, certidões, informações, exames ou perícias, no prazo que assinalar, o qual não poderá ser inferior a 10 (dez) dias.

§ 1º Se o órgão do Ministério Público, esgotadas todas as diligências, se convencer da inexistência de fundamento para a propositura da ação civil ou de peças informativas, determinará o seu arquivamento, fazendo-o fundamentadamente.

§ 2º Os autos do inquérito civil ou as peças de informação arquivados serão remetidos, sob pena de se incorrer em falta grave, no prazo de 3 (três) dias, ao Conselho Superior do Ministério Público ou à Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público.

§ 3º Até que seja homologado ou rejeitado o arquivamento, pelo Conselho Superior do Ministério Público ou por Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público, as associações legitimadas poderão apresentar razões escritas ou documentos, que serão juntados ou anexados às peças de informação.

§ 4º Deixando o Conselho Superior ou a Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público de homologar a promoção de arquivamento, será designado outro membro do Ministério Público para o ajuizamento da ação.

## TÍTULO VI DOS CRIMES

### CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 93.** Aplicam-se subsidiariamente, no que couber, as disposições da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985.

**Art. 94.** Aos crimes previstos nesta Lei, cuja pena máxima privativa de liberdade não ultrapasse 4 (quatro) anos, aplica-se o procedimento previsto na Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995, e, subsidiariamente, no que couber, as disposições do Código Penal e do Código de Processo Penal.

### CAPÍTULO II DOS CRIMES EM ESPÉCIE

**Art. 95.** Os crimes definidos nesta Lei são de ação penal pública incondicionada, não se lhes aplicando os arts. 181 e 182 do Código Penal.

**Art. 96.** Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade:

Pena – Reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Na mesma pena incorre quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar pessoa idosa, por qualquer motivo.

§ 2º A pena será aumentada de 1/3 (um terço) se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente.

**Art. 97.** Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou

dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

*Parágrafo único.* A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

**Art. 98.** Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa.

**Art. 99.** Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado:

Pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena – reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

**Art. 100.** Constitui crime punível com reclusão de (seis) meses a 1 (um) ano e multa:

I – obstar o acesso de alguém a qualquer cargo público por motivo de idade;

II – negar a alguém, por motivo de idade, emprego ou trabalho;

III – recusar, retardar ou dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, a pessoa idosa;

IV – deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida na ação civil a que alude esta Lei;

V – recusar, retardar ou omitir dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil objeto desta Lei, quando requisitados pelo Ministério Público.

**Art. 101.** Deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida nas ações em que for parte ou interveniente o idoso:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

**Art. 102.** Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa.

**Art. 103.** Negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

**Art. 104.** Reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa.

**Art. 105.** Exibir ou veicular, por qualquer meio de comunicação, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso:

Pena – detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa.

**Art. 106.** Induzir pessoa idosa sem discernimento de seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

**Art. 107.** Coagir, de qualquer modo, o idoso a doar, contratar, testar ou outorgar procuração:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

**Art. 108.** Lavrar ato notarial que envolva pessoa idosa sem discernimento de seus atos, sem a devida representação legal:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

## TÍTULO VII

### DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

**Art. 109.** Impedir ou embaraçar ato do representante do Ministério Público ou de qualquer outro agente fiscalizador:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

**Art. 110.** O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 61. ....

.....

II - .....

.....

h) contra criança, maior de 60 (sessenta) anos, enfermo ou mulher grávida;

.....” (NR)

“Art. 121. ....

.....

§ 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as conseqüências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. Sendo doloso o homicídio, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos.

.....” (NR)

“Art. 133. ....

.....

§ 3º .....

.....

III – se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos.”(NR)

“Art. 140. ....

.....

§ 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência:

.....” (NR)

“Art. 141. ....

.....

IV – contra pessoa maior de 60 (sessenta) anos ou portadora de deficiência, exceto no caso de injúria.

.....” (NR)

“Art. 148. ....

.....

§ 1º .....

I – se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge do agente ou maior de 60 (sessenta) anos.

.....” (NR)

“Art. 159. ....

.....

§ 1º Se o seqüestro dura mais de 24 (vinte e quatro) horas, se o seqüestrado é menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, ou se o crime é cometido por bando ou quadrilha.

.....” (NR)

“Art. 183. ....

.....

III – se o crime é praticado contra pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.”(NR)

“Art. 244. Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo:

.....” (NR)

**Art. 111.** O art. 21 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, Lei das Contravenções Penais, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 21. ....

.....

*Parágrafo único.* Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) até a metade se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos.”(NR)

**Art. 112.** O inciso II do § 4º do art. 1º da Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º .....  
.....

§ 4º .....  
.....

II – se o crime é cometido contra criança, gestante, portador de deficiência, adolescente ou maior de 60 (sessenta) anos;

.....” (NR)

**Art. 113.** O inciso III do art. 18 da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 18. ....

.....

III – se qualquer deles decorrer de associação ou visar a menores de 21 (vinte e um) anos ou a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou a quem tenha, por qualquer causa, diminuída ou suprimida a capacidade de discernimento ou de autodeterminação:

.....” (NR)

**Art. 114.** O art. 1º da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.”(NR)

**Art. 115.** O Orçamento da Seguridade Social destinará ao Fundo Nacional de Assistência Social, até que o Fundo Nacional do Idoso seja criado, os recursos necessários, em cada exercício financeiro, para aplicação em programas e ações relativos ao idoso.

**Art. 116.** Serão incluídos nos censos demográficos dados relativos à população idosa do País.

**Art. 117.** O Poder Executivo encaminhará ao Congresso Nacional projeto de lei revendo os critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, de forma a garantir que o acesso ao direito seja condizente com o estágio de desenvolvimento sócio-econômico alcançado pelo País.

**Art. 118.** Esta Lei entra em vigor decorridos 90 (noventa) dias da sua publicação, ressalvado o disposto no *caput* do art. 36, que vigorará a partir de 1º de janeiro de 2004.

ANEXO D- Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006



PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.

Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de que o setor saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso;

Considerando a conclusão do processo de revisão e atualização do constante da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999;

Considerando a publicação da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto; e

Considerando a pactuação da Política na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 5 de outubro de 2006 e a aprovação da proposta da Política, pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio do Memorando nº 500/SE/CNS/ 2006,

**R E S O L V E:**

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cujas disposições constam do Anexo a esta Portaria e dela são parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art.3º Fixar o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que o Ministério da Saúde adote as providências necessárias à revisão das Portarias nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, e nº 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002, que criam os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, compatibilizando-as com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada neste ato.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 237-E, de 13 de dezembro de 1999, página 20, seção 1.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO E – Estrutura técnica-organizacional da Assistência Social no Município de Florianópolis

Segundo o Plano Municipal de Florianópolis 2006 a 2009 a organização dos serviços de Assistência Social no município de Florianópolis vem sendo estruturada para a gestão plena, de acordo com as definições da NOB-SUAS, estando assim prevista a estrutura técnica-organizacional do Comando Único:

## **1) Gerência da Criança e do Adolescente**

### **Proteção Social Básica**

#### **a) Coordenação Geral de Atenção Sócio-Educativa para Crianças, Adolescentes e Jovens**

Coordenação dos Centros de Educação Complementar (CECs)

Coordenação do Projeto Criança Fazendo Arte

Coordenação do Projeto Brinquedoteca

Coordenação do Projeto Casa da Liberdade

Coordenação do Projeto Agente Jovem

Coordenação do Projeto Guias Mirins

Coordenação do Projeto Orquestra Sinfônica nas Comunidades

#### **b) Coordenação do Pró-Jovem – Programa Nacional de Inclusão de Jovens**

### **Proteção Social Especial (Média e Alta Complexidade)**

#### **a) Coordenação do Programa de Orientação e Apoio Sócio-Familiar - POASF**

#### **b) Coordenação do Centro de Referência Sentinela**

#### **c) Coordenação das Medidas Sócio-Educativas - Programas Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade**

#### **d) Coordenação do Programa de Erradicação do Trabalho Infante-Juvenil - PETI**

#### **e) Coordenação Geral de Abrigamento às Crianças e Adolescentes**

Coordenação do Programa Família Substituta

Coordenação do Abrigo para Meninos/Casa Lar

Coordenação da Casa de Passagem para Crianças e Adolescentes

## **2) Gerência da Família**

### **Proteção Social Básica**

#### **a) Coordenação Geral de Atenção Básica de Assistência Social**

Coordenação do Programa de Atenção à Família - PAIF/CRAS

Coordenação de Atenção Sócio-Assistencial (atual Projeto Sócio-Emergencial)

Coordenação do Programa Inclusão Social - Maciço do Morro da Cruz

Coordenação do Programa Inclusão Social - Chico Mendes

#### **b) Coordenação Geral de Benefícios**

Coordenação do Programa Bolsa Família

Coordenação do Programa de Benefícios: Benefício de Caráter Temporário ou Eventual – BCE/Benefício de Prestação Continuada - BPC

#### **c) Coordenação Geral de Inclusão Produtiva**

Coordenação do Projeto Arte e Vida: Grupo de Mulheres Artesãs

Coordenação do Projeto de Geração de Renda às famílias do PETI

Coordenação do Projeto Artesanato Açoriano

Coordenação do Projeto de Produção Artesanal de Bolacha

Coordenação do Projeto Trabalha Juventude

Coordenação do Projeto Reciclar - Retorno Pós Consumo de Embalagens

### **Proteção Social Especial (Média e Alta Complexidade)**

#### **a) Coordenação do Centro de Referência às Mulheres Vítimas de Violência/Casa de Apoio**

#### **b) Coordenação Geral de Atenção à População de Rua**

Coordenação do Projeto Abordagem de Rua

Coordenação do Núcleo de Atenção à Família – NAF Rodoviário

Coordenação da Casa de Apoio Social ao Morador de Rua

Coordenação do Projeto de Atendimento a Dependentes Químicos

### **3) Gerência do Idoso**

#### **Proteção Social Básica**

##### **a) Coordenação Geral de Atenção Sócio-Educativa para Idosos**

- Coordenação do Projeto de Apoio aos Grupos de Convivência
- Coordenação do Projeto de Organização e Apoio às Práticas Culturais Educativas, e de Lazer
- Coordenação do Projeto de Integração Social
- Coordenação do Projeto Mexa-se pela Saúde
- Coordenação do Projeto Idoso e Natureza - Centro de Atividades
- Coordenação Centros de Convivência
- Coordenação da Cidade do Idoso

##### **b) Coordenação do Programa Renda Extra para Idoso**

#### **Proteção Social Especial (Média e Alta Complexidade)**

##### **a) Coordenação Geral de Atenção Psicossocial ao Idoso**

- Coordenação do Programa Convivência em Harmonia - Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família/Disque Idoso
- Coordenação do Centro Dia para Idosos
- Coordenação do Programa de Apoio e Acompanhamento ao Idoso em Situação de Abrigamento

### **4) Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação**

##### **a) Coordenação Geral de Planejamento**

##### **b) Coordenação Geral do Sistema de Informações Sociais**

- Coordenação do Projeto Criança em Foco
- Coordenação do Projeto Rede Pró-Criança
- Coordenação do Sistema de Informação Municipal da Rede SUAS (SUAS/web; Info/SUAS; Cad/SUAS; Geo/SUAS; Sig/SUAS)

##### **c) Coordenação Geral de Acompanhamento e Assessoria à Rede Não-Governamental de Assistência Social**

- Coordenação do Programa de Mobilização Comunitária

- d) Coordenação Geral de Capacitação e Formação Continuada  
Programa de Capacitação Profissional

### **5) Gerência Administrativa**

- a) Coordenação do Departamento de Recursos Humanos

- b) Coordenação da Unidade de Apoio

- c) Coordenação do Almojarifado Central

### **6) Gerência Financeira**

- a) Coordenação do Departamento de Materiais e Serviços

- b) Coordenação do Departamento de Prestação de Contas e Convênios

- c) Coordenação do Departamento de Contabilidade

- d) Coordenação do Departamento Financeiro

### **3.5.1 Proteção Social Básica**

A Proteção Social Básica do município - envolvendo ações para prevenção de situações de risco para o desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários - abrange fundamentalmente ações de atenção básica às famílias, ações sócio-educativas para crianças e adolescentes, e para idosos, e ações de inserção produtiva, como seguem.

#### **3.5.1.1 Programas e Projetos**

- a) Programa de Atenção Sócio Educativa para Crianças Adolescentes e Jovens

- Centros de Educação Complementar – CECs

- Projeto Criança Fazendo Arte – “Cidade da Criança”

- Projeto Brinquedoteca – “Cidade da Criança”

- Projeto Casa da Liberdade

Projeto Agente Jovem  
Projeto Guias Mirins  
Projeto Orquestra Sinfônica nas Comunidades

b) Pró-Jovem – Programa Nacional de Inclusão de Jovens/Assistência Social

c) Programa de Atenção Sócio Educativa para Idosos

Projeto de Apoio à Organização e Dinamização aos Grupos de Convivência  
Projeto de Organização e Apoio às Práticas Culturais, Educativas e de Lazer  
Projeto de Integração Social do Idoso  
Projeto Mexa-se pela Saúde  
Projeto Idoso e Natureza - Centro de Atividades  
Cidade do Idoso  
Centros de Convivência do Idoso

d) Programa de Atenção Integral à Família – PAIF/CRAS

Projeto de Inserção dos Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC – em Ações Sociais

e) Programa de Atenção Sócio-Assistencial

f) Programa de Inclusão Social – Maciço do Morro da Cruz e Chico Mendes

g) Programa de Inclusão Produtiva

Projeto de Inclusão Produtiva Arte e Vida: Grupo de Mulheres Artesãs  
Projeto de Geração de Renda às Famílias do PETI  
Projeto de Inclusão Produtiva Artesanato Açoriano  
Projeto de Inclusão Produtiva Produção Artesanal de Bolacha  
Projeto Trabalha Juventude  
Projeto Reciclar - Retorno Pós Consumo de Embalagens

h) Programa de Mobilização Comunitária

ANEXO F – Ações realizadas, avaliação dos resultados alcançados, processo metodológico adotado e as propostas para o ano de 2007 de cada Programa e Projeto da PMF.



Ações realizadas, avaliação dos resultados alcançados, processo metodológico adotado e as propostas para o ano de 2007 de cada Programa e Projeto.

**Fonte:** Relatório de Atividades da PMF de 2006.

## PROGRAMA DE APOIO À ORGANIZAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

### Ações Realizadas

As ações realizadas através do Programa de Apoio à Organização e Dinamização de Grupos de Convivência previstas no Projeto técnico abordaram a atualização do cadastramento, o acompanhamento, o assessoramento e o repasse de benefícios aos Grupos.

Divulgação e mobilização dos Idosos participantes dos Grupos para os eventos da GAI, bem como de outras Instituições;

Contatos intersetoriais e com outros Órgãos e Instituições para assessoria aos Grupos; articulação com outros Municípios para intercâmbio;

Veiculação de informações pertinentes aos Grupos através de Boletim Informativo;

Atendimentos, visitas e encaminhamentos;

Instrumentalização dos coordenadores de Grupos, para o planejamento e avaliação das atividades;

Benefícios repassados aos Grupos de Convivência cadastrados, totalizando 833 (oitocentos e trinta e três) “Kit’s Lanche” entregues em 10 (dez) meses de atividades dos Grupos (março a dezembro), 51( cinquenta e um) “Kit’s Material” para confecção de trabalhos manuais, e 84 (oitenta e quatro) viagens / passeios subsidiados com recursos próprio da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Avaliação em relação a:

### Resultados Alcançados

O êxito no cadastramento dos Grupos na Gerência de Atenção ao Idoso.

A mobilização dos Grupos para a participação em atividades realizadas pela GAI ou outras Instituições, promovendo debates e palestras de temas de interesse dos Grupos, e encontros intergrupais.

O assessoramento e atuação da equipe técnica junto aos Grupos.

### Processo Metodológico

A operacionalização das ações previstas para a execução do Programa, dentro do planejamento da equipe técnica para o exercício de 2006, se deu inicialmente através do cadastramento e atualização dos dados dos Grupos de Convivência de Idosos na Gerência de Atenção ao Idoso.

O processo de (re)castramento dos Grupos exigiu a mobilização através da veiculação de material informativo e de reunião com os (as) coordenadores (as).

Os Grupos apresentaram a ficha cadastral e da diretoria, lista de integrantes, juntamente com o estatuto e CNPJ, próprio ou da Instituição a que estão vinculados, e posteriormente, foram encaminhados ao Conselho Municipal do Idoso para inscrição. Durante este processo, a equipe técnica responsável se colocou à disposição dos Grupos para assessoria e/ou encaminhamentos ao Cartório, OAB Cidadã e Receita Federal.

O resultado do cadastramento foi satisfatório, com os 86 (oitenta e cinco) Grupos, das 5 (cinco) regiões que abrangem o Município e recebem todos os benefícios do Programa, inscritos, restando somente algumas pendências na documentação.

Aos Grupos vinculados a instituições como SESC, FUSESC e APCELESC, que totalizam 19 Grupos de Convivência participantes dos eventos organizados pela GAI e do Centro de Atividades Alternativas do Idoso, foi solicitada somente listagens com nome e data de nascimento dos integrantes.

A distribuição de Kit's lanche, materiais para a confecção de trabalhos manuais e o repasse de viagens aos Grupos cadastrados, foi promovida pela equipe técnica e de apoio administrativo da GAI. O kit lanche foi repassado mensalmente. O Kit material e o subsídio financeiro para a realização de viagens/passeios no valor de R\$700,00 (setecentos reais)/Grupo, anualmente.

A veiculação de Boletins Informativos, transmitindo avisos e notícias do interesse dos Grupos de Convivência de Idosos, ocorreu inicialmente de forma bimestral, passando à trimestral no 2º semestre de 2006, totalizando aproximadamente 350 boletins distribuídos entre os Grupos.

O acompanhamento da equipe técnica aos Grupos cadastrados, através de atendimentos e/ou encaminhamentos, foram, em sua maioria, por solicitações de assessoria em questões de sede, eleições de diretoria e organização da documentação dos Grupos, além de atendimentos na Gerência e contatos telefônicos para outras informações ou esclarecimentos.

Realizada em parceria entre PMF e SESC, a Capacitação para coordenadores dos Grupos de Convivência de Idosos de Florianópolis abordou temas como aspectos psicológicos e sociais do envelhecimento, tipos de participantes dos Grupos, tipos de lideranças, orientações e dinâmicas de Grupo.

No intuito de avaliar as atividades realizadas com os Grupos de Idosos em 2006, foi realizada reunião de avaliação com os coordenadores de Grupos, no dia 12/12/06, com apresentação dos Programas e Projetos que estão com suas devidas avaliações e sugestões para o ano de 2007.

#### Propostas de Encaminhamentos para 2007

Para um atendimento e acompanhamento sistemático aos Grupos de Convivência cadastrados, se faz necessária a reestruturação das ações e do repasse dos benefícios;

Ampliação da equipe;

Disponibilidade de carro;

Cadastramento dos Idosos participantes de Grupos, através da aplicação de questionário socioeconômico;

Banco de dados informatizado dos Grupos e seus participantes, através de programa específico, permitindo à equipe o controle no repasse de benefícios, considerando o Idoso participante de mais de um Grupo somente uma vez (Grupo de origem);

Proposta de repasse de benefícios por número de participantes de cada Grupo (material para confecção de trabalhos manuais, Kit lanche, e subsídio para viagem per capita);  
Cadastramento e repasse de benefícios a novos Grupos.

Responsável Técnica: Mônica Moraes - Assistente Social - CRESS 3318 - 12ª Região/SC

## PROJETO IDOSO E NATUREZA

### Ações Realizadas

O Projeto Idoso e Natureza desenvolve atividades como palestras, dinâmicas de grupos, intercâmbio com outras Instituições, NETI (Núcleo de Estudos da Terceira Idade) UFSC, caminhadas no parque, atividades físicas (Projeto Mexa-se), voltadas à manutenção da saúde

Avaliação em relação a:

### Resultados Alcançados

Na re-estruturação do projeto, entendeu-se que existe a necessidade e possibilidade de ampliação, reforma e adaptação do espaço/instalações físicas e propostas de oficinas no Centro de Atividades Alternativas para o Idoso. Tendo em vista o projeto da Cidade do Idoso e dos Centros de Atividades Alternativas regionalizados não foi viabilizada a proposta de ampliação do espaço e a realização das oficinas contidas no projeto técnico.

Através deste projeto, com acompanhamento de profissionais, a equipe técnica levantou alguns dados importantes na avaliação do processo; segundo alguns idosos, a qualidade de vida melhorou, elevou-se a auto-estima, combateram o quadro depressivo, trabalho cardiorespiratório, melhoram a coordenação motora, devido às atividades que estimulam a convivência em grupo, propiciado pelo clima de integração e descontração dos grupos em relação às atividades proporcionadas.

Segundo depoimentos dos idosos, os grupos demonstraram-se satisfeitos e prazerosos com o passeio oferecido, assim como com a equipe técnica. Cabe ressaltar que nem todos os idosos convidados compareceram.

### Processo Metodológico

O Centro de Atividades Alternativas para o Idoso iniciou suas atividades em maio e encerrou em dezembro de 2006, funcionando de terça a sexta-feira para receber os grupos de idosos, recebendo, assim, 103 (cento e três) grupos de idosos, totalizando 2.892 (dois mil oitocentos e noventa e dois) idosos nos seis meses de atividades, tendo uma média de 70 idosos por tarde. Os idosos eram contemplados com ônibus e lanche. Nas segundas-feiras, a equipe técnica reunia-se para organização e planejamento do cronograma semanal e avaliação das atividades.

Cabe ressaltar que o espaço é cedido para um grupo de idosos da comunidade local que se encontra semanalmente, às quartas-feiras.

Os convites eram feitos aos (às) Coordenadores através de contato telefônico, agendando o dia para a visita, o número de idosos e o ônibus para transportá-los. Eram convidados de dois a três grupos por tarde, um de cada região, proporcionando, dessa forma, a integração social.

Os (as) coordenadores (as) dos grupos apresentaram um breve histórico, contando como e quando o grupo surgiu e os trabalhos que são desenvolvidos. Apresentavam também uma mensagem, poesia ou música, conforme sua cultura.

Em parceria com o NETI (Núcleo de Estudos da Terceira Idade) da UFSC, foram desenvolvidas atividades como palestras, dinâmicas de grupo e contadores de histórias.

Através do Projeto Mexa-se pela Saúde na Terceira Idade, os acadêmicos de Educação Física desenvolveram atividades físicas, recreativas e culturais com grupos de Idosos. Também foram realizadas caminhadas no parque e distribuição de mudas de plantas. Para todos os idosos eram servidos lanches.

Propostas de encaminhamento para 2007

Necessária a disponibilização de um técnico ou profissional da área de saúde para possíveis emergências no local.

Aulas de ginástica e/ou “taichichuan” no período matutino, otimizando o espaço neste período.

## PROJETO DE APOIO ÀS PRÁTICAS CULTURAIS, EDUCATIVAS E DE LAZER / INTEGRAÇÃO SOCIAL

Ações Realizadas:

Baile de Carnaval dos Idosos;  
Caminhada da Melhor Idade “Aniversário de Florianópolis”;  
Confraternização do Mês das Mães – Encontros Regionais;  
II Festival de Talentos da Terceira Idade (Musical); - Encontros Regionais.  
Abertura da Programação do Mês do Idoso – Culto Ecumênico;  
Confraternização de Fim de Ano.

Avaliação em relação a:

Resultados alcançados

Avaliamos cada ação realizada e concluímos que obtivemos ótimos resultados, devido à participação da maioria dos idosos cadastrados nos Grupos de Convivência e vários idosos do Município nos eventos organizados.

Segundo depoimento das Coordenadoras dos Grupos e alguns idosos, estes demonstram-se satisfeitos com os eventos e as atividades desenvolvidas por proporcionarem aos idosos momentos de alegria e convívio social..

Processo Metodológico

Para os eventos organizados pelo Projeto de Apoio às Práticas Culturais, Educativas e de Lazer, a mobilização dos participantes de Grupos de Convivência era realizada através de oficinas e, na maioria das vezes, reforçada através de contato telefônico.

Todos os eventos foram programados em tempo hábil para que fosse garantida a qualidade do mesmo e a mobilização feita com antecedência para que todos pudessem se organizar para participar. Os demais idosos são informados através das redes de TVs e Rádios.

A seguir, apresentamos os eventos realizados em 2006:

#### Baile de Carnaval dos Idosos

O Baile de Carnaval dos Idosos foi realizado no dia 27 de fevereiro, das 14:00 hs às 18:00 hs, no Clube 12 de Agosto, no Centro, com participação aproximadamente de 800 (oitocentos) idosos, com desfile de fantasias, distribuição de confete, serpentina, água e refrigerantes.

#### Caminhada da Melhor Idade pelo Aniversário de Florianópolis

Para comemorar o Aniversário do Município de Florianópolis, foi realizada a Caminhada da Melhor Idade, no dia 20 de março, na Beira Mar Norte, saída do Belvedere dos Militares até o Belvedere do Trapiche. Teve início às 09:00 horas com alongamento realizado pela equipe do Projeto Mexa-se.

Participaram do evento aproximadamente 200 (duzentos) idosos do Município que receberam camisetas, água e frutas. Foi fornecido transporte até o local do evento para os idosos que se inscreveram na Gerência de Atenção ao Idoso.

#### Confraternização do Mês das Mães

Estes encontros aconteceram nas cinco regiões do Município (Norte, Sul, Leste, Centro e Continente) para os grupos cadastrados na Gerência de Atenção ao Idoso.

Foram realizadas palestras sobre Sexualidade na Terceira Idade e Doenças Sexualmente Transmissíveis e atividades físicas e recreativas com a equipe de acadêmicos do Projeto Mexa-se pela Saúde na Terceira Idade. Foi oferecido café da tarde e, para maior confraternização, um baile para os idosos participantes.

Os Grupos receberam transporte até o local do evento e participaram aproximadamente 3.500 (três mil e quinhentos) idosos.

#### Abertura das programações do Mês do Idoso

A Abertura do Mês do Idoso foi realizada no Ginásio do SESC na Prainha, no dia 1º de setembro, em parceria com outras Instituições. Para a organização do mesmo, aconteceram várias reuniões com as Instituições envolvidas para definição de calendário das atividades do mês e organização deste evento. Na ocasião, foi realizada uma exposição com stand's das Instituições parceiras do evento e exposição de trabalhos manuais produzidos pelos idosos participantes dos Grupos de Convivência. Também foram realizadas apresentações de dança e música e o ponto culminante do evento foi o Culto Ecumênico. No final do evento, foi distribuído um kit lanche para os idosos participantes. Compareceram aproximadamente 1.700 (mil e setecentos) idosos.

#### II Festival de Talentos da Terceira Idade (Musical)

O II Festival de Talento da Terceira Idade foi realizado em cinco etapas classificatórias, uma em cada região (Norte, Sul, Leste, Centro e Continente) e uma etapa final que foi realizada no dia 27 de setembro em comemoração ao Dia Nacional do Idoso, no Ginásio do SESC, na Prainha, onde os participantes foram recepcionados com a Orquestra Sinfônica de Santa Catarina.

Para realização deste, foram mobilizados os idosos para participarem e se apresentarem. Foi organizado cronograma de ensaios e oferecido apoio técnico de profissionais qualificados da área da música para acompanhar e preparar os grupos para se apresentarem. Dos 104 (cento e quatro) grupos cadastrados na Gerência de Atenção ao Idoso, 36 (trinta e seis) participaram do Festival concorrendo com suas músicas. Aproximadamente 5.650 (cinco mil seiscentos e cinquenta) idosos participaram desta segunda edição do II Festival de Talentos, que foi um sucesso.

#### Confraternização de Fim de Ano dos Idosos

Para comemorar todas as atividades de 2006, foi promovido o evento de confraternização dos idosos no dia 06 de dezembro no Centro Sul. Os idosos foram recepcionados pela equipe da Gerência de Atenção ao Idoso onde receberam lembrancinha e as boas-vindas.

Os idosos assistiram a apresentação do harpista Omar Quiñonez, Banda de Papais Noéis. Logo após foram servidos os almoços para aproximadamente 2.600 (duas mil e seiscentas) pessoas, sendo que havia a confirmação de quase 3.850 (três mil oitocentos e cinquenta) pessoas, entre idosos e convidados do Município. Após o almoço, aconteceu um baile que foi animado pela Banda Aquarela.

#### Propostas de encaminhamento para 2007

A partir das dificuldades para organização dos eventos, sugerimos criação de equipe específica para o Projeto e informatização do atendimento.

Quanto às atividades realizadas, acreditamos ser necessário apresentar nova programação, com outros tipos de atividades, em especial o Festival Musical, pois constatou-se que o mesmo motiva a competição, e devido a esse sentimento muitos idosos desestimularam-se a participação, pois sentem-se inferiorizados. É necessário promover atividades que promovam a cooperação e possibilitem mostrar outros tipos de potenciais nos Idosos.

Responsável Técnica - Carolina Stuart - Turismóloga

#### PROJETO ATIVIDADES FÍSICAS E RECREATIVAS PARA IDOSOS DO MUNICÍPIO –

“Mexa-se pela Saúde na 3ª Idade”

Avaliação em relação a:

#### Resultados alcançados

No que se refere ao número de idosos atendidos/mês pelos estagiários, teve sua meta atingida nos meses em que houveram 15 (quinze) estagiários previstos atuando efetivamente nos

grupos (meses de maio, junho, julho, agosto, setembro). A média anual de atendimento geral (FIXO + VARIÁVEL) foi de 5.493 (cinco mil, quatrocentos e noventa e três) idosos por mês, sendo os de atendimento FIXO (Grupos de Convivência + Grupos de Ginástica + Grupos de Dança + Asilos) a média foi de 3.599 (três mil, quinhentos e noventa e nove) idosos por mês, e os de atendimento VARIÁVEL (Recreação nos projetos “Organização e Apoio às Práticas Culturais e de Lazer” e “Idoso Natureza”) a média foi de 2.313 (dois mil, trezentos e treze) idosos por mês. Porém, devido à grande rotatividade de estagiários, o atendimento contínuo foi prejudicado. Em avaliação visual e relatos informais, foi evidente a crescente adesão dos idosos às atividades físico-recreativas e o vínculo que criaram com os estagiários do projeto. Em avaliação descritiva pelos idosos, foi relatada a grande satisfação e solicitação para continuidade para os Grupos de Ginástica, Dança, Asilo e Grupos de Convivência. Nos atendimentos recreativos aos Grupos de Convivência, foi salientada a necessidade de manter o mesmo estagiário para dar continuidade aos trabalhos planejados; nos Grupos de Ginástica, foi solicitada a realização das atividades três vezes por semana.

Em avaliação dos testes e medidas aplicados nos Grupos de Ginástica e de Dança, observou-se melhora no desempenho dos sistemas cardio-respiratório, resistência muscular de membros inferiores e superiores, flexibilidade de tronco e de ombros, agilidade (equilíbrio dinâmico), coordenação motora, porém, a relação “cintura/quadril” continua evidenciando índice de grande risco para doenças cardiovasculares. Os grupos de dança fizeram diversas apresentações de quadrilhas nas festividades juninas em público nas comunidades e também em evento central, além da coreografia de uma Valsa apresentada nas etapas do “II Festival de Talentos para 3ª Idade”, evento desenvolvido pelo Projeto Organização e apoio às Práticas Culturais e de Lazer”.

Nos Asilos as atividades recreativas foram realizadas, apesar da grande rotatividade no atendimento atribuída à dificuldade dos estagiários em se ambientar com este público especial.

No Torneio de Voleibol Adaptado para Idosos que participam assiduamente dos Grupos de Ginástica ou de Dança, realizado em 1º de dezembro, inscreveram-se 13 (treze) equipes que disputaram com alegria e entusiasmo as partidas, e que receberam grande motivação da torcida presente, totalizando um público aproximado de 200 (duzentos) idosos. No geral, Grupos de Ginástica, de Dança, de Convivência e Asilos declararam melhora na qualidade de vida devido à aquisição de hábitos saudáveis, ampliação do número de amigos e socialização; diminuição das dores em geral; melhora da memória e maior controle da hipertensão arterial e diabetes; melhora da disposição em geral contribuindo para o combate a depressão. Muitos não se imaginam mais sem os benefícios dos grupos de atividades físicas.

### Processo metodológico

Todas as atividades desenvolvidas, sejam em Grupos de Convivência, Ginástica, Dança e Asilos, seguem as etapas de: aquecimento; parte principal; volta à calma, distribuídos em 60 minutos para atividades recreativas e de dança e 45 minutos para ginástica. As atividades são adaptadas para idosos. Nos grupos de Convivência são desenvolvidas atividades recreativas, nas próprias comunidades, durante a reunião de encontro do grupo, com frequência quinzenal ou mensalmente, conforme a solicitação do grupo, desde que não ultrapasse a 50% dos encontros deste grupo no mês. Nos grupos de ginástica, as aulas são realizadas nas comunidades, duas vezes por semana, com local, horário e dias fixos. É solicitado como exigência o atestado médico individual favorável às práticas de ginástica para idosos.

Os grupos de dança se reúnem também nas comunidades, em locais fixos, uma vez por semana, para aprendizado de danças de salão ou ensaio de coreografias, conforme o interesse do grupo. Nas Instituições de Longa Permanência (Asilos), são realizadas atividades planejadas com a equipe técnica do Asilo, podendo ser recreativas, massagem laboral e ginástica ativa e passiva, adaptados para idosos semi-dependentes, duas vezes na semana, no próprio asilo. Os estagiários também atuam com atividades recreativas, apoio na execução e mobilização dos idosos, etc, nas atividades culturais e de lazer organizadas pela Gerência de Atenção ao Idoso.

No final do ano, é realizado um Torneio de Voleibol Adaptado para Idosos que fazem parte do grupo de ginástica do projeto, no intuito de promover a integração. No início e no final do ano, são realizados testes e medidas de avaliação física nos idosos integrantes dos grupos de ginástica e de dança para avaliar o condicionamento físico atual, bem como a evolução das qualidades físicas, cujos dados servirão para planejamento do nível de intensidade das aulas. A partir de novembro/2006, graças à parceria com o Centro de Desportos da UFSC em compartilhar um software específico, os idosos que realizaram os testes e medidas receberão impresso o laudo individual referente seu desempenho.

#### Propostas de encaminhamento para 2007

Para que sejam alcançados os objetivos e atender a demanda, é imprescindível que sejam atendidas as seguintes necessidades:

Quatro profissionais de educação física formados (preferencialmente que já tenham experiência no projeto ou com atividades físicas para idosos), sendo, 3 (três) professores para supervisão direta aos estagiários e 1 (um) para coordenação geral do projeto;

Um computador com Internet, software específico e impressora para computação para relatórios diferenciados para entidade parceira, universidades, setor de prestação de contas, Gerência do Idoso, setor de planejamento, referente dados semanais/mensais/semestrais e anuais do desempenho dos estagiários – dos atendimentos realizados (quantitativamente e qualitativamente); cadastros dos grupos e dos idosos participantes; controle de frequência dos idosos; ajustes constantes no cronograma dos grupos atendidos e dos atendimentos feitos pelos estagiários; Ofícios afins e Comunicações Internas; Agrupamento e Avaliação dos resultados obtidos com base nas anamneses, testes e medidas de avaliação física realizados nos idosos; etc.

Ampliação do número de aulas da ginástica de 2 (dois) para 3 (três) dias/semana;

Contratação de 20 (vinte) estagiários de Educação Física;

Pagamento dos estagiários na data prevista;

Liberação de Vale Transporte em dia;

Agilização dos trâmites referentes à contratação dos estagiários, fazendo-a através da própria Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social onde é desenvolvido o projeto;

Compra do material de consumo no primeiro mês de funcionamento do projeto.

#### PROGRAMA DE APOIO PSICOSSOCIAL AO IDOSO E SUA FAMÍLIA

##### Ações Realizadas

Acolhimento e averiguação de situações demandadas à Gerência de Atenção ao Idoso espontaneamente ou através do serviço Disque Idoso;



Estudo psicossocial através da avaliação das situações acolhidas pela equipe profissional do Programa;

Visitas domiciliares para averiguação de denúncias e aprofundamento do estudo psicossocial, orientações ou encaminhamentos;

Reuniões familiares para mediar situações de conflito, esclarecer sobre direitos sociais e humanos, e orientação à assistência ao idoso;

Entrevistas com familiares e/ou outras pessoas envolvidas nas relações interpessoais e cuidados com o idoso para compreensão do histórico familiar e para orientação e/ou encaminhamentos sobre a questão do usuário atendido;

Orientação e encaminhamentos ao idoso e familiares em geral quanto ao processo de envelhecimento, aos direitos e rede de atendimento;

Articulação institucional para complementariedade do atendimento e/ou encaminhamentos diversos, tais como: Ministério Público, Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância Sanitária, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), dentre outros;

Criação de instrumentos para registro e coleta de dados dos usuários;

Levantamento estatístico mensal e anual referente aos atendimentos realizados;

Processo para abrigamento de idosos em situação de extrema vulnerabilidade e risco social em ILPIs (articulação com a Gerência e ILPIs, elaboração de relatórios e pareceres para internação);

Elaboração de relatórios e pareceres, composição de prontuários dos usuários atendidos;

Reuniões periódicas da equipe técnica do Programa para estudo das situações, encaminhamentos e/ou planejamento das ações.

Avaliação em Relação a:

Resultados Alcançados

Trata-se do único Programa nesta modalidade existente no Município que desenvolve o apoio psicossocial na via de proteção ao idoso e aborda a família no seu contexto.

No encaminhamento das denúncias, nos deparamos com uma rede sócio-assistencial e de saúde fragilizada e famílias em situações de vulnerabilidade.

O maior número de denúncias atendidas pelo Programa é de violência familiar.

Aumento da demanda de processos requisitados pelo Ministério Público para proceder estudo psicossocial dos casos de violação de direitos atendidos por este órgão.

Processo Metodológico

A criação e adaptação de novos instrumentos de registro e coleta de dados pela equipe profissional facilitou o fluxo do trabalho e a padronização dos procedimentos para atendimento ao usuário.

Propostas de encaminhamentos para 2007

Aquisição de mais e novos computadores;

Implantação de programa computadorizado específico;

Planejamento e implementação de ações relativas ao atendimento e orientação às famílias e cuidadores de idosos usuários do Programa;  
Capacitação sistemática da equipe técnica, principalmente com relação às questões familiares (mediação dos conflitos familiares);  
Disponibilização de assessoria jurídica.

## PROJETO/SERVIÇO: DISQUE IDOSO

### Ações Realizadas

As principais atividades deste serviço referem-se ao atendimento telefônico de acolhimento a denúncias de violência praticada contra idosos e solicitações de informações e orientações; registro desta demanda e encaminhamentos para programas e ou órgãos de atendimento, proteção e defesa dos direitos dos idosos.

As denúncias de violência são classificadas em três grupos: estrutural (geralmente refere-se à precariedade e inacessibilidade aos serviços públicos); institucional (maus tratos aos idosos, inadequação de serviços e equipamentos em relação a proposta e capacidade de atendimento) e familiar (todo e qualquer tipo de maus tratos praticados em domicílio ou resultante das relações interpessoais).

Dentre as denúncias, a maior demanda está relacionada à violência familiar, as quais são todas encaminhadas para o Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família.

No que se refere a orientações e informações, a maioria das solicitações é sobre acesso a benefícios e serviços de assistência social e de saúde.

Além destas ações que se referem a processo de atendimento ressalta-se, também, a elaboração de instrumentos para registro e coleta de dados, levantamento estatístico mensal e reuniões de orientação técnica.

Avaliação em relação a:

### Resultados Alcançados

Com base nos objetivos e ações do Projeto, apresenta-se a avaliação a seguir:

Implantado há mais de dois anos, o Disque Idoso vem se consolidando como serviço essencial à população que denuncia atos de violência e busca informações a respeito de direitos e a rede de atendimento à pessoa idosa;

Este serviço configura-se como canal de denúncias, intermediário entre a Delegacia de Polícia e órgãos jurídicos, uma vez que o denunciante fica menos exposto tornando-se, portanto, uma alternativa de maior agilidade e segurança;

Vem alcançando os objetivos propostos, com relativa efetividade, considerando-se que as solicitações e denúncias são devidamente acolhidas e encaminhadas aos órgãos e ou programas competentes;

Neste ano, diminuiu, substancialmente, a demanda de denúncias, mas, em contrapartida, aumentaram as solicitações de informações sobre a disponibilidade de benefícios, como cestas básicas e o Programa Renda Extra.

Avalia-se que este fato esteja ocorrendo em função da pouca divulgação do Disque Idoso e de seus objetivos, aliado a uma questão cultural da sociedade, que considera alguns atos de violência contra o idoso como “natural”.

## Processo Metodológico

Avaliando o processo metodológico aplicado ao Serviço Disque Idoso, destaca-se:

O Serviço Disque Idoso vem sendo realizado por dois estagiários de serviço social que são monitorados e orientados por uma Assistente Social;

A rotatividade de contrato dos estagiários dificulta a continuidade e qualificação do processo de capacitação para o atendimento e coleta de dados;

Apesar destas questões, esta organização operacional tem se apresentado adequada à demanda, uma vez que o serviço vem sendo avaliado, planejado e readequado, periodicamente, desde sua implantação;

O registro da demanda, coleta de dados e fluxo de atendimento estão montados e com formatação condizentes às necessidades do trabalho.

## Propostas de Encaminhamento para 2007

A partir das dificuldades apresentadas acima, propõe-se:

Aquisição de novo computador;

Criação de programa computadorizado para atender às demandas do usuário, do processo de execução do trabalho e da coleta sistemática de dados;

Maior divulgação do Serviço, de seus objetivos e das formas de acessá-lo.

## PROGRAMA RENDA EXTRA/IDOSOS – LEI MUNICIPAL 5330/98

### Ações realizadas

Acolhimento social de idosos e seus familiares como primeiro contato com estes para repasse de informações sobre os objetivos, critérios e procedimentos para inclusão e permanência no Programa;

Estudo Socioeconômico para inclusão no Programa, considerando os critérios estabelecidos pela Lei Municipal 5330/98 e o Projeto Técnico;

Visitas domiciliares para avaliação periódica e como meio para obtenção de subsídios referentes ao contexto sócio-familiar para inclusão no Programa;

Concessão de pecúnia mensal no valor de 1(um) salário mínimo para 95 (noventa e cinco) idosos/ mês;

Reunião familiar como instrumento que possibilite a resolutividade de situações conflituosas e/ou de fragilidade do grupo familiar;

Encaminhamentos e orientação referentes aos cuidados com a pessoa idosa;

Sistematização do número de idosos em demanda reprimida (lista de espera), referente ao período de 2002 a 2006;

Reformulação da Ficha de Cadastro de Inscrição no Programa;

Elaboração do “Termo de Compromisso e Responsabilidade” com intuito de potencializar o vínculo entre o Programa e o grupo familiar/ ou responsável pelo idoso;

Elaboração de instrumento de registro e coleta de dados;

Elaboração de relatórios e pareceres, composição de prontuários dos usuários atendidos;

Levantamento estatístico mensal referente aos atendimentos realizados;

Desenvolvimento de pesquisa para averiguar o impacto das ações deste Programa na melhora da qualidade de vida dos beneficiários.

Avaliação em Relação a:

### Resultados Alcançados

Concessão de pecúnia mensal no valor de um salário mínimo para 95 idosos/mês com doenças motivadoras de incapacidade física e mental;

Substituição por outro idoso a cada desligamento embasada em estudo socioeconômico e declaração médica sobre as condições de saúde do requerente;

Os primeiros dados coletados através da pesquisa sobre o impacto do Programa na melhora da qualidade na vida dos idosos/familiares atendidos apontam que o recurso é utilizado basicamente para a compra de medicamentos, produtos de higiene de saúde, pagamento de cuidador. Estes dados já nos permitem afirmar, mesmo sem o término da coleta de dados e a análise mais detalhada destes, que o Programa tem garantido aos idosos e sua família acesso a bens, produtos e serviços que têm viabilizado melhores condições de vida e a permanência dos idosos no contexto familiar.

### Processo Metodológico

Procedimentos padronizados e sistematizados que possibilitam verificar e analisar as situações apresentadas pelos beneficiários e/ ou responsáveis;

Intercâmbio dos profissionais do Programa com os Centros de Saúde;

Reuniões periódicas com a Equipe Técnica do Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família, acerca das situações/ dificuldades postas pelos idosos do Programa;

Elaboração de Pesquisa de avaliação do impacto das ações do Programa na busca de qualificá-lo como defesa e proteção aos direitos da população idosa;

Ações direcionadas para possibilitar o acesso dos beneficiários aos demais benefícios e serviços públicos.

### Propostas de encaminhamentos para 2007

Ampliação das metas para atendimento da demanda;

Ampliação da equipe técnica;

Conclusão e socialização dos resultados obtidos com a pesquisa sobre o impacto do Programa na melhora da qualidade de vida dos beneficiários;

Participação na elaboração e implementação de um Grupo de Apoio aos Cuidadores articulado com a equipe técnica do Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família desta Gerência;

Encaminhamento dos cuidadores/responsáveis pelos idosos para participarem do Grupo de Apoio, cursos de treinamento para cuidadores e outros serviços da rede de saúde e sócio-assistencial;

Fortalecimento dos vínculos com a Rede de Saúde;

Divulgação das ações deste Programa na comunidade através de meios de comunicação nos Centros de Saúde, hospitais, grupos de convivência.

### Cartão Passe Rápido do Idoso / Decreto nº 2679/04

Em relação à distribuição do Cartão Passe Rápido do Idoso, criado através do Decreto nº 2679/04 que permite o acesso aos idosos à parte de trás dos ônibus através da catraca, foram realizadas reuniões com o Núcleo de Transportes, Secretaria dos Transportes, empresa

fornecedora e esta Gerência, para resolução de alguns entraves que vinham ocorrendo, o que impedia o roteiro normal de confecção e distribuição do mesmo. Após estas reuniões e criação de protocolo para solicitação e entrega do mesmo, o problema foi solucionado.

Em 2006, foram entregues 3.652 (três mil seiscentos e cinquenta) cartões.

#### Atendimento Concessão de Benefícios

A partir do segundo semestre deste ano, foi disponibilizado à Gerência um profissional para o atendimento específico aos Idosos do Município em situação de vulnerabilidade econômica e social que necessitam de fraldas, cestas básicas, medicamentos, cadeiras de rodas, óculos, auxílio moradia, auxílio funeral e outros, onde, após avaliação, é feito o encaminhamento para o Setor Sócio-Assistencial para a concessão dos mesmos. Antes, o atendimento era realizado por profissionais de outros Programas/ Projetos ou encaminhado o idoso ao atendimento do setor Sócio-Assistencial.

#### Atendimento referente ao II semestre 2006

Cesta básica – 150

Fralda – 14

Óculos – 1

Medicamentos – 3

Cadeira de Rodas - 1

Vale Transporte (atendimento saúde) – 1

Alimentação especial - 5

Auxílio Moradia – 19

Outros (informações e orientações) – 86

Visitas domiciliares realizadas para avaliação da necessidade de concessão - 29

Estes dados referem-se ao atendimento da Gerência, porém um número bastante grande de idosos é atendido através dos Centros de Referência de Assistência Social – CRASS e pelo próprio Setor Sócio-Assistencial.

Neste ano, devido à maior divulgação do atendimento desenvolvido pela Gerência, aumentou a procura pelos benefícios. Constatamos que é significativa a procura pelo benefício de auxílio-moradia (construção ou reforma), 19 solicitações, gerando preocupação aos profissionais, pois no Município não existe Programa Habitacional específico para este atendimento.

Neste sentido, sugerimos a criação de Programa (Secretaria de Habitação e Saneamento Ambiental) específico para atendimento à esta demanda e viabilização de recursos para construção e/ou reforma.

Fonte: Relatório de Atividades da PMF 2006.

Segundo o Plano Municipal de Florianópolis 2006 a 2009 a organização dos serviços de Assistência Social no município de Florianópolis vem sendo estruturada para a gestão plena, de acordo com as definições da NOB-SUAS, estando assim prevista a estrutura técnica-organizacional do Comando Único:

## **1) Gerência da Criança e do Adolescente**

### **Proteção Social Básica**

#### a) Coordenação Geral de Atenção Sócio-Educativa para Crianças, Adolescentes e Jovens

Coordenação dos Centros de Educação Complementar (CECs)

Coordenação do Projeto Criança Fazendo Arte

Coordenação do Projeto Brinquedoteca

Coordenação do Projeto Casa da Liberdade

Coordenação do Projeto Agente Jovem

Coordenação do Projeto Guias Mirins

Coordenação do Projeto Orquestra Sinfônica nas Comunidades

#### b) Coordenação do Pró-Jovem – Programa Nacional de Inclusão de Jovens

### **Proteção Social Especial (Média e Alta Complexidade)**

#### a) Coordenação do Programa de Orientação e Apoio Sócio-Familiar - POASF

#### b) Coordenação do Centro de Referência Sentinela

#### c) Coordenação das Medidas Sócio-Educativas - Programas Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade

#### d) Coordenação do Programa de Erradicação do Trabalho Infante-Juvenil - PETI

#### e) Coordenação Geral de Abrigamento às Crianças e Adolescentes

Coordenação do Programa Família Substituta

Coordenação do Abrigo para Meninos/Casa Lar

Coordenação da Casa de Passagem para Crianças e Adolescentes

## **2) Gerência da Família**

### **Proteção Social Básica**

#### a) Coordenação Geral de Atenção Básica de Assistência Social

Coordenação do Programa de Atenção à Família - PAIF/CRAS

Coordenação de Atenção Sócio-Assistencial (atual Projeto Sócio-Emergencial)

Coordenação do Programa Inclusão Social - Maciço do Morro da Cruz

Coordenação do Programa Inclusão Social - Chico Mendes

#### b) Coordenação Geral de Benefícios

Coordenação do Programa Bolsa Família

Coordenação do Programa de Benefícios: Benefício de Caráter Temporário ou Eventual – BCE/Benefício de Prestação Continuada - BPC

#### c) Coordenação Geral de Inclusão Produtiva

Coordenação do Projeto Arte e Vida: Grupo de Mulheres Artesãs

Coordenação do Projeto de Geração de Renda às famílias do PETI

Coordenação do Projeto Artesanato Açoriano

Coordenação do Projeto de Produção Artesanal de Bolacha

Coordenação do Projeto Trabalha Juventude

Coordenação do Projeto Reciclar - Retorno Pós Consumo de Embalagens

### **Proteção Social Especial (Média e Alta Complexidade)**

#### a) Coordenação do Centro de Referência às Mulheres Vítimas de Violência/Casa de Apoio

#### b) Coordenação Geral de Atenção à População de Rua

Coordenação do Projeto Abordagem de Rua

Coordenação do Núcleo de Atenção à Família – NAF Rodoviário

Coordenação da Casa de Apoio Social ao Morador de Rua

Coordenação do Projeto de Atendimento a Dependentes Químicos

### **3) Gerência do Idoso**

#### **Proteção Social Básica**

##### a) Coordenação Geral de Atenção Sócio-Educativa para Idosos

- Coordenação do Projeto de Apoio aos Grupos de Convivência
- Coordenação do Projeto de Organização e Apoio às Práticas Culturais Educativas, e de Lazer
- Coordenação do Projeto de Integração Social
- Coordenação do Projeto Mexa-se pela Saúde
- Coordenação do Projeto Idoso e Natureza - Centro de Atividades
- Coordenação Centros de Convivência
- Coordenação da Cidade do Idoso

##### b) Coordenação do Programa Renda Extra para Idoso

#### **Proteção Social Especial (Média e Alta Complexidade)**

##### a) Coordenação Geral de Atenção Psicossocial ao Idoso

- Coordenação do Programa Convivência em Harmonia - Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família/Disque Idoso
- Coordenação do Centro Dia para Idosos
- Coordenação do Programa de Apoio e Acompanhamento ao Idoso em Situação de Abrigamento

### **4) Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação**

##### a) Coordenação Geral de Planejamento

##### b) Coordenação Geral do Sistema de Informações Sociais

- Coordenação do Projeto Criança em Foco
- Coordenação do Projeto Rede Pró-Criança
- Coordenação do Sistema de Informação Municipal da Rede SUAS (SUAS/web; Info/SUAS; Cad/SUAS; Geo/SUAS; Sig/SUAS)

##### c) Coordenação Geral de Acompanhamento e Assessoria à Rede Não-Governamental de Assistência Social

- Coordenação do Programa de Mobilização Comunitária



- d) Coordenação Geral de Capacitação e Formação Continuada  
Programa de Capacitação Profissional

### **5) Gerência Administrativa**

- a) Coordenação do Departamento de Recursos Humanos
  
- b) Coordenação da Unidade de Apoio
  
- c) Coordenação do Almoxarifado Central

### **6) Gerência Financeira**

- a) Coordenação do Departamento de Materiais e Serviços
  
- b) Coordenação do Departamento de Prestação de Contas e Convênios
  
- c) Coordenação do Departamento de Contabilidade
  
- d) Coordenação do Departamento Financeiro

## **3.5.1 Proteção Social Básica**

A Proteção Social Básica do município - envolvendo ações para prevenção de situações de risco para o desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários - abrange fundamentalmente ações de atenção básica às famílias, ações sócio-educativas para crianças e adolescentes, e para idosos, e ações de inserção produtiva, como seguem.

### **3.5.1.1 Programas e Projetos**

- a) Programa de Atenção Sócio Educativa para Crianças Adolescentes e Jovens
  - Centros de Educação Complementar – CECs
  - Projeto Criança Fazendo Arte – “Cidade da Criança”
  - Projeto Brinquedoteca – “Cidade da Criança”
  - Projeto Casa da Liberdade

Projeto Agente Jovem  
Projeto Guias Mirins  
Projeto Orquestra Sinfônica nas Comunidades

b) Pró-Jovem – Programa Nacional de Inclusão de Jovens/Assistência Social

c) Programa de Atenção Sócio Educativa para Idosos

Projeto de Apoio à Organização e Dinamização aos Grupos de Convivência  
Projeto de Organização e Apoio às Práticas Culturais, Educativas e de Lazer  
Projeto de Integração Social do Idoso  
Projeto Mexa-se pela Saúde  
Projeto Idoso e Natureza - Centro de Atividades  
Cidade do Idoso  
Centros de Convivência do Idoso

d) Programa de Atenção Integral à Família – PAIF/CRAS

Projeto de Inserção dos Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC – em Ações Sociais

e) Programa de Atenção Sócio-Assistencial

f) Programa de Inclusão Social – Maciço do Morro da Cruz e Chico Mendes

g) Programa de Inclusão Produtiva

Projeto de Inclusão Produtiva Arte e Vida: Grupo de Mulheres Artesãs  
Projeto de Geração de Renda às Famílias do PETI  
Projeto de Inclusão Produtiva Artesanato Açoriano  
Projeto de Inclusão Produtiva Produção Artesanal de Bolacha  
Projeto Trabalha Juventude  
Projeto Reciclar - Retorno Pós Consumo de Embalagens

h) Programa de Mobilização Comunitária

## **Portaria 1395/GM – POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO**

Portaria n.º 1.395/GM Em 10 de dezembro de 1999.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso; a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema; e a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO G – Portaria Interministerial nº 5.153, de abril de 1999, que institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos

**PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/MPAS Nº 5.153,  
de 7 de abril de 1999 - DOU DE 08/04/99**

O **MINISTRO DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL E DA SAÚDE**, no uso da atribuição que lhes confere o inciso II do parágrafo único do art. 87, da Constituição, e tendo em vista a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 e,

Considerando o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira;

Considerando a necessidade de criar alternativas que proporcionem aos idosos melhor qualidade de vida;

Considerando a diretriz de atender integralmente ao idoso e sua família;

Considerando o objetivo de reduzir o percentual de idosos institucionalizados;

Considerando a necessidade de habilitar recursos humanos para cuidar do idoso;

**RESOLVEM**

**Art. 1º** Instituir o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos a ser coordenado por Comissão Interministerial, constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

**Parágrafo único.** A referida Comissão, responsável pelo desenvolvimento do Programa, deverá apresentar os procedimentos de operacionalização no prazo de 60 dias, a contar da data da publicação desta Portaria Interministerial.

**Art. 2º** O Programa atuará de forma descentralizada, envolvendo os Secretários Estaduais, do Distrito Federal e Municipais das áreas correspondentes e respectivos conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

**Art. 3º** Serão estabelecidos protocolos específicos com as universidades e entidades não-governamentais; de notória competência, visando a capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores: domiciliar (familiar e não-familiar) e institucional.

**Art. 4º** Para a implantação e a implementação deste Programa, os Ministérios contarão com recursos aprovados em seus respectivos orçamentos.

**Art. 5º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO H – Atividades desenvolvidas pelos cuidadores formais, conforme Ministério do Trabalho e Emprego – Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)

**AS ATIVIDADES**

<b>PAR DA SOA</b>	Informar-se sobre CJAI	Cuidar da aparência e higiene pessoal	Observar os horários das atividades diárias de CJAI	Ajudar o CJAI no banho, alimentação no andar e nas necessidades fisiológicas	Estar atento às ações de CJAI	Verificar as informações dadas por CJAI
	1 BB, CI, MS		3 BB, CI, MS	4 BB, CI, MS	5 BB, CI, MS	6 BB, CI, MS
	Informar-se do dia-a-dia de CJAI no retorno de sua folga	Relatar o dia-a-dia da CJAI aos pais ou responsáveis	Educar a criança e o adolescente nos deveres da casa e comunitários	Manter o lazer e a recreação no dia-a-dia	Desestimular a agressividade de CJAI	
	7 BB, CI, MS	8 BB, CI, MS		10 BB, CI	11 BB, CI	

<b>MOVER O -ESTAR</b>	Ouvir CJAI respeitando sua necessidade individual de falar	Dar apoio psicológico e emocional	Ajudar a recuperação da auto-estima, dos valores e da afetividade	Promover momentos de afetividade	Estimular a independência	Orientar CJAI na sua necessidade espiritual e religiosa
	1 BB, CI, MS	2 BB, CI, MS	3 BB, CI, MS	4 BB, CI, MS	5 BB, CI, MS	
	Acompanhar o CJAI na sua necessidade espiritual e religiosa	Respeitar o idoso na sua necessidade espiritual e religiosa				
	7 BB, CI, MS	8 CI				

<b>PAR DA MENTAÇÃO CJAI</b>	Participar na elaboração do cardápio	Verificar a despensa	Observar a qualidade e a validade dos alimentos	Fazer as compras conforme lista e cardápio	Preparar a alimentação	Servir a refeição em ambientes e em porções adequadas
	1 BB, CI, MS		3 BB, CI, MS		5 BB, CI, MS	6 BB, CI, MS
	Estimular e controlar a ingestão de líquidos e de alimentos variados	Reeducar os hábitos alimentares da CJAI				
	7 BB, CI, MS	8 BB, CI, MS				

<b>PAR DA DE</b>	Observar temperatura, urina, fezes e vômitos	Controlar e observar a qualidade do sono	Ajudar nas terapias ocupacionais e físicas	Ter cuidados especiais com deficiências e dependências físicas de CJAI	Manusear adequadamente CJAI	Observar alterações físicas
		2 BB, CI, MS	3 BB, CI, MS	4 BB, CI, MS	5 BB, CI, MS	6 BB, CI, MS
	Observar as alterações de comportamento	Lidar com comportamentos compulsivos e evitar ferimentos	Controlar guarda, horário e ingestão de medicamentos, em domicílios	Acompanhar o CJAI em consultas e atendimentos médico-hospitalar	Relatar a orientação médica aos responsáveis	Seguir a orientação médica
			9 BB, CI, MS	10 BB, CI	11 BB, CI	12 BB, CI, MS

<b>PAR DO IENTE ICILIAR E ITUCIONAL</b>	Cuidar dos afazeres domésticos	Manter o ambiente organizado e limpo	Promover adequação ambiental	Prevenir acidentes	Administrar o dinheiro recebido (per-capita)	Fazer compras para casa e para CJAI
		2 BB, CI, MS	3 BB, CI, MS	4 BB, CI, MS		6 BB, CI, MS
	Cuidar da roupa e objetos pessoais da CJAI	Preparar o leito de acordo com as necessidade do CJAI				
	7 BB, CI, MS	8 BB, CI, MS				

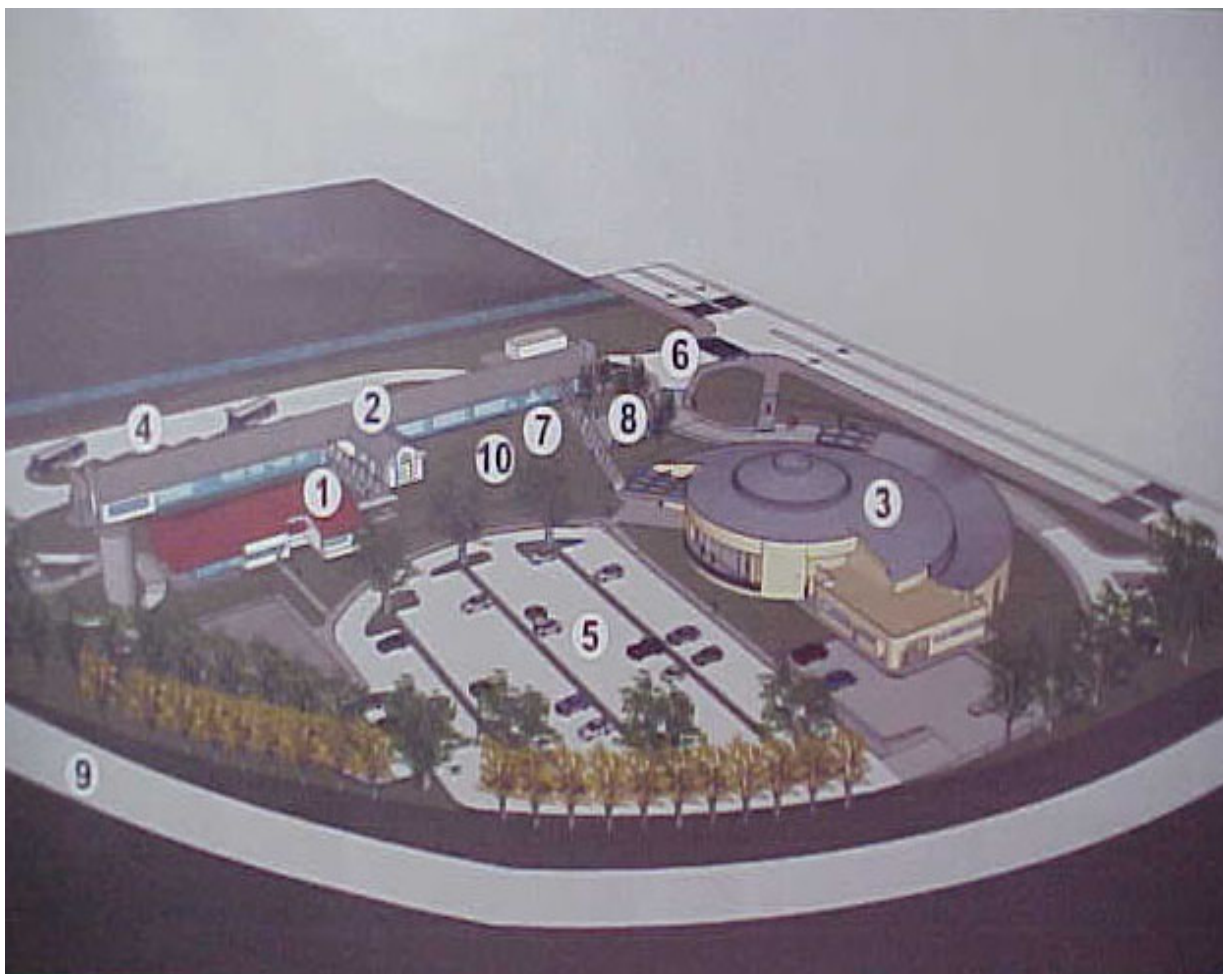
<b>NTIVAR A URA E</b>	Estimular o gosto	Selecionar jornais,	Ler	Organizar	Orientar a criança	Ajudar nas
---------------------------	-------------------	---------------------	-----	-----------	--------------------	------------

<b>CAÇÃO</b>	pela música, dança e esporte	livros e revistas de acordo com a idade	estórias e textos para CJAI	biblioteca doméstica	nos deveres educacionais, morais e cívicos	tarefas escolares e cívicos
		2 BB, CI, MS	3 BB, CI, MS			6 BB, CI, MS
	Participar da elaboração do projeto de vida da criança e do adolescente	Acompanhar e apoiar o projeto profissional do jovem				
<b>MPANHAR EM SEIOS, SENS E AS</b>	Planejar e fazer passeios	Listar objetos de viagem	Arrumar a bagagem	Preparar a mala de remédios	Preparar documentos e lista de telefones úteis	Preparar alimentação da viagem com antecedência
	1 BB, CI, MS	2 BB, CI, MS	3 BB, CI, MS	4 BB, CI, MS	5 BB, CI, MS	6 BB, CI, MS
	Acompanhar cjai em atividade sociais e culturais					
	7 BB, CI, MS					
<b>ONSTRAR PETÊNCIAS -OAS</b>	Manter capacidade e preparo físico, emocional e espiritual	Cuidar da sua aparência e higiene pessoal	Demonstrar educação e boas maneiras	Adaptar-se a diferentes estruturas e padrões familiares e comunitários	Respeitar a privacidade da CJAI	Demonstrar sensibilidade e paciência
	1 BB, CI, MS	2 BB, CI, MS	3 BB, CI, MS	4 BB, CI	5 BB, CI, MS	6 BB, CI, MS
	Saber ouvir	Perceber e suprir carências afetivas	Manter a calma em situações críticas	Demonstrar discrição	Observar e tomar resoluções	Em situações especiais, superar seus limites físicos e emocionais
	7 BB, CI, MS	8 BB, CI, MS	9 BB, CI, MS	10 BB, CI, MS		12 BB, CI, MS
	Manter otimismo em situações adversas	Reconhecer suas limitações e quando e onde procurar ajuda	Demonstrar criatividade	Lidar com a agressividade	Lidar com seus sentimentos negativos e frustrações	Lidar com perdas e mortes
	13 BB, CI, MS	14 BB, CI, MS	16 BB, CI, MS		17 BB, CI, MS	18 BB, CI, MS
	Buscar informações e orientações técnicas	Obedecer normas e estatutos	Reciclar-se e atualizar-se por meio de encontros, palestras, cursos e seminários	Respeitar a disposição dos objetos de CJAI	Dominar noções primárias de saúde	Dominar técnicas de movimentação de CJAI para não se machucar
	19 BB, CI, MS	20 BB, CI, MS	21 BB, CI, MS	22 BB, CI, MS	23 BB, CI, MS	
	Dominar noções de economia e atividade doméstica	Dominar noções de educação pedagógica	Educar crianças e jovens	Transmitir valores a partir do próprio exemplo e pela fala	Conciliar tempo de trabalho com tempo de folga	Doar-se
		26 BB, CI, MS	27 BB, CI, MS	28 BB, CI, MS	29 BB, CI, MS	30 BB, CI, MS
	Demonstrar honestidade	Conduta moral				
	31 BB, CI, MS	32 BB, CI, MS				



## ANEXO I – Projeto gráfico da construção da Cidade do Idoso

## Vista do Centro Multi-uso e Centro Dia



### Legenda:

- 01 – Centro Dia
- 02 – Centro Multiuso
- 03 – Centro de Convivência
- 04 – Estacionamento de ônibus
- 05 – Estacionamento / Eventos ao ar livre
- 06 – Acesso pela Av. Profº Waldemar Vieira
- 07 - Jardim
- 08 – Praça de Alimentação
- 09 – Acesso projetado para Via Expressa Sul
- 10 – Ampliação futura



Vista II do Centro Multi-uso e Centro Dia

ANEXO J – Propostas apresentadas no Seminário Nacional de Assistentes Sociais na  
Previdência Social Brasileira. Brasília, 2003

## **RESULTANTES DO SEMINÁRIO NACIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA**

As propostas do Seminário são:

Propor ao INSS a organização de um Fórum Nacional para discutir estratégias de intervenção profissional do Serviço Social na Previdência;

- Manter a negociação permanente junto ao INSS com vistas à garantia da pauta de reivindicações já encaminhadas ao Ministério da Previdência Social:

I - Revitalização do Serviço Social no INSS, nos termos das competências firmadas no art. 88 da Lei 8213 de 24/07/1991 e, do Projeto Profissional expresso na Matriz Teórico- Metodológica do Serviço Social, definidora das diretrizes, ações e instrumentos, que viabilizam o Serviço Social na Previdência Social:

1- Reestabelecimento do Parecer Social como Instrumento de acesso dos usuários aos benefícios previdenciários nas situações previstas na Ordem de Serviço DSS 509/95;

2 - Resgatar as dotações orçamentárias, relativas à concessão de recursos materiais, em conformidade com a respectiva ordem de serviço;

3 - Recomposição do Serviço Social na estrutura organizacional do INSS, em nível de direção geral e suas projeções estaduais (portaria 6247 de 28/12/1999).

II) - Abertura de concurso público para assistentes sociais considerando a drástica redução ocorrida nos últimos cinco anos. É importante ressaltar que essa redução foi superior a 50% do quadro existente.

III) - Sinalização para Superintendentes, Gerentes Executivos e Chefes de Agências, no sentido de garantir as condições materiais necessárias ao exercício do Serviço Social.

- Instituir uma referência do Serviço Social, nas superintendências e/ou gerências de cada Estado;

- Fortalecer as equipes estaduais incentivando a participação dos A.S. da previdência nas comissões de políticas e/ou seguridade social dos Cress;

- Que os Cress fortaleçam a articulação dos A.S. nos Estados com as entidades da categoria e os demais trabalhadores;

- Garantir a matriz teórico-metodológica do S.S. como referência da intervenção do S.S. na Previdência, incorporando as demandas do momento atual, assegurando amplo debate;

- Estimular o uso da *home page* da previdência para dinamizar a comunicação dos Assistentes Sociais da Previdência;

- Fortalecer o controle social preconizado pela CF de 1988, através dos Conselhos de Políticas e de Conferências em todos os níveis, reafirmando a Previdência como Política de Seguridade Social;
- Fazer gestões para garantir a inclusão da pauta do Serviço Social da Previdência em todas as esferas nas mesas de negociações, através do SINDISPREV;
- Garantir o apoio do Conjunto Cfess-Cress na mobilização dos A.S. e na divulgação e implementação dos resultados desse seminário;
- Que o Cfess solicite ao Ministério o número de assistentes sociais inscritos e selecionados no processo seletivo para gerentes executivos em todos os Estados, buscando garantir uma maior inserção dos A.S. nessa função.
- Ampliar a abertura de campos de estágio supervisionado de Serviço Social do INSS.

Brasília, 04 de julho de 2003.

“Trabalho, Direitos e Democracia – A gente faz um País”

CFESS – gestão 2002/2005

Fonte: <http://www.cress-mg.org.br>