



FACULDADE TECNOLÓGICA E FILOSÓFICA - RATIO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

VERA NÚBIA QUEIROZ LIMA

QUALIDADE DE VIDA PARA A PESSOA IDOSA: UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA

FORTALEZA
2017

VERA NÚBIA QUEIROZ LIMA

QUALIDADE DE VIDA PARA A PESSOA IDOSOSA: UMA ANÁLISE
BIBLIOGRÁFICA

Monografia submetida à aprovação do curso Serviço Social da Faculdade Tecnológica e Filosófica – Ratio como requisito parcial para obtenção do grau de graduação.

Orientadora: Profª. Ma. Luciana Gomes Marinho.

FORTALEZA
2017

VERA NÚBIA QUEIROZ LIMA

QUALIDADE DE VIDA PARA A PESSOA IDOSOSA: UMA ANÁLISE
BIBLIOGRÁFICA

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelas professoras abaixo.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Luciana Gomes Marinho
(orientadora)

Prof^ª. Esp. Francisca Emmanuella Saraiva Martins

Prof^ª. Ms. Maria do Socorro Lima Martins Matos

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Luíz Geraldo de Lima (*in memoriam*) e Maria de Queiroz Lima e aos meus amados filhos Nicodemos Queiroz de Sousa, Marcos Queiroz de Sousa, Débora Queiroz de Sousa, Damara Queiroz de Sousa e Moises Queiroz Sousa.

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo a Deus, o autor da vida que me proporcionou condições, físicas, emocionais e psicológicas para que eu chegasse até aqui, pois até aqui me ajudou o senhor, sempre me estendendo a sua mão nos momentos em que mais precisei e não me deixou desistir até chegar ao fim dessa jornada, que será apenas o começo de muitas outras que ainda virão. Agradeço imensamente ao senhor Jesus por essa nova conquista e por tudo que passou.

À minha querida mãe, Maria de Queiroz Lima, por ser minha ajudadora incondicional e admirável frágil e ao mesmo tempo tão forte. Obrigada por estar comigo em todos os momentos me dando força e me encorajando quando preciso. Agradeço-te por todo amor, pela vida e por toda ajuda que sempre me proporcionou, por ser esse exemplo de mulher virtuosa guerreira que para mim sempre foi e sempre será minha heroína; obrigada, mãe, por existir e pelo privilégio de ser sua filha. Aos meus queridos filhos que são a razão da minha existência, obrigada a todos pela compreensão, apoio carinho, dedicação e amor em todos os aspectos vocês foram as peças fundamentais em toda minha caminhada acadêmica, Nicodemos Queiroz de Sousa, Marcos César Queiroz de Sousa, Debora Queiroz de Sousa, Damara Queiroz de Sousa, e Moises Queiroz de Sousa. Vocês são minha fonte de inspiração, agradeço aos meus genros noras e netos. Aos meus familiares, a todos os meus irmãos, em especial ao meu querido irmão Isaias de Queiroz Lima pela força e incentivo que sempre me proporcionou, sempre acreditou que seria possível eu chegar até aqui. Quero agradecer a todas as minhas melhores amigas do curso em especial à Mágila cordeiro, Ana Paula Martins, por toda ajuda e por todas as caronas que nunca esquecerei jamais; à Luiza, Leagna, Wanessa, Waneska Fabiana, Neyve, obrigada pela meiguice e carinho; à Vivian e sua mãe, dona Josefa e seu padrasto, o senhor Luiz pela paciência de escutar todo barulho que fazíamos, obrigada por todo apoio e pelos grupos de estudo, que sempre fazíamos em seu apartamento; amigas lindas, obrigada por tudo, durante todo esse percurso acadêmico, pela força e apoio que me deram, vocês foram minha segunda família, espero que nossa amizade dure para sempre, amo vocês. Agradeço à minha amiga Verônica em particular, pelo primeiro incentivo a fazer o Curso de Serviço Social, e em me ajudar, no momento em que mais precisei ela foi meu porto seguro, obrigada, amiga, pela ajuda acadêmica que foi de fundamental importância. Agradeço a todos os professores do Curso de Serviço Social, pela paciência, dedicação e, pelos conhecimentos transmitidos, por ensinarem muito mais que simples teoria, por ensinar valores humanos para serem colocados em prática por toda a vida.

Meu muito obrigado por conseguirem despertar em mim a curiosidade e a vontade de aprender sempre, pois conhecimento nunca é de mais.

À minha orientadora Prof^a. Ma. Luciana Marinho, pela sabedoria em transmitir seu conhecimento e sua experiência durante esse processo, por me repreender no momento certo e por me incentivar a produzir conhecimento que levarei comigo por toda a vida.

A banca examinadora, composta por: Prof^a. Ma. Virzangêla Paula Sandy Mendes e a Prof^a. Ma. Francisca Emmanuella Saraiva Martins.

Os meus mais sinceros agradecimentos pela disponibilidade e dedicação em contribuírem para o processo de concretização de um sonho. E toda equipe que fazem o corpo docente da família Ratio. Muito obrigada.

Agradeço também a todos os profissionais da coordenação, secretaria, em especial à Natália e ao Claudiney por tanta gentileza com que sempre me atenderam quando precisei; ao pessoal da recepção de serviços gerais e aos seguranças que sempre cuidaram de nós, estudantes. Por fim agradeço a todos que de alguma forma direta ou indiretamente contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade, o meu muito obrigado.

“Na velhice ainda darão frutos; Serão viçosos e
florescentes.” (Salmos 92.14)

RESUMO

Esta pesquisa intitulada “Qualidade de vida para a pessoa idosa: uma análise bibliográfica” tem como objetivo geral compreender a concepção de qualidade de vida de pessoas na terceira idade a partir da aprovação do Estatuto do idoso. Já seus objetivos específicos são: avaliar as Políticas Públicas que possibilitam a qualidade de vida para pessoa idosa, além de avaliar quais são os reflexos que essas políticas de atendimento podem trazer em relação à: Saúde, Assistência Social e Cultura. Essa pesquisa teve abordagem qualitativa e a metodologia empregada incluiu: pesquisas bibliográficas, em sites, trabalhos monográficos, fontes relacionadas ao Ministério da Saúde, Estatuto do Idoso, Política Nacional do Idoso, entre outros. Partindo das pesquisas, foram feitas avaliações que perpassam as linhas deste trabalho, o qual está organizado em quatro capítulos: o primeiro aborda a relação entre os idosos e a sociedade contemporânea, bem como as fases do envelhecimento; o segundo capítulo aborda as diferentes fases da idade do idoso; o capítulo três aborda a Assistência Social para a pessoa idosa; o quarto capítulo aborda os resultados e discussões da pesquisa. Através da Análise dos conteúdos Bibliográficos, constatou-se que é possível, através de diversas Políticas, proporcionar uma melhor qualidade de vida para a pessoa idosa. Os dados obtidos nesta pesquisa visam à contribuição para uma melhor compreensão da problemática, considerando que as narrativas das pesquisas revelam seu cotidiano, e suas percepções sobre a questão.

Palavra- Chave: Idoso, Qualidade de Vida e Políticas Públicas.

ABSTRACT

This research entitled "Quality of life for an elderly person: a bibliographical analysis" as a general objective, a conception of quality of life of elderly people from the approval of the Statute of the elderly. Its specific objectives were: to evaluate as Public Policies that allow a quality of life for the elderly person, as well as to evaluate the reflexes that are policies of care, such as: Health, Social Assistance and Culture. This research had a qualitative approach and methodology included: bibliographical research, websites, monographic works, sources related to the Ministry of Health, Elderly Status, National Policy of the Elderly, among others. Starting from the researches, they were made in four chapters: the first approach a relationship between the elderly and a contemporary society, as well as phases of aging; The second chapter addresses how different stages of the elderly's age; Chapter three addresses Social Work for an Elderly; The fourth chapter deals with the results and discussions of the research. Through the Analysis of the Bibliographic contents, it was verified that it is possible, through several Policies, a better quality of life for an elderly person. The data obtained in the research are available for a better understanding of the problem, considering their research narratives reveal their daily life and their perceptions about a subject.

Keyword: Elderly, Quality of Life and Public Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CIB	Comissão Integral Bipartite
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNPq	Conselho Nacional Científico e Tecnológico
COSAP/AS	Coordenadoria de Saúde da Pessoa Idosa E Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DST	Doenças Sexualmente transmissíveis
EAD	Ensino à Distancia
EESF	Equipe de Estratégia `a Saúde da Família
ESF	Equipe Saúde da Família
H1N1	Hemaglutinina Neuraminidase
ILP	Instituição de Longa Permanência
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica de Assistência a Saúde
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde do idoso
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAFI	Proteção de Assistência Especializada à família e Indivíduo
PIB	Produto Interno Bruto
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSB	Programa de Assistência Social Básica
PSF	Programa Saúde da Familiar
PSE	Proteção Social Especial
QV	Qualidade de Vida
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

SUS

Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. O IDOSO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E AS FASES DO ENVELHECIMENTO	17
3. POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO PARA PESSOA IDOSA	27
3.1 Sobre as ILP's	32
3.2 Estatuto do Idoso e suas principais contribuições	35
3.3 Políticas de saúde para a pessoa idosa	38
3.4 Políticas de educação voltadas para o idoso	42
4. IDOSO E QUALIDADE DE VIDA	44
4.1 Qualidade de vida: em busca de um conceito	44
4.2 Qualidade de vida na velhice	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS.....	57
ANEXO – A (Diploma da revisora – anverso e verso)	62

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo monográfico intitulado “Qualidade de vida para a pessoa idosa: uma análise bibliográfica” tem intenção de explorar a concepção de qualidade de vida restrita a pessoas com sessenta anos ou mais, assim como elucidar que elementos são relevantes para a otimização do bem-estar na terceira idade. O estudo é feito partindo de análises bibliográficas.

A assistência à saúde do idoso tornou-se prioridade, tendo em vista o aumento progressivo da expectativa de vida. A população mundial com idade igual ou superior a 60 anos compreende cerca de 10% da população geral, com expectativa para o aumento nas próximas décadas.

A Política Nacional do Idoso no artigo 2º considera idosa a pessoa maior de sessenta anos de idade, entretanto as ações voltadas ao idoso, além do atendimento de suas doenças, visam ao desenvolvimento de ações preventivas e educativas buscando melhorar a qualidade de vida.

Neste contexto, a ação do estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das Políticas Públicas e, dentre as políticas voltadas para a proteção social, estão as de saúde. O Estado, como uma expressão maior de organização política de uma sociedade, estabelece relações entre os indivíduos desta. É importante considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas.

Em atenção às necessidades políticas implementou-se, no Brasil, a Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI) que tem por objetivo permitir um envelhecimento saudável, isto é, preservar a capacidade funcional e sua autonomia.

O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento da longevidade, é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhorias na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e, no bem-estar econômico. Mas a população em envelhecimento também apresenta desafios sociais, econômicos e culturais para indivíduos, famílias, sociedades e para a comunidade global... Pode e deve ser planejado transformar os desafios em oportunidade¹.

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa – COSAPI/DAET/SAS – é responsável pela “implementação” da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que tem como principais

¹ Resumo executivo publicado pelo Fundo de população das Nações Unidas-(UNFPA), Nova York e pela Helpag e International Londres, 2012.

diretrizes: envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações inter setoriais, além do fortalecimento do controle social, garantia de orçamento, incentivo a estudos e pesquisas dentre outras Promovidas dentro de uma análise bibliográfica. Contemplam-se ainda, os processos metodológicos que serão adotados para realização desta pesquisa.

Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado no ano de 2010, a expectativa de vida da população idosa vem aumentando cada dia mais, tornando-se um fenômeno mundial e que a tendência é de que esta população continue a crescer. Esse acontecimento vem sendo verificado de forma geral, e mais acentuadamente nos países em desenvolvimento, embora seus índices sejam inferiores aos dos países desenvolvidos.

Estima-se que, em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, e quase cinco décadas depois esse número aumentou para 579 milhões de pessoas, um acréscimo de quase oito milhões de pessoas por ano. Seguindo essa tendência e as projeções, estima-se que em 2050, a população de pessoas idosas será de 1.900 milhões de pessoas (MERCADANTE, 2013).

Diante dessa realidade no Brasil estão sendo implantadas políticas públicas para pessoa idosa (PNI). O estatuto do idoso foi a maior conquista que se consolidou, pois através dele, foi aprovada a lei do idoso, a Lei Nº 10741, de 2003, que visa à regulação dos direitos que são garantidos e assegurados a pessoas que possuem 60 anos ou mais de idade.

A Lei responsabiliza primeiramente, a família seguida pela obrigação do Estado e de toda a sociedade pela efetivação dos direitos dos idosos, sujeitando à punição, aqueles que infligirem ou se omitirem de suas responsabilidades para com a pessoa idosa. Mesmo a legislação brasileira estabelecendo que o cuidado com o idoso seja responsabilidade da família, esse fato tornou-se cada dia menos frequente por diversos fatores, como a diminuição da taxa de fecundidade, e a crescente participação da mulher no mercado de trabalho dentre outros motivos; devido a esses fatores, a responsabilidade tem sido repassada ao Estado, e também para a iniciativa privada. Frente a essa realidade, as instituições de Longa Permanência (ILPI's) passaram a ser uma alternativa de cuidados, não familiares, à população idosa (CAMARANO; KANSO, 2010).

Durante o processo de envelhecimento acontecem vários tipos de alterações que podem afetar, de forma direta a saúde dos idosos, levando-os ao comprometimento da capacidade física e mental de realizar suas atividades cotidianas, inclusive levando-os a deixarem de cuidar de si mesmos. Neri (1993) afirma que nessa fase da vida é possível haver uma boa qualidade de vida que a promoção da mesma é um empreendimento de caráter sociocultural, que ultrapassa os

limites da responsabilidade pessoal, dependendo não apenas do indivíduo, mas de sua interação com os outros e com a sociedade.

É obrigação da família, da sociedade da comunidade, e do poder público assegurar ao idoso com absoluta propriedade a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (Estatuto do Idoso, 2003, Artigo 3º).

É perceptível nos primeiros parágrafos desta pesquisa o interesse na busca para compreender o fenômeno do envelhecimento, juntamente com seus distintos aspectos, e como o fato de envelhecer acontece na sociedade contemporânea. Há um grande interesse pelo assunto, que mesmo com todas as conquistas e aparatos sociais que serão discutidos a seguir, a sociedade atual ainda se revela com atitudes excludentes para com a pessoa idosa. Estas formas de exclusão podem ocorrer de formas variadas que podem refletir positiva ou negativamente na vida do idoso conseqüentemente implicando sobre a qualidade de vida tornando-se o principal motivo para a pesquisa.

No exercício das minhas funções como agente comunitário de saúde (ACS), e da Estrangia à saúde da família (ESF), devo ter compromisso com todos que estejam envolvidos no programa Saúde da Família, sejam eles crianças, adultos, gestantes e, principalmente, os idosos, pois tenho que utilizar o referencial teórico da vigilância em saúde despertando uma preocupação significativa dos profissionais da equipe com os problemas de saúde coletiva. A profissão do ACS é amparada pela Lei Nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Segundo o Art. 3º, “cabe ao ACS exercer, sob supervisão, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações domiciliares, ou comunitárias, individuais ou coletivas desenvolvidas de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)”. (BRASIL, 2006).

Desta forma, faz-se necessário as visitas domiciliares frequentemente dos agentes comunitários de saúde na tentativa de identificar alguns fatores que possam influenciar na recuperação do indivíduo idoso que tenha algum problema de saúde. Contudo é imprescindível que esses projetos tenham um bom embasamento teórico que os auxiliem a tomarem decisões diante das famílias.

Segundo Pereira, as Políticas Públicas podem ser compreendidas como “Linhas de ações coletivas que concretizam direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos (ou redistribuídos) bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade” (PEREIRA,1996, p.140).

A pesquisa é de abordagem qualitativa visando compreender e interpretar a percepção dos idosos, podendo visualizar o modo como o trabalho foi realizado e que decisões e métodos foram necessários para o resultado final.

Richardson *et al.* (1990) define a pesquisa qualitativa como “a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais, lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos” (p. 90).

Foram realizadas pesquisas bibliográficas através de artigos monográficos, livros, artigos, sites de pesquisas, pelos quais foi possível ter profundo conhecimento sobre o tema abordado, que é a qualidade de vida da pessoa idosa.

Justifica-se a abordagem qualitativa face ao uso de dados com características não quantificáveis, como as pesquisas em livros por que as mesmas tem caráter exploratório, ou seja, ela estimula os envolvidos na pesquisa, no caso os idosos, a pensarem livremente mostrando assim aspectos subjetivos, pois segundo Minayo (1993), será através dessa pesquisa que será possível trabalhar com diversas formas de pensamento, com diferentes valores, com diversas crenças, possibilitando uma maior participação por parte dos idosos, para que a visão de qualidade de vida fique bem clara e ampla, enriquecendo, com isso o trabalho. Ainda falando da pesquisa de caráter qualitativo, para Richardson (1999), esta representa “a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise, e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às interferências e frequentemente aplicada aos estudos descritivos” (RICHARDSON, 1999, p. 70).

A abordagem de caráter qualitativo surgiu pelo fato de facilitar a compreensão do processo pelo qual as pessoas constroem e descrevem significados para suas vidas, pois segundo os pensamentos de Minayo (2010), essa abordagem se aprofunda no mundo dos significados. Sendo que esse nível de realidade não é visível precisando ser exposta e interpretada em primeira instância, e essa interpretação se dá pelos próprios pesquisados. Martinelli (1999) acrescenta que a pesquisa qualitativa objetiva

[...] trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado. Não é só a minha visão de pesquisador em relação ao problema, mas também o que o sujeito tem a me dizer a respeito. Parte-se de uma perspectiva muito valiosa, porque à medida que se quer localizar a percepção dos sujeitos, torna-se indispensável – e este é um outro elemento muito importante – o contato direto com o sujeito da pesquisa [...] (pp. 21-22).

Seguindo a abordagem qualitativa, a pesquisa bibliográfica também foi utilizada, pois segundo Minayo (2010), para dar início a uma pesquisa deve-se primeiramente fazer uma busca

bibliográfica obre o assunto. Para serem observadas as divergências e convergências teóricas, com a finalidade de possibilitar aos pesquisadores colocarem suas hipóteses.

Para Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, principalmente de livros e artigos científicos, podendo boa parte dos estudos exploratórios ser definida como pesquisas bibliográficas. Desse modo, para o autor, “a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que poderia pesquisar diretamente” [...] (p.45).

Fonseca (2002) acrescenta que:

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas, já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros artigos científicos e páginas de web, sites, sobre o tema a estudar. Quaisquer trabalhos científicos inicia-se com uma pesquisa bibliográfica que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. (FONSECA, 2002, p. 31).

A qualidade de vida deve ser entendida dentro da realidade em que o sujeito se encontra e esteja inserido, o que implica considerar o contexto histórico, faixa etária, além de características e/ou problemas particulares, pois todo indivíduo é único e os fatores diferem de acordo a situação de saúde em que cada um se encontra (PASCHOAL, 2002).

Normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes... Há assim necessidade de instrumentos multidimensionais sensíveis à grande variabilidade dessa população. Esses instrumentos devem considerar as especificidades dessa faixa etária, pois que em virtude de seus valores e experiência de vida, os idosos diferem dos mais jovens, além disso, fatores relacionados à idade afetam a saúde dimensão, importantíssima para a qualidade de vida na velhice. E também nessa fase da vida é que ocorrem diversas situações sociais, (viuvez, dependência/perda da autonomia e de papéis sociais, diminuição da rede social de apoio, dentre outras mais), colocando obstáculos de uma vida de melhor qualidade. Todos são fatores que aumentam a complexidade de mensuração da qualidade de vida das pessoas idosas (PASCHOAL, 2002).

Mas com a longevidade advindo do desenvolvimento socioeconômico e cultural e da evolução das ciências de saúde e sociais, retardar a morte já não é uma razão suficiente para um tratamento, há hoje em dia exceções a essa regra, pois muitos tratamentos podem piorar a qualidade de vida (TAMBORINE, 1998).

O presente trabalho constitui-se, além dessa introdução, que teve embasamento teórico em autores como: Costa Mercadante, Camarano e Kanso, Gil, Minayo, Martinelli (1999),

constitui-se de quatro capítulos que também abordam as principais categorias deste estudo, antes elencadas no decorrer da introdução; além das considerações finais.

Dessa forma esta produção acadêmica está estruturada em quatro capítulos sendo o próximo reservado a uma discussão na qual é tratada a relação entre os idosos e a sociedade contemporânea abordando as diversas etapas do envelhecimento, através do resgate demográfico do envelhecimento no Brasil.

2. O IDOSO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E AS FASES DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento está dividido em três aspectos: cronológico, biológico e psicológico. O cronológico é a idade correspondente ao número de anos vividos por uma pessoa; o segundo refere-se à idade que ela aparenta ter, que pode não coincidir com a idade cronológica, ou seja, a pessoa pode parecer bem mais jovem do que realmente seja (ou o contrário). Existem relações entre os dois aspectos citados e também entre aspectos psicológicos e culturais, que são fundamentais na categorização do indivíduo (DEECKEM, 1996).

Enquanto que a idade biológica, e caracterizada pelas condições físicas mentais e psicológicas que determinada pelas ações e atitudes que a pessoa sente tem. E pôr fim a psicológica que e aquela que a pessoa representa através do seu modo de agir (DEECKEM,1996).

Para que uma pessoa seja caracterizada como uma pessoa velha é preciso estabelecer alguns critérios entre os aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e culturais do indivíduo. O Brasil em 2025 será o sexto país em número de idosos. Por isso a importância de boas práticas e incentivo a uma alimentação saudável, com práticas regulares de exercidos físicos, para que essa população idosa não seja doente e totalmente dependente de outrem para sobreviver, tendo em vista que pode estar exposta à diminuição gradual do sistema imunológico do corpo dos órgãos vitais, como o sistema cardiovascular, endócrino, entre outros.

Portanto é importante dizer que biologicamente falando, a pessoa é considerada idosa a partir dos 60 anos ou mais, já que a partir dessa idade que se percebe a diminuição das capacidades físicas e mentais e as transformações na aparência, segundo alguns autores como Deeckem (1998, p.13).

Segundo Mazo (*et al.*, 2007), o envelhecimento psicológico não é naturalmente progressivo nem ocorre inexoravelmente como efeito da passagem de tempo.

O envelhecimento é também conceituado como um processo irreversível e implacável, no qual acontecem as transformações biológicas, morfológicas, funcionais e psicológicas, que vão determinar perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-los à morte (PAPALÉO, 1996).

Existem evidências de que o processo de envelhecimento constitui-se de natureza multifatorial e é dependente da programação genética, bem como das alterações que ocorrem em níveis celulares. Pode haver conseqüente diminuição da capacidade funcional de algumas áreas do corpo e sobrecargas dos mecanismos de controle homeostáticos, que passam a servir como substrato fisiológico, para influência da idade na apresentação da doença, da resposta ao tratamento proposto e das complicações que se seguem (PAPALÉO, 1996).

Os sinais de deficiências vão aparecendo no decorrer da vida de maneira discreta sendo chamados de senescências sem comprometer as relações e gerências de decisões. Esse processo não pode ser considerado doença. Em condições basais ao idoso, não apresenta alterações no funcionamento ao ser comparado ao jovem (PAPALÉO, 1996).

A diferença manifesta-se nas situações nas quais se torna necessária a utilização das reservas homeostáticas, que no idoso são mais fracas. Além disso, todo o órgão envelhece de forma diferenciada, tornando a variabilidade cada vez maior. Envelhecimento está intrinsecamente ligado a: vulnerabilidade, variabilidades, irreversibilidade (PAPALÉO, 1996).

Para Matsudo (*et al.*, 2003), a principal responsável pela deterioração na mobilidade e na capacidade funcional do indivíduo que está em processo de envelhecimento é perda muscular que, conseqüentemente, diminui a força dos músculos.

Zimmerman (2000) fala das características mais marcantes do envelhecimento, que ele classifica como modificações externas e internas. Nas externas se destaca o surgimento de rugas, diminuição da estatura pelos desgastes das vértebras, umidade dos olhos, alargamento do nariz, aparecimento de manchas escuras na pele, encurvamento postural devido à modificação na coluna vertebral, dentre outras; dentre as internas, os ossos endurecem, a digestão fica mais difícil os órgãos internos atrofiam, diminuindo o seu funcionamento, a insônia aumenta assim como a fadiga durante o dia, o olfato e o paladar diminuem e o endurecimento das artérias e o entupimento provocam arteriosclerose, entre outras.

Além do ser humano sofrer alterações no corpo, ele também sofre alterações psicológicas que para Zimmerman (2000), são constituídas de baixa autoimagem, baixa

autoestima, dificuldade de se adaptar às mudanças de forma rápida, depressão, hipocondria, paranoia, suicídio, alta de motivação e dificuldade de planejar o futuro, entre outras.

Artigo nº 230 da Constituição Federal (1988) diz que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas em suas participações na comunidade defendendo sua dignidade e bem estar e garantir-lhes a vida; “estabelecer programas” de amparo aos idosos; o artigo nº 229 determina que os adultos têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores e os filhos maiores; mas ainda têm o dever de ajudar e amparar os pais, preferencialmente em seus lares.

Várias são as indagações que surgem sobre a categoria da velhice ao longo de todo o processo de envelhecimento. Busca-se neste estudo uma conceituação, pois é dela que podem surgir diferentes interpretações da realidade e, conseqüentemente, extrair critérios que possam orientar uma intervenção organizada e eficaz. As questões que o problema suscita: O que é velhice? Quando a pessoa se torna velha? De que realmente se fala quando se fala da velhice? De que forma se pode abordar o tema – velhice e os sujeitos do processo? Com o intuito de responder a essas questões, selecionaram-se no estudo alguns autores para apresentar suas conceituações, interpretações e reflexões visando obter maiores informações em um diversificado grupo de ideias.

Papaléo (1996), diz que “é verdade, as estatísticas mostram em todo o mundo que a mulher tem uma sobrevida de cinco a sete anos maior que o homem”. Segundo Papaléo (1996), as mulheres, desde a juventude, cuidam melhor de sua saúde. Os homens, pelo contrário, em sua maioria, desde a adolescência, com muita frequência se submetem a vários fatores de risco, como tabagismo, etilismo, acidentes dos mais diversos, etc. Atualmente as mulheres também têm se submetido a alguns fatores de risco como, por exemplo, o tabagismo, e têm desconsiderado a visão de que a terceira idade também pode ser saudável e produtiva.

As pessoas não querem aceitar o fato real do envelhecer e temem isso devido à falta de razão de ser e por não encontrarem um papel na sociedade; importante observar ainda que a velhice deveria ser encarada como mais uma etapa da vida, uma etapa que pode e deve ser significativa (PAPALÉO, 1996, p.41).

A velhice também é um fator cultural que deve ser compreendido pela sua totalidade, sem deixar de avaliar o meio em que o idoso está inserido sendo discutido de diferentes formas ao longo dos séculos. Ferreira (2010) concorda com estas colocações quando afirma que “[...]”

a cultura é estabelecida pela sociedade que cria suas instituições imaginárias e a partir delas estabelecem conceitos e critérios para vida social” (p. 28).

Para entender a velhice como ato cultural, temos que compreender o que significa essa palavra tão divulgada e discutida ao longo dos tempos por diferentes autores e em diferentes tempos ou épocas, com formas variadas. O dicionário Aurélio define cultura como:

Apuro esmero elegância; criação de certos animais; ato, efeito ou modo de cultivar; cultivo complexo de padrões de comportamento das crenças, das instituições e doutrinas valores espiritual e materiais transmitidos coletivamente e característicos de uma sociedade; civilização. O desenvolvimento de um grupo social, uma nação, etc. Que é fruto do esforço coletivo pelo aprimoramento desses valores: civilização, progresso. Em particular, os microscópicos (TYLOR, 1871).

Papaléo Netto (1996) traz vários exemplos de diferentes sociedades primitivas e suas relações com o envelhecimento quando afirma que:

No antigo Egito por volta de 3000 anos a.C. diversos documentos ressaltam a obrigação dos filhos de cuidar de seus pais idosos e de manter suas tumbas após a morte. [...] uma das primeiras representações gráficas do envelhecer está ligada à debilidade e encontra-se no hieróglifo que significa ‘velho’ ou ‘envelhecer’ encontrado a partir dos 2800-2700 a de [...] (PAPALÉO, 1996, p.14).

Na antiga Roma, os idosos parecem ter recebido o respeito, ao menos nominal. A mais importante instituição de poder, o Senado deriva seu nome do *senex* (idoso) valorizando a experiência desse cidadão (Papaléo, 1996).

Beauvoir (1970) considera que na sociedade histórica, a imagem da velhice é certa categoria social incerta e confusa, com dois significados para a palavra: um dos moralistas e outro dos poetas, mas ambas sempre privilegiavam as suas próprias classes perdendo um pouco de sua credibilidade. “[...] O velho, quanto a sua categoria social, nunca interveio no percurso do mundo. Enquanto conserva uma eficácia ele permanece integrado à coletividade e não se distingue dela, é um adulto macho de idade avançada [...]” (BEAUVOIR, 1970, p.110).

A partir do século XIX, a quantidade de idosos aumentou significativamente e no momento em que o capitalismo nasceu na Inglaterra, no século XX, durante a Revolução Industrial, os idosos não deixaram de ser vítimas da exploração, mesmo não tendo mais força de trabalho para vender, que foi gasta na sua juventude e, por não produzir mais, passaram a ser abandonados de mãos vazias (BEAUVOIR, 1970).

Para Simone de Beauvoir (1990), a velhice é como um fenômeno biológico com reflexos profundos na psique do homem, perceptíveis pelas atitudes típicas da idade não mais jovem

nem adulta, da idade avançada (p.15). A autora mostra a sua compreensão da velhice como algo pouco preciso nada comum, esquadrinhado dentro de parâmetros relacionais e funcionais, portanto carregada de subjetividade.

Segundo Silva salienta, a noção de velhice como uma etapa diferente da vida surgiu entre os séculos XIX e XX nos quais ocorreram muitas mudanças e diferentes discursos, reordenaram o curso da vida e geraram condições para o surgimento da velhice sendo a geriatria e a gerontologia formadoras de saberes sobre o corpo velho e sobre os aspectos sociais da velhice, fazendo um estabelecimento com a sociedade afirmando que

ao estabelecimento da velhice como categoria social marcada pelos signos da degeneração física e da invalidez como também pela legitimidade conferida por direitos específicos, segue-se um período no qual a sua importância social cresce consideravelmente (SILVA, 2008, p. 161).

Santos (2010) informa que o processo de envelhecimento vai além do significado do estado de saúde física positivo, envolve muito mais reconhecimento, respeito e segurança, e o mais importante: o sentir-se parte de uma sociedade que lhe permita participar e expor suas ações e experiências cotidianas.

Após o entendimento do processo de envelhecimento em seus diferentes aspectos, se faz necessário compreender como esse fenômeno acontece na sociedade contemporânea e quais as mudanças vivenciadas pelos idosos mediante as novas configurações dessa sociedade.

Vivemos a “era do envelhecimento”, período que vai de 1975 a 2025 (COSTA, 1998). Em 2000, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o planeta tinha 600 milhões de idosos com 60 anos de idade ou mais. Em 2025, estima-se que serão 1,2 bilhões de idosos, sendo que dois terços estarão vivendo em países em desenvolvimento. Na contemporaneidade, o envelhecimento humano passou a ser considerado um importante fenômeno social, devido, sobretudo ao aumento da expectativa de vida da população e à redução da taxa de natalidade, a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade.

Essa questão é fundamental face às repercussões nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural das sociedades do século XXI, tornando o envelhecer um campo privilegiado de investigação, que vem chamando a atenção de pesquisadores nas mais diversas áreas.

O Brasil, antes referido como um país de jovens, também vem fazendo sua transição demográfica e passa por um rápido processo de envelhecimento populacional, fato atribuído aos dois fatores já apontados: aumento da expectativa de vida e redução da natalidade. Prevê-se que em 2020, dos 1,2 bilhões de idosos no mundo, 34 milhões de brasileiros estarão acima

de 60 anos, o que corresponderá à sexta população mais velha do planeta (MINAYO; COIMBRA JR., 2002).

Viver e envelhecer nesse cenário de instabilidade, marcado por mudanças velozes do conhecimento e dos valores culturais, caracterizado pelo fenômeno da globalização e pelo consumismo de que decorre a rápida obsolescência de objetos, pessoas e relações, é uma experiência geradora de insegurança e mal-estar para o sujeito contemporâneo. A prática clínica psicoterápica permite constatar o quão difícil é, para a maioria das pessoas, aceitar o curso natural do envelhecimento. Para muitos indivíduos, os sinais de amadurecimento são vivenciados com muita aflição, tornando as pessoas bastante vulneráveis ao medo de envelhecer. Constata-se também um intenso movimento no sentido de adiar ou tentar evitar esse processo por meio de iniciativas que objetivam a manutenção (SANTOS, 2010).

Ao pensar em uma sociedade contemporânea e sua relação com o envelhecimento, não podemos deixar de citar que há um entrelaçamento no entorno sociocultural através de suas determinações históricas, em que as ocorrências sociais, culturais, políticas e econômicas contribuem para o estilo de vida das pessoas, seus padrões sociais e seus valores. Em virtudes das mudanças contínuas postas nos planos individuais e coletivos, (MOREIRA; NOGUEIRA, 2008).

Para que aja um melhor entendimento e compreensão, Moreira e Nogueira (2008) afirmam que é um desafio para diversas áreas, compreender os significados da pós-modernidade ou da contemporaneidade. Embasando esse entendimento os autores, verifica-se que

[...] o que se chama pós-modernidade não é simplesmente uma formulação teórica “mas” algo impulsionado por movimentos artísticos e culturais que reverenciam as mudanças que vivenciamos na atualidade. [...] Modernidade (ou contemporaneidade) pode ser definida a partir de vários enfoques, mas sempre terá como característica a emergência, uma cultura mediática em que o cenário social funda-se num forte apelo ao consumo, estimulada pelos meios de comunicação de massa [...]. (FEATHERSTONE, 1995 *apud* MOREIRA; NOGUEIRA, 2008, p. 61).

As sociedades fundadas nessa etapa são complexas e comportam um novo conjunto de valores e uma pluralidade de sentidos geradores de mudança na ordem social (MOREIRA; NOGUEIRA, 2008).

Para Featherstone (1995), o que se chama pós-modernidade não é simplesmente uma formulação teórica, mas algo impulsionado também por movimentos artísticos e culturais que referenciam as mudanças que vivenciamos na atualidade. Segundo esse autor, os termos pós-

modernidade, pós-modernismo, pós-moderno e seus derivados foram usados pela primeira vez por Federico de Onis, na década de 1930, mas tomaram vulto na década de 60, no meio artístico de Nova Iorque, avançando nos campos da Arquitetura, da Música, da Literatura e também nas Ciências Humanas.

Nessa conjuntura, a dimensão estética torna-se um valor fundamental, consolidando-se a importância que a imagem e a aparência passam a desempenhar, fortalecendo-se a tendência ao narcisismo.

Maia e Albuquerque (2000) trazem à discussão a cultura da imagem predominante nas sociedades contemporâneas, nas quais o instantâneo e a busca pelo prazer imediato são valores essenciais.

Chamam atenção para os mecanismos “imagéticos midiáticos” como modeladores da subjetividade e destacam a relevância desse processo no crescimento das patologias narcísicas na prática clínica atual. O narcisismo é reforçado pela cultura de consumo que se fundamenta na valorização de uma imagem ideal, a qual, para ser alcançada, demanda investimentos de tempo e dinheiro voltados ao corpo.

Estudos sobre o envelhecimento em diferentes culturas são utilizados para demonstrar diferentes experiências de envelhecer. Segundo os autores Adler (1999) e Uchôa (2003), é questionável a universalidade da visão ocidental que representa a velhice com as ideias de deterioração e perdas.

Esses estudos também contribuíram para ver a velhice e o envelhecimento não só como fenômenos biológicos e naturais, mas como fenômenos profundamente influenciados pela cultura.

Em certas sociedades, em especial as orientais, o envelhecimento é compreendido mais em termos de aquisição e progresso, e os idosos são respeitados pelos conhecimentos e experiências que adquiriram ao longo da vida e pelos ensinamentos que podem dar aos mais jovens.

Beauvoir (1990), ao estudar diversos grupos de sociedades primitivas, verificou quão variadas são as elaborações culturais referentes ao envelhecimento, e sua obra ressalta o quanto esse processo, naturalmente de ordem biológica, é representado cultural e socialmente, ressaltando a forma como as sociedades ocidentais historicamente lidam com o fenômeno.

Ainda falando do envelhecimento na contemporaneidade, destacam-se os avanços das ciências tecnológicas, conhecimento e as contribuições da tecnologia no retardamento e, de

prolongamento da vida do ser humano, com a produção desenfreada do conhecimento das ciências e também as promessas de um rejuvenescimento eterno.

Com esse progresso vêm as ilusões preconizadas e, o (desejável, e tão sonhado, a ideia de manter um corpo jovem e perfeito) que a mídia, e os meios de comunicação em geral tentam vender, como antídoto ou como remédio do inevitável o (envelhecimento natural do ser humano).

Portanto para o autor (FERRETO, 2010). Quando o ser humano atinge os seus 60 anos de idade, a sociedade o considera decadente, atribuindo-lhe o conceito de velho, causando o temor da velhice, atribuindo-lhe sinônimo de rejeição. A palavra “velho” remete a diferentes significados, como: antigo, inutilidade, perda, obsoleto e não adequado à vida, trazendo a impressão de algo ultrapassado, principalmente nos moldes da sociedade contemporânea.

Veras (1999) cita Mishara e Riedel (1995), afirmando que a idade social designa papéis que podem, devem, e se deseja que venham a ser desempenhados na sociedade, onde determinam papéis sociais podem entrar em conflitos com os aspectos arbitrários da idade cronológica gerando conflito entre as idades social, psicológica e cronológicas. De acordo com a discussão de Ferreto (2010), é importante diferenciarmos os valores da velhice construídos socialmente nas diferentes culturas. Enquanto na cultura oriental os idosos são admirados e respeitados sendo considerados seres que acumulam experiências de vida, já na cultura ocidental a sua idade é definida mediante seu sistema de adaptação e sua idade cronológica, estabelecendo, através do senso comum – o que caracteriza essa etapa da vida são os aspectos físicos.

Com o avanço da tecnologia, como já acima citado, existe a falsa promessa da juventude eterna; é obvio que a longevidade aumentou e, junto com ela veio a manutenção do vigor físico e da beleza, essa busca continua em um contexto de resistência ao fato do ser velho de acordo com Moreira e Nogueira. Com o envelhecer, vivemos a “era do envelhecimento”, período que vai de 1975 a 2025 (COSTA, 1998). Destarte Zimmerman (2000), afirma que:

Segundo estudos internacionais, 15% necessitam de atendimento em saúde mental e 2% das pessoas com mais de 65 anos apresentam quadro de depressão que, muitas vezes, não são percebidas pelos familiares e cuidadores, sendo como características naturais do envelhecimento [...] (ZIRMERMAN, 2000, p. 25).

Papaléo Netto (1996), afirma que sociólogos e psicólogos chamam a atenção para o fato de que além dos fatores biológicos, podem também ser observados os processos de desenvolvimentos social e psicológicos, gerando problemas de interação e adaptação social do indivíduo.

Foi visto que o processo de envelhecimento vem acompanhado por mudanças. Assim como afirma Beauvoir (1970, p. 17), “a velhice não é um fato estático e o resultado é o prolongamento de um processo”, que acontece de forma diferenciada em cada indivíduo dependendo de suas diferenças individuais e o modo de vida de cada um.

Segundo Shephard (2003), a categorização funcional do idoso não depende apenas da idade, mas também do sexo, do estilo de vida, saúde, estado socioeconômico e, influenciam constitucionais, estando provada, assim a homogeneidade nas populações idosa.

A idade funcional está estritamente ligada, à idade subjetiva do indivíduo, várias áreas de pesquisas têm se debruçado sobre o estudo do envelhecimento, como a Gerontologia e a Geriatria. Tudo começou com as conquistas dos direitos dos idosos que ocorreram em 10 de dezembro de 1948, quando a assembleia geral das Nações Unidas adotou e proclamou a Declaração Universal dos direitos humanos. Segundo a Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), a pesquisa afirmou que toda pessoa nasceu livre e igual em dignidade e direitos que não haverá distinção de raça, sexo, cor, língua, religião, políticas ou qualquer outra natureza e prescreve, no artigo 25º, os chamados direitos do idoso.

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem-estar inclusive, alimentação, vestiário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direitos à segurança, em casos de desemprego, doenças, invalidez, viuvez, velhice, ou outros casos de perdas dos meios de sustentabilidade em circunstâncias fora de seu controle (GOMES, 2009, p. 31).

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos a questão envelhecimento ganhou destaque mundial na discussão e elaboração das políticas sociais de assistência à saúde. Duas outras assembleias das nações Unidas, uma realizada em Viena em 1982, e outra em Madri, em 2002, tiveram uma influência significativa na agenda internacional de políticas públicas para a população idosa. Camarano e Pasinato (2004), afirmam que a assembleia realizada em Viena foi o marco para o estabelecimento dessa agenda, representando um avanço, pois foi o primeiro fórum global, intergovernamental, sobre o envelhecimento populacional.

A assembleia mundial sobre o envelhecimento teve como objetivo garantir a segurança econômica e social dos idosos e identificar as oportunidades para sua integração ao processo de desenvolvimento dos países.

Para Camarano e Pasinato (2004), a não menos importante assembleia mundial, que aconteceu em Madri, chamou atenção para as mudanças sociais, culturais e tecnológicas em curso em todo o mundo, pois implicam em mudanças nas estruturas de valores. Na referida

assembleia, foram aprovados uma nova declaração política e um novo plano de ação que deverá servir de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI.

[...] Foi dedicada atenção especial aos problemas derivados do processo de envelhecimento dos países em desenvolvimento. O plano de ação da assembleia realizada em Madri fundamenta-se em três princípios básicos: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; b) fomento da saúde e bem-estar na velhice promoção do envelhecimento saudável e c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004, p.259).

Santos e Silva (2013) também afirmam que o debate em relação à questão do envelhecimento teve como marco, inicial a 1ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), realizada em 1982, em Viena, Áustria, como já foi dito anteriormente. Esta assembleia contou com a participação de 124 países, inclusive o Brasil. Nesse evento foi elaborado o plano de Ação para o Envelhecimento, um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos diversos aspectos que envolvem o processo de envelhecimento.

No Brasil, muito já se avançou na elaboração de políticas sociais voltadas aos idosos, mas vale ressaltar como aconteceu nesse processo houve iniciativas por parte do governo Federal, a partir dos anos 70 em prol da pessoa idosa, mas uma política nacional voltada para idosos somente foi instituída, em 1994 – antes desse período as ações do governo tinham cunho de proteção (FERNANDES; SOARES, 2012).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, lei fundamental e suprema do Estado declara os direitos e deveres dos cidadãos independentemente da idade. Vale ressaltar que o legislador constituinte inovou ao estabelecer direitos à pessoa idosa até então não previstos em outro texto constitucional na mesma lei que define os direitos dos idosos. Nas políticas de proteção social aos idosos brasileiros introduzindo o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social adquirisse uma conotação de direitos de cidadania e deixasse de estar vinculada ao contexto estritamente sócio trabalhista.

[...] O texto legal estabeleceu como princípios básicos a universalização, a equivalência de benefícios urbanos e rurais, a coletividade na concessão a irredutibilidade do valor das prestações previdenciárias, a fixação do benefício mínimo em um salário mínimo, a equanimidade no custeio e a diversificação da base de financiamento a descentralização e a participação da comunidade de trabalhadores

e empregadores e aposentados na gestão (Artigo 194 da Constituição *apud* CAMARANO; PASINATO, 2004, pp. 266 e 267).

Gomes (2009) afirma que houve uma inação por parte do legislador constituinte ao estabelecer, na constituição de 1988, direitos à pessoa idosa até então não havia sido previsto em outro texto constitucional, dentre os quais se destacam alguns artigos, como: Art. 201, o qual salienta que a previdência social atenderá, entre outros eventos, a cobertura de doenças invalidez, morte e idade avançada (inciso I). Estabelece ainda o tempo de contribuição para homens, mulheres e trabalhadores rurais (Parágrafo 7º). Art. 203 afirma que a assistência social será

prestada a quem dela precisar independentemente de contribuição à seguridade social e relaciona, entre seus objetivos, a proteção à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice. Inciso I assegura também um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprove não possuir meios de prever a própria manutenção, ou de tê-la provida por sua família como dispuser a Lei artigo 230 - 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 seu bem-estar e garantindo-lhes direito à vida. Estabelece que os programas de amparo ao idoso sejam executados preferencialmente em a seus lares (parágrafo 1º) e garante artes e gratuidade dos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos (GOMES, 2009, p. 33).

A Constituição de 1988 define um modelo de proteção social configurando como um sistema de seguridade social, envolvendo a previdência social, a assistência social e a saúde, buscando articular os direitos contributivos e transferências de renda não contributivas vinculadas à assistência social, sob a proteção dos direitos sociais. Deste modo, a assistência social integra o sistema, de seguridade social, como Políticas Públicas não contributivas, sendo direito do cidadão e dever do Estado. A partir deste contexto e de acordo com Gomes (2009), a assistência social experimentou grandes avanços como a promulgação da recente Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993, e a aprovação da Política Nacional de Assistência Social, (PNAS) em 15 de Outubro de 2004, com sua posterior regulação em 2005 pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS). E ainda mais recente, outro avanço foi a elaboração da tipificação de serviços sociais e assistência social de 2009 que se tornou outro marco importante da Assistência Social Básica (PSB) e proteção Social Especial (PSE), que serão apresentadas mais detalhadamente no decorrer deste trabalho.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO PARA PESSOA IDOSA

A Constituição Federal de 1988 define um modelo de proteção social configurado como um sistema que envolve a previdência e a saúde como direitos e não como filantropia, ou seja, busca-se articular os direitos contributivos e transferências de renda não contributivas vinculadas à política pública. É, portanto, direito do cidadão e dever do Estado a assistência social.

A promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993, que foi reconhecida como política pública de seguridade social tornou-se responsável pela oferta de proteção social não contributiva a pessoas de idade cronológica a partir de 65 anos. Esta idade não marca o início da velhice, no sentido pejorativo do termo; ela deve servir como parâmetro para julgar a maturidade social do indivíduo ou como referência para compreender as mudanças evolutivas.

Néri (2007) afirma ser a assistência social um direito do cidadão e dever do Estado. A implantação de políticas públicas para a pessoa idosa no Brasil é recente, sendo vivenciada em um contexto sócio-histórico da época da implantação do modelo neoliberal² e marcada pela crise fiscal e hiperinflação. Esse período também é correspondente aos primeiros anos de implementação do Sistema Único de Saúde o (SUS) e da universalização do ensino básico (SOARES, 2012).

Mas com o fim de esclarecer como tem se dado o desenvolvimento da legislação referente ao envelhecimento tanto nacional como internacionalmente, faz-se necessário construir uma retrospectiva – ainda que breve – dos principais fatos pertinentes. Então a começar pela primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em 1982, em Viena, fica perceptível a necessidade que a sociedade sente de iniciar discussões sobre esta fase. Deste encontro, resultou o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, o qual incluía, dentre outros, pontos sobre proteção de consumidores idosos, habitação e saúde.

Em 1991 o Brasil adotou o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, que assegurava 18 direitos relacionados a cuidado, autorrealização e dignidade, por exemplo. No ano de 1992 o Plano de Ação é complementado e sete anos mais tarde, a ONU declarou aquele ano de 1999 o Ano Internacional do Idoso.

Como entre a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento e a seguinte houve um espaço de 20 anos, a segunda, que foi sediada em Madrid, teve o objetivo de estabelecer

² Modelo Neoliberal é o nome que se deu a uma doutrina surgida em 1938 conforme Paul Hugon, às vésperas da Segunda Guerra Mundial. É algo que poderíamos chamar de uma doutrina econômica voltada para examinar os resultados das numerosas experiências de aplicação do sistema de intervenção no mercado focalizando essencialmente o mecanismo de preço. Fonte: <http://www.betoveiga.comlog/index.php/2009/11/neoliberalismo> Acesso em 21 de junho de 2017.

uma política internacional voltada para o idoso do século XXI, ou seja, foi levado em consideração o fator contexto em função de tempo.

No âmbito nacional, como decorrência dos debates internacionais sobre o envelhecimento e prosseguindo com as diretrizes da Constituição de 1988, em 04 de janeiro de 1994, a Política Nacional do Idoso (PNI) foi aprovada e regulamentada pelo Decreto Lei nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Essa Lei veio assegurar os direitos sociais e amparo legal ao idoso estabelecendo as condições para promover sua integração, e autonomia e participação efetiva na sociedade. Tendo como objetivo o atendimento às necessidades básicas da população idosa no que diz respeito à educação, saúde, habitação, e urbanismo, esporte, trabalho, assistência social, previdência e justiça, (GOMES, 2009).

Ao longo da década de 1990 como apontam Camarano e Pasinato (2004), foram regulamentados diversos dispositivos Constitucionais que referenciam as Políticas setoriais de proteção ao idoso. No ano de 1991 foram aprovados os planos de custeio e de benefícios da Previdência Social, com o objetivo de introduzir uma nova legislação. Em 1993 foi aprovada a LOAS (Lei nº 8.742. de dezembro de 1993), em que foram regulamentados os princípios Constitucionais referentes à Assistência Social (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 268).

O Benefício de Prestação Continuada, (BPC) foi regulamentado pela a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), tornando-se um benefício individual não vitalício intransferível integrado à proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, (SUAS), sendo um direito de cidadania assegurado pela Proteção Social não contributiva da Seguridade Social, que garante a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso. Para ter acesso ao benefício, não é necessário que o indivíduo tenha contribuído para a Previdência Social (MDS, 2009). Ainda segundo consta no Ministério do Desenvolvimento Social, o BPC é destinado aos cidadãos que possuam 65 anos ou mais. Compete ao Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a sua operacionalização.

É importante ressaltar que no Brasil é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, enquanto que nos países desenvolvidos idosos é aquele que tem 65 anos ou mais Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS). A diferença de idades se justifica pelas condições sociais de que os sujeitos dispõem em ambientes diferentes, o que lhes pode proporcionar mais (ou menos) resistência fisiológica chegando aos 60.

Deve-se observar que o número de pessoas na faixa etária acima citada, tem necessidade de atendimento público especializado à pessoa idosa, o que durante muitos anos era apenas atribuído à responsabilidade da família e, do setor privado, mas diante das novas demandas da

sociedade contemporânea, transformou-se em questão de ordem pública. Esse contexto é relevante para compreender como avançaram as políticas públicas de atendimento ao idoso.

Para Santos e Silva (2013), é uma grande dificuldade para as políticas acompanhar o rápido crescimento da população idosa registrado no Brasil, principalmente no início do século XXI³. Este acompanhamento traz à tona as distorções das responsabilidades sobre o idoso dependente, que finda por ser assumido pelos seus familiares, ou como um problema individual do idoso, ou como verdadeiramente familiar.

Para o autor, esse processo se dá devido à ausência ou precariedade do suporte do Estado configurando-se como um grande desafio.

O marco regulatório pioneiro das conquistas relacionadas aos direitos dos idosos está registrado em 10 de dezembro de 1948, que ocorreu na Assembleia Geral das Nações Unidas, a proclamação e adoção da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esta veio afirmar que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direito, cor, língua, religião, política, riqueza ou qualquer outra natureza. Em seu Art. 25, prescreve o que se chamou de direitos, dos idosos.

A pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direitos à segurança, casos de desempregos doenças, invalidez, viuvez velhice ou que circunstâncias fora do controle. (GOMES, 2009, p.31).

Outro marco legal que se torna imprescindível citar para a consolidação das políticas de assistência social foi a aprovação tipificada de serviços sócio assistenciais. A Assistência Social se formou a partir de uma reunião ordinária realizada nos dias 11 e 12 de novembro, de 2009, realizada pelo conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), aprovada a resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Esta resolução foi organizada por níveis de complexidade do SUAS, Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Alta e Média complexidade, que dispõe em seu Art nº 1:

Serviço de Proteção Social Básica

³ No Brasil, o direito universal e integral à saúde de foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90). As Políticas Públicas de Saúde têm o objetivo de assegurar atenção de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das necessidades da população e dos indevidos. Segundo a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso.

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à família (PAIF)
 - b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo.
 - c) Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com deficientes e idosas.
- II. Serviço de Proteção Especial de Média Complexidade.
- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAFI)
 - b) Serviço Especializado em Abordagem Social.
 - c) Serviço de proteção a Adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviço à Comunidade, (PSC),
 - d) Serviço de Proteção Especial para Pessoas com deficiência, idosas e sua Famílias.
 - e) Serviço Especializado para Pessoa em Situação de Rua.
- III. Serviço de Proteção Social de Alta Complexidade:
- a) Serviço de Acolhimento Institucional nas Seguintes Modalidades:
Abrigo Institucional: Casa Lar: Casa de Passagem: Residência Exclusiva
 - b) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora
 - c) Serviço de Proteção em Situação de Calamidade pública e de emergências (MSD, 2009).

De acordo com as PNAS, (2004), a Proteção Básica busca desenvolver Ações voltadas ao fortalecimento dos vínculos familiares e Comunitários tendo como principal porta de entrada os Centros de Referências da Assistência Social (CRAS), onde são elaborados e desenvolvidos diversos serviços direcionados diretamente à pessoa idosa, como o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para idosos o (MDS, 2009), define como usuários desses serviços os idosos com idade igual ou superior a 60 anos que estejam em situação de vulnerabilidade em especial.

Idoso beneficiário de prestação continuada; idoso de famílias beneficiada de programas de transferências, de renda; idosos com vivências de isolamento por ausência de acesso a serviços e oportunidades de convívio familiar e comunitário e cujas necessidades, interesse e disponibilidade indique a inclusão no serviço. (MDS, 2009, p.12).

A Proteção Social está voltada para aqueles que tiveram seus direitos violados e cujos vínculos familiares e comunitários estão e/ou são rompidos. Os equipamentos de referências de atendimentos da Proteção Social são os centros Especializados de Assistência Social (CRAS). Esta proteção pode ser vista como média ou alta. A primeira se destina ao atendimento aos indivíduos que não romperam seus vínculos familiares; enquanto a alta complexidade destina-se aos indivíduos que romperam os mesmos, sendo nestes serviços enquadradas as ILP's.

De acordo com o MDS (2009), o acolhimento deve ser provisoriamente ou de longa permanência, quando as possibilidades se esgotam, tanto a possibilidade de se sustentar por seus próprios meios quanto a de convívio com os familiares. Sendo assim as ILP's destinadas aos idosos que “[...] não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência

de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos fragilizados ou rompidos” (MDS, 2009, p. 45).

3.1 Sobre as ILP's

Para os autores Camarano e Kanso (2010), faz-se necessário identificar a quantidade de ILP's instituídas no Brasil, as quais são identificadas de acordo com pesquisas realizadas pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Foi constatada a existência de 3.549 instituições onde residem cerca de 84 mil idosos, passando a representar um contingente de menos de 1% desta população. E, embora represente uma quantia pequena em relação ao restante da população, “[...] a assistência à saúde e o cuidado devem sempre estar presentes para que este lugar deixe de ser um simples abrigo, passando a ser um local onde seus moradores tenham uma qualidade de vida” (BETINE *et al.*, 2014, p.279).

Após um levantamento realizado em 2010, pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), pode-se ver a divisão do número de ILPI's, no Brasil por regiões. Foram identificadas na região Norte, 49 instituições; na região Nordeste, 302; na região Sudeste, 2.255; na região Sul, 693 e na região Centro Oeste, 249 instituições. Se levarmos em conta que muitas instituições, não são cadastradas e podendo grande parte delas funcionar na clandestinidade, pode-se esperar que o número de idosos que vivem em instituições seja bem maior. Esse fato se dá por falta de fiscalização do poder público, que não presume o número de vagas existentes e, nem examina as péssimas condições em que se encontram essas instituições faltando uma supervisão adequada (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Embora esteja descrito na Portaria nº 810 de 22 de dezembro de 1989, do Ministério da Saúde, as normas e os padrões de funcionamentos das instituições em geral destinadas ao atendimento ao idoso, muitas delas ainda funcionam sem condições adequadas Betini, Pinheiro e Neto (2014), citam Silva (2009), quando informam que o número de institucionalização de idosos chama a atenção da sociedade fazendo com que haja uma preocupação maior sobre as condições em que eles se encontram, e quais os motivos que os levam a residirem nestes locais. Diante dessa realidade, existem pontos negativos e positivos sobre a situação de morar em uma ILPL, mas os pontos que se sobressaem são os negativos, necessitando de uma atenção maior por parte da família, quando esta existe e também da sociedade.

Cancian e Dias (2000) concordam com essa linha de pensamento, ambos entendem que os asilos, em sua maioria, estão sendo utilizados inapropriadamente ao atendimento da total necessidade dos idosos, quando por várias vezes deixam de oferecer uma assistência

globalizada principalmente por não incluírem atividades de lazer e assistência à saúde, limitando-se apenas aos cuidados básicos; como higiene e alimentação (CAMARANO, 2000).

No Brasil, a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a questão do envelhecimento passou a ter destaque Mundial na discussão e elaboração de políticas sociais de Assistência à saúde.

Duas assembleias das Nações Unidas, uma realizada em Viena em 1982 e outra em Madri em 2002 ambas tiveram influência significativa na agenda internacional de políticas públicas para a população idosa.

Camarano e Pasinato (2004), afirmam que a Assembleia realizada em Viena foi o marco inicial para o estabelecimento dessa agenda, representando um avanço, pois foi o primeiro fórum global, intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional.

A assembleia Mundial sobre o envelhecimento teve como objetivo garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos e, identificar as oportunidades para a sua integração aos processos de desenvolvimentos dos países. Para Camarano e Pasinato (2004),

a Assembleia Mundial não menos importante acontece em Madri e chamou a atenção para as mudanças sociais, culturais e tecnológicas em curso em todo o mundo, pois implicam mudanças nas estruturas de valores. Nas referidas assembleias, foram aprovados uma nova declaração política e um novo plano de ação que deverá servir de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI [...] (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 258).

Foi dedicada atenção especial aos problemas derivados do processo do envelhecimento dos países em desenvolvimento. O plano de ação da assembleia realizada em Madri fundamenta-se em três princípios básicos: “a) participação ativa do idoso na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza: b) fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável: e c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 259).

Santos e Silva (2011) afirmam também que o debate em relação à questão do envelhecimento teve como marco inicial a 1ª Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), realizada em 1982, em Viena, Áustria. Como mencionado anteriormente, esta Assembleia contou com a participação de 124 países incluindo o Brasil. Nesse evento foi elaborado o plano de Ação para o envelhecimento, um documento importante de estratégia e recomendações prioritárias nos diversos aspectos que envolvem o processo de envelhecimento.

No Brasil muito se tem avançado nas elaborações de políticas sociais voltadas ao idoso, mas vale ressaltar como aconteceu esse processo; houve iniciativas por parte do Governo Federal a partir dos anos 70 em prol das pessoas idosas, mas uma política voltada para idosos somente foi instituída em 1994 – antes desse período, as ações do governo tinham cunho de proteção e caridade segundo os autores Fernandes e Soares (2012).

O Ministério da saúde (SMS) elaborou a Política Nacional de Saúde do idoso (Portaria nº 1.395/GM do MS), para que a necessidade específica do idoso, em relação à saúde fosse atendida, pois o Sistema Único de Saúde (SUS) não estava oferecendo atendimento necessário e lamentavelmente não pode ser constatado atualmente o cumprimento dessas medidas de forma efetiva. A PNSI é norteadada por dois eixos que visam medidas preventivas dando destaque para a promoção da saúde e ao atendimento multidisciplinar específico para a população idosa.

Com finalidade de nortear as ações integradas de forma a viabilizar a implantação da PNI, surge o plano Integradas, de ação governamental, composto por diversos órgãos, como “[...] Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura, Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão; Secretaria de Desenvolvimento Urbano [...]” (FERNANDES; SOARES, 2012, p.1494). Com isso devem ser definidas as estratégias e ações de cada um desses órgãos negociando recursos financeiros entre as esferas Federais, Estaduais e Municipais, acompanhando, avaliando e controlando as ações para assegurar os direitos de cidadania ao idoso, (FERNANDES; SOARES, 2012), bem como desenvolvendo ação estratégica com base nas diretrizes contidas na Política. Entende-se por políticas públicas “o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa a dar conta de determinada demanda, em diversas áreas” (GUARESCHI *et al.*, 2004, p. 180).

Para tanto, torna-se necessária a formação de uma equipe transdisciplinar, pois um projeto de política pública deve, obrigatoriamente, permitir a transversalidade, além de estabelecer um diálogo consciencioso entre as partes (Ferreira, 2008). Órgãos do Ministério da Saúde relacionada ao tema promovem a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Em 2002 é proposta a organizada a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002) tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2002). Como parte de operacionalização das redes, são criados os critérios para

cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, que ampliam a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não trazem consigo meios para financiar as ações propostas.

3.2 Estatuto do Idoso e suas principais contribuições

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa.

No entanto somente no ano de 2003, após se passarem sete anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionado o Estatuto do Idoso. Camarano e Pasinato (2004) afirmam que há pouco tempo, a legislação voltava a atenção aos idosos e era vista de forma fragmentada, quer seja em ornamento jurídico, setorial ou em instrumentos de gestão política.

O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral em todos os níveis de atenção. Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006).

O Estatuto do Idoso veio apresentar, em uma única e ampla peça legal, muitas das leis e políticas já aprovadas, trazendo uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que proporcionem o bem-estar do idoso conta com o Artigo 118 que versa sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção desta população reforçando as diretrizes da Política Nacional do Idoso (PNI).

Gomes (2009, p.35), ao se reportar ao Estatuto do Idoso afirma que ele é “[...] a forma legal de maior potencial da perspectiva de proteção e regulamentação dos direitos da pessoa idosa”. A autora elenca a importância de alguns artigos do Estatuto: o Artigo 3º traz disposição sobre as obrigações familiares e sociais com relação ao idoso; os Artigos 8º e 9º versam sobre direitos à vida; os Artigos 11, 12, 13, e 14 tratam da prestação de alimentos ao idoso conforme

o Código Civil; O direito à educação, cultura, esporte, lazer, e diversão, visando à participação e a inserção da pessoa idosa, são tratados nos artigos 20 a 25; nos artigos 33 a 36, a assembleia social é tratada.

Ainda falando sobre o Estatuto do idoso, no artigo 10º são assegurados ao idoso como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais contidas na Constituição Federal a liberdade, o respeito e a dignidade. Já os Artigos 11, 12, 13, e 14 tratam da prestação de alimentos ao idoso de conformidade com o código civil, salienta que não apenas garante a alimentação da pessoa idosa, mas também sua convivência.

O conceito, portanto do Art. 10º tem que ser entendido de forma ampla que engloba alimentação, medicamentos vestuários, habitação, lazer, saúde, entre outras necessidades, assim o idoso que precise de ajuda financeira e não obtenha espontaneamente, será necessária uma intervenção judicial, ação de alimentos em face dos seus familiares, filhos, ou irmãos (maiores).

No caso da obrigação alimentar e solidária pode o idoso optar entre os prestadores a quem demanda o seu direito, no entanto se os familiares que não possuem condições de lhe prestar assistência alimentar impõe-se ao poder público esse provimento competindo tal responsabilidade a assistência social conforme dispõe a Lei nº 8742, de 07 de dezembro de 1993 (LOAS).

O estatuto do idoso, também garante e garante ao idoso o direito à saúde por intermédio do sistema único de saúde (SUS), garante o acesso Universal e igualitário para prevenção promoção e proteção, bem como recuperação de saúde estabelecendo o devido atendimento.

Os Artigos 39 - 42 se referem ao transporte, os quais são assegurados aos idosos maiores de 65 anos, a gratuidade em coletivos públicos urbanos. Já os Artigos 69 ao 71, no que tange a todos os processos, procedimentos, execução de atos e diligência em que figure uma pessoa com 60 anos ou mais, esta terá prioridade, desde que solicite, e, por último, e não menos importante, nos Artigos que vão dos 96 ao 106, o próprio Estatuto estabelece as penas para cada tipo de violência cometida contra os idosos (GOMES, 2009).

Diante do que foi exposto, o capítulo IV da referida Lei reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia do acesso Universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para a prevenção, proteção, e recuperação da saúde da pessoa idosa, Dessa forma, é assegurada atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS.

No § 1º A prevenção de doenças do idoso serão efetivadas por meio de Cadastramento dessa população em base territorial; E o atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; 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.

Sobre a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde, o § 2º do Art. 15 incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos medicamentos gratuitamente, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou, reabilitação. O § 3º, veda a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança dos valores diferenciados em razão da idade. O § 4º legaliza atendimento especializado aos idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante.

O Art. 16 assegura o direito a acompanhante para o idoso internado ou em observação, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico. No entanto, o parágrafo único acrescenta que caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito. Já no Art. 17 é assegurado ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita pelo curador quando o idoso for interditado pelos familiares. Isso é válido também para situações em que o idoso não tiver curador ou este não puder ser contatado em tempo hábil pelo médico, ou quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar.

O Art. 18 esclarece que 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 autoajuda.

E por fim, o Art. 19 elucida que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra o idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: Autoridade Policial, Ministério Público, Conselho Estadual do Idoso, Conselho Nacional do Idoso.

3.3 Políticas de saúde para a pessoa idosa

Vem se desenvolvendo uma ação estratégica com base nas diretrizes contidas na Política. Dessa forma, antes de um aprofundamento neste âmbito, torna-se necessária a elucidação do conceito de Políticas Públicas (PP), as quais são entendidas como o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa a dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Dito isto, pode-se partir para uma restrição do termo: políticas de saúde voltadas para o idoso.

Em fevereiro de 2006 foi, publicado, por meio da Portaria GM nº 399, o Pacto pela Saúde, no qual se inclui Pacto pela Vida. Neste documento, a Saúde do Idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas em que são desencadeadas ações de implementação, de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

Em 19 de outubro de 2006, foi assinada a portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, representando assim, a atualização da antiga portaria nº 1935/94. Esta Portaria traz um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos. Afirma ser indispensável incluir a condição funcional ao serem formuladas políticas para a saúde da população idosa, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades. Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2002.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSPI) tem, entre as suas considerações e pressupostos, o de intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro, os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde.

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionado ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

O conhecimento atual da Ciência, o conceito de que saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica; a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde, além do compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002, tudo isso é pauta que sendo discutida progressivamente.

Para que isso vigore, uma série de desafios precisa ser enfrentada, entre eles, a escassez de estruturas de cuidado intermediário e suporte qualificado ao idoso e seus familiares, destinados a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; suporte qualificado e constante aos serviços e indivíduos envolvidos com o cuidado domiciliar ao idoso, conforme previsto no Estatuto do Idoso, incluindo-se o apoio às famílias e aos profissionais das equipes de Saúde da Família (PSF), Superação da escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso. Dentro de tais pressupostos, a promoção da saúde do idoso inclui as seguintes diretrizes: Promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Segundo Preconiza o Ministério da Saúde, (MS, 1999) Atenção integral integrada à saúde da pessoa idosa. Estímulo às ações intersetoriais visando à integralidade da atenção: Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.

Estímulo à participação e fortalecimento do controle social; divulgação e informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do Sistema Único de saúde (SUS). Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. As responsabilidades dos gestores do SUS, também devem ser definidas. Assim caberá aos mesmos, em todos os níveis de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de saúde da Pessoa Idosa, nos termos da síntese que se mostra a seguir: cabe ao poder Federal elaborar normas e técnicas referentes à saúde da pessoa idosa no SUS. Em 2009, por meio do Decreto nº 6.800, a Coordenação da Política Nacional do Idoso passa a ser de responsabilidade da Secretaria Especial dos Direitos, humanos.

É alvo dessa política todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais de idade. A PNSPI considera o processo de envelhecimento populacional brasileiro contínuo e intenso. Por outro lado, são inegáveis os avanços científicos e técnicos no campo da gestão da saúde, que vêm

ratificando que 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. Então existe a necessidade de buscar qualidade de atenção ao idoso por meio de ações de implementação das redes de assistência à saúde como compromisso brasileiro firmado na Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002.

No que refere à atenção à saúde, Camarano e Pasinato (2004) apontam que apenas em 1999, o Ministério da saúde (MS), elaborou a Política Nacional de Saúde do idoso (Portaria nº 1.395/GM do MS), para que a necessidade específica do idoso, em relação à saúde fosse atendida, pois o Sistema Único de Saúde (SUS) não estava dando o atendimento necessário.

Com finalidade de nortear as ações integradas e viabilizar a implantação da Política Nacional do Idoso (PNI), surge o Plano Integrado de Ação Governamental, composto por diversos órgãos, como: “[...] Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento; Orçamento e Gestão; Secretaria de Desenvolvimento Urbano [...]” (FERNANDES; SOARES, 2012, p.194).

Devem ser definidas as estratégias e ações de cada um desses órgãos negociando recursos financeiros entre as esferas Federais, Estaduais e Municipais, acompanhando, avaliando e controlando as ações para assegurar os direitos de cidadania ao idoso, (FERNANDES; SOARES, 2012, p. 194).

Gareschi *et al.* (2004) diz que se faz necessária a formação de uma equipe transdisciplinar, pois um projeto de política pública deve, obrigatoriamente, permitir a transversalidade, além de estabelecer um diálogo consciencioso entre as partes (FERREIRA, 2008). Para que isso aconteça é necessário que haja um envolvimento dos setores públicos e privados que possam oferecer uma melhor qualidade de vida.

A promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde; divulgação e informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

As responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) também devem ser definidas; assim, caberá aos mesmos, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito da Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa.

Estarão dentre as incumbências dos gestores: elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS); definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo; Estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa.

Ainda podem ser citadas as seguintes ações cabíveis à gestão pública: manter articulação com os Estados e Municípios para apoio à implantação e supervisão de providências; promover articulação intersetorial para a efetivação da Política Nacional; estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação de pesquisas referentes ao envelhecimento e atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política; divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e exercer a vigilância sanitária no tocante à Saúde, ações decorrentes no seu âmbito e apresentar/aprovar proposta de inclusão no Conselho Estadual de Saúde do Idoso (CESI).

No âmbito Municipal cabe à elaboração de técnicas referentes à saúde da pessoa Idosa no SUS; discutir e pactuar na Comissão Inter gestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano; promover articulação inter setorial para a efetivação da Política; estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde; Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política; divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

Aspecto essencial para a implementação da Política Nacional de Saúde do Idoso é a articulação Inter setorial, para as quais podem, também, serem enunciadas algumas diretrizes, que correspondem a um amplo conjunto de ações. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e à integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos.

Haverá, de forma solidária, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionados com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados. De acordo com Ferreira (2008), algumas situações específicas podem ser citadas, como se vê nos seguintes aspectos.

Na área da educação pode mencionar a Inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias.

3.4 Políticas de educação voltadas para o idoso

A partir do atual tratamento que a gestão pública tem oferecido às pessoas na terceira idade, é perceptível a carência de adequação e inclusão nos currículos escolares de disciplinas, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política; bem como incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa.

São necessárias também: a realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; elaboração de programa de trabalho conjunto; reabilitação direcionada aos indivíduos idosos segurados, consoante as diretrizes fixadas nesta Política do Sistema Único de Assistência Social: a) de sua condição de saúde; b) Elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira; c) Elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob-risco social.

Seria indispensável, nesse contexto, a criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica

do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema único de Assistência Social (SUAS); difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades; inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada; promoção da formação de grupos socioeducativos e de autoajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária; implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96.

O compromisso com a universalização do direito, inclusão social, equidade, descentralização e municipalização das ações deve ser mantido, respeitando-se a dignidade do cidadão e sua autonomia, independente do estágio de vida em que esteja. Isso implicaria fornecer a ele os benefícios e serviços de qualidade, fazendo valer o que fora previamente estabelecido pelo Ministério da saúde (SMS), o qual elaborou a Política Nacional de Saúde do idoso (Portaria nº 1.395/GM do MS).

Como já citado anteriormente, a assistência social é direito previsto por lei e destina-se a indivíduos que não tenham condições financeiras para cuidar da própria subsistência. Este benefício pode ser temporal ou perene. Apesar de o benefício atender a pessoas em quaisquer faixas etárias, a intenção aqui é lançar um olhar sobre a legislação brasileira referente apenas aos idosos:

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.

E ainda:

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.

4. IDOSO E QUALIDADE DE VIDA

Neste capítulo pretende-se apresentar os diferentes conceitos de qualidade de vida, dialogando com diversos autores como Papaléo Netto na tentativa de estudar a Qualidade de Vida da pessoa idosa; suscita-se um breve resgate de diferentes sociedades. Segundo esse autor, diversas culturas não se preocupam apenas com problemas de saúde médica relacionado com o envelhecimento, mas sim com seu perfil sócio cultural, como podemos observar em diversos testemunhos históricos, os quais permitem entender que a expectativa de vida nas antigas sociedades era reduzida em relação à sociedade atual. Nas sociedades primitivas a valorização do ser humano estava totalmente ligada às suas capacidades físicas.

No entanto, segundo a visão da autora Beauvoir, o envelhecimento é um processo que vem acompanhado por vários tipos de mudanças, pois “a velhice não é um fato estático, é o resultado e o prolongamento de um processo que cada indivíduo irá presenciar de forma diferenciada” (BEAUVOIR, 2010). Segundo Santos (2010), para que se tenha uma boa qualidade de vida é importante aceitar e não negar a fase do envelhecimento. Um exemplo disso são os exageros no consumo de produtos que venham retardar os efeitos do tempo, para maquiar esse processo com vários tipos de cosméticos e com isso são gastos tempo, energia (expectativas) e dinheiro.

4.1 Qualidade de vida: em busca de um conceito

A qualidade de vida tem se tornado um tema significativo e de grande importância para a sociedade, pois traz uma maior preocupação pelo assunto, sendo para Almeida Gutierrez e Marques (2012), facilmente percebida no linguajar da sociedade contemporânea, incorporando-se ao vocábulo popular com suas várias formas de conotação existe uma vontade de reverberar o tema da Qualidade de Vida (QV), mas sem o cuidado a preocupação em conhecer de fato, aquilo que se está afirmando. Resume-se através do senso comum que melhorias de vida ou um alto padrão de bem-estar, de ordem econômica, social, cultural ou emocional, definem o termo aqui representado.

Para Paschoal (2000), o termo qualidade de vida é de difícil conceituação, sendo debatido nas três últimas décadas sem encontrar consenso satisfatório. O termo “Boa Vida” foi usado logo após a Segunda Guerra Mundial, quando se referia à conquista de bens materiais. Tempos depois o conceito foi utilizado para verificar o desenvolvimento econômico de uma sociedade sem preocupar-se com a distribuição de riqueza, passando a utilizar como referência de medida, por exemplo, o Produto Interno Bruto (PIB), que passou a ser uma unidade de medida destinada a saber se a população usufruía de uma boa qualidade de vida.

Com o passar do tempo e os anos o conceito de Qualidade de vida ganhou amplitude e passou também a significar o desenvolvimento Social que se referia à saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, e crescimento individual, apresentando uma série de indicadores, como por exemplo: as condições de moradia, nível de escolaridade, taxa de violência, entre outros. A política de bem-estar social, que foi chamada de *welfare State*⁴, foi estabelecida em muitos países.

E, foi apenas a partir da década de 1960, que houve a valorização da opinião dos indivíduos percebendo que esse diferente modo de medir a qualidade de vida dos indivíduos de forma objetiva, não era suficiente para realizar tal media, pois para isso era necessário e fundamental avaliar a qualidade de vida percebida pelo indivíduo, verificando o quanto as pessoas estavam satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade de suas vidas, ou seja, a partir de então a qualidade de vida passou a ser vista de forma subjetiva (PASCHOAL, 2012).

Diante disso Almeida Gutierrez e Marque (2012), acrescentam informações dizendo que a área do conhecimento em qualidade de vida está passando por uma fase de construção de identidade, sendo identificada por diferentes aspectos que desrespeitam a saúde, a moradia, o lazer as práticas de exercícios físicos e a alimentação, sendo que todos fatores acima citados levam a uma concepção de bem-estar.

Neri (2000) salienta que são inúmeros os significados associados ao significado conceito de qualidade de vida, exemplificando esses conceitos em diferentes áreas. A Medicina muitas vezes associa o termo a uma relação custo/benefício inerente à manutenção da vida ou à capacidade funcional dos enfermos, na economia está associada com medidas objetivas, como renda per capita, que serve de indicador do grau de acesso das populações a diferentes serviços.

⁴ Welfare State pode ser compreendido como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente (GOMES, 2006).

Nos campos da política e da economia tais conceitos são utilizados com um foco populacional e não individual. E a psicologia social é representada pelo conceito de satisfação fazendo referencia subjetiva à qualidade de vida. Almeida Gutierrez e Marques (2012) Salientam que:

A compreensão sobre qualidade de vida lida com inúmeros campos do conhecimento humano, biológico social, político, econômico, médico, entre outros. Pesquisas recentes encontram-se em processo de afirmação de fronteiras de conceitos; pois isso, definições sobre o termo são comuns, mas nem sempre concordantes [...] (ALMEIDA *et al.*, 2012, p.15).

Em concordância do exposto, Neto e Araújo (2003) afirmam que é muito complexo conceituar o termo “qualidade de vida”. Há bastante tempo se usa a expressão “qualidade de vida”, mas a sua popularidade ganhou força a partir da década de 1980, sendo usada pelo “marketing”, que acabou como forma exagerada dessa diversidade de interpretações, as quais acontecem pelo fato de cada grupamento humano, setor, ou indivíduo, tentar vê-lo de acordo com seus valores, interesses e princípios. Portanto, qualidade de vida é definido como: “[...] uma condição que se alcança através da mobilização, de diferentes dimensões das pessoas e do meio que se compensa, se harmonizam entre si, na nossa própria interpretação de vida” (NETO; ARAUJO, 2003, p. 41).

De acordo com o pensamento de Paschoal (2000), talvez cada indivíduo que tenha o seu próprio conceito de qualidade de vida, mesmo submetido a vários pontos de vista que tem variado, de época para época, de país para país, de cultura, para cultura, de classe social, para classe social, ou de indivíduo, para indivíduo, podendo até mesmo sofrer variações para um mesmo indivíduo, com o decorrer do tempo. Destarte os autores Neto e Araújo (2003), consideram importante elencar dois tipos de indicadores de qualidade de vida: os chamados básicos ou fundamentais, que são identificados e determinados pela própria pessoa. Exemplos destes são as medidas objetivas do nível das condições ambientais e de vida. Por outro lado existem indicadores técnicos, que por sua vez, são determinados por cientistas, técnicos, e pesquisadores, dos quais são exemplos os sentimentos de felicidade/infelicidade e sentimentos subjetivos sobre as relações sociais.

É bastante relevante o uso do termo Qualidade de Vida por parte dos meios de comunicação, principalmente no Marketing, visando manipular a opinião pública ou como forma de vender seus produtos. Como consequência, o termo tornou-se um jargão, utilizado com promessas enganosas, tornando-se objeto a ser alcançado, algo que o senso comum sabe que é bom, mas não expressa claramente os seus limites conceituais e muito menos sua

abrangência, assim pensando o ideal da contemporaneidade, que se expressa na política, na economia, e na vida pessoal de cada indivíduo (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Como o termo QV possui variabilidade de conceitos, por abranger muitos significados refletidos em conhecimentos, experiências e, valores de indivíduos e, coletividades, podendo acontecer em variadas épocas, espaços e histórias passando a ser uma construção social, com a marca da relatividade cultural que a relatividade da noção de qualidade de vida é determinada de três formas: histórica, na qual o parâmetro de qualidade de vida pode variar em uma mesma sociedade em épocas diferentes; cultural, que se refere a valores e necessidades construídas de formas diferentes de acordo com suas tradições; e a terceira refere-se às classes sociais em que as desigualdades prevalecem e os padrões e as concepções de bem-estar são estratificados, ou seja, a ideia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores (MINAYO *et al.*, 2000).

Almeida Gutierrez e Marques (2012) salientam que se faz necessário, em abordagem sobre qualidade de vida, dar atenção à multiplicidade de questões que envolvem a temática, que podem variar de parâmetro social, econômicos e de saúde, podendo ser analisado por áreas distintas de conhecimento com procedimento e referenciam diferentes podendo ser vinculadas às concepções de definições ambíguas.

Para os autores acima citados, o termo “qualidade”, é abordado de forma equivocada, sendo visto como algo a ser alcançado, dependendo exclusivamente da boa vontade e da atitude individual do sujeito em relação a sua mudança de hábito. No senso comum faz-se uma relação direta de qualidade de vida como a saúde e, a atividade física, que não deixa de ser um dos seus elementos, mas passa a gerar mitos e crenças fortemente.

Com relação à associação direta da qualidade de vida com a saúde, Paschoal (2000) acrescenta que há uma complicação adicional à compreensão do seu significado. Foi a partir da criação da expressão “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” que foram possíveis as definições de saúde elaboradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual conceitua saúde como sendo: “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente, a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1947). Diante disto, o termo saúde transformou-se num conceito multidimensional, incorporando os diversos aspectos da vida, transformando-se também, num conceito dinâmico e pessoal, pois se a perspectiva de vida, as relações, os papéis sociais e as expectativas mudarem, consequentemente o estado de saúde também se alterarão sendo assim:

[...], A partir de sua redefinição, saúde deixou de ser ausência de doença”, e seu conceito, hoje, este fortemente ligado a um estado positivo de bem-estar social são aqui, o bem-estar psíquico e, o bem-estar social são domínio de saúde, que seria o constructo principal, Afinal a qualidade de vida, bem-estar, felicidade, “vida boa”, etc, são domínios ou dimensões de saúde., ou saúde é uma dimensão, aliás, importantíssima do constructo ”Qualidade de Vida”[...] (PASCHOAL, 2000, p.26).

Em resposta. Paschoal frisa que o sistema de saúde apesar de reconhecer que muitos determinantes da qualidade de vida se situam em outros setores não intervém sobre eles, adotando em sua maioria, uma posição exclusivamente retórica. Além do fato de que nem todos os aspectos da vida humana, são necessariamente uma questão médica ou sanitária não podendo essas avaliações de qualidade de vida, serem meramente tratadas à base de medicação.

Com relação à compreensão do que é qualidade de vida, Neto e Araújo (2003), indicam que muitas pessoas a confundem com felicidade, e dizem que não é fácil a desvinculação dos conceitos mais emocional, e, individual é o que o individuo sente frente às condições que vivem a qualidade de vida, entretanto é um conceito racional e um pouco mais técnico sendo resultado das condições existentes para o individuo em determinado momento. São listados abaixo os responsáveis pela qualidade de vida (QV) de cada pessoa.

- a) Nós mesmos somos os responsáveis fundamentais pela nossa qualidade de vida ao praticar estilos de vida saudáveis e desenvolver os vários atributos e indicadores que podemos realizar ou evitar
- b) Os dirigentes públicos responsáveis pelos aspectos financeiros, políticos, sociais, culturais e, ambientais do local de nossa moradia;
- c) Profissionais. Direta e indiretamente com os vários atributos e indicadores da nossa qualidade de vida, profissionais da saúde, educadores religiosos, segurança,

Para Almeida, Gutierrez e Marques (2012), é possível estabelecer, que qualidade de vida não é algo a ser alcançado, pois sempre existiu na humanidade, remetendo-se ao interesse pela vida. Ela é uma percepção que sempre esteve, e sempre estará presente na vida do ser humano, sendo assim todos têm qualidade de vida, porém o interessante para a vida de cada um é buscar uma boa qualidade frente as suas possibilidades individuais de ação, é implícito à essa percepção de bom ou ruim, pois estabelecer se algo é bom ou ruim depende de diferentes referenciais, ou pontos de vista, de acordo com o que pensa cada sujeito. Barbosa (1998), afirma que é possível estabelecer a existência de um conceito único e definitivo sobre qualidade de vida, mas é possível estabelecer elementos para pensar nessa noção enquanto fruto de indicadores ou esferas objetivas (sociais) e subjetivas, que acontecem a partir da percepção de que os sujeitos constroem em seu meio.

Almeida Gomes e Marques (2012) citam Vilarta Gonsalves (2004), quando definem as características dessas duas esferas: “objetividade das condições materiais interessa a posição do indivíduo na vida, e as relações estabelecidas na sociedade; subjetividade interessa o conhecimento sobre as condições: físicas, emocionais e sociais relacionadas” (ALMEIDA *et al.*, 2012, p.20).

Pontos de vista objetivos em relação à qualidade de vida não deixam de ser relevantes, pois busca uma compreensão da realidade sendo pautada em elementos quantificáveis, e concretos que podem sofrer transformações pela ação humana. Na perspectiva, a que busca qualidade de vida é analisada em busca de dados quantitativos e qualitativos, que permite traçar o perfil do indivíduo ou grupo em relação a seu acesso a bens e serviços. Na perspectiva objetiva, também são consideradas questões de ordem concretas, entretanto, consideradas variáveis históricas, sociais, culturais, e de interpretação individual sobre as condições de bens materiais e de serviços do sujeito (ALMEIDA *et al.*, 2012). Ainda sobre esse aspecto objetivo, Almeida, Gutierrez e Marques (2012) ressaltam que:

[...].Não busca uma caracterização dos níveis da vida apenas, dados objetivos, relaciona-os com fatores objetivos e emocionais, expectativas e possibilidades dos indivíduos ou grupos em relação a sus realizações, e a percepção que os atores têm de suas próprias vidas, considerando inclusive questões imensuráveis ,como prazer, felicidade, angustia e tristeza; quanto aos aspectos subjetivos, é preciso uma caracterização previa do ambiente histórico-social em que vive o grupo ou sujeito, para uma análise sobre seus níveis de qualidade de vida, lembrando que o estabelecimento desses níveis se dá de forma relativa às necessidades, percepções, individuais (ALMEIDA *et al.*, 2012, p.21).

Para Almeida, Gutierrez e Marques, (2012), é importante salientar que as esferas objetivas e subjetivas da percepção sobre qualidade de vida, têm suas fronteiras muito tênues. Sendo observado que os autores que adotam um ou outro aspecto para avaliar a qualidade de vida acaba usando conceitos e princípios de outra. Desse modo, as relações entre ambas as esferas são inevitáveis, pois exercem influência de forma mútua.

Falar em qualidade de vida tornou-se um grande desafio, para os grupos excluídos do processo de desenvolvimento humano. Tornou-se até uma forma de agressão falar em tal assunto. Neto e Araújo (2003) elencam os indivíduos que fazem parte desses grupos que são: deficientes, excluídos economicamente, enfermos, idosos excluídos do processo educacional e excluídos da sociedade, enfim, “[...] grupos de pessoas que necessitam vencer as dificuldades

próprias das diferentes dimensões da qualidade de vida e mais as específicas de suas situações especiais e isto, quase sempre, é muito difícil” (NETO; ARAUJO, 2003, p.39).

É diante de um grupo específico (idosos), que será desenvolvido o próximo tópico, cuja temática se tornou para Neto e Araújo (2003), uma discussão necessária para todos os brasileiros, com vistas ao alcance de uma vida mais longa com melhor saúde e qualidade.

4.2 Qualidade de vida na velhice

Sabemos que o processo de envelhecimento da população brasileira tem se acentuado de forma significativa nas últimas décadas. Mediante dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 1950 e 2025, a população de idosos nos países crescerá 16 vezes, contra 5 vezes o crescimento total da população, colocando o Brasil como a sexta população em contingente de idosos no mundo. Frente a essa realidade, existe uma preocupação com a qualidade de vida na velhice, que ganhou relevância nos últimos 30 anos. Esse fato se deu em função do crescimento do número de idosos e também da expansão da longevidade que passou a ser compartilhada por um maior número de indivíduos vivendo em diversas sociedades (NERI, 2000).

Neto e Araújo (2003), no que diz respeito ao aumento populacional, falam em termos de expectativas de vida e sobrevida, que, para estes autores, constituem a esperança de vida ao nascer e a possibilidade de vida ao atingir 40 ou 60 anos. Estabelecendo uma comparação, a “sobrevida do homem, ao contrário da expectativa de vida, é próxima da mulher, o que indica que na medida em que envelhecemos a capacidade de viver mais vai se igualando”.

Para Trentini (2004), o intuito do ser humano sempre foi viver mais, existe um grande desafio que cresce em importância: a obtenção de uma melhor qualidade de vida, nesses possíveis anos futuros conquistados estimulando a realização de pesquisas, no sentido de esclarecer os fatores que contribuem para que a autora chame de envelhecimento bem sucedido.

“Em relação a esse envelhecimento bem sucedido”, Neto e Araújo (2003) falam que é imprescindível conhecer o processo no que se refere à perspectiva de vida, pois saber como podemos viver mais traz certa tranquilidade para cada um dos que buscam uma longevidade saudável com boa qualidade de vida.

Um conjunto de atributos articulados define nossa longevidade, são eles biológicas, familiares, características individuais, socioculturais, estilos de vida, ambiente e promoção de saúde. Eles se complementam juntos a elementos como a vontade e a determinação de viver

mais. Os cuidados necessários à saúde definem a intensidade e o momento em que essas coisas acontecem na vida do ser humano.

Conforme as ideias de Paschoal (2000), viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida. Sobretudo a longevidade, pode ser um problema, com consequências sérias as diferentes dimensões, da vida humana, física psíquica e social. Esse ano vivido a mais pode significar anos de sofrimento, para os indivíduos e suas famílias, anos marcados por doenças, declínio funcional aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. Mas se ociosos indivíduos envelhecerem, mantendo-se autônomos, independentes. Assim a sobrevida aumentada poderá ser plena.

Trentine (2004) cita Lawton (1991), quando diz que a qualidade de vida é uma avaliação multidimensional, que se refere a critérios sócio-normativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas ou, prospectivas entre o individuo idoso e o seu ambiente, ou seja, dependem de um conjunto de elementos que agem em interação com algumas constantes ao longo da vida. A avaliação de qualidade de vida incide sobre quatro áreas inter-relacionadas; competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar psicológico, das quais depende a funcionalidade do idoso.

Em relação ao âmbito psicológico, investigadores de diversas áreas têm tentado medir o bem-estar, a satisfação e a felicidade para atender o que as pessoas querem dizer com a expressão “boa vida” (Paschoal, 2012). Disciplinas na área das Ciências Biológicas, da Psicologia e das Ciências Sociais têm a importante tarefa de identificar as condições que permitem envelhecer bem com boa qualidade de vida, e com senso pessoal de bem-estar. Através de um estudo levantado pela autora, é feito um histórico das tendências diferentes sobre esse estudo. A primeira é o bem-estar psicológico e satisfação; a segunda é o bem-estar psicológico e atividade; a terceira é o bem-estar psicológico e o senso de controle (autonomia); a quarta é o bem-estar psicológico e o mecanismo de regulação, e, por fim, o bem-estar psicológico e estresse (NERI, 1993).

Conforme Neri (1993), a avaliação que o idoso faz de sua situação é um medidor importante de sua satisfação na vida, a maneira como ele irá se comportar diante da extensão de sua perspectiva de tempo futuro, de como valoriza seu passado e, de como faz uso de suas possibilidades atuais podendo essa satisfação ser proporcional através do controle pessoal.

Tendo em vista a variabilidade do conceito de qualidade de vida especialmente na velhice, que é dado principalmente de forma subjetiva, é imprescindível avaliar como isso ocorre dentro das Instituições de Longa Permanência (ILP's), pois para Fleck (2006), os idosos residentes nessa modalidade asilar não tem sua autonomia preservada de tomar e nem liberdade

de tomar decisões quando necessário, ou até mesmo o controle de seu futuro e, em algumas situações não realizam aquilo que lhe traz prazer. Partindo do pressuposto que nem o tempo ou o espaço são meios homogêneos nos quais os fenômenos acontecem, mas são definidos pelas suas práticas sociais. Graelff (2007) percebe que

[...] os ritmos do processo de envelhecer no asilo assumem diferentes formas, dependendo das ocupações, das distrações dos descansos, dos hábitos, das irregularidades e dos intervalos da vida cotidiana. Porém os ritmos asilares, não são facilmente transmitidos através de conceitos, [...] em cada lugar e momento, diferentes se impõe eles estão intimamente ligados, relacionados, às experiências de habitação dos espaços (GRAEFF 2007).

É importante a manutenção da independência e das atividades dos idosos, na busca pela qualidade de vida. Como observado por Dets (1989), a participação em atividades é um dos meios pelos quais o idoso obtém bem-estar psicológico, podendo essas atividades ser físicas e mentais individuais ou grupais. Esse bem-estar emocional, em parte resultado da interação social e da força do vínculo social, tendo em vista que a prática regular em atividades dá significado e satisfação à existência, pois proporcionam a oportunidade de manter o convívio social com compromisso e responsabilidade.

Além disso, segundo Lima (2005), existem evidências que demonstram que o não fazer atividades é nocivo à saúde do idoso, podendo, na maioria das vezes, levá-lo ao declínio de sua capacidade física, causar a incapacidade funcional, impedindo-o de exercer as funções do corpo. Somando-se a isso, o não fazer atividades de vida diária e de vida prática, deixa o idoso exposto e vulnerável para adquirir enfermidades.

E imprescindível para o ser humano participar de atividades principalmente quando se trata de idosos, pois é capaz de dar sentido a vida, manter o equilíbrio físico emocional e com social. Independente do tipo de atividade de que participem, os idosos envolvidos em planos com a comunidade e com outras pessoas, tornam-se pessoas com maior autonomia, obtendo de capacidade de adaptação dessa nova fase da vida. O compartilhamento de atividades grupais com pessoas que estão inseridas no meio da mesma geração possibilitar o bem-estar do mesmo facilitando as aproximações interpessoais (QUEIROZ, 2010).

Dentro de uma sociedade capitalista as atividades produtivas têm reconhecimento maior do que as demais que por isso são tratadas como relevantes. Portanto, as atividades que são grupais podem trazer os mesmos benefícios que fazem as atividades produtivas, pois a sua importância está na relevância que possuem para o grupo de idosos podendo ser de diversos

tipos: coletivas, produtivas, caritativas, religiosas, artísticas, atividades da vida diária, de responsabilidade social recreativa, lúdica, educativas podendo assim o momento de realização das atividades se tornar um momento de desenvolvimento (QUEIROZ, 2010).

Longevidade, segundo Neto e Araújo (2003) é uma dimensão da vida da qual herdamos parte, mas muito mais vale a nossa vontade de viver, nossos hábitos, costumes, e satisfação com a vida, tomada de articulação dirigida por nós mesmos, sob o comando do deus de cada um.

Para concluir, Lima (2005) fala que mesmo diante de fatores negativos que se interpõem ao processo de envelhecimento, é essencial ao equilíbrio físico, psicoemocional e social do idoso realizar atividades, de forma a serem estimulados a continuar fazendo planos, mesmo na velhice, o que os leva a estabelecer contato com a sociedade tornando-os participativos, ativos e, por fim, quebra o estigma de ser velho. Costa (2001) reforça a importância que a educação física traz a uma boa qualidade de vida à pessoa idosa, esta deve “[...] estar num contexto mais amplo e unificador (sujeito-corpo-sociedade) e, sobretudo, não dar demasiado valor ao corpo como matéria a ser treinada, disciplinada, e tornada obediente [...]” (COSTA, 2001, p. 95).

[...] A prática da educação física deve preocupar-se com o desenvolvimento de atividades portadoras de expressão gestuais e/ou comunicativas que tragam ao seu bojo conteúdo simbólico, relativo à vida dos indivíduos. Nesse ponto é importante também ressaltar o valor das atividades físicas para os indivíduos de mais idade pela sua influência benéfica em minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento e em estimular funções essenciais do organismo e as funções do aparelho locomotor [...] (COSTA, 2001, p. 95).

Dessa forma, acredita-se que o incentivo à prática de exercícios físicos pode auxiliar na promoção de qualidade de vida na terceira idade, pois os benefícios biológicos, psicológicos e sociais disso para a saúde dos idosos são inúmeros, dentre estes, podem ser citados:

melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência; redução do risco de morte por doenças cardiovasculares; melhora do controle da pressão arterial; manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis; melhora da postura e do equilíbrio; melhor controle do peso corporal; melhora do perfil lipídico; Melhor utilização da glicose; Melhora a enfermidades venosas periféricas; melhora da função intestinal; melhora de quadros algícos; melhora à resposta imunológica; melhora da qualidade do sono; ampliação do contato social; correlação favorável com redução do tabagismo abuso de álcool e drogas; diminuição da ansiedade, do estresse, melhora do estado de humor e da autoestima (MS, 2006, p. 22).

Segundo o Ministério da Saúde, o exercício físico pode condicionar uma melhor qualidade de vida, e como complemento, a comunidade científica vem sugerindo que o melhor

exercício físico é aquele que melhor se adequa ao indivíduo, o que mais lhe dá prazer em praticá-lo, como por exemplo: hidroginástica, caminhada, pilates, zumba, dentre outros.

Segundo Araújo, não existe modelo indicado, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) divulgada no ano de 2017 mostrou que 18,4% da população brasileira entre 40 e 59 anos pratica atividades físicas. Esse número cai 5% entre as pessoas acima de 50 anos. A busca por exercícios físicos precisa ser pautada pelo modo como as pessoas vivem. Para a taxa de abandono diminuir, “existem exercícios bons para quem sempre fez e para quem nunca fez” de acordo com o Instituto de longevidade (IL) e o Ministério da Saúde (MS). O sedentarismo, portanto, não tem razões para acontecer e, principalmente na velhice, deve ser evitado para que esta fase seja vivida de forma mais leve.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população idosa tornou-se um fenômeno mundial, é visível que essa população vem crescendo de forma progressiva e acelerada em relação à população jovem. As grandes transformações demográficas e intensa mudança nas pirâmides etárias marcadas por mudanças de caráter social e econômicas, bem como físicas, todas elas podem ser sentidas de forma impactante pelo idoso. Devido às mudanças da sociedade contemporânea, vários fatores contribuíram para o aumento de idosos institucionalizados. Essa situação vem se tornando cada dia mais comum principalmente em países subdesenvolvidos, mas o preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo.

Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice. “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas”, conforme se estipula no Artigo 6º do chamado Plano de Madri.

Diante dessa realidade, surgem questionamentos que envolvem demandas relacionadas às famílias e seus idosos, pois a composição familiar ganhou novos formatos para se adaptarem aos pleitos de uma sociedade capitalista. Por conta dessas situações, os membros familiares ganharam novas funções, e a conceituação de família agora abrange uma variedade de

conceitos. O grupo familiar deveria representar para seus membros idosos um ambiente de afeto, respeito, carinho, solidariedade, cuidados, de reciprocidade, proteção, segurança, amor, dedicação, aprendizagem, valores, inclusão social e apoio nas mais diversas situações. No entanto, a atual conjuntura passa a ser um ambiente de hostilidade e de exclusão.

Ao longo das décadas, o idoso teve que se adequar e se adaptar ao novo estilo de vida e muitas vezes, por não conseguir, por diversos motivos, alcançar determinados formatos, passa a ser considerado inválido e ser visto como um estorvo, um peso, às vezes sendo abandonado pelos seus próprios familiares. Este ainda se constitui num problema vivido pelo idoso. E por não querer mais ser visto como alguém que atrapalha a vida dos mais jovens, ele opta por não conviver mais com sua família, e passa a morar em asilos ou Instituições de Longa Permanência.

A internação em uma instituição dos idosos nem sempre é feita pelos familiares, muitas vezes é o próprio idoso que toma a decisão de sair do meio do convívio da família perdendo totalmente o vínculo familiar por pensar que essa é a única forma de deixar de “atrapalhar” a vida de seus familiares. Assim, o fato de estar asilado implica em uma série de questionamentos e um deles é a questão da qualidade de vida.

É perceptível que diante do aumento da taxa da expectativa de longevidade é inevitável a busca por uma vida saudável e de boa qualidade e que isso só é possível mediante algumas medidas, que são tomadas pela própria pessoa. Mais isso não depende apenas do próprio indivíduo principalmente quando se tratar de um idoso. Existem vários fatores os quais podem impactar na qualidade de vida dos idosos e a falta ou a má distribuição deles podem dificultar as condições mínimas de uma vida saudável e tranquila, como: econômicos, éticos, políticos, sociais e outros mais complexos.

De acordo com os dados obtidos, observamos que são vários os elementos que podem contribuir para uma boa qualidade de vida das pessoas idosas, desde esportes até inserção social. Observamos também, que é possível ter acesso a vários serviços públicos e políticas que são asseguradas pelo Estatuto do Idoso, sejam elas na área da: saúde, seguridade social, amparo do Estado e da família, da sociedade, entre outros.

Além desses, a realização de diversas atividades esportivas é de extrema importância para a vida da população idosa, pois proporciona melhoria para a saúde, a qual também deve ser continuamente assistida pelos órgãos públicos competentes, no entanto, nem sempre o acesso aos benefícios fornecidos pelo Estado é possível, tendo em vista que as unidades criadas para esse tipo de atendimento padecem de precárias condições de manutenção, pelo menos no atual contexto brasileiro.

Talvez seja interessante a realização de pesquisas de campo para averiguar que elementos problematizam de fato a qualidade de vida na velhice, com o fim de decantar os que competem à gestão pública sanar, os que competem às famílias, ou à iniciativa própria do idoso. Uma análise cuidadosa desses dados poderia ter auxiliado na elaboração deste trabalho, o qual requeria mais tempo que o que foi empregado. Inclusive o espaço temporal insuficiente pode ser apontado como principal dificuldade na tecitura desta produção acadêmica.

Por outro lado, uma pesquisa nunca esgota uma temática, pois sempre surgem dúvidas a serem esclarecidas a respeito. Por se tratar de algo tão complexo que pode ser visto de forma subjetiva, o tema passa a ser entendido de forma diversificada em seguimentos como Saúde e Política Social. Estes são campos de atuação de futuros assistentes sociais, que devem buscar respostas através de experiências profissionais e fazer articulações no sentido de possibilitar intervenções para oferecer uma melhor qualidade de vida às pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

ADLER, E. **Aspectos emocionais da aposentadoria.** in VERAS, R. **Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999, pp. 143-148.

BARBOSA, Sonia Regina da Cal seixas. **Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção.** In BARBOSA, Sonia Regina da Cal Seixas. **Temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAN.** Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998, pp. 401-423.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** 1ª ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMARANO; AMÉLIA, Ana; KANSO, Solange. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil.** Rio de Janeiro: R. bras. Est. Pop, 2010, v. 27, n. 1, pp. 233-235.

CAMARANO, A.; PASINATO, M.T.; LEMOS, V.R. **Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero?** in: 194 NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida na velhice.** Enfoque multidisciplinar. 2ª ed. Campinas: Alinea, 2011.

CAMARANO, A, M; Mello, J.L. **Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais.** in. Camarano, A. **Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipa, 2010.

NETO, Coelho; ARAUJO, A. **Vida Longa com Qualidade.** Rio de Janeiro: ABC Editora, 2003.

COSTA, Geni de Araújo. **Longevidade um novo desafio para a educação.** São Paulo; Cortez, 2001.

CULCHE, D. **A noção de nas ciências sociais.** Bauru: Edusc, 1999.

DEECKEN, A. **Saber envelhecer.** 4ª ed. Petrópolis; Editora Vozes, 1998.

FERRETO, L.E. **Representação Social no envelhecimento humano.** in MALAGUTTI, W.; BERGO, A.M.A. **Abordagem interdisciplinar do idoso.** Rio de Janeiro: Rubio 2010, p.23-36.

FEATHERSTONE, Mike. **Cultura de consume e pós-modernismo.** São Paulo: Studio Nobel, 1995.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio século XXI escolar: o minidicionário da Língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil.** Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo: 2012, pp. 1494-1502.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica.** Ceará: Universidade Estadual do Ceará, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Sandra. **Políticas publicas para a pessoa idosa.** São Paulo: 2009, p. 31.

MAIA, M.; ALBUQUERQUE, A. **Get there now! Cultura contemporânea, imediatismo e desamparo.** Revista de psicanálise. Ano XIII, nº. 132. São Paulo: Pulsional, 2000, pp. 81-88.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social.** in MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras editora. 1999.

MATSUDO, S. M. et al. **Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica.** Revista Brasileira de Medicina e Esporte. v.9, nº6, São Paulo: 2003.

MAZO, G.Z; LOPES, M.A; BENEDETTI, T.B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica.** 3ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2009, p.318.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** São Paulo: Hucitec,1993, p. 68.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, CEA. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 209.

MISHARA, B.L.; RIEDEL, R. G. **El Proceso de envejecimiento**. Madrid: Morata, 1995.

NÉRI, Anita Liberalesso. **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Editora SESC, 2007.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Epidemiologia do envelhecimento**. in: PAPALÉO, Matheus Netto. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PEREIRA, Potyara. **A assistência social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção dos pobres no Brasil**. Brasília: Thesaurus, 1996.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999, p. 69.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. Tradução: Maria Aparecida Pereira. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, L.R.F. **Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atrelado ao processo de envelhecimento**. *Historia, ciências, saúde*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, jan./mar. 2008.

SILVA, K.V.; SILVA, M.H. **Dicionário de conceito histórico**. 2^a.ed., 2^a reimpressão. São Paulo: Contexto, 2006.

UCHÔA, E. (). **Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso**. São Paulo: Cadernos de Saúde Pública, 2003, pp. 849-853.

VERAS, R. **Envelhecimento Humano: As ações de Promoção a Saúde, e Prevenção de doenças**. in FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria, e Gerontologia**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice – aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

BRASIL. **Benefício assistencial ao idoso.** Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-ao-idoso/>> Acesso em: 05 jul. 2017.

BRASIL. **Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência (BPC).** Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/> Acesso em: 01 jul. 2017.

BRASIL. Esplanada dos Ministérios. **#SuasPorDireitos Conselhos Municipais, Estaduais, Instituições e várias instâncias da Assistência Social aderiram a hashtag Suas Por Direitos.** Disponível em: <<https://blognas.org/2017/06/21/suasporDireitos-conselhos-municipais-estaduais-instituicoes-e-varias-instancias-da-assistencia-social-aderiram-a-hashtag-suas-por-direitos/>> Acesso em: 14 jun. 2017.

BRASIL. **Lei orgânica de assistência social. Loas Anotado.** Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/LoasAnotada.pdf>. Acesso em: 20 jun 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.017, de 12 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/seguranca_alimentar/doc/leis/2009/Lei%20no%2012.017-%20de%2012%20de%20agosto%20de%202009.pdf> Acesso em: 10 jun. 2017

BRASIL. Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social.** Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm> Acesso em: 05 jul. 2017.

BRASIL. **Sistema Único de Assistência Social reforçou profissionalização no setor.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/05/implantacao-do-suas-reforcou-profissionalizacao-na-assistencia-social>> Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm> Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm> Acesso em: 15 jun. 2017.

BRASIL. **Proteção social básica.** Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial.>> Acesso em: 21 jun 2017.

PANTALEÃO, Sergio Ferreira. **Benefício de Assistência Social ao Idoso e ao Deficiente – Loas**. Disponível em: <www.guiatrabalhista.com.br/...icas/beneficio_loas.htm> Acesso em: 10 jul.17.

THOMÉ, Clarissa. **A UPP fez sua parte. Para onde foi a verba de assistência social?** Disponível em: <<http://brasil.estadao.com.br/noticias/rio-de-janeiro,a-upp-fez-sua-parte-para-onde-foi-a-verba-de-assistencia-social,10000053273>> Acesso em: 10 jun. 2017.

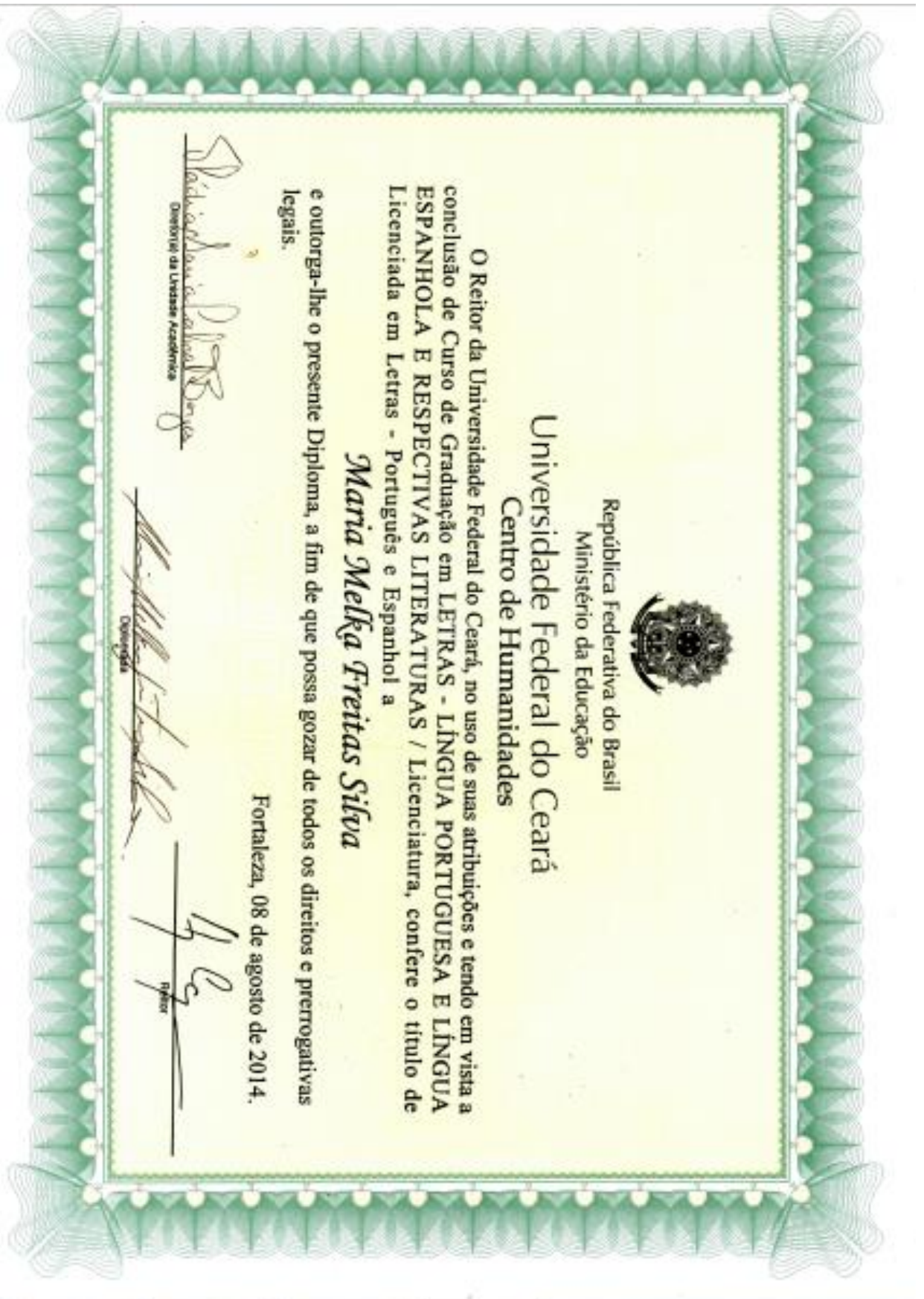
BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf> Acesso em: 21 jun. 2017.

COSTA, M. Mercadante. **O idoso residente em ILPI (Instituição de longa permanência do idos), e o que isso representa para o sujeito idoso**. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v.16, nº 2, pp. 209-222, 2013. Disponível em <<http://pucsp.br./index.php/kairos/article/download/17641/13138>> Acesso em: 21 jun 2017.

MOREIRA, Virgínia; NOGUEIRA, NUNES, Fernanda Nícia. **Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000100009> Acesso em: 04 mai 2015.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Benefício assistencial ao idoso e Previdência Social**. Disponível em: <www.previdencia.gov.br/beneficio-assistencial-bpc-loas> Acesso em: 25 jun 2017.

ANEXO – A (Diploma da revisora – anverso e verso)



CURSO DE LETRAS - LÍNGUA PORTUGUESA E LÍNGUA ESPANHOLA E RESPECTIVAS LITERATURAS / Licenciatura, RECONHECIMENTO RENOVADO PELA PORTARIA MEC Nº 286, DE 21/12/2012 DOU DE 27/12/2012					
Forma de Diploma					
MARIA MELKA FREITAS SILVA					
Pai					
ANTONIO VALENTINA DA SILVA					
Mãe					
MARIA IBIAPINA DE FREITAS CAPISTRANO					
Nacionalidade		Estado de Nascimento		Data de Nascimento	
BRASILEIRA		Ceará		05/06/1991	
Documento de Identidade			Órgão Emissor		Data de Criação
2008010167028			SSPDS-CE		18/07/2014
Nº do Registro	Curso	Falta	Processo	Data do Registro	
109385	GCP-111	62	011812/2014-15	07/08/2014	
Pelo Reitor			Pelo Unidade Acadêmica		
Prof. Henry Holanda Campos Vice-Reitor da UFC			Prof. Manoel Carlos Cabral Borges Diretor de Unidade Acadêmica		
Pelo Centro de Mensagem e Documentação / PROGRAD / UFC					
<p>RETIFICAÇÃO</p> <p>Corrigir os dados do diploma para:</p> <p>Pai: <u>ANTONIO VALENTIM DA SILVA</u></p> <p>em <u>11</u> de <u>Setembro</u> de <u>2014</u></p>					

Francisco Venício F. Fialho
Auxiliar em Administração
SAPE 203455

