

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Envelhecimento, políticas públicas e exclusão social: trajetória de idosos de comunidades do Complexo de Manguinhos”

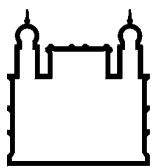
por

Michele Souza e Souza

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sarah Maria Escorel de Moraes

Rio de Janeiro, maio de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Envelhecimento, políticas públicas e exclusão social: Trajetória de idosos de comunidades do Complexo de Manguinhos”

apresentada por

Michele Souza e Souza

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Célia Pereira Caldas

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom

Prof.^a Dr.^a Sarah Maria Escorel de Moraes – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 29 de maio de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S729 Souza, Michele Souza e
Envelhecimento, políticas públicas e exclusão social:
trajetória de idosos de comunidades do Complexo de
Manguinhos. / Michele Souza e Souza. -- 2013.
vii,151 f. : graf.

Orientador: Moraes, Sarah Maria Escorel de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Envelhecimento. 2. Iniquidade Social. 3. Políticas
Públicas. 4. Vulnerabilidade em Saúde. 5. Exclusão Social.
I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.6

AGRADECIMENTOS

Esta parte se inicia com uma imensa e eterna gratidão as pessoas mais importantes da minha vida e as quais sem elas eu não conseguiria chegar aonde cheguei: Os meus pais. Devo a eles tudo que sou, tudo que construí, todas as conquistas, vitórias e alegrias. Não seria quem eu sou se eu não tivesse sido criada num ambiente de tanto amor, carinho, companheirismo e cuidado. Obrigada pelo apoio, pelas puxadas de orelha, pelas risadas e, sobretudo por me amarem incondicionalmente e estarem ao meu lado em todas as minhas escolhas, acertos e erros. Incluo também aqui a minha irmã querida e que amo imensamente e profundamente e que tem me incentivado tanto ao longo desses anos. É muito saber que tenho ao meu lado uma irmã-amiga em que eu posso contar a qualquer momento e pra qualquer coisa. Somos tão diferentes que nos complementamos e sou muito feliz por isso. Enfim família, vocês são tudo (e mais um pouco) pra mim!

Devo agradecer também ao amor da minha vida, meu companheiro de hoje e pra sempre, meu namorado Diego. Sou muita sortuda por te ter ao meu lado em todos esses anos. Obrigada pelas risadas infinitas, por ter muito paciência comigo, por ouvir minhas frustrações, angústias, lamentações, reclamações, principalmente nesse processo, por cuidar de mim, por estar ao meu lado, por me amar, enfim, obrigada por ser meu companheiro, amigo e amor. Faltam palavras pra mensurar o quanto te amo e o quanto sou feliz por tudo que temos e iremos construir. Te amo muito!

Agradeço também aos amigos que tive sorte de conquistar ao longo dessa minha trajetória. As “bizarras” do meu coração, sobretudo Juliana, Fernanda e Amanda, pelo companheirismo ao longo desses mais de 10 anos de amizade. Amigas queridas do meu coração, como eu amo vocês. Olho pra trás e lembro todas as nossas histórias engraçadas e bizarras, risadas sem fim, choros, tristeza e me sinto imensamente feliz por termos passado por tanta coisa juntas e ver nossa amizade ficar cada vez mais forte e sólida. Amo tanto tanto vocês que até dói. Essa nossa parceria é eterna e já nos vejo lá na frente, rindo, felizes e juntas celebrando essa nossa linda e inabalável amizade.

Aos amados cientistas sociais que a vida me deu a sorte e o orgulho de trazer: Luciana Aguiar, Bárbara Fontes, Paula Jatahy, Maíra Mansur, Danielle Oliveira, Verônica Tomsic, Luanda Lima, André Pontes, Marcelo Ribeiro, Guilherme Santana, Rodrigo Guedes, Felipe Brito, Bernardo Lopes, André Riscado, Danilo Mariano, Antônio Pilão, Willyam Viegas, Carolina Luz, Juliana Queiroz, André Lobo, Sofia Monti, Dário Paiva, Rafaela Carvalho. Vocês não têm noção do orgulho que tenho de fazer parte desse grupo tão maravilhoso, desses irmãos que a vida me deu de presente. A nossa amizade é coisa

rara hoje em dia e me considero extremamente sortuda por fazer parte disso. É lindo ver o quanto nos amamos sinceramente, torcendo um pelo outro, puxando orelha quando é necessário e como somos felizes juntos. Com vocês sou muito mais feliz e completa. Neste sentido, devo agradecer especialmente a minha querida e amada amiga Maíra Mansur pelo companheirismo e amor. Mesmo na distância nossa amizade mantém-se a mesma: Linda, leve, feliz e sincera. Muito obrigada pela força, carinho, cuidado. Te amo gata! Agradeço também especialmente a amiga Paula Jatahy mais que parceira nessa loucura. Estamos juntas e vamos conseguir amiga. Te amo!!

As minhas companheiras de “teto” Marcelle, Ivy, Mileny, Maria e Bárbara. Gatas queridas do meu coração, o apoio e a amizade de vocês foi e têm sido fundamental. Obrigada por me acolheram com tanto carinho e por me fazerem sorrir sempre, mesmo quando as coisas não vão bem, tornando tudo sempre mais leve. Agradeço especialmente a minha linda e amada amiga Bárbara por estar sempre ao meu lado. Nossa amizade só se fortaleceu e que orgulho imenso que tenho ao ver que construímos uma relação tão sincera, doce e feliz.

A minha família como um todo: Meus tios, avós mais lindas do mundo – Maria e Iza, primos: Muito obrigada! Desculpem pela ausência muitas das vezes e agradeço ao amor incondicional. Agradeço especialmente as minhas primas-irmãs-companheiras Débora e Adriana pela irmandade em todos esses anos. Como amo vocês, sinto saudades e sou feliz por tê-las como parceiras da vida.

Preciso agradecer ao professor Daniel Groisman. Sua paixão, entrega, sensibilidade, seriedade e comprometimento com a temática do envelhecimento tornou-se uma referência e me impulsionou nessa temática que hoje é uma das grandes paixões da minha vida. Obrigada pelas oportunidades dadas, pelos conselhos, pelo senso de humor, pela parceria e por acreditar em mim. Devo muito este trabalho a você!

A minha turma de mestrado tão linda: Paula Pimenta, Luiz Villarinho, Ana Cássia, Adriana Cavalcanti, Vania Mefano, Evangelina Martich e Carla Cabral. Sem dúvidas ter vocês ao lado nas leituras e discussões de saúde e da vida, transformou o mestrado em uma experiência mais gostosa, leve e divertida. Vocês são meus queridos. Devo agradecer especialmente os encontros memoráveis com Carla, Ingrid, Eva e Flávia regados a muita alegria, reflexões, análises, risadas, apoio, parceria e carinho. Nosso encontro foi e tem sido maravilhoso. Obrigada gatas, amo vocês!

As minhas companheiras de sonhos Camila, Paula e Luanda: Amo vocês mais que imensamente. Obrigada por tudo!

Às professoras Célia Caldas e Elyne Engstrom que participaram tanta da minha banca de qualificação quanto da defesa da dissertação pelas contribuições riquíssimas, pelo cuidado, incentivo e palavras tão carinhosas durante a defesa.

Às professoras Nina Soalheiro e Adalgisa Peixoto que foram suplentes da banca de defesa da dissertação.

Enfim devo agradecer mais que especialmente a minha orientadora Sarah Escorel pelo apoio e orientação em todo este processo. Obrigada pela firmeza, pelas críticas mais que necessárias, pelo cuidado e ensinamento, me auxiliando sempre nas escolhas. Sem dúvidas se amadureci tanto pessoalmente como profissionalmente nesse processo devo muito a senhora e a referência que tem sido para mim. Também preciso agradecer a minha assistente de orientação, Hayda Alves pela disponibilidade e carinho que sempre me tratou durante esse processo, tirando minhas dúvidas e me socorrendo diante do ‘desespero’ da escrita. Muitíssimo obrigada, querida!

A CAPES agradeço pelo apoio financeiro que tornou esta dissertação possível.

Saber Viver

*Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto dura.*

Cora Coralina

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	I
SUMÁRIO	V
1. INTRODUÇÃO	1
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1. O processo de envelhecimento do Brasil	4
2.2. Políticas Públicas e Envelhecimento: Mecanismos de Proteção Social no Brasil	7
2.2.1 Políticas Públicas de Atenção ao Idoso no Brasil	7
2.2.2. Benefícios da Seguridade Social: Previdência e Assistência Social	17
a) Benefício não contributivo: Benefício de Prestação Continuada (BPC)	17
b) Benefícios Contributivos: Previdência Social	20
2.3. Estratégias e ações governamentais voltadas para os idosos no Brasil	24
2.4. Estratégias e ações governamentais voltadas para os idosos no município do Rio de Janeiro	28
2.5. Exclusão Social, Pobreza e Envelhecimento	34
3. ABORDAGEM METODOLÓGICA	39
4. CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E DOS ENTREVISTADOS	52
4.1. O território	52
4.2. Os entrevistados	59
5. ANÁLISE DAS TRAJETÓRIAS DE ENVELHECIMENTO SEGUNDO AS DIMENSÕES DOS PROCESSOS DE EXCLUSÃO SOCIAL DOS ENTREVISTADOS	65
5.1. Dimensão econômica	66
a) Trajetórias de ocupação dos longevos ao longo da vida: Influência na velhice	66
b) O papel dos benefícios contributivos para os longevos	70
c) Como os longevos gastam seus rendimentos?	74
d) Idosos e seu papel de suporte econômico na família	78
5. 2. Dimensão sócio familiar	80

a) Relações de sociabilidade primária e as dinâmicas de inclusão e exclusão social: o papel da família _____	81
b) Comunidade e vizinhança como suportes sociais dos longevos _____	89
5.3. Dimensão política _____	97
a) Direito à saúde _____	98
b) Exercício do voto: como idosos exercem esse direito _____	112
c) Acesso aos direitos através da Associação de Moradores local _____	115
5.4. Dimensão cultural _____	118
5.5. Dimensão humana (mundo da vida) _____	122
a) A saúde sob o olhar dos idosos do estudo _____	123
b) Patologias e impacto nas atividades do cotidiano _____	128
c) Impactos da participação e sociabilidade na saúde _____	130
6. CONCLUSÃO _____	133
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	138
ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS IDOSOS _____	147
ANEXO II- TCLE _____	151

Resumo

O envelhecimento populacional no Brasil está associado a importantes alterações demográficas, sociais e econômicas as quais acarretam desafios relacionados à análise deste processo, bem como, à formulação e implementação de políticas públicas no âmbito da proteção social ao idoso. Os desafios relacionados à chegada da terceira idade podem se avolumar para aqueles longevos residentes em zonas caracterizadas por suas vulnerabilidades sociais urbanas. Neste sentido, optou-se por realizar o estudo com idosos residentes em duas comunidades da região de Manguinhos a fim de compreender como este processo se dava nesse contexto a partir da perspectiva da exclusão social desenvolvida por Escorel (1999), dada suas possibilidades de analisar as diferentes dimensões da exclusão social, que podem ser afetadas nas trajetórias de envelhecimento. De acordo com a autora, a exclusão social não se reduz a uma situação de privação material ou simbólica (estado), mas refere-se a um processo produzido cotidianamente de fragilização e precarização de vínculos em diferentes dimensões (econômica, sócio familiar, política, cultural e no mundo da vida), o que permitiu observar, através da análise das trajetórias de vida dos entrevistados, que vulnerabilidades têm sido produzidas ao longo da vida e seus impactos nos diferentes âmbitos da vida social e na vida dos sujeitos quando estes chegam à terceira idade.

Palavras chave: envelhecimento, exclusão social, políticas públicas, vulnerabilidades.

Abstract

Population aging in Brazil is associated with significant demographic, social and economic changes, which bring challenges to the analysis of this process, as well as to the formulation and implementation of public policies in the field of social protection for the elderly. Challenges related to the arrival of the third age can swell for those oldest residents in areas characterized by urban social vulnerability. Therefore, it was decided to conduct the study with elderly residents in two communities in the region of Manguinhos to understand how this process occurred in this context from the perspective of social exclusion developed by Escorel (1999), given its possibilities to analyze the different dimensions of social exclusion, which may be affected in the trajectories of aging. According to the author, social exclusion is not limited to a situation of material or symbolic (state) deprivation, but refers to a daily produced process of precarious linkage in different dimensions (economic, social, family, cultural and in the world of life), which will allow to observe, through the analysis of life trajectories of respondents, what kinds of vulnerabilities have been produced throughout life and their impact on different aspects of social life and the lives of the subjects when they reach their senior years.

Keywords: aging, social exclusion, public policies, vulnerabilities

1. Introdução

O crescimento do número de idosos em números absolutos e relativos tem acontecido em escala mundial e em nível sem precedentes. Na ampla maioria dos países desenvolvidos esse fenômeno já é uma realidade. Ele vem ocorrendo paulatinamente ao longo das últimas décadas o que permitiu que os governos se organizassem em face das demandas singulares dessa clientela. O Brasil por sua vez, também tem experimentado uma mudança no cenário demográfico, com a expansão do contingente de idosos, porém ela vem ocorrendo de maneira acelerada, exigindo mudanças urgentes nas políticas de proteção social e, em particular na oferta de serviços de saúde.

Conforme estabelecido na Política Nacional do Idoso (1994) e no Estatuto do Idoso (2003) a população idosa está composta por pessoas com 60 anos ou mais de idade. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, considera como idosas pessoas com 65 anos ou mais que vivem em países desenvolvidos, e indivíduos com 60 anos ou mais que moram nos países em desenvolvimento.

O segmento de idosos é caracterizado por sua heterogeneidade, uma vez que é composta tanto por longevos com total autonomia, capacidade de gerir sua vida nos diferentes aspectos (econômico, social, cognitivo) e que desempenham papéis essenciais em suas famílias e no meio social onde vivem assim como por uma população em que a chegada da terceira idade é acompanhada pelo aparecimento e/ou agravamento de doenças incapacitantes ou ainda de longevos que envelhecem sem quaisquer rendimentos. Nesse sentido, a análise das condições de vida dos idosos – a forma como viveram, hábitos desenvolvidos, lugares que residiam como se alimentavam; as ocupações e relações empregatícias passadas; condições de moradia; relações sociais mantidas ou não – podem ajudar a compreender em que condições os idosos chegaram à terceira idade e como vivenciarão a última etapa da vida.

A chegada aos 60 anos tem sido comumente acompanhada por vulnerabilidades em diversos âmbitos. Essas fragilidades podem ser impulsionadas por diversos fatores como a saída do mercado de trabalho, onde o idoso se desliga do papel e imagem de trabalhador e contribuinte na economia; a perda de amigos e parentes; e fragilidades físicas e biológicas, com o aparecimento de doenças que se não afetam gravemente a saúde podem trazer limite à autonomia e independência dos longevos.

Os países em desenvolvimento devem enfrentar outros desafios além do rápido e abundante envelhecimento populacional e suas consequências: a dupla demanda da chegada de novos junto com a persistência de antigos problemas (CEPAL, 2012). Parte da

população desses países, entre os quais está incluído o Brasil, sofre com a baixa segurança e instabilidade no mercado de trabalho; baixo nível educacional; precárias condições de moradia; baixa oferta de serviços públicos essenciais como água, esgoto, energia elétrica, iluminação pública, coleta de lixo, pavimentação e transporte coletivo, ou seja, dificuldades de acesso aos equipamentos sociais básicos. Deve-se acrescentar que muitos longevos residem nessas zonas de vulnerabilidades sociais, o que faz pensar que estes especialmente, terão que enfrentar obstáculos adicionais, pois além das dificuldades que surgem com o processo de envelhecer tanto no aspecto biológico quanto no social, devem contar com a precariedade de acesso a serviços de saúde e dificuldades em usufruir outros direitos que lhes permitam ter qualidade de vida.

Esses elementos orientaram o presente estudo que buscou examinar e compreender os processos de envelhecimento de idosos residentes nas comunidades Vila União e Ex-Combatentes (Manguinhos, Rio de Janeiro), nas dimensões econômico-ocupacional, sócio familiar, cultural, política e humana (mundo da vida), a partir da abordagem desenvolvida por Escorel (1999). Para isso foram analisadas as trajetórias de vida de dez longevos observando se e de que maneira o processo de envelhecimento gerou vulnerabilidades que aprofundaram ou não processos excludentes nas diversas dimensões.

Escorel (1999) define exclusão social como um processo que envolve trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade e até ruptura dos vínculos em cinco dimensões da existência humana em sociedade: vulnerabilidade dos vínculos com o mundo do trabalho (dimensão econômica); frágeis relações familiares, de vizinhança e de comunidade (dimensão sócio familiar); dificuldades no exercício e acesso aos direitos que e precariedades nas trajetórias de cidadania (dimensão política); nas representações sociais onde as relações sociais podem gerar de maneira mais radical atitudes de indiferença, não reconhecimento e preconceito àqueles tidos como diferentes ou singulares (dimensão cultural); e nos aspectos relacionados ao cotidiano, cuidado, autonomia, bem estar, saúde, estado de ânimo, vida cotidiana (dimensão da vida).

A dissertação está organizada em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se o marco teórico referencial que engloba (i) o processo de envelhecimento do Brasil; (ii) os mecanismos de proteção social no Brasil (políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil; Benefícios da Seguridade Social: Previdência e Assistência Social compostos pelo benefício não contributivo: o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e os benefícios contributivos da Previdência Social; Estratégias e ações governamentais voltadas para os idosos no Brasil; Estratégias e ações governamentais voltadas para os idosos no município do Rio de Janeiro) e (iii) Exclusão Social, Pobreza e Envelhecimento.

No segundo capítulo apresenta-se a metodologia, ou seja, os métodos e instrumentos de investigação do problema proposto neste estudo a fim de que os objetivos traçados pudessem ser atingidos.

A caracterização do território e dos entrevistados é apresentada no terceiro capítulo que contém o cenário do estudo, o contexto onde a pesquisa foi desenvolvida, a observação do território; os equipamentos e serviços de saúde existentes; a localização geográfica das comunidades e sua possível influência no cotidiano dos entrevistados. O capítulo contém também as principais características dos entrevistados incluindo o contexto no qual foram obtidos os depoimentos.

O último e quarto capítulo é dedicado à análise das trajetórias de envelhecimento segundo as dimensões dos processos de exclusão social dos entrevistados. Esta parte foi analisada com base nas narrativas dos longevos, a trajetória de vida considerando diferentes aspectos: ocupações exercidas, vínculos trabalhistas; como os rendimentos recebidos têm impactado na vida dos longevos; os gastos; papel de suporte econômico que os entrevistados têm exercido em suas famílias; a importância das redes de sociabilidade para a vida dos idosos (familiares, comunidade, amigos, vizinhança); o papel das equipes de saúde da família e unidades de saúde para o acesso a saúde, o exercício do voto e o papel da Associação de moradores local; estigmatização e violência à pessoa idosa; como as patologias podem impactar na vida dos longevos, importância da convivência social para a saúde dos entrevistados.

2. Marco Teórico – Referencial

2.1 – O processo de envelhecimento do Brasil

Como observado em outros países, o Brasil também experimenta um movimento claro de alteração da estrutura etária de sua população, caracterizado pela expansão da participação de idosos na população total.

A ampliação da população longeva como traço característico do Brasil foi comprovado por estatísticas e pesquisas como as divulgadas pelo Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP – Idoso), que apresentou, em 2010, o índice de envelhecimento da população de 44, 8%, o que significa que nesse ano para cada 100 jovens havia quase 45 idosos.

O envelhecimento populacional vem aumentado significativamente nas últimas décadas. Dados do IBGE (2009) afirmam que se em “2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais, em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos”. Além disso, o envelhecimento populacional brasileiro está ocorrendo num contexto de envelhecimento da própria população idosa, ou seja, de um crescimento mais acentuado da população com 80 anos ou mais. Segundo Camarano e Mello (2009) esse subgrupo populacional representava em 2010, 1,5% da população brasileira e no ano de 2040 estes idosos responderão por um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total, representando um contingente de 13,7 milhões.

Para Veras (1988) os avanços na medicina contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população brasileira assim como outros fatores associados: aumento da qualidade de vida com a melhoria nos níveis de nutrição, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, nas condições ambientais no trabalho e nas residências. A necessidade de limitar o número de pessoas numa família devido ao contexto de crise econômica e a ação massificadora dos meios de comunicação (sobretudo a televisão), que, por sua vez, veiculavam um padrão de vida caracterizado, principalmente, por famílias pequenas também foi apontada pelo referido autor, como responsáveis pela significativa alteração etária na composição populacional brasileira.

A partir das mudanças referidas na estrutura etária brasileira, com expressiva incidência de idosos, os estudos passaram a se concentrar nas consequências deste processo e na necessidade de reorganização dos serviços de saúde no Brasil, focando nos aspectos ligados a saúde coletiva e não somente no indivíduo idoso. O processo de envelhecimento traz em seu bojo a preocupação com o aparecimento de dificuldades e

limitações que impactariam na autonomia do idoso, exigindo a busca pela manutenção da qualidade de vida dessa população (Veras, 1988).

Com a transição etária ocorreu ainda uma modificação no perfil de mortalidade da população brasileira. Verificou-se a diminuição da prevalência e mortalidade por doenças infectocontagiosas como, por exemplo, malária, diarreia, tuberculose e o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas tais como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares (Veras, 2009). Kalache (1987) também alertou para o caráter de cronicidade das doenças mais frequentes nos idosos, ou seja, o desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão ou a ocorrência de um acidente vascular-cerebral em idosos pode significar a necessidade prolongada de cuidados em saúde não somente por dias ou semanas, mas anos. Vale ressaltar que no Brasil, esse aumento coexiste com a manutenção de alta incidência das doenças infecto-parasitárias, o que faz com que o país tenha que dar conta de uma “carga dupla de doenças” (Veras, 2009).

A transição epidemiológica traz desafios não só para a saúde e bem estar do idoso, mas também para os serviços de saúde, implicando num maior consumo (e consequentemente, custos) de internações e de tratamento, equipamentos e medicamentos mais dispendiosos (Beltrão e Camarano, 2002). Nunes (2004, p. 427) corrobora esta análise em estudo sobre “Envelhecimento e despesas do Sistema Único de Saúde” com essa população, ao afirmar que o aumento do número de idosos e o novo perfil epidemiológico de atenção à saúde refletem-se em “mudanças na estrutura da atenção de cuidados hospitalares e na consequente elevação dos custos de atenção médico-hospitalar”.

Veras e Camargo (1998) ainda chamam a atenção para o duplo desafio posto pelo processo de envelhecimento brasileiro: necessidade de assegurar serviços de qualidade para os idosos e concomitantemente capacitar recursos humanos de excelência e conhecimento qualificado para lidar com esse grupo etário que cresce de forma acelerada no país. Mas os desafios não param por aí: o Brasil ainda deve dar conta da base da pirâmide etária, ou seja, dos jovens e crianças sob a pena de se agravarem ainda mais as situações ainda significativas de mortalidade infantil, evasão escolar, violência, entre outros problemas que atingem essa faixa etária.

O perfil de saúde da população acima dos 60 anos mostra-se comprometido pelos agravos em saúde. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD - 2008) mostrou que somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não sofrer qualquer tipo de doença crônica dentre as principais indicadas na pesquisa (hipertensão, doença da coluna ou costas, artrite ou reumatismo, doença do coração e

diabetes). Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica e no subgrupo de 75 anos ou mais de idade a proporção atingia mais da metade (54%). Dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP - Idoso) informam que, em 2008, havia 6,9% de idosos brasileiros com incapacidade funcional para atividades de vida diária, ou seja, com dificuldade para alimentar-se ou ir ao banheiro. Além disso, 24,6% dos idosos apresentavam limitação de mobilidade física, ou seja, tinham dificuldades para andar mais de um quilometro.

Os impactos do processo de envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento e a necessidade de ação governamental foram ressaltados por diversos pesquisadores, uma vez que este processo representa novas demandas por serviços, benefícios e ações que se constituem em desafios para gestores e sociedade (Beltrão e Camarano, 2002). Kalache, Veras e Ramos (1987) ressaltaram que o Brasil estava deixando de ser um país essencialmente jovem e que esta mudança trazia consigo a necessidade de reorganizar os serviços de saúde, uma vez que as demandas dos idosos (doenças crônicas requerendo cuidados continuados e custosos) iriam conviver com outros problemas sociais considerados como típicos de países em desenvolvimento como desnutrição, desemprego, violência, pobreza.

O envelhecimento brasileiro ocorre em paralelo a transformações estruturais das famílias, o que impacta no bem estar dos idosos uma vez que o aumento do contingente dessa população com perda de autonomia e independência acaba exigindo cuidados tradicionalmente prestados pela família. Conforme indicou Pasinato (2009) a maior parte dos cuidados domiciliares para com os entes familiares mais frágeis (crianças e idosos) tem sido provida informalmente pelas mulheres. Contudo, três mudanças têm contribuído para que este modelo de solidariedade familiar entre em crise:

“[Em primeiro lugar] a redução de cuidadores familiares potenciais, em razão da redução do número de mulheres disponíveis para ofertar os cuidados necessários e do aumento do número de idosos que precisam de cuidados prolongados; [em segundo] as mudanças no modelo tradicional de família, devido ao aumento da taxa de divórcios, das famílias monoparentais e da permanência dos filhos no lar até idades próximas aos 30 anos; e [por último] as mudanças na posição social da mulher associadas a sua incorporação ao mercado de trabalho, que reduzem a população cuidadora e, em especial, a disponibilidade de tempo a ser dedicado aos cuidados.” (IPEA, 2008, p. 57).

Ainda sobre a entrada das mulheres no mercado de trabalho e o cuidado, Standing, 2001 (apud Pasinato, 2009, p. 49) acrescentam que

“O envelhecimento populacional tem afetado principalmente a dinâmica familiar, uma vez que as mulheres têm sido capturadas por uma ‘armadilha’ de prestação de cuidados mais intensivos e subsequentes; assim que as mulheres ‘terminam’ de cuidar de seus filhos dependentes passam a ser pressionadas para cuidarem de seus pais com idades avançadas. Para algumas mulheres, inclusive, esse período se sobrepõe, haja vista a postergação da idade em que as mesmas iniciam seu período reprodutivo.”

2.2 - Políticas Públicas e Envelhecimento: Mecanismos de Proteção Social no Brasil

O aumento de doenças crônicas degenerativas, a necessidade de readequação dos serviços de saúde às necessidades específicas da população de idosos, além das incertezas em relação às condições de renda e de apoio uma vez que as mudanças nas estruturas familiares têm impactado nos tradicionais laços de solidariedade e suporte dados aos longevos, estão entre os desafios postos para as políticas públicas.

Dada a natureza da situação a ser enfrentada a marca da intersetorialidade, ou seja, a construção conjunta de ações e políticas entre diferentes setores tais como saúde, assistência social e direitos humanos, é um dos principais desafios para gestores, trabalhadores de serviços e representantes da sociedade civil, formuladores de políticas, dentre outros. Considerando-se o envelhecimento como um fenômeno complexo e multifacetado, e que a população idosa demanda comumente apoios de diferentes naturezas, a intersetorialidade, bem como a integralidade são necessárias para a construção de estratégias voltadas para o bem estar dos longevos para a promoção de sua qualidade de vida.

A população idosa brasileira representa uma proporção significativa da composição populacional e apresenta-se de forma heterogênea, não apenas devido a diferenças na composição etária. As diferentes trajetórias de vida experimentadas pelos idosos levam a inserções diferenciadas na vida social e econômica do país, o que caracteriza o envelhecimento como um processo que perpassa a trajetória de vida pessoal e social do idoso. Portanto, essa heterogeneidade traz também demandas de políticas públicas diferenciadas.

No final da década de 1980, autores como Beauvoir (1970), Haddad (1986) e Bosi (1987) passaram a discutir a perda do papel social do idoso impulsionado pelas mudanças do capitalismo que considera os longevos como descartáveis na medida em que há diminuição da capacidade laborativa e, portanto de contribuição para o sistema (Veras e Caldas, 2009). Diante disso, políticas de provimento de renda a essa população e aos idosos mais vulneráveis, ou seja, incapacitados e dependentes, fizeram-se necessárias e foram desenvolvidas pelo Estado brasileiro que assumiu que a insuficiência de renda e a perda de autonomia são fatores de risco para o bem estar do idoso.

2.2.1 – Políticas Públicas de Atenção ao Idoso no Brasil

As políticas de âmbito federal relacionadas à população idosa têm uma história recente, visto que as primeiras ações de maior volume e abrangência surgiram no ano de

1994. Até esta data existia a Renda Mensal Vitalícia (RMV), instituída, em 1975, pelo então presidente da República, o general Ernesto Geisel, e que

“consistia em pagar 50% do salário mínimo (na época cem cruzeiros) às pessoas com 70 anos ou mais, que não recebessem pensão de aposentadoria e não tivessem nenhuma fonte de renda” (Rodrigues, 2001, p.147).

Na década de 1970, foi desenvolvido o primeiro programa em nível nacional, no âmbito do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o PAI (Programa de Assistência ao Idoso). Este programa consistia na implementação de grupos de convivência para idosos previdenciários. Segundo Lemos et al. (sem data) nessa década, as práticas desenvolvidas de atendimento ao idoso pelo governo ainda eram centradas no assistencialismo, o que se justifica pela visão de velhice que ainda se tinha naquela época.

Na década de 1980 também se seguiram algumas iniciativas voltadas para a clientela idosa, dessa vez objetivando a perspectiva do idoso ativo, saudável e integrado socialmente. Por conta disso, o Instituto Brasileiro de Turismo (EMBRATUR) criou o “Clube da Maior Idade” que tinha como intuito incrementar o turismo valendo-se de trabalhadores com tempo livre, assim como aposentados e pensionistas a partir dos 60 anos. A Fundação Roquete Pinto também lançou através de um canal de TV o programa “Realidade” voltado para os idosos e com assuntos referentes a aspectos jurídicos da velhice, de saúde, cultura, lazer, etc. (Rodrigues, 2001; Lemos et al, sem data).

O grande avanço nas políticas de proteção a população idosa foi dado com a Constituição de 1988, que se configurou como uma importante conquista na ampliação dos direitos, principalmente para aqueles que não eram contemplados por políticas que garantissem plenos direitos. “A Carta Magna alterou o quadro da proteção social com expressivos impactos tanto em termos de ampliação da cobertura como em termos distributivos” (IPEA, 2008, p.108).

A profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro representou a consolidação na Constituição das pressões de amplos e diversos movimentos sociais (Escorel, 2008; Paim, 2008; Vianna e Baptista, 2008). Com ela introduziu-se o modelo da seguridade social que passou a estruturar a organização da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania, rompendo com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e com o viés estritamente assistencialista. A partir da Constituição os benefícios passaram a ser concedidos com base nos princípios da justiça social, o que obrigou a estender universalmente a cobertura e a integrar as estruturas governamentais. Com isso a saúde passou a ser um direito garantido a todos e não um privilégio de poucos inseridos numa ‘cidadania regulada’ (Santos, 1979). Além disso, estabeleceu como princípios básicos,

“a universalização, a equivalência de benefícios urbanos e rurais, 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 de trabalhadores na gestão.” (Pasinato e Camarano, 2004, p. 266).

Em relação à população idosa, o Capítulo VII da Constituição instituiu obrigações do Estado, sociedade e família com o bem estar dessa população, assim como outros direitos dos maiores de 60 anos:

Art. 229. “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.

Art. 230. “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

O artigo 203 sobre assistência social também refere aos idosos, afirmando que a assistência deveria ter por objetivo “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice” além de instituir

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

O primeiro inciso do artigo 230 estabeleceu que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares” e o segundo que “aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida em todo o território nacional a gratuidade dos transportes coletivos urbanos”. Observa-se que a Carta manteve a priorização do atendimento através das famílias, salvo impossibilidades dos entes. Como consequência, o papel do Estado na área de cuidados tem sido subsidiário, centrado quase exclusivamente no abrigamento de idosos pobres (Camarano, 2009).

Apesar de a Constituição em 1988 avançar na declaração dos direitos dos idosos, estabelecendo deveres da sociedade, família e Estado na garantia do bem estar dessa população, somente com a Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994 (regulamentada em 1996) foi instituída a Política Nacional do Idoso (PNI). Esta lei pode ser caracterizada como um marco legal nas políticas de assistência, proteção e apoio aos maiores de 60 anos, uma vez que estabeleceu uma série de princípios e diretrizes visando assegurar a manutenção da autonomia e a promoção da saúde e qualidade de vida. Para a sua coordenação e gestão foi designada a Secretaria de Assistência Social do MPAS, Atualmente ela integra o âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Uma das diretrizes que merece ser destacada é a que prega a “priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento

asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência”.

Essa diretriz enfatizou o instituído no artigo 230 da Constituição de 1988 que afirmou que o cuidado ao idoso, através de programas de assistência, deveria ser feito preferencialmente em sua residência. Todavia a política avançou nas propostas de criação de novas formas de assistência em detrimento de o atendimento asilar, estimulando a criação de centros de convivência, casas lares, centros de cuidado, dentre outros. Esta iniciativa deve ser ressaltada, já que pela primeira vez pensou-se em políticas de cuidado e atenção alternativas à internação (Groisman, 2011).

O documento estabelece também as atribuições dos ministérios, dos conselhos, e das entidades públicas quanto à assistência aos idosos. Sobre as ações governamentais, o artigo 10 do capítulo IV ao detalhar as competências da área de promoção e assistência social na implementação da Política Nacional do Idoso, afirma ser necessário:

- a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais.
- b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros. (Brasil, 1994)

Por meio da mesma lei que estabeleceu a PNI, houve a criação do Conselho Nacional do Idoso que “teria como objetivo viabilizar o convívio, a integração e a ocupação do idoso na sociedade, mediante sua inclusão no processo de formulação de políticas públicas destinadas a seu grupo social” (IPEA, 2012, p.13). A referida lei continha oito artigos que tratavam da regulamentação do Conselho, mas sua criação foi adiada sendo criada somente seis anos depois, dentro da estrutura do Ministério da Justiça, através do decreto nº 4.227/2002, mas ainda em caráter de consulta e sem paridade.

Finalmente em 17 de junho de 2004 o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI foi criado por meio do decreto nº 5.109 que dispôs sobre sua composição, estruturação, competências e funcionamento. Desta vez, o CNDI tornou-se um órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. O desenvolvimento deste órgão foi importante, pois se caracterizou como o braço operativo da Política Nacional do Idoso, encarregado de supervisionar e avaliar a PNI em âmbito nacional, estimular e assessorar a criação de Conselhos estaduais e municipais de defesa dos direitos do idoso e tornar efetiva a aplicação dos princípios e diretrizes da Lei n. 8.842 (Junges, 2004).

Observa-se que, do ponto de vista da normatização legal, os governos brasileiros tem procurado desenvolver políticas e leis que protejam a clientela idosa. Contudo, mantém-se

o desafio de conseguir que esses avanços sejam seguidos e efetivados. Nesse sentido o CNDI aparece como uma esfera de qualificação importante “do debate sobre os temas concernentes aos direitos humanos dos idosos” (IPEA, 2012, p. 12), ação e busca pela acessibilidade e inclusão dos longevos, fiscalizando o processo de aplicação de seus direitos efetivamente descritos e preconizados na PNI.

No ano de 1999, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente relacionada à saúde do idoso publicou a Portaria Ministerial nº 1.395 instituindo a Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI (Brasil, 1999). Concomitantemente publicou as portarias que obrigavam os hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS a viabilizarem meios que permitam a presença do acompanhante, durante o período de internação, de pacientes acima de 60 anos de idade (Brasil, Ministério da Saúde, 1999a; 1999b).

O aspecto considerado como prioritário na nova política foi a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (Brasil, 1999, p.1). Portanto, considera 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.

Estudos populacionais realizados (Kalache, 1987; Camarano, 2009; Veras, 2009; Fiedler e Peres, 2008; SMS/IPP/SMS, 2006) tratam da necessidade de observar a alteração do panorama epidemiológico na morbidade e mortalidade da população. As doenças crônicas são causas importantes e dispendiosas de perda de autonomia, independência e conseqüentemente, má qualidade de vida. Desta forma, a política tem como desafio aumentar a expectativa de vida com qualidade, para que os anos conquistados sejam vividos da melhor forma possível.

Para a garantia e atendimento a essa parcela da população idosa que demanda cuidados específicos, a política propôs ações preventivas, assistenciais e de reabilitação que deveriam objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade perdida pelo idoso (Brasil, 1999). Conseqüentemente buscou-se diminuir os custos que a dependência física e mental poderia gerar, uma vez que a perda da cognição e autonomia acaba “requerendo uma atenção que, não raro, envolve leitos hospitalares e institucionais, procedimentos diagnósticos caros e sofisticados, bem como o consenso frequente de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar”. Além disso, a política apoiou a formalização dos cuidados formais, buscando uma parceria entre profissionais de saúde e pessoas próximas aos longevos e que cuidavam dos mesmos. Esta parceria foi tida como “a estratégia mais

atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontravam no processo de adoecimento e perda da autossuficiência para realizar as atividades cotidianas” (Brasil, 1999, p.12).

Para alcançar esses objetivos, a PNSI propôs ações visando à prevenção dessas perdas funcionais como vacinas; prevenção de deficiências nutricionais; prevenção do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados, dentre outras ações (Brasil, 1999), além da adoção de atendimento especializado nos âmbitos ambulatorial e hospitalar. O documento também apresenta propostas de serviços alternativos à internação prolongada como a assistência domiciliar e o hospital-dia geriátrico, este tido como “uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar” (Brasil, 1999, p.10).

Essa última proposta corrobora o pressuposto da PNI sobre a necessidade de se desenvolver cuidados que auxiliem as famílias e estejam à disposição dos longevos quando estes não tiverem quem cuidá-los. Sabe-se que a família assume um papel não somente de tradicional cuidadora dos entes dependentes, mas também de suporte emocional. Porém nem todos os idosos têm a sua disposição, familiares para apoiá-los, o que torna necessária a criação dessas novas formas de atendimento.

Em 2002, diante da necessidade de colocar em prática as proposições propostas na PNI e na PNSI o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002 que dispôs sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.

Esta portaria objetivou colocar na prática as diretrizes da Política Nacional do Idoso como:

“a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais” (Brasil, 2002, p.1).

O documento assinala a importância de reduzir o número de internações já que a hospitalização não seria uma ação que promoveria a saúde do idoso, mas sua deterioração, ao minar sua independência funcional e autonomia.

As Redes instituídas pela Portaria devem ser integradas por hospitais gerais, “aqueles que teriam condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar” e por Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso que, por sua vez, deveriam dispor

“de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma

integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos”. (Brasil, 2002, p.2)

Para auxiliar a Portaria nº 702, foi instituída a Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de abril 2002, com objetivo de definir os critérios de cadastramento e funcionamento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Esta Portaria estabelece que, para ser cadastrado como Centro de Referência o hospital deve cumprir algumas exigências entre elas de desenvolver um programa de orientação do acompanhante do idoso no período de internação, orientando-o sobre como melhorar o apoio que dá à pessoa idosa que está acompanhando, em relação à sua dependência, buscando preservar ao máximo sua autonomia (Brasil, 2002). Os Centros deveriam também possuir um ambulatório especializado em Saúde do Idoso com atendimento por equipe multiprofissional e interdisciplinar “para os diferentes modos de atendimento, composta por médico assistente, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional” (Groisman, 2011, p.5).

O Centro de Referência deveria ter ainda instalado e em funcionamento um Serviço de Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso, modalidade assistencial que compreende um conjunto de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação para aumento da autonomia e capacidade funcional do idoso.

Obstante os centros de referência e outras modalidades de cuidado aos longevos buscaram desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, essas redes cuidado não foram implementadas de forma satisfatória nos estados, algo corroborado pelo Ministério da Saúde ao defender a readequação da Política Nacional de Saúde do Idoso, criada em 2006. Segundo análise de Groisman (2011, p. 5).

“o processo de implantação desses centros não tem ocorrido segundo o previsto e muitos não atendem plenamente a todos os requisitos estabelecidos na legislação. Da maneira como estão formulados, tais centros são caros e de sofisticada implantação”.

E o autor segue sua análise ao questionar a viabilidade desses Centros para atender a abundante população idosa que demanda de redes de atenção. Groisman (2011, p. 5) salienta que é preciso que “sejam fortalecidas as demais instâncias, sobretudo nos níveis intermediários de cuidado, bem como no âmbito da atenção básica e através da Saúde da Família”, para que a clientela longeva e seus familiares tenham a seu dispor atenção e assistência específica e de qualidade. Igualmente, é preciso que haja “um fortalecimento da rede como um todo e não apenas da existência de centros especializados e restritivos destinados a servirem de referência” (Groisman, 2011, p.6).

Outra política que se caracterizou como importante instrumento legal na ampliação e garantia dos direitos dos idosos foi a Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 do Estatuto do Idoso. O Estatuto estabeleceu os direitos fundamentais dessa população, as medidas de proteção e de atendimento ao idoso, assim como as condutas contra os idosos que constituem crimes como negligência, discriminações, violência, crueldade ou opressão. O Estatuto consolida, em uma ampla peça legal, muitas das leis e políticas anteriormente aprovadas, além de incorporar novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos (Pasinato e Camarano, 2004).

A responsabilidade sobre o cuidado também foi discutida pelo Estatuto. A lei dividiu entre a família e o poder público a obrigação de assegurar aos idosos a efetivação do “direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (Brasil, 2003, p.8). Nota-se que a cada lei desenvolvida (1994; 1999; 2002) há uma ênfase sobre a necessidade de se pensar como o cuidado tem sido ofertado aos longevos brasileiro, impulsionados pela preocupação com as possíveis incapacidades que os idosos poderão desenvolveram e com as mudanças estruturais nas famílias que tem impactado na oferta tradicional de atenção.

O Estatuto manteve a priorização do atendimento ao idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, excetuando os que não possuem ou carecem de condições de manutenção da própria sobrevivência. A assistência integral em instituições de longa permanência (ILPI), por sua vez, só poderia ser feita caso se verificasse a inexistência de família ou indisponibilidade de recursos familiares ou do próprio idoso. Além disso, o artigo 50 mostrou-se contraditório, pois se por um lado propõe punir o abandono do idoso por parte dos familiares, por outro não apresenta alternativas que apoiem o cuidado domiciliar e outras medidas que poderiam ajudar a diminuir as situações de abandono. “A família não pode ser a ‘única’ instância cuidadora, devendo receber orientação, apoio e ajuda tanto técnica quanto material, conforme as suas necessidades, para que esse cuidado possa se dar de forma satisfatória” (Groisman, 2011, p.7).

Ao poder público compete entre outras atribuições o fornecimento gratuito de medicamentos, além de recursos relativos a tratamento ou reabilitação como próteses; fiscalização das entidades governamentais e não governamentais de atendimento ao idoso; garantia de prioridade no atendimento a essa população em diversos setores como a justiça, saúde, educação, dentre outros; penalização a quem desdenhar humilhar, menosprezar, maltratar ou discriminar a pessoa idosa.

O Estatuto dedicou um capítulo inteiro à criminalização de atos de violência contra os senis. Segundo Camarano (2009, p.71) “a consideração dessas questões nesse instrumento legal pode ser resultado das expressivas transformações em curso nos arranjos familiares”. Esta afirmação se baseia na análise de que a sobrecarga das famílias no cuidado ao idoso e a ausência de políticas públicas que auxiliem na tarefa de cuidar de seus membros dependentes, pode levar a situações de violência. Segundo Pasinato e Kornis (*apud* Camarano e Leitão, 2010, p. 70) isto deve ser levado em conta já que

“a prevenção da violação dos direitos dos idosos é um dever de toda a sociedade. Muitos idosos pobres e/ou com limitação funcional vivem em casa de familiares, em condições precárias, sendo, em alguns casos, submetidos a maus tratos, por falta de alternativas de moradia e/ou cuidado”.

Em fevereiro de 2006 a Portaria GM/MS nº 399 estabeleceu as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso foi considerada como uma das seis prioridades a serem pactuadas entre as três esferas de governo, tendo como diretrizes a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar, dentre outros. Dentre as ações estratégicas o Pacto propôs: a atenção domiciliar (instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde); acolhimento (reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso); e a caderneta de saúde da pessoa idosa (instrumento com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde).

Também no ano de 2006 foi editada a Portaria 2.528 de 19 de outubro que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, atualizando a Política Nacional de Saúde do Idoso, de 1999. O documento assinala que a legislação relativa aos cuidados aos senis mostrou avanços, com a implementação do Estatuto do Idoso em 2003 que significou a ampliação dos direitos do segmento idoso e houve ampliação de redes e serviços disponíveis a essa população. No entanto, a prática de atenção à saúde ainda se mostrava insatisfatória (Brasil, 2006), o que tornou imperiosa a readequação da política relacionada à Saúde do Idoso.

Assim como a grande maioria dos documentos relacionados a esse grupo populacional, a política de 2006 tem por objetivos garantir a autonomia e a independência, ao recuperar, manter e promover a saúde desse segmento.

O documento anuncia os desafios a serem enfrentados na implementação da política como a necessidade de se construir estruturas de suporte qualificado aos longevos e familiares diante da escassez de estruturas de cuidado no âmbito do SUS; ampliação de serviços de cuidado domiciliar ao idoso vulnerável fisicamente, com suporte profissional e qualificado aos responsáveis pelo cuidado a tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental; necessidade de treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento na temática do envelhecimento e na assistência em saúde a essa parcela da população a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; efetivação das Redes de Assistência à Saúde do idoso, visto que ainda se encontram no plano legal e teórico (Brasil, 2006).

As dificuldades a serem enfrentadas se mantiveram, desde a elaboração da primeira norma legal específica para a população idosa, datada de 1994, como o pequeno desenvolvimento de serviços de suporte ao cuidado domiciliar e a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares para dar conta de forma eficaz do atendimento aos mais velhos. Soma-se a isso, a constatação de que a implantação de algumas propostas, como as Redes de Assistência à Saúde do Idoso, preconizadas nas Portarias 702 e 249 de 2002, não obteve êxito.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa pretende enfrentar o “desafio do envelhecimento populacional em condição de desigualdade social e gênero” e “responder às demandas das pessoas idosas mais frágeis dentre a população em maior risco de vulnerabilidade”, sendo que este último visa considerar a condição funcional na formulação das políticas de saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência (Brasil, 2006).

O exposto mostra que as políticas e legislações relacionadas ao bem-estar da população idosa, estão em constante construção e reformulação desde 1994. Há uma preocupação com a manutenção da capacidade funcional e reabilitação do idoso, a fim de que essa população tenha um envelhecimento digno. Pode-se perceber que paulatinamente as políticas e leis enfatizaram a necessidade de reorganização de serviços de saúde e cuidado a população que envelhece, visto que os agravos e dificuldades que costumam surgir ou aumentar com a chegada da terceira exige que orientações legais e políticas estatais sejam construídas com o intuito de garantir qualidade de vida. Embora o papel do cuidado seja compartilhado, o fato de inexistirem os serviços faz com que o cuidado fique principalmente a cargo da família.

Desta forma, apesar das “conquistas e possibilidades normativas contidas nos desenhos institucionais das políticas de atenção ao idoso” (Aguiar et al., 2011), houve limites e retraimentos a real efetivação dessas normas legais. As diretrizes e políticas em sua maioria têm sofrido para se efetivar e se tornarem uma realidade inquestionável.

2.2.2. Benefícios da Seguridade Social: Previdência e Assistência Social

Os benefícios monetários do governo dividem-se em dois: os benefícios contributivos previdenciários e não contributivos de caráter assistencial.

A partir da Constituição de 1988 a Assistência Social passou a integrar a Seguridade Social juntamente com as áreas da saúde e da previdência social. Em dezembro de 1993 a lei 8.742 dispôs sobre a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), estabelecendo normas e critérios de sua organização. Este é o instrumento legal que regulamenta os pressupostos constitucionais, ou seja, aquilo que está escrito na Constituição Federal, nos seus Artigos 203 e 204, que definem e garantem o direito à assistência social.

a) Benefício não contributivo: Benefício de Prestação Continuada (BPC)

Em seu primeiro artigo a LOAS dispõe que a assistência social é um direito do cidadão e dever do Estado e em seu segundo artigo, em que são tratados os objetivos, garante entre outras coisas:

“a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária e a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família” (Brasil, 1993).

Este último benefício foi regulamentado pelas LOAS, pelo Decreto n.º 1.744 de 08.12.1995 e pela Medida Provisória n.º 1.426/96, tendo de fato entrado em vigor no cenário nacional em 1 de Janeiro de 1996 (Marsiglia, 2006). O Benefício de Prestação Continuada – BPC, como foi intitulado, caracteriza-se por ser um benefício assistencial, não contributivo, voltado para idosos a partir de 65 anos e pessoas com deficiência cuja renda familiar *per capita* seja inferior a ¼ do salário mínimo vigente. Ele integra ao Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e é pago pelo governo federal por intermédio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Com a regulamentação do inciso V do art. 203 da Constituição Federal, que originou o BPC, a Renda Mensal Vitalícia – RMV (Lei n.º 6.179/74) foi substituída e extinta. A RMV constituiu uma das primeiras medidas para a proteção de idosos carentes e

portadores de deficiência desenvolvida no âmbito da política previdenciária (Camarano, 2006) tendo sido criada

“para o atendimento de idosos de 70 anos ou mais que tivessem efetuado doze contribuições à Previdência ao longo de sua vida e que não tivessem acesso à aposentadoria e nem condições de prover sua subsistência” (Werneck, 2004, p.13).

Portanto, a RMV caracterizou-se por ser um benefício contributivo, ainda que o tempo de contribuição ao sistema previdenciário estipulado fosse bastante reduzido.

Para obter o BPC não é necessária qualquer contrapartida previdenciária, ou seja, um candidato que preencha os requisitos necessários passa a ter o direito do benefício mesmo sem ter contribuído anteriormente para a Seguridade Social.

O BPC é um benefício individualizado, ou seja, não se destina às famílias, mas sim depende das características do indivíduo que o pleiteia. Até poucos anos atrás, os beneficiários não podiam receber mais de um benefício provenientes de diferentes políticas públicas. Essa determinação significava na prática, que o BPC era destinado às famílias que não recebiam qualquer outro tipo de transferência de renda. Segundo Medeiros et al. (2009), isso era devido ao fato de que ao acumular benefícios e a consequente elevação na renda familiar faria com que a família ultrapassasse o limite de renda estabelecido para a inclusão no programa. No entanto, isso se modificou em 2003, depois da aprovação do Estatuto do Idoso o qual determina que

“o valor das transferências de assistência social recebido por outros membros idosos da família não deve ser levado em conta nos cálculos de renda *per capita* para o BPC. Atualmente, quatro projetos de lei para garantir o mesmo direito às pessoas portadoras de deficiências tramitam no Congresso Nacional (PL no 5.254/2005, 2.057/1996 e 2.058/1996). Se aprovados, tais projetos serão de extrema importância para famílias em que a deficiência afeta mais de uma pessoa (deficiências de origem genética, por exemplo)” (Medeiros et al., 2009, p. 10).

De acordo com o Painel BPC, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em agosto de 2010, entre o total de beneficiários 48% eram idosos e 52% deficientes. No entanto, não há ainda dados sobre o nível de cobertura do programa em relação ao total de pessoas elegíveis.

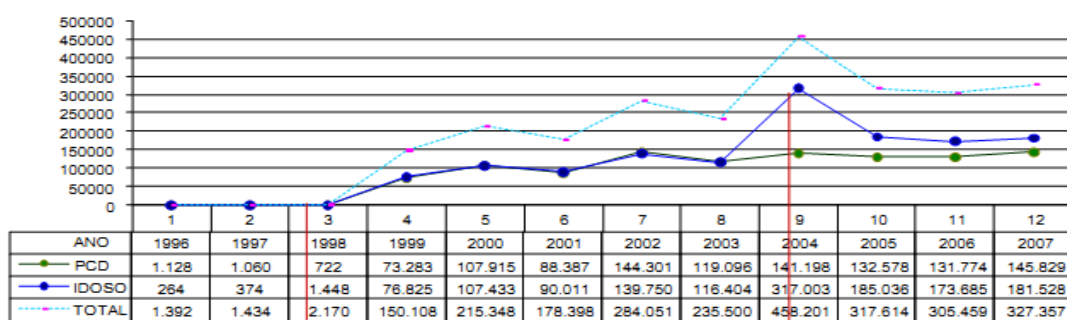
A análise dos níveis de cobertura do BPC nos diferentes estratos de renda da população brasileira, realizada por Medeiros et al. (2009), diagnosticou, com base em informações do Censo de 2000, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2006, ambos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e dos registros administrativos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que não há uma concentração relevante da população de idosos e incapazes em qualquer estrato da população, seja ele pobre ou rico. Além disso, o estudo indicou que

“Os benefícios são distribuídos predominantemente aos estratos de renda mais baixa da população. Um terço dos beneficiários pertence ao décimo mais pobre da população brasileira e apenas 1% deles pertence ao décimo mais rico. A maioria dos beneficiários encontra-se acima do critério de renda de um quarto de SM usada pelo programa, o que evidentemente caracteriza erros de seletividade conforme o critério legal, mas estes erros são, em sua maioria, de intensidade muito baixa, dificilmente evitáveis e não podem ser interpretados como resultados sistemáticos de má gestão do programa. Há erros de alta intensidade, que resultam na manutenção do BPC em famílias de renda mais elevada. Estes, felizmente, são de ocorrência muito pouco frequente” (Medeiros et al. 2009, p. 19).

Os dados publicados pelo Departamento de Benefícios Assistenciais da Secretaria Nacional de Assistência Social do MDS, em 2008 indicam a expansão no número de beneficiários entre 1996 e 2007, conforme indica o gráfico abaixo:

Expansão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC

Crescimento do Quantitativo de Benefícios BPC Concedidos a Pessoa c/ deficiência e Idoso - 1996 a 2007



Entra em vigor em 1º de janeiro de 1998 a Lei nº 9.720/1997 que reduz de 70 para 67 a idade mínima para concessão do BPC

Entra em vigor em 1º de janeiro de 2004 o estatuto do Idoso que reduziu de 67 para 65 a idade mínima para concessão do BPC e excluiu do cálculo da renda o BPC já concedido a outro idoso da mesma família.



Fonte: Departamento de Benefícios Assistenciais da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério – SNAS/ MDS, novembro de 2008.

Para requerer o BPC, a pessoa idosa ou portadora de deficiência deve procurar um dos postos do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), preencher um formulário de solicitação do benefício, juntamente com uma de declaração que comprove a renda dos membros da família - que não pode ultrapassar 1/4 de renda familiar *per capita* - comprovar residência e apresentar documentos próprios e da família para avaliar os critérios de renda (Santos, 2011). A pessoa beneficiada passa por uma revisão a cada dois anos e, nessa revisão, a situação social e níveis de vulnerabilidade são também avaliados por meio da avaliação social e visita domiciliar.

O BPC objetiva beneficiar indivíduos de família com vulnerabilidades econômicas e privações materiais severas. No entanto, essa forma de elegibilidade descrita acima, pode

levar a distorções (Medeiros et al., 2009). Marsiglia (2006, p. 34) corrobora a análise dos efeitos negativos acarretados por esse critério, visto que

“considera em seu montante a renda bruta familiar, sem descontar as despesas básicas com alimentação, vestuário, medicamentos e encargos públicos dentre outras, que deveriam ser amparadas pelo Estado. Verifica-se que a renda familiar, na maioria das vezes, é insuficiente para suportar tanto as despesas básicas, quanto as decorrentes dos cuidados e tratamentos especiais e contínuos que demandam os idosos e as pessoas com deficiência”.

b) Benefícios Contributivos: Previdência Social

A Previdência Social é um seguro que garante renda aos seus contribuintes e às famílias nos casos de perda da capacidade de trabalho devido a riscos de doença, invalidez, maternidade, velhice ou morte. O sistema previdenciário brasileiro, segundo Schwarzer e Querino (2002), é uma política de caráter contributivo composto por três regimes: o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), voltado aos segurados do setor privado e aos trabalhadores públicos contratados via Consolidação das Leis do Trabalho – CLT; o Regime da Previdência do Servidor Público, que contempla a cobertura dos servidores públicos da União, estados e municípios; e o Regime de Previdência Privada, de caráter complementar, voluntário e organizado de forma autônoma em relação à Previdência Social Pública.

O RGPS, baseado no princípio de repartição simples, tem no Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social (MPS), o órgão responsável por sua operacionalização, incluindo a concessão e a manutenção dos benefícios, que dão cobertura a trabalhadores urbanos e rurais, com base em regras distintas.

Os regimes de Previdência dos Servidores Públicos protegem os funcionários das três esferas governamentais e os militares da esfera federal. Baseados no princípio da repartição simples e, em alguns casos, de capitalização com benefícios definidos, esses regimes são administrados pelos respectivos governos, no caso dos empregados públicos de unidades federativas diferentes, e pelo governo federal no caso dos militares. Segundo o IPEA (2008) os regimes do setor público agregam cerca de 6% da população economicamente ativa – PEA, o que demonstra o tamanho da sua abrangência. O regime de previdência do funcionalismo público tem sido apontado como um dos responsáveis pelo desequilíbrio das contas públicas do país (Schwarzer e Silva, 2002, p.16).

Por último, a previdência privada tem, no Brasil, caráter complementar, sendo sua adesão optativa. O objetivo é constituir-se em opção para os segurados de outros regimes que desejam receber valores superiores aos tetos de benefício dos regimes a que pertencem

e para aqueles que estão excluídos do mercado formal de trabalho, mas que querem garantir recursos para o momento da aposentadoria. Sua administração é realizada por fundos de aposentadoria abertos e fechados e baseia-se na capitalização. Ela atendia, em 2005, cerca de 3% da PEA.

Os principais benefícios da Previdência Social são: aposentadorias (por idade, por tempo de contribuição e invalidez) e pensões por morte de cônjuges.

A aposentadoria por idade é um benefício que pode ser recebido pelos trabalhadores do sexo masculino a partir dos 65 anos, pelas trabalhadoras a partir dos 60 anos de idade, pelos trabalhadores rurais masculinos a partir dos 60 anos, e pelas trabalhadoras rurais a partir dos 55 anos, desde que tenham contribuído com a previdência por no mínimo 15 anos. A aposentadoria por invalidez é concedida aos trabalhadores que por doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento. Já a aposentadoria por tempo de contribuição é concedida ao trabalhador de forma integral e proporcional, de acordo com o período em que a pessoa trabalhou de carteira assinada. Para obter a aposentadoria integral por tempo de contribuição, o segurado deve comprovar ter contribuído por pelo menos 35 anos e a segurada por pelo menos 30 anos.

A pensão por morte é um benefício pago a família do trabalhador quando este falece. Segundo o Ministério da Previdência Social, para concessão da pensão por morte, não há tempo mínimo de contribuição, mas é necessário que o óbito tenha ocorrido enquanto o trabalhador tinha a qualidade de segurado. Caso o óbito ocorra após a perda da qualidade de segurado, os dependentes terão direito a pensão desde que o trabalhador tenha cumprido, até o dia da morte, os requisitos para obtenção de aposentadoria da Previdência Social ou que fique reconhecido o direito á aposentadoria por invalidez.

Vale ressaltar que o conceito de Previdência Social tem um significado diverso do conceito de Seguridade Social. Segundo Vianna (2004, p. 2)

“a Previdência é um sistema de cobertura dos efeitos de contingências associadas ao trabalho, resultante de imposição legal e lastreado nas contribuições dos afiliados para seu custeio; tem por objetivo ofertar benefícios aos contribuintes – previdentes – quando, em ocasião futura, ocorrer perda ou redução da capacidade laborativa dos mesmos

Enquanto a Seguridade Social é

“um sistema de cobertura de contingências sociais destinado a todos os que se encontram em estado de necessidade, não restringindo os benefícios nem aos contribuintes nem à perda da capacidade laborativa; auxílios a famílias numerosas, pensões não contributivas, complementações de renda, constituem benefícios de seguridade porque ou não resultam de perda/redução da capacidade laborativa ou dispensam a contribuição pretérita”. (Vianna, 2004, p.2)

O Regime Geral da Previdência Social (RGPS) abrange o maior número de beneficiários da Previdência Social e aproximadamente 50% da População Economicamente Ativa brasileira, pois atende os trabalhadores que contribuem para o sistema, como empregados domésticos e segurados facultativos (sem renda própria, mas que optam por contribuir para a Previdência Social), além dos trabalhadores rurais em economia familiar, chamados segurados especiais (IPEA, 2008). A inserção previdenciária dos segurados especiais, por meio da Previdência Rural, não depende da contribuição financeira obrigatória, mas de comprovação de atividade de produção rural. Segundo a Constituição de 1988, artigo 194 e § 8º, os segurados especiais seriam “o produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes”.

Apesar dos segurados especiais estarem filiados ao sistema previdenciário, estes podem, segundo Vianna (2004, p.8), “ser [em] isento [s] de contribuição, pois na grande maioria dos casos não se enquadra [m] nos critérios de cotização do segurado rural empregado, ou seja, não tem capacidade contributiva”, ou seja, há um reconhecimento da dificuldade de esses agricultores contribuírem regularmente para o sistema de proteção social. Diante disso, o financiamento do programa é, em grande parte, subsidiado pelos recursos da Seguridade Social.

A transição demográfica brasileira, com o incremento de longevos na composição populacional, tem trazido diversas discussões sobre o financiamento e os gastos do sistema previdenciário. Segundo Camargo (2004) há um viés pró-idoso nos gastos sociais. O autor afirma que os gastos com aposentadorias e pensões representam um terço da arrecadação tributária do país, restando pouco para ser gasto com outros programas sociais, principalmente com aqueles destinados às crianças, em especial, com educação fundamental. Nestas condições, o Estado não consegue financiar o principal mecanismo de ascensão social e econômica das famílias pobres, que é a acumulação de capital humano por meio de escolas públicas. O autor diz ainda que esse incentivo à informalidade é reforçado pelo BPC, benefício equivalente a um salário mínimo acessível a todo cidadão brasileiro que atingir 65 anos e que comprove não ter renda para subsistir, independentemente de ter contribuído ou não para a previdência.

Portanto Camargo (2004) parte da ideia de que o desequilíbrio financeiro é explicado pelo gasto excessivo com o sistema previdenciário, reflexo de uma suposta generosidade do governo. Desta forma, cria-se a ideia de o sistema previdenciário ser o principal obstáculo para os gastos do governo em outros setores e a redução dos gastos a partir de

uma reforma é considerada a possibilidade de reduzir os entraves e corrigir o sistema. No entanto, Fagnani (2008) sustenta que a questão do financiamento do sistema previdenciário é exógena e está relacionada com as opções macroeconômicas adotadas nas últimas décadas, que resultaram em baixo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) nos últimos anos e desorganizaram o mercado de trabalho. Com isso, aumentou o desemprego, a informalidade e provocaram queda nos rendimentos, que por sua vez impactaram nas contribuições sobre as folha salariais, que são as principais fontes de financiamento do setor. Essa seria a origem do ‘déficit’ da previdência.

Fagnani (2008) argumenta ainda, que há uma clara divisão entre os setores protegidos por direitos constitucionais e sobre os quais a área econômica não tem margens para arbitrar sobre o patamar de gastos (Previdência Social e Assistência Social) – e os setores não protegidos, livres para a discricão das autoridades monetárias. Por isso, seguindo a argumentação do autor, busca-se, em última instância, o ajuste fiscal pela subtração de gastos sociais e o Estado preconiza exclusivamente políticas de transferência de renda em detrimento de políticas sociais universais, já que as primeiras são mais baratas que as políticas sociais asseguradoras de padrões mínimos de cidadania. Como exemplo, Fagnani (2008) apresenta o gasto anual com o Programa Bolsa-Família é de cerca de R\$ 12 bilhões, enquanto os gastos previdenciários (INSS urbano e Previdência Rural) são bem maiores, atingindo mais de R\$ 180 bilhões. Esta seria a verdadeira razão que move a suposta opção preferencial pelos mais pobres, que há mais de duas décadas tem sido defendida por instituições internacionais que pregam o estado mínimo.

De acordo com Gentil (2007) há um discurso dominante que descreve uma situação de falência e de incapacidade futura da previdência pública, que por sua vez é frequentemente atrelada a um problema demográfico de envelhecimento da população, em função do aumento da expectativa de vida e da baixa taxa de natalidade. No caso específico da economia brasileira, à questão demográfica de envelhecimento da população a autora adiciona

“outras variáveis como a elevação do salário mínimo, o aumento do valor médio dos benefícios previdenciários, aposentadorias precoces, renúncia de receita, sonegação e evasão fiscal e custos administrativos elevados, que deflagrariam uma inevitável crise financeira no sistema previdenciário. Criou-se uma noção de urgência por reforma para evitar o aprofundamento do desequilíbrio fiscal” (Gentil, 2007, p.1).

Para a autora, se forem investigados minuciosamente os dados estatísticos do Brasil, o que se revelará é que não há crise no sistema previdenciário e principalmente no sistema de seguridade social.

“No caso do sistema previdenciário, tem havido uma situação muito mais tranquila do que se poderia supor, durante os anos de 1990-2005, com alguns escassos momentos de

déficit, apesar da política econômica recessiva adotada nesse período, que conduziu a resultados perversos no nível de produção e no mercado de trabalho. À revelia do quadro econômico desfavorável desse período, o desempenho do sistema previdenciário foi apenas parcialmente prejudicado. Quanto ao conjunto de ações associadas à Seguridade Social, verifica-se que o sistema como um todo é superavitário nesse período, o que indica que o governo pôde dispor de recursos excedentes. Ao decidir sobre sua utilização, no entanto, deixou de gastá-los com serviços de saúde, previdência e assistência social, para aplicá-los no orçamento fiscal, contribuindo para os superávits primários dos últimos tempos” (Gentil, 2007, p. 3- 4).

2.3. Estratégias e ações governamentais voltadas para os idosos no Brasil

Além dos programas e ações do âmbito da Seguridade Social, outras estratégias governamentais foram desenvolvidas com o objetivo de preservar a qualidade de vida e saúde da população longeva, tendo como foco a preservação da autonomia e da independência para realização das atividades da vida diária, apresentadas a seguir em ordem cronológica.

a) Advertências e Recomendações sobre Usos de Medicamentos (Lei nº 8.926, de 9 de agosto de 1994): Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamento, de advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas com mais de 65 anos, visto a especificidade dessa população e dos efeitos dos medicamentos nesse grupo etário.

b) Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (Portaria Interministerial MPAS/MS nº 5.153, de 7 de abril de 1999): Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos coordenado por Comissão Interministerial, constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do MPAS e da Secretaria de Políticas de Saúde do MS. A portaria leva em consideração o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira; a necessidade de criar alternativas que proporcionem aos idosos uma melhor qualidade de vida; a diretriz de atender integralmente ao idoso e a sua família; o objetivo de reduzir o percentual de idosos institucionalizados; e a necessidade de habilitar recursos humanos para cuidar do idoso. Os cuidadores são divididos em diferentes modalidades: domiciliar (familiar e não familiar) e institucional.

Esta portaria não foi implementada em virtude da reação dos conselhos e associações dos diversos profissionais da área da saúde que alegaram preocupação com a qualidade da formação dos cuidadores e da assistência que poderiam oferecer aos idosos no domicílio (Santos, 2003 *apud* Seima e Lenardt, 2011).

c) Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (2005): O plano foi o resultado do esforço conjunto do governo federal, do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) e dos movimentos sociais, com o objetivo de colocar em prática o Estatuto do Idoso, que consagra os direitos dos idosos e combate qualquer violência que cometida contra o indivíduo idoso.

O objetivo do plano é o enfrentamento a todas as formas de discriminação, exclusão e violência contra o idoso, ou seja, o processo de não reconhecimento do idoso como sujeito de direitos, e os objetivos tanto da política, quanto do plano, tem como foco avançar na garantia de direitos dos idosos. No entanto o plano se caracteriza por se configurar uma estratégia para realização de ações em que se diagnosticam os problemas, o planejamento, os diagnósticos, o controle, o acompanhamento e a avaliação de todas as etapas de execução necessárias, portanto para que suas diretrizes se concretizem na prática, fazem-se necessários braços operativos, para que os planos não se restrinjam ao arcabouço legal e teórico.

Neste sentido o governo federal por intermédio da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) e diversos atores como os movimentos sociais desenvolveram o monitoramento dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa, que por sua vez é uma iniciativa da SEDH da Presidência da República, através da Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, além de ser uma das estratégias de ação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência e Maus-Tratos contra a Pessoa Idosa.

Segundo Minayo et al. (2010), os Centros Integrados visam: oferecer orientação geral sobre direitos humanos a qualquer idoso vítima de violência e maus-tratos; informar sobre garantias legais; encaminhar cada caso específico aos serviços especializados de atendimento, articulados em rede de instituições como: Defensoria Pública, Ministério Público, Serviços de Saúde, Delegacias, Instituições de Longa Permanência, Instituições de Assistência Social, entre outras; prestar atendimento especializado em Direitos Humanos e Cidadania, desenvolvendo ações de âmbito jurídico, psicológico e social por meio de uma equipe multidisciplinar, composta por, no mínimo, assistentes sociais, psicólogos e advogados capacitados para tal; oferecer apoio para mediação de conflito, visando à melhoria da qualidade de vida das partes envolvidas, sempre a favor da pessoa idosa.

Além disso, os Centros realizam ações de prevenção à violência através de palestras e capacitações para os próprios idosos, para seus familiares e para a comunidade, com abordagem sobre direitos humanos, cidadania, violência e maus-tratos. Em geral eles prestam os seguintes atendimentos: psicológico, social e jurídico à família e ao agressor; promovem grupos de convivência e realizam atendimento domiciliar, dentre outros.

Este documento mostrou que ações para enfrentamento à violência e busca de melhoria da qualidade de vida da população idosa tem sido buscadas e constantemente pensadas. As ações dos planos ainda estão em andamento e em fase de implementação,

uma vez que eles são recentes e as estratégias práticas de enfrentamento ainda são poucas e vagarosas. Os Centros referidos apesar de estarem em funcionamento nas cinco regiões do país são apenas 18 em todo o Brasil.

Além disso, foram implementadas outras ações por parte do Estado como a implantação do módulo Idoso do Disque Direitos Humanos – DDN 100; o Observatório Nacional do Idoso; fortalecimento da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa através do PLANTAR – Plano Técnico de Articulação de Redes, além de ações dentro do escopo do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social.

São avanços significativos na abordagem da situação dos idosos e os planos e políticas que vem sendo desenvolvidas estão dando cada vez mais a visibilidade que a temática do envelhecimento necessita, mas as ações implantadas até então, tem configurando-se como embrionárias, o que pode ser justificado pela pouca mobilização da sociedade civil e movimentos sociais em prol do idoso, uma vez que o envelhecimento ainda é tratado como um assunto privado e de interesse específico das famílias e não um assunto amplo e de âmbito público que necessita da união de diversos setores e espaços para ser ampliada e fortalecida.

d) Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2007): A caderneta é uma espécie de prontuário individual entregue aos idosos por profissionais de saúde vinculados ao SUS. Nela pretendem-se registrar informações de identificação pessoal, e outros dados sobre vacinas, marcação de consultas, medicamentos que estão sendo usados, bem como ocorrência de doenças, número de quedas, entre outros, o que pode possibilitar ao gestor e ao profissional de saúde a possibilidade de planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação do paciente (Brasil, Ministério da Saúde, 2008).

A caderneta pode auxiliar no estabelecimento de critérios de risco para priorização de atendimento da população idosa cadastrada pelas equipes de Saúde da Família. A Estratégia de Saúde da Família acompanha um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada caracterizada, sobretudo pela presença de populações mais vulneráveis social e economicamente. O uso da caderneta via ESF pode possibilitar maior controle sobre a adesão dos profissionais e dos usuários à proposta da caderneta de saúde da pessoa idosa, entre outros fatores (Brasil, 2007).

Dados sobre a efetividade de implementação da Caderneta não estão disponíveis. Pesquisa realizada com 29 profissionais da estratégia Saúde da Família na cidade de Caririçu (CE) sobre as ações prestadas ao idoso identificou que nenhum profissional citou

especificamente a caderneta do idoso como atividade realizada (Barros et al., 2011). E os autores seguem afirmando

“Para que as ações propostas no caderno sejam desenvolvidas, cabe à gestão municipal garantir a educação permanente em relação à saúde da pessoa idosa para toda a equipe da Atenção Básica/Saúde da Família, [uma vez que] representa [um] importante instrumento de fortalecimento da Atenção Básica para ações de saúde da pessoa idosa. Desse modo, é fundamental que a caderneta do idoso seja distribuída e preenchida pelos profissionais de nível superior da ESF, sendo indispensável preencher todos os itens. Com isto, as ações de atenção à saúde do idoso tendem a melhorar a qualidade do atendimento e do cuidado humanizado”. (Barros et al., 2011, p. 737)

e) Programa de Saúde da Família: criado pelo Ministério da Saúde em 1994, ele tem como objetivo reorientar o modelo de atenção à saúde e imprimir nova dinâmica nos serviços de saúde, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade. De acordo com o Ministério da Saúde, ele é operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Pensando nos idosos, esse serviço mostra-se essencial diante da necessidade de prevenção e promoção da saúde, visto que é oferecida a essa clientela (e suas redes de suporte social) orientação, atenção, acompanhamento e atendimento, facilitando o acesso a serviços e ações em saúde.

f) Viaja melhor Idade: O programa objetiva facilitar e estimular os brasileiros com 60 anos ou mais a viajar pelo País, através da oferta de pacotes para viagens em grupos com origens e destinos específicos e serviços diferenciados, além de ofertas em hospedagens em todo o Brasil. O objetivo principal seria estimular a população acima dos 60 anos a viajar pelo Brasil nos períodos onde há menos ocupação hoteleira, configurando-se como um público alternativo para diminuição da sazonalidade das localidades turísticas (Carvalho, 2009). Nos períodos de baixa temporada os preços estariam mais acessíveis o que permitira ampliar o público e atingir as camadas menos favorecidas. No entanto, em pesquisa realizada com o objetivo de observar se o Programa referido atingiu seu objetivo, ou seja, a inclusão social do idoso, Carvalho (2009) concluiu que o

“programa representa um canal de vendas alternativo para as agências e operadoras cadastradas que se beneficiam e se ancoram na ampla divulgação feita pelo governo, veiculada nos mais prestigiados canais de comunicação do país, além dos diversos eventos no território nacional, movimentando um montante de cifras que, efetivamente, não auxiliam na promoção da inclusão de pessoas com renda menos favorecidas, uma vez que os 'benefícios' financeiros provenientes do programa não chegam a ser atraentes o suficiente para esta camada da população”. (Carvalho, 2009, p. 10)

Pode-se perceber que apesar de sua proposta inclusiva, onde o Estado propõe o turismo como opção de lazer onde os idosos possam ampliar as suas redes sociais, o que

impactaria no nível de satisfação da vida e com a qualidade dela, a iniciativa parece não atingir o seu objetivo, não ampliando a sua capacidade inclusiva.

g) Carteira do Idoso (2007): É o instrumento de comprovação para o usufruto de ser transportado gratuitamente ou receber desconto na passagem como estabelecido pelo Estatuto do Idoso:

“No sistema de transporte coletivo interestadual observar-se-á, nos termos da legislação específica: I - a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos; II - desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos”.

A carteira é emitida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e fornecido pelas Secretarias Municipais de Assistência Social e possibilita, além do transporte gratuito ou com desconto, que a pessoa idosa tenha desconto de 50%, sem distinção de renda, nas atividades culturais e de lazer, conforme também previsto no Estatuto do Idoso

“a participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais”.

h) Fundo Nacional do Idoso (Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010): Este Fundo tem como base o Estatuto do Idoso, que permite aos contribuintes, em seu art. 115, e, também, em conformidade com a Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010, deduzir do imposto devido, na declaração do Imposto sobre a Renda, o total de doações feitas ao Fundo Nacionais do Idoso – nacional, estaduais ou municipais –, devidamente comprovadas, obedecidos os limites estabelecidos em lei. O Fundo é destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

2.4. Estratégias e ações governamentais voltadas para os idosos no município do Rio de Janeiro

a) Programa Rio Dignidade à Terceira Idade (1996): Esse programa teve seu início na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), sendo posteriormente transferido para a Secretaria Especial da Terceira Idade (SETI) e atualmente integra a Secretaria Extraordinária da Qualidade de Vida (SESQV)¹. Seu objetivo é conceder um

¹ A Secretaria Especial da Terceira Idade (SETI) foi criada pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro no ano de 2001, com a função de tratar dos assuntos que envolvessem especificamente os idosos do município, anteriormente realizados pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS). Em outubro de 2006, através do Decreto nº 27.142, a SETI foi renomeada, passando a ser intitulada Secretaria Extraordinária da Qualidade de Vida (SEQV).

benefício no valor de um salário mínimo a idosos carentes, visando à melhoria de sua qualidade de vida. No ano de 2011, o programa atendeu cerca de 820 idosos do município do Rio de Janeiro.

Em seu início, chegou a beneficiar mais de 1000 idosos, mas com o advento do BPC as inscrições para participação no programa foram suspensas, mantendo-se apenas os que já participavam desde seu início ou estavam inscritos no programa. A perspectiva é do seu encerramento gradativo a partir do falecimento dos idosos beneficiados (Mota, 2007).

b) Casas de Convivência e Lazer para Idosos (2003): Segundo a SESQV, as Casas de Convivência têm por objetivo promover a inclusão social dos idosos, garantindo-lhes autonomia, bem-estar e dignidade. Atualmente há seis casas distribuídas pelo município do Rio de Janeiro: Carmem Miranda, na Penha; Dercy Gonçalves, na Lagoa; Naná Sette Câmara, em São Conrado; Padre Veloso, em Botafogo; Bibi Franklin Leal, na Tijuca; e Maria Haydee, na Gávea.

Segundo relatório do Centro Integrado de Estudos e Programas de Desenvolvimento Sustentável – CIEDS (2008), o público alvo é composto por idosos, acima de 60 anos, com autonomia motora e sensorial, moradores dos bairros e comunidades circunvizinhas às Casas.

As ações oferecidas nesses espaços se dividem em três:

1) Atividades sistemáticas compostas por atividades físicas como yoga, alongamento, memória do corpo, dança sênior; e atividades nomeadas como Oficiais, compostas como teatro, dança, artesanatos variados, memória, canto, massagem terapêutica, conversa com a assistente social e equinoterapia em haras, que por sua vez, é um método que emprega o cavalo como agente promotor de ganhos a nível físico e psíquico. (Associação Nacional de Equoterapia ANDE – BRASIL, 1999).

2) Atividades de Integração constituídas por bailes, lanches, festas temáticas, festa de aniversariantes do mês; e,

3) Atividades Culturais e de Lazer como bingos, desfiles de moda, bazares, shows de música ao vivo; passeios a museus, teatros, jardim zoológico; palestras, peças de teatros, entre outros.

Vale ressaltar que o projeto trouxe mais benefícios para os idosos frequentadores que os inicialmente esperados:

“Os resultados não mensuráveis superaram as expectativas da equipe gestora do projeto. Esperava-se que houvesse apenas uma melhoria nos hábitos alimentares, nos hábitos físicos, nas relações de convivência, na melhoria da autoestima, e na diminuição da depressão e da tristeza, o que já seria bastante positivo. No entanto, acrescentaram-se a melhoria na saúde física, mental, sensorial, dos exames laboratoriais, na convivência

com a família, talentos recuperados, habilidades recuperadas, descoberta de novos talentos e habilidades, produção de artesanatos gerando renda individual e familiar, e outros”. (CIEDS, 2008, p. 26)

O número de Casas de Convivência mostra-se ainda insuficiente para atingir a população idosa do município do Rio de Janeiro. Iniciativas como essas amplamente distribuídas no espaço da cidade, podem trazer ganhos para a clientela idosa, uma vez que esses locais podem ser uma estratégia bastante eficaz para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

c) Agente Experiente (2004): Segundo a SESQV, o programa tem como objetivo possibilitar que a experiência do idoso venha ajudar no trabalho ao combate à exclusão social e na socialização do público de terceira idade do município do Rio de Janeiro. O programa oferece serviços que visem à manutenção ou à reintegração dos idosos à família e à comunidade, sendo sua base constituída pelos Grupos de Convivência, Centros de Convivência e Casa de Convivência (Mota, 2008; Polo e Assis, 2008).

Vale ressaltar que pela SESQV caracterizar-se por uma Secretaria Extraordinária, não possui os mesmos recursos que uma Secretaria Municipal. Dessa forma, ligada diretamente ao gabinete do Prefeito, ela não conta com recursos humanos próprios, tendo que realizar suas atividades com profissionais cedidos por outros órgãos da Prefeitura.

O programa foi concebido com objetivo de colocar em prática uma das diretrizes da Política Nacional do Idoso, que estabelece a: “viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações” (PNI, seção II, Art. 4º, 1994).

No entanto, Mota (2008) revela que apesar da importância do Programa, a sua abrangência tem sido limitada e está colocada em segundo plano dentro da SESQV, visto que por ser uma secretaria subordinada a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), apresenta uma estrutura frágil do ponto de vista político e econômico que reflete na insuficiência de recursos humanos e materiais. Portanto, essa fragilidade estrutural vem acarretando sérias incertezas quanto à continuidade e consolidação dos projetos desta Secretaria.

d) Projeto Idoso em Família (2006): Foi implantado experimentalmente em 2006 com dez famílias, unidas ou não por laços consanguíneos e em situação de vulnerabilidade social, visando a evitar a institucionalização (Polo e Assis, 2008). O programa também integra a SESQV e concede benefício financeiro às famílias que tenham idosos em situação de dependência para contribuir no tratamento e no cuidado domiciliar dos idosos, evitando a internação e/ou a hospitalização.

A probabilidade da maior incidência de agravos incapacitantes nos sujeitos que envelhecem exige das famílias, principais responsáveis pelo cuidado, não somente tempo e dedicação, mas renda suficiente, visto que as doenças crônicas são mais dispendiosas. Entretanto fazem-se necessários serviços e profissionais de saúde com informações e orientações que possam auxiliar os cuidadores.

e) Academia da Terceira Idade: Segundo a Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV), o projeto Academia da Terceira Idade (ATI) é realizado em praças da cidade do Rio de Janeiro com o objetivo de proporcionar atividades de musculação para que idosos possam manter sua autonomia e independência, conscientizando-os sobre a importância da realização de treinamento de força e da prática de atividade física em sua vida cotidiana.

De acordo com o portal da Prefeitura do Rio de Janeiro, no ano de 2010 haviam sido instaladas 70 ATIs na cidade. Cada ATI é formada por uma equipe composta de professores de educação física, técnicos de enfermagem e apoios, cuja função é proporcionar condições favoráveis para a realização dos exercícios sejam feitas com maior segurança e qualidade. Segundo Lima-Costa (2004) os benefícios de se tornarem ativos fisicamente são maiores entre os idosos, visto que esse grupo está sob o risco de desenvolver problemas de saúde como obesidade hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, acidente vascular cerebral, além de outros problemas passíveis de prevenção com a prática de atividade física. No entanto deve-se ressaltar que nem todas as ATI contam com uma equipe profissional de apoio a realização de atividades pelos longevos, o que merece atenção, já que o uso indevido de aparelhos de ginásticas e musculação pode impactar de forma mais severa em idosos.

f) Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso – PADI (2010): O PADI é desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), em parceria com a SESQV e operacionalizado pelo Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS)². O programa tem como foco a desospitalização, com a redução do tempo médio de internação hospitalar e a liberação dos leitos para outros pacientes.

Segundo a SMSDC o PADI funciona com seis equipes multidisciplinares sediadas nos Hospitais Municipais Souza Aguiar, Salgado Filho e Miguel Couto, prestando serviços prioritariamente a pessoas a partir dos 60 anos, portadoras de doenças crônicas que necessitem de cuidados contínuos que possam ser realizados na residência.

² O Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) é uma Organização Social de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, que tem por objetivo fornecer apoio técnico-operacional ao desenvolvimento de projetos na área de saúde e educação.

As equipes compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, são responsáveis pelo atendimento domiciliar ao paciente, treinamento do cuidador e participação efetiva da família.

O Programa conta com os seguintes critérios para seu funcionamento:

Critérios administrativos	Critérios clínicos	Critérios Sócios-Assistenciais	Critérios de Exclusão	Critérios de alta
O usuário deve morar em Áreas de Planejamento cobertas pelo Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso dentro da rede SUS do Município do Rio de Janeiro	Usuários prioritariamente idosos, acamados, portadores de doenças crônico- degenerativas na fase aguda, que necessitam de cuidados paliativos, com incapacidade funcional provisória ou permanente, internações prolongadas e recorrentes; passíveis de tratamento com as tecnologias disponíveis no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso.	O domicílio precisa ter recursos mínimos de infraestrutura, saneamento básico e ventilação (ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito, ter meio de comunicação de fácil acesso).	Não ter cuidador que se responsabilize pelo paciente e assine o termo de compromisso com o PADI	Atingir os objetivos propostos pelo plano terapêutico
O usuário tem que ser oriundo de unidades da rede SUS	O usuário não pode depender de equipamentos para manter as funções vitais	Ter um responsável que assuma a função de cuidador, familiar ou não.	Ser dependente de equipamento para manter os sinais vitais	Mudança de complexidade
O usuário precisa ter um responsável que assine o Termo de Compromisso do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso	O usuário precisa estar clinicamente estável, conforme avaliação do médico responsável pelo encaminhamento para o PADI, em sua unidade de origem.	Ter o encaminhamento para o PADI, recomendado por médico da unidade de origem, baseado em critérios clínicos, garantindo a estabilidade clínica necessária para a transição para a modalidade de assistência de atenção domiciliar (desospitalização ou atendimento domiciliar) com registro em formulário próprio e resumo clínico.	Não morar na área de cobertura do programa	Mudança de residência fora da área de abrangência

Haver disponibilidade de unidade hospitalar para suprimento das demandas de material e medicamentos necessários para assistência ao paciente			Não ser oriundo da rede SUS	Óbito
Haver vaga no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso			Não ter meio de comunicação de fácil acesso	
			Não ter domicílios com infraestrutura que garanta a equipe condições mínimas de atendimento	

Fonte: Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS, 2011.

g) Qualivida: Caracteriza-se como um programa que além de trabalhar a manutenção da autonomia funcional, através de exercícios físicos, promove atividades que trabalhem aspectos relacionados aos domínios cognitivos (intelecto) e afetivos (relacionamento). Informações obtidas através do portal da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro afirmam que o programa surgiu em meados de 2009, foi implantado pela Secretaria do Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV) e é oferecido em 120 núcleos da cidade. Assim como as ATI o programa auxilia na promoção da qualidade de vida dos longevos, com práticas que possibilitam além de prevenção de agravos, a integração social entre os participantes.

h) Saúde Móvel: Segundo a SESQV o objetivo do programa é promover a saúde e reduzir riscos de contaminação por doenças associadas ao envelhecimento, diminuindo as chances de dependência do idoso. Apesar de poucas informações e textos disponíveis sobre os programas referidos, a não ser a dos órgãos que os criaram e implantaram, pôde-se perceber que no âmbito municipal têm sido desenvolvidas atividades diversas para idosos, tanto os independentes, quanto os dependentes. Os programas buscam a manutenção da autonomia dos longevos independentes, através de ações que pudessem estimulá-los fisicamente, cognitivamente e emocionalmente. Todavia, em relação aos idosos dependentes, o âmbito municipal implantou programas de apoio principalmente aos familiares e cuidadores desses idosos, seja através de oferta de renda, seja através de atendimento domiciliar. Vale ressaltar que a abrangência das referidas estratégia não foi possível de ser analisada, dada à insuficiência de dados quantitativos.

2.5. Exclusão Social, Pobreza e Envelhecimento

Envelhecer em uma nação ainda caracterizada por altos índices de pobreza e desigualdade amplia os desafios, uma vez que o sistema de saúde precisará se adaptar para atender esse volume maior de pessoas idosas, que demanda cuidados decorrentes de um quadro de morbidade diferenciado e ainda dar conta de seus problemas estruturais.

A pergunta é: como se inserem os idosos neste contexto marcado por pobreza e ampla desigualdade social que pode torná-los ainda mais vulneráveis? Segundo Rodrigues (2000, p.174), a pobreza nada mais é que “a forma extremada da desigualdade social, alargando o fosso entre os grupos sociais”.

Pesquisas demonstram que os idosos brasileiros não são o grupo mais atingido pela pobreza. Ao contrário, a faixa etária compreendida por pessoas acima dos 60 anos apresenta índices de pobreza e indigência inferiores às demais.

Segundo Agostinho e Máximo (2006, p. 4),

“as linhas de indigência e de pobreza são medidas que captam a incidência da pobreza, sendo a primeira caracterizada pelo valor monetário necessário para a aquisição de uma cesta de alimentos que contenha a quantidade calórica mínima à sobrevivência, enquanto a linha de pobreza é o valor da linha de indigência somado a um montante monetário para que a pessoa seja capaz de atingir um padrão de vida mínimo socialmente aceitável”.

A constatação de que a pobreza é menor entre a população idosa tem sido objeto de estudos de diversos pesquisadores e institutos de pesquisa (Vianna, 2004; Agostinho e Máximo, 2006; Camarano e Pasinato, 2007; CEPAL, 2007; IPEA, 2008; Camarano, 2009; Banco Mundial, 2011) cuja maioria considera os benefícios contributivos e não contributivos do governo federal como os principais responsáveis por essa situação favorável.

Pesquisa desenvolvida pelo Banco Mundial (2011) afirma que no Brasil, no ano de 2008, a taxa de pobreza entre os idosos declinou de 49,3% para 4,2% depois que as transferências públicas, particularmente os benefícios de seguridade social, foram contabilizadas. O mesmo relatório assinala que nesse mesmo ano para cada idoso em condição de pobreza existiam quase 16 crianças nessa condição (Banco Mundial, 2011).

No entanto, o número proporcionalmente menor de idosos pobres no Brasil não permite afastar a possibilidade de que essa população possa ser considerada como excluída socialmente, ou vivendo experiências de trajetórias excludentes, uma vez que a ausência de recursos é apenas uma das dimensões, nem sempre a mais importante, dos processos de exclusão.

O referencial de exclusão social não é um conceito acabado, a ser utilizado para estratificar os extremos de um processo: incluído versus excluído. Torna-se importante entender a exclusão social como um processo de fragilização, vulnerabilidade e por vezes ruptura de vínculos em diferentes dimensões, e não só na econômica. Para tal utiliza-se a abordagem elaborada por Escorel (1999) para o estudo das repercussões do processo de envelhecimento nas distintas dimensões da vida social. Para a autora, a exclusão social

“consiste de processos dinâmicos e multidimensionais que envolvem trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade e até ruptura dos vínculos em cinco dimensões da existência humana em sociedade [sócio familiar, política, cultural, econômica e humana (mundo da vida)]” (Escorel, 1999, p.75)

No livro “Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social” a pesquisadora aborda o fenômeno da exclusão social a partir das seguintes dimensões (1999, p. 75- 81):

Na *dimensão econômica* são identificadas as trajetórias de vulnerabilidade dos vínculos no mundo do trabalho que envolvem a “diminuição dos postos de trabalho, a precarização composta por empregos de tempo parcial ou de duração limitada, a não absorção de força de trabalho, a instabilidade, rendimentos decrescentes das ‘ocupações pauperizadas’” (Escorel, 1999, p. 75).

No *eixo socio familiar* a inserção corresponde aos vínculos familiares e sociais. A fragilização e a precariedade das relações familiares, de vizinhança e de comunidade podem conduzir o indivíduo ao isolamento e à solidão e ao desamparo frente às situações de instabilidade dos vínculos econômicos ou políticos. Para Escorel (1999, p. 76-7) esta dimensão é de “especial relevância na configuração da exclusão social no Brasil, [uma vez que] a esfera pública não se universalizou e a família se manteve como principal suporte das relações sociais”.

O envelhecimento populacional se traduz a uma exposição maior de doenças e agravos crônicos não transmissíveis e mais incapacidades que impedem um bom desempenho funcional, gerando situações de dependência e conseqüentemente necessidade de cuidados (Veras 2009). O que se pode esperar, portanto, é um aumento da população que demandará cuidados e serviços de saúde. No entanto, no que diz respeito às condições de autonomia para as atividades de vida diária, às famílias tem sido atribuído o papel de principal cuidadora dos idosos (Camarano, 2009) como “as múltiplas tarefas práticas, a atenção e o carinho dispensados ao doente, os fatores econômicos, o uso de transportes coletivos, a moradia, entre outros [que] oneram de diferentes maneiras os familiares responsáveis primeiros pelos cuidados” (Caldas et al., 2006, p. 1630)

Tal desafio tem adquirido maior complexidade devido às profundas transformações por que passam as famílias, como a massiva presença da mulher no mercado de trabalho, por exemplo, restringindo consideravelmente suas possibilidades de prover proteção social ao idoso dependente (IPEA, 2008).

Este panorama pode levar a um processo de fragilização de vínculos familiares, com o idoso sendo considerado uma ‘sobrecarga’, e as limitações impostas pela dependência para realizar as atividades do cotidiano podem culminar numa diminuição das relações com familiares e amigos, levando o longevo a vivenciar um processo de isolamento social.

Destaca-se que neste eixo também se discute se o fato dos longevos pesquisados residirem em zonas de vulnerabilidade social urbana o quê aprofunda estas fragilidades. Segundo Carmo et al. (2005, p. 146) o conceito de vulnerabilidade urbana associa-se a segmentação socioespacial bastante visível na maioria das aglomerações urbanas brasileiras. Segundo os autores, os que residem nesses locais (os mais pobres) vivenciam um verdadeiro “isolamento social”, a partir da conjunção de dois elementos, além da própria segregação: “a precariedade e instabilidade do mercado de trabalho e a segmentação dos serviços, ou seja, a existência de carências espacialmente diferenciadas relativas aos vários serviços oferecidos à população”.

Na *dimensão política*, relacionada à cidadania, Escorel (1999) analisa a condição de vulnerabilidade vivenciada pela população que, mesmo com as garantias constitucionais de 1988, não alcançou os direitos que a princípio seriam iguais para todos:

“as trajetórias no âmbito da cidadania são de precariedade no acesso e no exercício de direitos formalmente constituídos, e de incapacidade de se fazer representar na esfera pública, configurando-se num espaço de não cidadania onde a destituição de direitos se associa com a privação de um poder de ação e representação” (Telles, apud Escorel, 1999, p.77).

Nesta dimensão é possível compreender as estratégias de provisão de cuidado como um direito social. Reis e Schwartzman (2002, p. 6) veem o conceito de exclusão social inseparável da cidadania, uma vez que a última se refere aos direitos que as pessoas têm de participar da sociedade e usufruir certos benefícios considerados essenciais e a primeira alude

“a não efetivação da cidadania, ao fato de que, apesar da legislação social e do esforço das políticas sociais, uma grande massa de indivíduos não logra pertencer efetivamente a uma comunidade política e social. Indivíduos que vivem no espaço de uma sociedade nacional aportam contribuições a essa sociedade, mas não têm acesso ao consumo dos bens e serviços de cidadania. Embora a lei lhes garanta direitos civis, políticos e sociais, tal garantia legal não se traduz em usufruto efetivo de tais direitos”.

Em relação à exclusão sob a perspectiva da dimensão *cultural*, Escorel (1999, p. 79) afirma que a análise dos direitos deve estar associada à abordagem das representações

sociais, uma vez que “este é o âmbito do fenômeno que possibilita entender a exclusão social para além dos elementos de sua produção (vínculos econômicos) e de sua consolidação (vínculos sociais e políticos) nos elementos que a tornam natural (vínculos culturais e éticos)”. Por conta disso, é “no terreno dos hábitos e costumes, no cotidiano social, nas interações sociais, no âmbito cultural, no eixo de troca de valores simbólicos, que a exclusão se manifesta de maneira mais radical, criando ‘dois mundos’”. O outro, o diferente passa a ser visto com indiferença ou de maneira discriminatória (Escorel, 1999, p. 79).

Neste sentido, pretende-se estudar se os idosos, grupo populacional crescente no Brasil, ainda são vítimas de preconceitos e hostilidades e vistos como incapazes e improdutivos para a sociedade. Guillermand (1996) analisa que o prolongamento da vida humana e a garantia de um nível elevado de recursos para os aposentados da Europa, foram acompanhados por uma desvalorização e exclusão social de parte da população idosa, uma vez que não foi preservado um papel ativo e útil para a crescente clientela senil. Além disso, a velhice é muitas vezes associada a um problema social, tendo em vista que pode se transformar em um ‘risco’, devido aos custos que impõe ao Estado e às famílias relativos à saúde, previdência, dentre outros (Camargo, 2004).

Na dimensão humana (mundo da vida)

“A exclusão social pode atingir o seu limite, o limiar da existência humana. Os grupos sociais excluídos que se veem reduzidos à condição de animal *laborans*, cuja única preocupação é manter seu metabolismo em funcionamento, manter-se vivos, são expulsos da ideia de humanidade e, por vezes, da própria ideia de vida. [...] Expulsos da ideia de humanidade sua eliminação (matando, mandando matar ou deixando morrer), não interpela responsabilidades públicas nem sociais. Sua sobrevivência, preocupação exclusivamente individual, circunscreve a precariedade do presente e a ausência de futuro; a vida é um eterno presente, uma condição na qual se torna permanente o processo de morrer”. (Escorel, 1999, p. 81)

Neste eixo podem estar enquadrados episódios de “morbidade, diferenças na esperança de vida, gravidade das patologias, incidência de morbidade/mortalidade em determinados grupos sociais e ainda as iniquidades de acesso e utilização dos serviços de saúde” (Beaklini, 2001, p.18).

Neste âmbito podem ser incluídos os fatores relacionados à saúde do idoso e as consequências do processo de envelhecimento, que em alguns casos pode levar a déficits funcionais decorrentes de doenças crônicas, que incapacitam funcionalmente o idoso, levando-o a perda da autonomia e independência.

A importância da abordagem da exclusão social (Escorel, 1999) é a ampliação da visão sobre as causas e consequências das desigualdades existentes. Outra vantagem de sua utilização seria o “reconhecimento de que o processo de exclusão pode ter um impacto de

diferentes maneiras e em diferentes graus nos diferentes grupos e/ou sociedades em diversos momentos”. Considerando a exclusão social como um processo ao invés de um estado permanente, ajuda a evitar o estigma e os rótulos atribuídos a determinados grupos sociais, tidos como excluídos por responsabilidade individual (Popay et al., 2008, p 8).

Os desafios impostos para a implementação das políticas sociais foram estudados por Fleury (2007) que indagou se o foco destas políticas deveria ser a eliminação da pobreza, uma vez que a questão social a ser reconhecida deveria ser a exclusão social. Esta afirmação seria reforçada pela forma de atuação do Estado, que busca agir de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis da sociedade, mas sem alterar as condições estruturais que levam a essa situação, o que dificulta a inserção social destes indivíduos. Para Fleury (2007, p. 1423)

“a exclusão se refere a não incorporação de uma parte significativa da população à comunidade social e política, negando sistematicamente seus direitos de cidadania - envolvendo a igualdade de tratamento ante a lei e as instituições públicas”,

O que acontece, segundo a pesquisadora, é a exclusão destes grupos que continuam sendo “impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes - no mercado, como produtores e/ou consumidores - e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania” (idem, p. 1424).

Fleury aborda a exclusão como um processo intimamente ligado a questão da cidadania e dos direitos, mais especificamente dos direitos sociais, caracterizados por Marshall (1967) como as necessidades humanas básicas, asseguradas no direito a um bem-estar econômico mínimo, principalmente o direito ao salário, saúde, educação, habitação e alimentação.

Tais reflexões podem contribuir para os objetivos deste trabalho, pois ao investigar os desafios ligados ao desenvolvimento de redes de serviços de cuidado aos longevos e como as famílias lidam com esta atribuição, a questão dos direitos é colocada, visto que a atenção à saúde do idoso deve ser tratada como um “direito social e não como um ato de caridade cristã” (Camarano, 2009, p. 341).

O estudo pretende contribuir para os estudos sobre o processo de envelhecimento utilizando a abordagem teórica da exclusão social desenvolvida por Escorel (1999) dada suas possibilidades de analisar as diferentes dimensões dos processos de inclusão e exclusão social que podem ser afetadas nas trajetórias de envelhecimento, tornando possível ampliar o debate sobre as repercussões do envelhecimento e fomentar o desenvolvimento de políticas públicas orientadas para esse segmento da população.

3. Abordagem Metodológica

O estudo das trajetórias de vida de idosos residentes nas comunidades Vila União e Ex-Combatentes (Manguinhos, Rio de Janeiro), objetivou compreender os processos de envelhecimento nas s dimensões econômico-ocupacional, sócio familiar, cultural, política e humana (mundo da vida), a partir da abordagem desenvolvida por Escorel (1999).

Os objetivos específicos perseguidos foram:

i. Conhecer e caracterizar o território em que se processa o cotidiano de vida dos idosos, englobando o histórico da comunidade, características demográficas e epidemiológicas, e a oferta de serviços, políticas e programas de proteção social.

ii. Conhecer as trajetórias de vida de idosos, selecionados a partir de critérios diversificados, e sua situação atual de existência nas dimensões econômica, sócio familiar, cultural, política e humana, analisando a configuração (ou não) de processos de exclusão social.

iii. Conhecer os desafios que os idosos e o seu cuidado impõem às famílias e aos serviços de saúde, em particular de atenção primária nessa comunidade;

iv. Pesquisar o papel desempenhado pelas políticas, programas, ações e serviços de proteção social, existentes na comunidade na promoção da inclusão social dos idosos.

v. Contextualizar o conceito de exclusão social frente às trajetórias de envelhecimento estudadas, verificando como o processo de envelhecimento incide em vulnerabilidades sociais pré-existent.

A escolha em analisar a história dos longevos residentes em locais caracterizados por suas vulnerabilidades sociais se deu a partir da abordagem desenvolvida por Escorel (1999) sobre os processos de inserção e exclusão social. A análise dos desafios do envelhecer exige que essa temática assim como a produção de políticas públicas para seu enfrentamento contemple a complexidade de elementos e adversidades às quais os idosos estão expostos. Para tanto, torna-se importante analisar quais vulnerabilidades são produzidas pelo processo de envelhecimento e de que forma incidem nas distintas dimensões da vida social. O referencial teórico e metodológico dos processos de inclusão e exclusão social possibilitou investigar a complexidade e diversidade de envelhecimento, além de contribuir para a compreensão dos desafios advindos desse fenômeno para o desenvolvimento de políticas que auxiliem os idosos e seus familiares.

Optou-se pela pesquisa do tipo exploratória que se caracteriza por ser “aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento

acumulado e sistematizado” (Tobar e Yalour, 2005, p.69) na medida em que a perspectiva analítica do envelhecimento utilizando-se o referencial de processos de inclusão e exclusão social é ainda pouco explorada, não acumulando, portanto, bibliografia.

A compreensão do objeto de estudo foi realizada por meio de abordagem qualitativa visto ser necessário estudar o universo dos entrevistados, procurando captar a existência de processos de exclusão ao longo das trajetórias de vida narradas pelos idosos. Sobre o método escolhido, Minayo (1995, p.21-22) afirma que

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Assim sendo, essa abordagem mostra-se apropriada para a compreensão dos fatos que cingem a vida dos entrevistados, visto que prima por uma compreensão holística da vida do sujeito com foco em suas singularidades. .

O presente estudo objetiva *compreender* os processos de envelhecimento de idosos residentes nas comunidades Vila União e Ex-Combatentes (Manguinhos, Rio de Janeiro). A compreensão pode ser considerada um método de pesquisa, como assinala Bourdieu (1997) ao alertar para a necessidade de um exercício de reflexão frente à interação entre pesquisador e pesquisado durante o processo de entrevista. Segundo o autor:

“É efetivamente sob a condição de medir a amplitude e a natureza da distância entre a finalidade da pesquisa tal como é percebida e interpretada pelo pesquisado, e a finalidade que o pesquisador tem em mente, que este pode tentar reduzir as distorções que dela resultam, ou, pelo menos, de compreender o que pode ser dito e o que não pode, as censuras que o impedem de dizer certas coisas e as incitações que encorajam a acentuar outras (Bourdieu, 1997, p. 695).

Dado que o envelhecimento será discutido como um fenômeno social (Gil, 2009), optou-se por desenvolver um estudo de caso tipo sociológico. O estudo de caso é uma forma de se fazer pesquisa investigativa de fenômenos atuais dentro de seu contexto real, em situações em que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidos (Yin, 2005).

Esse método envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento e, ainda, segundo Silva e Menezes (2001) sua maior utilidade é verificada nas pesquisas exploratórias. Para Tobar e Yalour (2001) a riqueza deste tipo de pesquisa não está na extensão, mas na sua profundidade e seus resultados não podem ser generalizados. Gil (2002, p. 54) aponta ainda alguns propósitos dos estudos de caso:

“1) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; 2) preservar o caráter unitário do objeto estudado; 3) descrever a situação do contexto em que está sendo feita uma determinada investigação; 4) formular hipóteses ou desenvolver teorias e 5) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações complexas que não permitam o uso de levantamentos e experimentos”.

Deve-se salientar que os resultados deste estudo resultados não são susceptíveis de generalização, visto que se caracteriza por ser um estudo de caso exploratório e realizado em unidades específicas (neste caso as comunidades de Vila União e Ex-Combatentes do Complexo de Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ). No entanto é possível destacar alguns elementos que podem servir de pistas de análise e futuramente investigados em outras realidades (Serrano, 2004 apud Craveiros, 2007).

Instrumentos e técnicas de coleta de dados

A obtenção das informações sobre o cenário de estudo e a execução do estudo de caso foi realizada através de vários procedimentos:

Observação participante

A observação participante é um método comumente utilizado em pesquisas com abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação (Queiroz et al., 2007).

Pesquisa documental

Segundo Gil (2007, p.45) a pesquisa documental faz uso “de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”. Podem ser incluídos como exemplos, documentos de arquivos de órgãos públicos, organizações privadas, leis, regulamentos, tabelas estatísticas de órgãos do governo; legislação; relatórios de empresas; documentos arquivados em repartições públicas, associações, discursos; desenhos; memórias; depoimentos; diários; filmes; correspondência pessoal, entre outros.

Para a caracterização do território e levantamentos de dados relacionados ao processo de envelhecimento no Brasil como políticas, programas e legislações nacionais, estaduais e municipais relacionadas à proteção social do idoso foram utilizados os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP - Idoso); Instituto Pereira Passos (IPP); do Departamento de Informática do SUS (DATASUS); levantamento de informações demográficas, socioeconômicas além de indicadores de saúde do território investigado, por

meio de relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) fornecidos pela Clínica da Família Vitor Valla.

Pesquisa bibliográfica:

Para Gil (2007, p. 44) a pesquisa bibliográfica “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Embora a maior parte dos estudos utilize de alguma forma, este tipo de método, existem pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. As fontes bibliográficas são em grande número e podem ser livros de leitura corrente (obras literárias, obras de divulgação); livros de referências (informativa, remissiva) que por sua vez podem ser dicionários, enciclopédias, anuários, almanaques; publicações periódicas (jornais, revistas); impressos diversos; artigos e revistas eletrônicas, entre outros.

Pesquisa de campo:

Segundo Vergara (2000, p.47), pesquisa de campo é investigação empírica realizada no local “onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo. Pode incluir entrevistas, aplicação de questionários, testes e observação participante ou não”.

A coleta de informações sobre os idosos foi realizada por meio de pesquisa narrativa baseada em depoimentos de histórias de vida. Ao investigar as histórias dos atores pôde-se ir além do individual ou pessoal, colocando a narrativa e as interpretações num contexto mais amplo onde o narrador pode estar inserido. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Nas entrevistas semiestruturadas “o entrevistador permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas, quando este se desvia do tema original, esforça-se para a sua retomada” (Gil 1999, p. 120), ou seja, tem um caráter mais “aberto” apesar da necessidade do pesquisador não perder o foco ao deixar o entrevistado falar livremente.

As entrevistas realizadas seguiram um roteiro pré-definido, com perguntas que procuraram mapear a história dos idosos a partir das diferentes dimensões de sua vida e que deveriam ser seguidas em sua ordem. Todavia, o questionário usado era aberto, ou seja, ao idoso permitiu-se responder livremente usando linguagem própria, o que possibilitou uma investigação mais profunda e precisa das perguntas abordadas e permitiu identificar o pensamento e/ou posicionamento do entrevistado.

O roteiro foi desenvolvido com base nas cinco dimensões dos processos de inserção e exclusão social desenvolvidas por Escorel (1999), buscando-se compreender os diferentes aspectos de sua vida atual e como suas escolhas e experiências prévias podem ter influenciado no seu estado atual.

Os temas abordados na dimensão *sócio familiar* foram:

- Passados de moradia: origem e chegada às comunidades Vila União/ Ex-Combatentes; moradias anteriores; relação com a comunidade e relações constituídas na comunidade.
- Estrutura familiar: moradores, relações de parentesco, papéis desempenhados.
- Relações sociais: Relacionamento com familiares e vizinhos.
- Relações de sociabilidade: (centro de convivência, universidade da terceira idade, reuniões sociais, festas, cursos, reuniões de partidos, associação de moradores etc.) e avaliação sobre incidência em suas vidas.

Na dimensão *econômica* foram levantados os tópicos relacionados a trabalhos/ocupações anteriores, ou seja, postos de trabalho ocupados ao longo da vida; existência ou não de vínculo previdenciário; ocupação atual; os rendimentos recebidos; gastos; suficiência ou não dos recursos frente às necessidades; se algum entrevistado ainda trabalhava; quem era responsável pela manutenção do lar onde os idosos residiam e se eles contribuíam com os custos; gastos mensais com saúde, considerando plano de saúde (se tiver), medicamentos, consultas e exames.

Na dimensão *política* abordaram-se as temáticas referentes ao recebimento de benefícios governamentais ou de instituição privada; participação em programas governamentais de diferentes esferas; existência de associação de moradores; participação nas atividades; participação eleitoral; avaliação do usufruto dos direitos; demanda e utilização de serviços de saúde: visitas domiciliares de profissionais de saúde; serviços de procura regular de urgência e para acompanhamento da saúde; acesso aos recursos de atenção à saúde (consultas, exames, medicamentos).

A dimensão *cultural* foi investigada a partir da percepção de discriminação (preconceito, maus-tratos); experiências de discriminação, em particular em serviços de saúde ou por profissionais de saúde.

A dimensão *humana* foi pesquisada considerando aspectos relativos a problemas de saúde diagnosticados; uso de medicamentos; autonomia na realização de atividades cotidianas (usar o telefone, fazer compras, tarefas domésticas, tomar banho, vestir-se, caminhar, etc.); necessidades de ajuda e cuidados.

O contato com o cenário da pesquisa

A fim de compreender como o processo de envelhecimento se dava em meio a um cenário permeado por iniquidades, a pesquisa deveria se concentrar em zonas caracterizadas fundamentalmente por suas vulnerabilidades sociais. A escolha em realizar a pesquisa na Vila União e Ex-Combatentes, comunidades do complexo de Manguinhos, se deu a partir de conversas com pesquisadores da Fiocruz que atuavam na área. Estes destacaram a grande concentração de idosos nessas comunidades, um dado importante para a pesquisa com o objetivo de investigar a dinâmica dos processos de exclusão social vivenciados pelos longevos.

A entrada nas localidades a estudar se deu a partir do contato com o profissional médico da Clínica da Família Victor Valla, localizada na região de Manguinhos e responsável pelo atendimento das populações das comunidades do entorno. O contato foi feito por intermédio da coordenadora do projeto Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias) - Escola Manguinhos que tem por objetivo promover o acesso às ações e aos serviços de saúde, além de garantir melhorias nas condições de vida da população do bairro Manguinhos, no Rio de Janeiro. O projeto é composto por 13 Equipes de Saúde da Família, divididas em duas unidades: Clínica da Família Victor Valla e Posto de Saúde da Família Manguinhos e que desenvolvem ações de promoção, prevenção e assistência em saúde. Para isso, o projeto reúne as competências das equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família, que atuam como uma pequena rede social e assistencial, com ações de ensino, pesquisa e inovação. Fonte

O contato com o médico possibilitou a participação na reunião da Equipe de Saúde da Família da Vila União. Nesta reunião, em junho de 2012, discutiu-se especificamente a preocupação da equipe com os idosos e a necessidade de continuidade no atendimento, uma vez que, segundo os participantes, “a evolução do quadro de saúde de um idoso exige um olhar diferenciado, um acompanhamento mais amplo”. A reunião também contou com a participação de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que destacaram a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em alertar a equipe para aspectos singulares na assistência ao idoso, como os quadros de dependência física. Os NASF têm por objetivo promover o apoio matricial às equipes de Saúde da Família a fim de contribuir em práticas que propiciem um cuidado integral aos usuários.

“O apoio matricial é uma metodologia de trabalho dentro de um arranjo organizacional que objetiva proporcionar a retaguarda especializada da assistência tanto como um suporte técnico-pedagógico às equipes de saúde da família” (Campos apud Teixeira, 2012, p.400).

A maior parte dos relatos sobre a saúde dos idosos partia de depoimentos dos ACS que afirmavam que uma parte dos usuários mencionados na reunião contava com cuidador no âmbito familiar. No entanto, quando o quadro de dependência física evoluía, as famílias “*passavam a não se interessar*” pela saúde do idoso, delegando tal responsabilidade ao cuidado profissional. Segundo os agentes de saúde, a existência desses suportes de cuidado fazia com que os familiares se destituíssem da “obrigação” de cuidar.

A entrada no campo e a apresentação aos entrevistados em seus domicílios foram facilitadas pela mediação de um ACS (Rodrigo³), contatado ao final da reunião e desta forma dando início à pesquisa.

Todas as visitas à comunidade foram realizadas com o acompanhamento de um ACS que foram os responsáveis por escolher os idosos a serem entrevistados. Desta forma o grupo de entrevistados para este estudo foi escolhido de modo intencional e atendendo os critérios dos ACS.

A pesquisa em Vila União e Ex-Combatentes

A pesquisa de campo proporcionou observar e presenciar histórias e modos de vida da população da Vila União/ Ex-Combatentes. As visitas às comunidades foram marcadas pela observação da pequena quantidade de pessoas na rua e principalmente pelo silêncio, algumas vezes interrompido por carros de som tocando ritmos como funk e/ou pagode em alto volume; feira itinerante num ônibus localizado próximo a praça central e o clima amistoso entre os moradores da comunidade (em sua maioria, idosos). Entretanto, a pesquisa, com as visitas as entrevistas dos idosos, sofreu contratemplos. O agente de saúde Rodrigo pediu desligamento de sua função, pois passou em um concurso da Prefeitura do Rio de Janeiro. Este fato implicou na busca de um novo agente de saúde que pudesse intermediar o contato com os longevos. Todavia, isto foi dificultado pela demora da autorização de parte da chefia da Equipe da Família da Clínica da Família e apenas após algumas semanas foi possível retornar ao campo com a agente Letícia⁴ para dar prosseguimento à pesquisa.

A sua prolongada carreira de ACS (ela era a agente que atuava há mais tempo na localidade) e a intimidade com os moradores foram descritas como primordiais para a sua designação como a mediadora entre a ESF e os longevos, características comprovadas ao acompanhá-la nas visitas domiciliares. Assim como Rodrigo, Letícia era muito abordada pelos moradores, principalmente idosos, e todos demonstravam ter muito carinho por ela. Porém, diferentemente do Rodrigo, nos dias em que eu a acompanhava, Letícia restringiu

³ Nome fictício

suas visitas às casas dos idosos escolhidos por ela para serem por mim entrevistados, não circulando por outras residências da comunidade.

Os obstáculos da pesquisa de campo envolveram também ações policiais realizadas ao redor da localidade impedindo as visitas e as entrevistas. Em dezembro de 2012, a ação policial ocorreu devido a bandidos de Manguinhos terem invadido uma delegacia e resgatado um preso (O Globo Online, 2012)⁵. A polícia realizou buscas para tentar capturar os criminosos causando tensão na região e impedindo ir a campo. Além disso, em outubro de 2012 as comunidades de Manguinhos, Jacarezinho, Mandela e Varginha, localizadas ao redor da Vila União/ Ex-Combatentes, foram ocupadas pelo Batalhão de Operações Policiais Especiais (Bope) para a instalação de uma Unidade de Polícia Pacificadora (UPP). Como essas comunidades têm sido caracterizadas como violentas, com a presença maciça de traficantes e usuários de drogas, a ocupação da polícia provocou medo entre os moradores de represálias por parte dos bandidos. Desta forma, a ida a campo, tanto de pesquisadores quanto de qualquer membro da ESF, inclusive os agentes comunitários de saúde, foi proibida por uma semana.

Apesar dos episódios de violência ao seu redor e de as comunidades serem ocupadas por grupos caracterizados por práticas ilícitas, Vila União e Ex-Combatentes são caracterizadas por seus moradores como pacíficas e tranquilas, que afirmaram não sofrer a interferência de traficantes, além de não vivenciarem episódios frequentes de violência em seu interior.

Um aspecto relevante do campo de estudo refere-se ao fato de algumas casas da Vila União estar sendo escolhidas para demolição pelas obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Numa visita para avaliar a situação de uma moça grávida e usuária de crack, observamos a presença de funcionárias, provavelmente da prefeitura, tirando fotos de casas que por sua vez tinham em suas paredes, números pintados bem grandes. Com o auxílio do ACS, compreendeu-se que elas estavam no local para avaliar as casas que seriam removidas pelas obras do PAC e para discutir a indenização com os moradores. A possibilidade de demolição das casas configurava-se como o tema principal das conversas e em grande temor, uma vez que os moradores não sabiam quanto iam receber de indenização.

⁴ Nome fictício.

⁵ O Globo Online, 2012. Não dá para aceitar uma coisa dessas”, diz Beltrame sobre invasão de delegacia. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/nao-da-para-aceitar-uma-coisa-dessas-diz-beltrame-sobre-invasao-de-delegacia-5380767>. Acesso em 18/12/2012

Critérios de inclusão e exclusão:

Os interlocutores-chave da pesquisa foram os idosos residentes nas comunidades Vila União e Ex-Combatentes (Manguinhos, Rio de Janeiro).

Com critérios de inclusão foram considerados:

- Homens idosos, acima de 60 anos e, havendo possibilidade, acima de 70 anos de idade e acima de 80 anos de idade;

- Mulheres idosas, acima de 60 anos e, havendo possibilidade, acima de 70 anos de idade e acima de 80 anos de idade;

- Residir na Vila União ou em Ex-Combatentes, em área adscrita à Clínica de Saúde da Família Victor Valla há pelo menos um ano.

- Não possuir diagnósticos prévios ou atuais, confirmados ou interrogados de transtorno mental. Dessa forma, pretendeu-se resguardar os participantes do risco de transtornos psicológicos ao rememorarem suas trajetórias de vida e envelhecimento.

- Possuir função cognitiva preservada: linguagem, memória, atenção entre outras, que lhes permita participar de forma consciente da pesquisa.

Vale ressaltar que esta informação foi verificada com integrantes da Equipe de Saúde da Família (médico e/ou enfermeiro e/ou agente comunitário de saúde) da micro área de residência do idoso.

As entrevistas

As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto e dezembro de 2012. Durante esse tempo, além das entrevistas, foi possível, juntamente com os agentes comunitários de saúde, conhecer alguns espaços utilizados pelos moradores como a feira de legumes, frutas e verduras que acontece toda quinta feira num ônibus localizado ao lado da praça central da comunidade, pequeno mercado bastante utilizado pelos moradores; os bares que rodeiam a Vila União e que são frequentados em sua maioria por homens. No entanto, as entrevistas foram a principal forma de obtenção de informações e concentraram-se majoritariamente dentro da casa dos idosos, salvo a entrevista com o Seu Diego, que foi realizada em sua barbearia.

Foram realizadas dez entrevistas correspondendo a encontros que duraram entre uma e duas horas e meia com cada idoso. Em um dos casos foi necessário retornar à casa da entrevistada já que da primeira vez ocorreu excessiva interferência por parte da filha que respondeu a maior parte das perguntas.

Os cinco minutos iniciais foram utilizados para explicar aos entrevistados o objetivo da pesquisa e para que estes pudessem ler e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Em dois casos, os longevos pediram para se lesse os termos,

principalmente os que apresentaram dificuldades na visão. Além disso, uma das longevas apresentou dificuldades para assinar os documentos devido aos problemas motores que apresentava.

Houve quatro recusas durante o processo de pesquisa: um idoso, indicado pelo agente Rodrigo não pôde ser entrevistado, pois estava extremamente debilitado, sentindo muitas dores e os outros três longevos escolhidos pela agente Letícia declinaram alegando não gostar “*de dar entrevistas*”. Com o objetivo de manter a privacidade dos entrevistados, foram utilizados nomes fictícios para identificá-los.

As entrevistas foram integralmente transcritas pela pesquisadora. Segundo Manzini (2007) os papéis do pesquisador são diferentes ao entrevistar e ao transcrever. No momento da coleta de dados por meio da entrevista, o pesquisador deve focar na interação com o entrevistado através das perguntas elaboradas a fim de responder ao objetivo da pesquisa. Por sua vez, durante a transcrição, o pesquisador “se distancia do seu papel de pesquisador entrevistador” e passa a interpretar os dados obtidos. O enfoque agora será naquilo que foi dito ou não ou que foi ou não respondido.

“O pesquisador, no momento da transcrição, vai distanciar-se de um fato vivido - que foi o processo de coleta - ao mesmo tempo em que revive esse fato em outro momento e com outro enfoque intencional” (Manzini, 2007, p. 1-2).

As entrevistas realizadas nas casas dos idosos permitiram que se conhecesse o espaço onde vivem. Os pesquisados de uma forma geral residem em casas pequenas, mas construídas com alvenaria e blocos de concreto. Vale destacar que dois dos idosos entrevistados afirmaram residir na comunidade Ex-Combatentes, o que denota uma busca por diferenciar suas residências que integram e um conjunto de apartamento, das casas construídas em seu entorno, pertencentes à Vila União.

A casa da Dona Vanda, moradora da Ex-Combatente localiza-se no terceiro andar de um prédio de quatro andares. A sala, ambiente onde a entrevista foi realizada, é grande, composta por dois sofás de três lugares, uma estante larga com muitas fotos de netos e filhos e uma mesa de quatro lugares localizada no canto do cômodo, próxima à porta da entrada. Não foi possível entrar em outros cômodos, mas pode-se perceber que a residência da Dona Vanda conta com fontes de lazer como televisão, rádio, entre outros; ambiente iluminado, arejado e de fácil locomoção; a casa é provida de eletrodomésticos básicos como fogão, geladeira, ventilador e conta com infraestrutura sanitária adequada. Dona Vanda é extremamente religiosa e durante a entrevista o apego e devoção aos ritos e representações de sua religião foram continuamente enfatizados. Outra característica a ser

ressaltado é o seu grande apego à família: Para Dona Vanda a presença e união de suas filhas, netos e bisnetos é o que necessita para ser feliz.

Outro idoso que afirmou residir na Ex-Combatentes foi Seu Diego. No entanto a localização e características de sua casa diferem das consideradas como típicas dos ex-combatentes. A entrevista com o idoso foi feita na barbearia que ele construiu em frente a sua casa, um anexo da casa com uma porta que dá acesso ao interior da residência, portanto não foi possível ver como é seu local de moradia. O dia em que Seu Diego foi entrevistado estava ensolarado e com temperaturas altas, contudo ele trajava calça e blusa social, além de sapatos fechados, indicando certo formalismo. Assim como Dona Vanda, a importância da religião e dos preceitos religiosos em sua vida do idoso ficou evidente nas falas de Seu Diego.

Outro longevo que afirmou não residir na Vila União foi Seu Renato, que disse morar no bairro de Benfica. A casa do idoso era pequena e sem iluminação, uma vez que a sala não tinha janela e a luminosidade entraria pela porta da sala, que, no entanto ficava fechada. Chamou a atenção a quantidade de objetos antigos na sala, como armários, eletroeletrônicos como rádios, computador quebrado e televisão que também não funcionava. A entrevista com Seu Renato foi marcada por sua insistência em lembrar os fatos de seu passado, quando segundo o mesmo, tinha dinheiro e era bem sucedido profissionalmente, diferente de sua realidade atual, marcada por baixos rendimentos e dificuldades financeiras.

Dona Luzia mora numa residência próxima a de Seu Renato com a filha e netas. A entrada da casa se dá através da cozinha, espaço esse pequeno, constituído por um fogão, localizado ao lado da porta, um armário e uma geladeira. Da cozinha é possível ver o banheiro. No cômodo ao lado fica o espaço onde a entrevistada dorme com duas camas, um armário e uma cômoda onde fica a televisão. Ao lado da cama da idosa, tem um balde utilizado como banheiro pela entrevistada que apresenta dificuldade de caminhar. A filha de Dona Luzia explicou:

Eu deixo sempre aquele balde ali pra isso mesmo, né? Por que eu vou falar pra você: eu não aguento ficar levando ela toda hora no banheiro, principalmente do jeito que ela anda. Aí eu deixo aquele balde ali pra ela fazer as necessidades, também ela só urina e cospe ali, aí depois eu lavo e boto alguma coisa, creolina, creolina não, desinfetante e deixo sempre aquele balde ali.

Já a sala da residência, ao lado do espaço onde a idosa repousa, é composta por dois sofás, de dois três lugares; uma estante grande com uma televisão, um rádio, alguns portos retratos com fotos diversas e vasos de plantas. Apesar de pequeno, o local é arejado e iluminado, com as janelas e porta bem abertas.

A poucos metros da residência de Dona Luzia é possível chegar à casa de Seu Vitor que reside com a esposa. Durante a entrevista, a filha do idoso – mora parte debaixo da casa com o marido e filha de um ano - subiu para almoçar, uma vez que é a esposa do Seu Vitor quem cozinha. Ao passar pela antessala foi possível sentir um odor desagradável, cheiro esse que se manteve enquanto a filha do idoso esteve no ambiente. Ao término da entrada, fui convidada a ver a casa que Seu Vitor construiu para a filha e da porta do local foi possível ver uma mesa grande de madeira localizada no meio de um cômodo cheio de jornais amassados; no teto não havia lâmpadas, apenas fiações e no chão havia fezes e urina. Durante todo o tempo em que Seu Vitor apresentou a casa, apenas falou sobre como a construiu e as obras que pretendia fazer, parecendo não perceber o cheiro e a falta de higiene do local.

A entrevista com Dona Leda foi realizada na sala da pequena residência que ela mora sozinha. Muito comunicativa e falante, foi possível perceber durante a entrevista a importância da religião como pilar de apoio e sociabilidade para a idosa.

Próximo à Dona Leda reside Dona Ângela em uma casa de quatro andares, todos construídos pela própria entrevistada. Durante a entrevista, realizada na sala ampla da longeva, observou-se que a casa de Dona Ângela é movimentada com a presença frequente de vizinhos e amigos. Um elemento importante de se destacar é que a partir de um atropelamento que a fez ficar internada por meses e até perder a memória temporariamente, a idosa fez uma promessa de construir um sítio onde pudesse levar idosas que morassem sozinhas e Dona Ângela tem por objetivo conseguir o espaço para cumprir a promessa.

Em outra parte da comunidade, foi realizada a entrevista com Dona Raquel na copa da residência ampla em que a longeva reside desde que nasceu. A longeva reside com o esposo e um dos filhos. Na parte debaixo da casa mora a tia da idosa, uma senhora sem filhos que a entrevistada cuida. Muito comunicativa e falante, Dona Raquel lamentou muito sobre as patologias que desenvolveu, atrelando o agravamento delas a chegada da terceira idade, considerada por ela a “pior idade”.

Dona Isabel mora na mesma rua de Dona Raquel. Apesar de muito solícita, a idosa pareceu desanimada, uma vez que afirmava continuamente não “*gostar de sair de casa por preguiça*”.

A entrevista com Seu Paulo ocorreu na pequena sala de sua casa. Durante a entrevista, a esposa do idoso estava no ambiente assistindo TV, o que exigiu que as perguntas fossem feitas num tom mais alto. Pôde-se perceber uma relação de apego muito grande com a comunidade, atribuída ao fato de Seu Paulo residir na Vila União desde criança e de não se imaginar feliz em outro lugar.

Aspectos Éticos

O presente estudo atendeu a todas as normas do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, regulamentadas pelo CONEP/CNS.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi aplicado antes do início da entrevista de modo a esclarecer os objetivos, a importância da colaboração, o sigilo e o não prejuízo do entrevistado caso haja concordância em sua participação. O termo foi lido pelo entrevistador para esclarecimento de dúvidas quanto ao seu conteúdo. Foram assinadas duas vias do termo de consentimento, ficando uma via em posse do entrevistado e a outra do pesquisador.

Tanto o projeto como os instrumentos de coleta foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) conforme parecer nº 38267

4. Caracterização do território e dos entrevistados

4.1. O território

A região de Manguinhos

A associação entre processos de envelhecimento e a exposição do idoso a diferentes vulnerabilidades sociais podem ser ampliadas em territórios com fragilidades na infraestrutura urbana, baixa disponibilidade de equipamentos públicos, elevados índices de pobreza e violência. Partindo de tais aspectos, optou-se por desenvolver o estudo nas comunidades denominadas “Vila União” e “Ex Combatentes”, ambas localizadas em Manguinhos, zona norte do Rio de Janeiro, em território vizinho ao da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Manguinhos é assim conhecido por tratar-se de uma região originalmente constituída por manguezal. O bairro está localizado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, entre o lado esquerdo da Avenida Brasil, sentido bairro Santa Cruz, e a Avenida dos Democráticos.

Em 2010 habitavam a região de Manguinhos 36.160 habitantes, com predominância ligeira da população feminina (52,2%) (IBGE, 2010).

O processo de urbanização da região cresceu com a implantação da Estrada de Ferro em 1886 e, posteriormente, com o deslocamento de habitantes do centro da cidade e remoção de favelas e parques proletários localizados em áreas mais valorizadas da cidade do Rio de Janeiro (Magalhães et al., 2011). Portanto, os programas de remoção que marcaram as décadas de 1940 a 1970, intensificaram a ocupação da área, localizada próxima ao centro da cidade, com terrenos vazios e que contava ainda com importantes vias de acesso, como a via férrea, a Avenida Leopoldo Bulhões, a Avenida Brasil e a Rua Doze de Outubro, (a qual passou a ser denominada de Avenida Suburbana, e hoje, Dom Helder Câmara). A migração oriunda de vários pontos do país, de áreas diferentes da cidade e até da própria região de Manguinhos, levou a comunidade a se caracterizar por um perfil heterogêneo de moradores (Fernandes e Costa, 2009).

A facilidade de acesso também estimulou a instalação de diversas instituições na região como o Instituto Soroterápico (1900), hoje Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, a Empresa Brasileira de Correio e Telégrafos (ECT); a EMBRATEL; a Cooperativa Central dos Produtores de Leite (CCPL); a Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB); a Souza Cruz; a Refinaria de Manguinhos, entre outras, determinando a ocupação definitiva da área, e caracterizando durante certo tempo o bairro como predominantemente industrial

(Laboratório Territorial de Manguinhos - LTM, n.d). Apesar do estabelecimento desses órgãos, a região foi marcada, segundo Pessoa (2006), por ações inconclusas, ou seja, diversos projetos e planejamentos urbanísticos foram elaborados e não concluídos deixando grandes espaços vazios, abrindo espaço para a favelização do território, sintetizada no surgimento dos Complexos da Maré e de Manguinhos.

Por conta de suas dimensões o Complexo de Manguinhos tornou-se a partir do Decreto nº 7980 de 12 de agosto de 1988 um bairro da cidade do Rio de Janeiro. De acordo com 4º parágrafo, artigo 42 do Plano Diretor da cidade do Rio de Janeiro (1992, p. 25), “os bairros correspondem a porções do território que reúnem pessoas que utilizam os mesmos equipamentos comunitários, dentro de limites reconhecidos pela mesma denominação”.

Entretanto, o local é também chamado de Complexo por constituir-se um agrupamento de várias favelas, sub-bairros com casas e conjuntos habitacionais e mais especificamente pelos confrontos associados ao tráfico de drogas que marcam a região (Extra Online, 2010; O Globo Online, 2012). De acordo com Freire (2008, p.29), esta denominação é “notadamente mais utilizada pela instituição policial, que concebe essas áreas como seus focos de atuação no que tange a segurança pública e, sobretudo, o combate ao tráfico de drogas”,

Por sua vez, publicação organizada pelo Observatório de Favelas (2009, p. 22-23) caracterizou o conceito de favela a partir das seguintes referências:

“Forte estigmatização sócio espacial, especialmente inferida por moradores; apropriação social do território com uso predominante para fins de moradia; ocupação marcada pela alta densidade de habitações; níveis elevados de subemprego e informalidade nas relações de trabalho; edificações predominantemente caracterizadas pela autoconstrução, que não se orientam pelos parâmetros definidos pelo Estado; apropriação social do território com uso predominante para fins de moradia; indicadores educacionais, econômicos, ambientais abaixo da média do conjunto da cidade; taxa de densidade demográfica acima da média do conjunto da cidade; alta incidência de violência, sobretudo a letal, acima da média da cidade; relações de vizinhança marcadas por intensa sociabilidade, com forte valorização dos espaços comuns como lugar de convivência; alta concentração de negros (pardos e pretos) e descendentes indígenas de acordo com a região brasileira; ocupação de sítios urbanos marcados pelo alto grau de vulnerabilidade ambiental; grau de soberania por parte do Estado inferior a média do conjunto da cidade”

E o artigo 147 do Plano Diretor (1992, p.67) caracterizou a favela como:

“Área predominantemente habitacional, caracterizada por ocupação da terra por população de baixa renda, precariedade da infraestrutura urbana e de serviços públicos, vias estreitas e de alinhamento irregular, lotes de forma e tamanho irregular e construções não licenciadas, em desconformidade com os padrões legais”.

Nota-se uma diferença na caracterização do que seria uma favela. A análise de Pessoa (2009) centra-se nos aspectos sociais e impactos do local de moradia na vida dos seus habitantes que têm maior chance de vivenciar situações específicas que vão desde

processos de fragilização em diversos âmbitos da vida social até a inexistência de equipamentos públicos que garantam direitos como educação e saúde. No Plano Diretor (1992) as favelas são concebidas a partir de aspectos legais, ocupacionais e estruturais, caracterizando-as como espaços marcados pela irregularidade, desordem e precariedade.

Atualmente a região do ‘complexo’ de Manguinhos tem sido alvo das obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) que se caracteriza por ser um conjunto de políticas públicas destinadas a estimular o crescimento econômico, criar infraestrutura e realizar melhorias urbanas e de saneamento em todo o país. Este programa foi idealizado em 2007 pelo governo federal em parceria com governos dos estados e municípios, tendo como prioridades grandes obras de construção e revitalização de usinas hidrelétricas, rodovias, portos, aeroportos e áreas carentes (Brasil, 2007). Entre as diversas ações previstas, está a remoção de moradias localizadas em beiras de córregos e áreas de risco, medida que vem sendo adotada em algumas comunidades de Manguinhos.

Um estudo coordenado pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase, 2009) em parceria com a Fundação Getúlio Vargas avaliou o impacto do PAC na região das favelas de Manguinhos a partir da opinião dos moradores da cidade, tanto de Manguinhos quanto de outras regiões, do ‘asfalto’. Dentre as informações obtidas, identificou-se que na avaliação de 42% dos entrevistados de Manguinhos o PAC tem chance alta de cumprir seus objetivos, enquanto 32% dos entrevistados do ‘asfalto’ apontam que a chance é muito baixa. A eficiência do PAC, portanto, é posta mais em dúvida pelos moradores do ‘asfalto’ do que pelos moradores de Manguinhos.

Esses percentuais podem estar relacionados com as incertezas dos moradores das localidades atingidas quanto a seus direitos. De acordo com Carvalho e Pivetta (2012) as dúvidas pairam sobre as seguintes questões: quantas famílias serão beneficiadas com as moradias construídas pelo PAC; qual a garantia que os moradores que deixaram suas casas têm de serem realocados nas novas moradias ou em moradias próximas de Manguinhos; quais são os critérios para os distintos mecanismos adotados: aluguel social, compra assistida, indenização; quais são os direitos e os deveres daqueles que foram atingidos diretamente pelas obras.

Além do estigma que a violência e a criminalidade impõem neste cenário e os impactos do PAC, a população de Manguinhos enfrenta dificuldades para acessar serviços e equipamentos sociais. Segundo dados do Instituto Pereira Passos (IPP, 2008) em relação ao *ranking* do Índice de Desenvolvimento Humano⁶ (IDH) municipal, Manguinhos

⁶ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O objetivo da criação do IDH foi o de oferecer um contraponto a outro

ocupava o 122º lugar entre os 126 bairros cariocas pesquisados e no Índice de Desenvolvimento Social (IDS) ⁷ o bairro ocupava o 156º lugar entre os 164 bairros da cidade, o que mostra seu baixo índice de qualidade de vida. Especificamente, no que se refere à educação, a taxa de alfabetização entre os maiores de 15 anos na localidade é de 94%, porém 11% das crianças entre 7 e 14 anos era analfabeta, quase o dobro do percentual da cidade do Rio de Janeiro (6%). Em 2008 o bairro de Manguinhos contava com 7% de seus habitantes com idade acima de 60 anos. (IPP, 2008)

No Complexo de Manguinhos, em 2012, 80,92% dos domicílios tinham coleta regular de lixo; 82,92% contavam com sistema de esgoto; 85,11% tinham energia elétrica e 64,72% bebiam água filtrada. Um ponto que merece ser destacado é que houve uma diminuição da população das faixas etárias mais jovens (0–9 anos) e aumento da população acima de 60 anos, o que acompanha o aumento de longevos na população brasileira. Desta forma, de acordo com o Censo demográfico de 2010, a proporção de menores de 5 anos era de 8,52% e de pessoas acima de 60 anos já era de 9,15%. Diante disso pode-se notar que a população de Manguinhos, sobretudo a crescente clientela idosa, vive num cenário permeado por iniquidades sociais, com problemas nas áreas da educação, saúde entre outros, e oferta precária e insuficiente de serviços embora com uma infraestrutura de saneamento aparentemente adequada (Engstrom et al, 2012).

As comunidades de Vila União e Ex- Combatentes

A pesquisa foi desenvolvida em duas comunidades pertencentes à região de Manguinhos que surgiram no final dos anos 1950, configurando-se como algumas das mais antigas do complexo de Manguinhos.

A Vila União teve um processo de ocupação realizado por iniciativa dos próprios moradores e a Ex-Combatentes foi construída para os ex-combatentes da II Guerra Mundial (“pracinhas”). Ao longo das décadas de 1960 e 1970 essas localidades, junto com outras três (Parque João Goulart, Vila Turismo e Centro de Habitação Provisória II – CHP2), receberam moradores removidos pelo poder público de diferentes favelas das zonas Sul e Norte da cidade, dentro do programa de Remoções de Favelas iniciado pelo governador Carlos Lacerda (1961-1965) e levado adiante, nos governos subsequentes, até o final da década de 1970 (Peçanha et al., 2008).

indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento.

⁷ O Índice de Desenvolvimento Social (IDS) é analisado a partir das seguintes dimensões: acesso a saneamento básico; qualidade habitacional; grau de escolaridade e disponibilidade de renda. Este índice foi elaborado pelo Instituto Pereira Passos (IPP) e inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH/PNUD.

Estas comunidades estão delimitadas pela margem direita do Rio Jacaré, por uma linha férrea e a Avenida Dom Hélder Câmara (Avenida Suburbana), além de serem cortadas pela adutora de águas da CEDAE. De acordo com Fernandes e Costa (2009) elas foram definidas como pertencentes ao bairro de Benfica a partir da legislação de 1988 que estabeleceu os limites dos bairros. No entanto, devido à proximidade com o bairro de Manguinhos e os laços existentes entre parte dos moradores da área e as comunidades vizinhas, elas são consideradas pela Clínica da Família e por alguns de seus moradores como pertencentes à região de Manguinhos.

Na localidade existia ainda o Quartel de Subsistência Pandiá Calógeras, que foi desativado e em sua área foi construído, em 2009, um conjunto de residências destinadas ao reassentamento de parte da população deslocada em função do PAC- Manguinhos, além de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Em 2010 foi construída a Clínica da Família Victor Valla.

As comunidades são compostas também pelos conjuntos residenciais de Benfica, construídos para os ex-combatentes e uma rua pequena e estreita que fica à direita no início da comunidade, denominada Rua Professor Frias Villar. Portanto, a área é dividida, segundo observação e discurso dos moradores, em duas partes distintas: uma seria a comunidade de Vila União e a outra a Ex-Combatentes, conforme indicou o Laboratório do Tempo de Manguinhos (LTM):

“Essas duas comunidades são muito próximas e surgiram na mesma época. A Vila União é um "U" em torno do Conjunto dos Ex-Combatentes. Entretanto, apresentam duas realidades muito diferentes. O "Ex-Combatentes" foi construído para receber os "pracinhas", combatentes que voltavam da 2ª Guerra Mundial. Ao redor do Conjunto dos Ex-Combatentes foi surgindo a Vila União, ocupada, segundo moradores antigos, por migrantes nordestinos. Nesta comunidade, as casas são de tijolo, mas não há opções de lazer, não existe sistema de esgoto e os moradores ainda sofrem com frequentes enchentes” (LTM, 2011).

As comunidades se diferenciam pelas características físicas de suas residências. Enquanto a Ex- Combatentes é caracterizada por prédios de 4 andares, formando uma estrutura vertical as moradias da Vila União são casas e em sua maioria tem no máximo dois andares. No entanto, ambas são denominadas de Vila União pelas equipes de Saúde da Família da Clínica da Família que atuam nas comunidades, tratando as duas como uma única área de atuação.

Na primeira visita ao campo de estudo⁸, foi possível caminhar por algumas casas pertencentes à Vila União que foram construídas em vielas estreitas. Por conta disso, nos corredores não havia ventilação, deixando o ambiente úmido.

⁸ Visita realizada no dia 19/06/2012.

Perfil da população de Vila União/ Ex- Combatentes

A Vila União (incluindo a Ex-Combatentes) tem uma população de 2915 pessoas, das quais aproximadamente 54% são mulheres. Vale ressaltar que 15% dos moradores dessas localidades têm mais de 60 anos indicando que Vila União/ Ex-Combatentes tem uma composição de idosos idêntica à média da cidade do Rio de Janeiro (15% em 2010).

Quadro I – Composição dos moradores de Vila União e Ex- Combatentes por sexo e faixa etária

Faixa etária	Homens	Mulheres	Total
<1	19	21	40
1- 4	91	66	157
5 – 6	41	39	80
7- 9	65	57	122
10- 14	131	122	253
15 – 19	139	110	249
20 – 39	400	475	875
40 – 49	149	197	346
50- 59	147	211	358
60 – mais	160	275	435
Total	1342	1573	2915

Fonte: Clínica da Família Victor Valla – Educação Permanente, 2012.

Sobre a taxa de alfabetização da população das 376 crianças de 7 a 14 das comunidades, 89,3% frequentavam a escola. Já entre a população com 15 anos ou mais, 91,5% foram alfabetizadas.

A Equipe de Saúde da Família da Clínica de Família Vitor Valla cadastrou 909 famílias que apresentam as seguintes características de moradias:

Tipo de casa	Nº	%
<i>Tijolo/ Adobe</i>	879	96,7
<i>Taipa Revestida</i> ^(a)	2	0,2
<i>Taipa Não Revestida</i>	1	0,1
<i>Sem Informação</i>	27	3

Fonte: Fonte: Ficha A – SIAB – 2012, Clínica da Família Victor Valla – Educação Permanente.

Notas: (a) Taipa é um sistema de construção que usa barro molhado para fechar paredes. Segundo o Sistema de Informações de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a taipa revestida seria a parede de taipa com o interior do domicílio completamente revestido por reboco ou emboço (primeira camada de argamassa).

A maioria das residências foi construída com tijolo, o que significa que os moradores contam com proteção relativamente adequada.

Quanto ao saneamento básico, as comunidades apresentaram as seguintes características:

Destino de fezes/ Urina	N	%
<i>Sistema de esgoto</i>	749	82,40
<i>Céu aberto</i>	132	14,52
<i>Sem Informação</i>	28	3,08
Destino do Lixo		
<i>Coletado</i>	854	93,95
<i>Céu aberto</i>	27	2,97
<i>Sem Informação</i>	28	3,08
Tratamento de água		
<i>Filtração</i>	766	84,3
<i>Cloração</i>	2	0,2
<i>Fervura</i>	7	0,7
<i>Sem tratamento</i>	104	11,4
<i>Sem informação</i>	30	3,3

Fonte: Ficha A – SIAB, 2012 fornecida pela Clínica da Família Victor Valla – Educação Permanente

Embora a maior parte das famílias da Vila União/ Ex-Combatentes cadastradas pela ESF afirme filtrar a água ainda há um número significativo de famílias (104 ou 11% das famílias cadastradas pela ESF) que tomam água sem qualquer tratamento, o que pode deixar essa população vulnerável ao aparecimento de doenças.

O lixo é predominantemente coletado, entretanto 27 famílias depositam seus dejetos a céu aberto, o que favorece a infestação de mosquitos, além de elevar a chance de as pessoas desenvolverem doenças.

Em relação ao destino de fezes e urina, tem-se que mais de 80% das famílias da Vila União e Ex-Combatentes contam com sistema de esgoto em suas moradias, embora 132 famílias (15% das famílias cadastradas pela ESF) informam jogar os dejetos a céu aberto.

Os dados sugerem que a maioria das casas tem uma infraestrutura adequada e que possivelmente as famílias que não tem sistema de esgoto, jogam o lixo a céu aberto e

bebem água sem qualquer tratamento são as mesmas (entre 3 e 10%), acumulando vulnerabilidades habitacionais.

A localidade também conta com uma Associação de Moradores localizada na entrada, próxima a quadra central da Vila União/Ex-Combatentes. Dona Isabel, uma das entrevistadas, contou que há tempos atrás os moradores da Vila União não contavam com uma Associação. Logo depois apareceu, um senhor que ela denominou “*português preto*”, apelidado dessa forma porque ele era português, mas dizia ter vindo de Cabo Verde, país africano: “*Se você perguntar o nome dele ninguém sabe, mas se falar ‘português preto’ todo mundo vai saber*”, contou a idosa. Esse senhor criou uma Associação de Moradores específica da Vila União. Posteriormente, segundo a mesma entrevistada, essa associação foi desfeita, restando somente a Associação direcionada aos moradores de Ex-Combatentes. No momento da pesquisa a Associação de Moradores representa todos os moradores, tanto de Vila União quanto de Ex-Combatentes.

4.2. Os entrevistados

No total foram entrevistados dez idosos, quatro homens e seis mulheres, com idades entre 61 e 86 anos. Quatro entrevistadas eram viúvas, uma declarou-se solteira e outra casada. Todos os homens declararam-se casados.

As entrevistas concentraram-se nas comunidades de Vila União e Ex- Combatentes, mas alguns entrevistados afirmaram morar em outras localidades como Jacarezinho (Dona Raquel). A confusão pode ser justificada porque as comunidades localizam-se muito próximas ao Jacarezinho. Além disso, os moradores de Vila União e Ex-Combatentes recorrem a esse bairro para fazer comprar, ir ao açougue, farmácia, entre outros serviços, pois estes não existem nas localidades pesquisadas.

As principais características dos entrevistados encontram-se no Quadro II:

Quadro II - Caracterização geral dos entrevistados por sexo, idade, estado civil, ocupações, estrutura domiciliar e origem.

Nome fictício	Sexo	Idade	Local de ⁹ Moradia	Estado Civil	Ocupações anteriores	Estrutura domiciliar	Origem
<i>Dona Vanda</i>	F	82	Ex-Combatentes	Viúva	Trabalhou em uma fábrica de tecido	Filha e netos	Sergipe
<i>Dona Luzia</i>	F	76	Vila União	Viúva	Doméstica	Filha e netas	Alagoas
<i>Dona Leda</i>	F	77	Vila União	Viúva	Doméstica	Sozinha	Espírito Santo

⁹ De acordo com a resposta dos entrevistados.

<i>Dona Ângela</i>	F	62	Vila União	Viúva	Doméstica e Trabalhadora Autônoma	Filho	Espírito Santo
<i>Dona Isabel</i>	F	65	Vila União	Solteira	Costureira	Filha, neto, irmã e sobrinha	Vila União
<i>Dona Raquel</i>	F	61	Jacarezinho	Casada	Secretária	Esposo e o filho	Vila União
<i>Seu Paulo</i>	M	66	Vila União	Casado	Motorista	Esposa	Vila União
<i>Seu Renato</i>	M	78	Vila União	Casado	Músico	Esposa e neto	Minas Gerais
<i>Seu Diego</i>	M	77	Ex- Combatentes	Casado	Barbeiro Autônomo	Esposa	Minas Gerais
<i>Seu Vitor</i>	M	86	Vila União	Casado	Marceneiro e Autônomo	Esposa	Minas Gerais

Fonte: Trabalho de campo, de junho a dezembro de 2012.

Entre os dez entrevistados apenas uma idosa morava sozinha, quatro moravam com apenas um familiar (esposa ou filho) e a maior parte morava com dois ou mais membros da família. Entre estes foi comum encontrar a geração dos netos. A estrutura familiar mais extensa foi a de Dona Isabel que morava com a filha, neto, a irmã e uma sobrinha.

Três dos entrevistados afirmaram ter nascido na própria Vila União. Os demais pesquisados vieram de estados nordestinos (2) ou da região Sudeste (5), para a cidade do Rio de Janeiro acompanhando os pais ou em busca de oportunidades melhores de emprego e renda.

A maioria dos longevos migrou há muitos anos para a comunidade e constituíram relações de parentesco e laços afetivos fortes na Vila União, uma vez que associam morar na comunidade e gostar de residir lá com as boas relações desenvolvidas, conforme afirmaram Seu Diego e Dona Vanda, ao dizer que “*não há ponto negativo*” em morar na comunidade, que o relacionamento com os vizinhos “*é maravilhoso!*” e que “*só [sairão] dali para o céu!*”.

Os motivos citados para migrar foram diversos. Dona Vanda, por exemplo, veio para a cidade do Rio de Janeiro para casar, uma vez que estava “*prometida*” para um rapaz que era amigo do seu irmão. Já Dona Luzia nasceu em Alagoas, foi com os pais para Ilhéus e depois de dez anos veio para o Rio de Janeiro com o marido que conheceu na cidade baiana. Segundo ela, o cônjuge veio “*tentar a vida no Rio*”. Dona Leda saiu do Espírito Santo bem jovem, depois de uma briga com a irmã e a mãe e veio para a cidade em busca de emprego e estabilidade.

O mineiro Seu Renato veio visitar a irmã que morava no Rio de Janeiro resolveu ficar porque conheceu uma moça além da cidade oferecer mais opções de trabalho e locais

de atuação para um músico. Seu Vitor e Seu Diego, oriundos do estado de Minas Gerais migraram para a cidade em busca de trabalho. Os únicos que nasceram na Vila União foram a Dona Raquel, a Dona Isabel e o Seu Paulo e todos atribuem a permanência no local às relações estreitas e com muita afetividade com vizinhos e familiares:

Eu gosto de tudo: da localidade, dos amigos, dos vizinhos, não tenho inimizade com ninguém, conheço todo mundo. Acho que não tem lugar melhor que esse aqui, pelo menos pra mim que sempre vivi aqui então não sei se tem pra fora, porque eu nunca saí daqui. (Seu Paulo)

Todos os idosos entrevistados são aposentados ou pensionistas. As três pensionistas são mulheres: Dona Vanda, Dona Leda e Dona Ângela, o que pode ser justificado ao se pensar que a maioria das idosas de hoje não trabalharam durante toda a sua vida ativa e o seu rendimento é oriundo principalmente da Seguridade Social (Camarano, 2003). Grande parte dos entrevistados aposentou-se por tempo de trabalho, exceto Dona Luzia que se aposentou por invalidez já que é portadora de doenças crônicas, entre as quais o mal de Parkinson. Além disso, Seu Diego apesar de ser aposentado, ainda trabalha na barbearia que construiu na frente da casa, o que lhe garante um rendimento adicional ao recebido pela Previdência Social.

Característica da moradia dos longevos

A casa da Dona Vanda, moradora da Ex-Combatente localiza-se no terceiro andar de um prédio de quatro andares. A sala, ambiente onde a entrevista foi realizada, é grande, composta por dois sofás de três lugares, uma estante larga com muitas fotos de netos e filhos e uma mesa de quatro lugares localizada no canto do cômodo, próxima à porta da entrada. Não foi possível entrar em outros cômodos, mas pode-se perceber que a residência da Dona Vanda conta com fontes de lazer como televisão, rádio, entre outros; ambiente iluminado, arejado e de fácil locomoção; a casa é provida de eletrodomésticos básicos como fogão, geladeira, ventilador e conta com infraestrutura sanitária adequada. Dona Vanda é extremamente religiosa e durante a entrevista o apego e devoção aos ritos e representações de sua religião foram continuamente enfatizados. Outra característica a ser ressaltado é o seu grande apego à família: Para Dona Vanda a presença e união de suas filhas, netos e bisnetos é o que necessita para ser feliz.

Outro idoso que afirmou residir na Ex-Combatentes foi Seu Diego. No entanto a localização e características de sua casa diferem das consideradas como típicas dos ex-combatentes. A entrevista com o idoso foi feita na barbearia que ele construiu em frente a sua casa, um anexo da casa com uma porta que dá acesso ao interior da residência, portanto não foi possível ver como é seu local de moradia. O dia em que Seu Diego foi entrevistado

estava ensolarado e com temperaturas altas, contudo ele trajava calça e blusa social, além de sapatos fechados, indicando certo formalismo. Assim como Dona Vanda, a importância da religião e dos preceitos religiosos em sua vida do idoso ficou evidente nas falas de Seu Diego.

Outro longevo que afirmou não residir na Vila União foi Seu Renato, que disse morar no bairro de Benfica. A casa do idoso era pequena e sem iluminação, uma vez que a sala não tinha janela e a luminosidade entraria pela porta da sala, que, no entanto ficava fechada. Chamou a atenção a quantidade de objetos antigos na sala, como armários, eletroeletrônicos como rádios, computador quebrado e televisão que também não funcionava. A entrevista com Seu Renato foi marcada por sua insistência em rememorar os fatos de seu passado, quando segundo o mesmo, tinha dinheiro e era bem sucedido profissionalmente, diferente de sua realidade atual, marcada por baixos rendimentos e dificuldades financeiras.

Dona Luzia mora numa residência próxima a de Seu Renato com a filha e netas. A entrada da casa se dá através da cozinha, espaço esse pequeno, constituído por um fogão, localizado ao lado da porta, um armário e uma geladeira. Da cozinha é possível ver o banheiro. No cômodo ao lado fica o espaço onde a entrevistada dorme com duas camas, um armário e uma cômoda onde fica a televisão. Ao lado da cama da idosa, tem um balde utilizado como banheiro pela entrevistada que apresenta dificuldade de caminhar. A filha de Dona Luzia explicou:

Eu deixo sempre aquele balde ali pra isso mesmo, né? Por que eu vou falar pra você: eu não aguento ficar levando ela toda hora no banheiro, principalmente do jeito que ela anda. Aí eu deixo aquele balde ali pra ela fazer as necessidades, também ela só urina e cospe ali, aí depois eu lavo e boto alguma coisa, creolina, creolina não, desinfetante e deixo sempre aquele balde ali.

Na mesma rua em que mora Dona Luzia reside o Seu Vitor. O idoso reside com a esposa no andar superior de uma casa de dois andares, e no térreo sua filha mora com o esposo e a filha de um ano. A entrevista foi realizada numa antessala da casa, composta por sofá e cômoda e atrás do sofá havia uma quantidade grande de terra, que segundo o longevo seria utilizada para obras na casa. Do lugar onde a entrevista estava sendo realizada, pôde-se ver o outro cômodo composto por fogão, geladeira, uma mesa grande, um cercado de criança (utilizado pela neta do casal) e uma cama de casal.

A capixaba Dona Leda mora sozinha numa pequena residência constituída por sala e banheiro na parte de baixo e um quarto na parte de cima. Na sala tem uma pequena copa onde a idosa colocou o fogão e a geladeira. Além disso, ela dorme num sofá de dois

lugares que fica neste espaço. A idosa afirmou que prefere dormir no sofá da sala, pois no segundo andar não tem banheiro, o que tornava “*complicado*” descer à noite.

Próximo à Dona Leda reside Dona Ângela em uma casa de quatro andares, todos construídos pela própria entrevistada. Quando interpelada sobre como ela aprendeu a construir sua casa:

[Eu aprendi] vendo. Vendo as pessoas fazendo eu aprendi, vendo pela televisão também. Sei fazer concreto, 1X1, 3X1, tudo isso eu faço. A instalação da água, instalação do meu esgoto, tudo é eu que faço. Se você ver a casa que eu fiz lá em cima que falta terminar, colocar o piso e terminar o banheiro. Pô, se eu fosse pagar a mão de obra meu dinheiro não dava. Pintar também eu pinto.

A sala, local da entrevista, era bem grande e composta por sofás de dois e três lugares, ao lado dos quais fica uma televisão sustentada por um rack. Da sala é possível ver a cozinha, local onde a idosa prepara as ‘quentinhas’ que vende durante o almoço para auxiliar o orçamento. Ao lado da sala encontra-se ainda o quarto de um dos filhos que reside com a idosa.

Em outra parte da comunidade, Dona Raquel, ex-funcionária da Petrobrás, mora num sobrado localizado num grande terreno. Na parte debaixo da casa mora a tia da idosa, uma senhora sem filhos que a entrevistada cuida. O interior da residência é composto por diversos cômodos: a cozinha fica na entrada da casa; depois segue um corredor em que ambas laterais têm quartos e chega-se na copa onde a entrevista foi realizada e que por sua vez é composta por uma mesa de oito lugares, além de prateleiras e um aparador com fotos da família. Na sequência do corredor encontra-se a sala, onde o marido da Dona Raquel falava ao telefone, dois sofás de dois e três lugares e um rack com uma grande televisão, além de fotos e outros aparelhos eletrônicos.

Dona Isabel mora na mesma rua de Dona Raquel numa casa em que o interior da casa era muito escuro, uma vez que a janela da sala e da cozinha estavam fechadas, mesmo sendo dia claro. Além disso, as janelas tinham cortinas, também fechadas, o que impedia de fato a entrada de qualquer iluminação natural. Na entrada da casa tem uma pequena área com uma máquina de costura, objeto utilizado mesmo depois de Dona Isabel se aposentar como costureira. Apesar de muito solícita, a idosa pareceu desanimada, uma vez que afirmava continuamente não “*gostar de sair de casa por preguiça*”.

A entrevista com Seu Paulo ocorreu também na sala de sua residência, pequena, mas bastante arejada e iluminada. Na entrada da casa tem um pequeno quintal onde ficam algumas bicicletas, lixeiras e uma árvore grande. A sala é composta por um sofá, uma cadeira, uma estante grande e uma mesa de quatro lugares.

Os longevos do estudo residem, em sua maioria, em moradias simples e pequenas (salvo Dona Raquel e Dona Vanda), mas compostas por eletrodomésticos essenciais como

geladeira, fogão e chuveiro. Além disso, todas as casas dos longevos foram feitas a partir de tijolo e alvenaria, o que demonstra que contam com uma proteção eficiente.

A observação das condições de moradia pode fazer indagar como e em que condições tanto físicas (infraestrutura que contam) e econômicas esses longevos residem. Sabe-se, no entanto que Vila União e Ex- Combatentes são rodeadas por regiões caracterizadas, sobretudo, pela escassez de oferta de serviços públicos, com falta de equipamentos de saúde, educação, transportes e serviços básicos como saneamento de esgoto. Diante disso, faz-se necessário demonstrar como a clientela protagonista do estudo vive e sobrevive na comunidade em meio a um cenário permeado por precariedades enfatizando os recursos econômicos disponíveis para dar conta dos custos da vida diária e dos gastos específicos que se avolumam com a chegada da terceira idade, algo que será apresentado densamente no capítulo a seguir.

5. Análise das trajetórias de envelhecimento segundo as dimensões dos processos de exclusão social dos entrevistados

O referencial de análise utilizado no estudo é o elaborado por Escorel (1999) que analisa a exclusão social como um processo que envolve trajetórias de vulnerabilidades ao longo da vida e nas diferentes dimensões que a compõem. Contudo as diferentes dimensões sociais (econômica, familiar, cultural, política e humana) não são estanques, visto que elas estão, na verdade, ligadas, com uma influenciando a outra e reforçando-se reciprocamente.

A investigação sobre o acúmulo de experiências de fragilização e rupturas vivenciadas pelos longevos nas suas distintas esferas permitiu observar se na prática, elas conduziram e aprofundaram (ou não) processos de desvinculação e exclusão social quando estes sujeitos chegaram à terceira idade. Vale ressaltar que diversos aspectos podem conduzir ou evitar processos excludentes como as trajetórias ocupacionais e rendimentos recebidos (dimensão econômica); relações de sociabilidade primária e laços afetivos desenvolvidos e mantidos ao longo da vida (dimensão sócio familiar); estilo de vida e hábitos adotados (fumo, sedentarismo), predisposições a doenças (dimensão da vida); capacidade de se fazer representar na vida social, fazendo valer seus direitos, acesso equânime aos serviços essenciais básicos – saúde, transporte, saneamento básico (dimensão política); trajetórias de discriminação e/ ou preconceito (dimensão cultural).

Isto posto, este capítulo abordará os processos de fragilização de vínculos que podem ser agravados ou não pelo envelhecimento nos cinco âmbitos sociais: na dimensão econômica, onde serão abordadas as trajetórias de vulnerabilidades relacionadas ao “acesso e distribuição material dos recursos necessários para sustentar a vida (renda, emprego, moradia, condições de trabalho, meios de subsistência etc.)” (SEKN, 2008); a dimensão sócio- familiar se deterá sobre os possíveis processos de fragilização nas relações familiares, de vizinhança e comunitárias, podendo levar o indivíduo idoso ao isolamento e à solidão; na esfera política o estudo demonstrará como se dá o acesso pelos idosos aos seus direitos e sua atuação nas esferas de representação existentes; o eixo cultural demonstrará como o idoso é visto pela sociedade observando se a clientela idosa entrevistada tem vivenciado situações de discriminação e estigmatização; e por fim a dimensão da vida tratará de aspectos relacionados saúde/doença dos idosos, analisando se a trajetória de incidência de patologias e morbidades nessa população pode representar processos excludentes.

5.1. Dimensão econômica

Este eixo do estudo apresentará as vulnerabilidades sociais dos idosos relacionados à obtenção de rendimentos por meio do sistema de proteção social, em especial, as aposentadorias, pensões e benefícios sociais vinculados aos sistemas previdenciários e de assistência social; os gastos dos longevos com a manutenção de sua saúde (incluindo-se aí consultas, medicamentos, exames), e seu significado na renda; o papel econômico desempenhado pelos longevos na manutenção do lar e dos seus familiares e as trajetórias ocupacionais desenvolvidas ao longo da vida e como isso afeta sua realidade financeira atual.

a) **Trajетórias de ocupação dos longevos ao longo da vida: Influência na velhice**

As trajetórias de inserção no mercado de trabalho, os postos ocupados ao longo da vida, a renda recebida e as condições dos trabalhos exercidos podem influenciar no processo de envelhecimento de diversas maneiras seja influenciar na renda obtida após a perda da capacidade laborativa, seja na incidência de doenças relacionadas com as ocupações.

Dona Vanda começou a trabalhar na área têxtil, em seu estado natal, Sergipe e depois trabalhou durante quatro anos numa fábrica de tecido na cidade do Rio de Janeiro. Um acidente na fábrica a impediu de voltar a trabalhar em função das dores na coluna. Durante este tempo em que ficou sem trabalhar Dona Vanda casou e teve três filhas.

“Depois que tive 3 filhos mandaram me chamar. Aí eu falei “Não, eu não posso, agora não posso mesmo”. Minha mãe tinha problema de bronquite e eu com 3 filhos ia deixar minha mãe com criança pequena? De jeito nenhum. Aí perdi o direito”.

Por conta disso, a idosa conta apenas com a renda da pensão por morte do marido.

A trajetória de postos de trabalho ocupados por Seu Vitor mostrou-se diversificada. Vindo da Paraíba para a cidade do Rio de Janeiro em busca de melhores condições de trabalho, chegou à cidade e “*não tinha endereço, não tinha dinheiro, não tinha profissão e não sabia ler; conhecia as letras, mas não sabia escrever*”. A partir disso, atuou em diversas locais:

“Aí cheguei e fiquei trabalhando. Depois entrei em uma fábrica de estopa, trabalhei lá uma porção de tempo. Depois foi acabando, fechando e fiquei de mãos dadas [atadas]. Aí saí, trabalhei na Flexa Carioca, da Flexa Carioca eu fui para essa instalação comercial na Rua Bela, onde trabalhei por dois anos. Depois saí e entrei numa carpintaria de móveis... (...) Eu sou marceneiro. Depois arrumei com o Luiz Antônio, lá na rua Curuzu, e fiquei trabalhando por lá um bom tempo. Depois fui inventar de trabalhar como autônomo e me dei mal”.

Atualmente o longo vivo recebe o valor de R\$ 1356 (dois salários mínimos)¹⁰.

Seu Paulo trabalhou durante muitos anos, como motorista, e em vários locais diferentes:

“Eu trabalhei como motorista, mas trabalhei muito tempo em outros lugares, trabalhei na Coleta, trabalhei na Universidade Santa Úrsula, ali em Botafogo... [...] A primeira firma que eu trabalhei se chamava Destil, firma de produtos químicos e peças de automóveis. Trabalhei lá 12 anos, foi a primeira firma que eu trabalhei de carteira assinada. Ai depois veio as outras, a transportadora...”

Segundo ele, a mudança de empresa se dava porque *“naquela época a gente podia dar o luxo de escolher, né? Escolher o que tava pagando mais, o que não é o caso de agora. Agora o que tem, tem que pegar [porque] a situação tá complicada”*. Depois de 35 anos de contribuição ao INSS, o longo vivo recebe um salário mínimo de aposentadoria.

A trajetória de emprego/ocupação dos idosos caracterizou-se pela mudança recorrente de postos de trabalho, justificadas pela busca de melhores remunerações. Pode-se notar que o intervalo entre as ocupações era pequeno, visto que a oferta de trabalho era suficiente para a demanda (Camarano e Pasinato, 2004).

Dona Luzia por sua vez, relatou ter sempre trabalhado como empregada doméstica e em muitos lugares. A idosa também destacou a mudança de locais de trabalho, ao afirmar que *“não ficava nem cinco meses em cada casa porque a gente vai trabalhando assim e eles vão passando de lugar pra lugar”*. A mudança se deveu, em algumas ocasiões, à nacionalidade dos donos que resolviam voltar para seus países de origem. Outro fator evidenciado na narrativa da longo viva foi a não contribuição ao INSS, visto que trabalhou *“sempre sem carteira assinada porque não assinavam carteira”* e por conta disso, a renda que recebe é da aposentadoria por invalidez.

Dona Leda mudou-se do Espírito Santo para o Rio de Janeiro ainda muito jovem depois de a irmã tentar obrigá-la a casar com um rapaz. Ao chegar passou por diversas situações ocupacionais:

“Com 7 anos eu já tava trabalhando. Não tinha fogão a gás; pra encerrar uma casa tinha que ser com o escovão pesado; não tinha enceradeira; não tinha máquina de lavar roupa, a gente lavava a roupa na base do esfrega, esfrega e clorar na água quente; panela não era de alumínio, era de ferro; então eu enfrentei isso tudo. E outra: eu trabalhava mais do que agora, porque agora tem a maré mansa. Eu trabalhava o mês todinho: Era sábado, era domingo, não tinha folga pra nada”.

Apesar de ter trabalhado por muito tempo, a idosa disse não ter contribuído com o INSS e, portanto, a renda que recebe para viver provém da pensão do marido que faleceu.

Dona Ângela disse que sempre trabalhou: *“Eu era manicure, cabeleireira, essas coisas tudinho. Eu trabalhava aqui em casa mesmo, eu tinha um salão”*. Entretanto, ela

¹⁰ Valor referente ao salário mínimo vigente no ano de 2012.

nunca pagou o INSS, o que faz com que sua renda seja obtida a partir da pensão por morte do marido e o dinheiro obtido com a venda de refeições.

As ocupações de Dona Luzia, Dona Leda e Dona Ângela centraram-se em postos de trabalho tradicionalmente ocupados por mulheres, como o trabalho doméstico, as atividades sem remuneração e as atividades de produção para consumo próprio e do grupo familiar (Bruschini e Lombardi, 2000).

Dona Raquel trabalhou como secretária na Petrobrás e se aposentou na empresa e nesta função. Ela começou na empresa atuando como auxiliar administrativo, depois passou a ajudante administrativo, assistente administrativo e por fim tornou-se secretária. A longeva disse ter tido dois empregos antes de ser secretária,

“mas foi tão pouco tempo porque na Petrobrás fiquei 22 anos. Foi numa vidraçaria, uns dois anos, depois na lista telefônica e depois fui pra Petrobrás e não saí mais. Trabalhei 22 anos e 11 meses”.

A idosa afirmou receber, além da aposentadoria via INSS, *“uma complementação da Petrus, porque também pagava a Petrus, uma previdência privada. Vinha no meu contracheque junto, eu pagava junto, aí vieram os dois”.*

Dona Isabel sempre atuou como costureira e *“[pagou] a vida inteira o INSS como costureira”.* Com a *“base aí de 30 e poucos anos de carteira”* ela trabalhava numa firma de costura cujo nome não foi informado. Em relação ao valor do benefício obtido após anos de contribuição, ela não revelou, no entanto, desabafou que

“O dinheiro [da aposentadoria] poderia ser mais porque quando você trabalha você tem seu salário mais um prêmio daquilo, bônus disso, mas quando você se aposenta é só aquele salariozinho e só, o que salva é o 13°. Agora eles cismaram de pagar em duas partes que quando você recebe você nem vê a diferença que recebe, porque você recebe tudo de uma vez tudo bem, mas picado nem dá pra ver...”

Seu Renato relatou ter trabalhado a vida inteira como músico. Orgulhoso de sua ocupação, ele afirmou: *“Eu sou músico, tenho um diploma, depois te mostro. É, tenho dois diplomas.”.* Durante o tempo em que era músico, relatou ter viajado *“meio mundo”*: *“Eu não conheço o mundo inteiro, mas conheço um pedaço bom!”.* O longevo afirmou que começou a contribuir para o INSS em 1962 e parou em 2003, ou seja, contribuiu durante 41 anos e atualmente recebe um salário mínimo de aposentadoria.

Seu Diego trabalhou durante 40 anos como barbeiro e se aposentou nesta ocupação. Trabalhou em vários locais na cidade do Rio de Janeiro, pagando o *“INSS como autônomo”.* Vale ressaltar que o idoso mantém uma barbearia em sua casa, o que complementa o orçamento mensal. Ao ser questionado se trabalha por prazer ou necessidade, ele responde:

Olha minha filha, eu trabalho porque eu gosto. Eu ia ficar aí, sem fazer nada... Aqui eu fico aqui, trabalho, converso, me distraio. Fico aqui conversando com os amigos, o que eles me derem tá bom e a graninha que entra aqui dá pra levar, dá uma ajudinha.

Pôde-se observar que Dona Isabel, Seu Diego e Seu Renato construíram uma narrativa de vida em torno da ocupação exercida ao longo da vida. Desta forma, os longevos balizaram suas histórias em função de seus empregos, demonstrando o papel importante que o trabalho tinha para a vida deles.

As narrativas de oito (exceto Dona Isabel e Dona Raquel) dos idosos entrevistados demonstram que estes se inseriram, ao longo da vida, em postos de trabalho caracterizados por precariedades: do vínculo de trabalho, de remuneração, da proteção social e/ou das condições de trabalho propriamente ditas.

O conceito de precarização do trabalho refere-se ao

“aumento do caráter precário das relações de trabalho pela ampliação do trabalho assalariado sem carteira profissional e do trabalho independente (por conta própria). Ele é identificado pelo aumento do trabalho por tempo determinado, sem renda fixa e em tempo parcial e pela ausência de contribuição da Previdência Social e, portanto, sem direito à aposentadoria” (Mattoso, 1999 apud Borelli e Tolfo, 2010, p.1).

A precariedade das relações estabelecidas no mercado de trabalho vivenciada pelos longevos do estudo pode estar relacionada com relações de trabalho à margem da legislação trabalhista, como os serviços domésticos realizados por Dona Ângela, Dona Luzia e Dona Leda ou com a precariedade dos vínculos empregatícios, conforme indicado por Seu Paulo e Seu Vitor.

As ocupações desempenhadas pelos entrevistados centraram-se no setor terciário e secundário da economia e exigiam em sua totalidade baixa qualificação, configurando-se como uma forma de vulnerabilidade social ao qual este segmento esteve exposto.

A trajetória de vida com sua facilidade ou dificuldade de acumulação de capital social, financeiro e afetivo de cada indivíduo interfere quando este atinge os 60 anos. As condições de vida são afetadas pelo fato de o indivíduo ter tido ou não um emprego formal estável e/ou ter contribuído ou não para a Seguridade Social, ter tido ou não vínculos permanentes, ter tido ou não ocupações rentáveis etc. Desta forma, o processo de envelhecimento dos idosos do estudo foi afetado pelas condições em que se inseriram e permaneceram no mercado de trabalho.

O fato é que, de forma geral, a passagem para a situação de aposentado foi acompanhada de decréscimo nos rendimentos percebidos durante a vida ativa, o que pode contribuir para a vivência de trajetórias de vulnerabilidades dos vínculos na dimensão econômica. O benefício previdenciário apareceu nas entrevistas como fundamental para a vida e sobrevivência dos longevos, uma vez que permite os gastos diversos e que aumentam com a chegada da terceira idade como medicamentos e recursos de saúde, além

de considerar o papel desempenhado de chefes provedores de suas famílias constituídas, por vezes, de diversas gerações.

Assim da mesma forma que os benefícios recebidos podem ser considerados como um vetor de inserção/inclusão, pois minimizam processos de precariedade que seriam aprofundados sem essa renda, o fato de a renda ser insuficiente para atender as necessidades advindas dos processos de envelhecimento não evita as fragilidades dos vínculos e a precariedade no acesso a recursos que possibilitem melhores condições de vida.

b) O papel dos benefícios contributivos para os longevos

O Sistema de Seguridade Social brasileiro, conforme estabelecido na Constituição de 1988 está caracterizado como um conjunto de políticas e ações articuladas com o “objetivo de amparar o indivíduo e/ou o grupo familiar ante os eventos decorrentes de morte, doença, invalidez, desemprego e incapacidade econômica em geral” (Beltrão et al., 2004, p.411) e comporta três componentes: o seguro social, a assistência social e a saúde.

O primeiro componente, também denominado de Previdência Social constitui-se em um programa de pagamentos em dinheiro e/ou serviços prestados ao indivíduo e/ou aos seus dependentes, e que geralmente está condicionado à preexistência de um vínculo contributivo ao sistema, como compensação parcial ou total da perda de capacidade laborativa. De uma forma geral, a Previdência, segundo Pádua e Costa (2005) tem dois grandes objetivos: garantir a reposição de renda dos seus segurados contribuintes, quando não mais puderem trabalhar; e evitar a pobreza entre as pessoas que, por contingências demográficas, biológicas ou acidentárias, não podem participar, por meio do mercado de trabalho, do processo de produção da riqueza nacional e, ao não participarem, não conseguem apropriar-se de parte dessa riqueza gerada para garantir seu próprio sustento.

Este pilar da Seguridade Social tem-se mostrado essencial para os idosos, uma vez que o envelhecimento está diretamente associado ao alijamento do indivíduo do processo produtivo nas sociedades capitalistas contemporâneas. A partir disso, o longo tempo torna-se inadaptado aos padrões estabelecidos pela sociedade - onde o trabalho tem um papel fundamental levando a perda do papel profissional e a aposentadoria.

No conjunto dos até dez entrevistados, três eram pensionistas. Dona Vanda recebe pensão por falecimento do marido que foi um veterano do Exército Brasileiro com atuação na 2ª Guerra Mundial. A ocupação do marido lhe proporcionou a moradia atual, uma vez que as casas construídas na comunidade “*foram feitas para os ex-combatentes*”. A idosa declarou uma pensão no valor de R\$ 3.500,00, o que considera ser suficiente para arcar

com os gastos do lar que por sua vez, são predominantemente pagos pela octogenária. Vale ressaltar que Dona Vanda reside com três netos e uma das filhas, que segundo ela, nunca saiu de perto da idosa e *“nem chegou a casar. Arrumou um namorado que deu três filhos a ela”*.

Outra idosa que manifestou ser pensionista foi a Dona Leda, porém não quis revelar o valor de seus rendimentos. No entanto quando questionada se a renda que recebia era suficiente para financiar os gastos cotidianos, uma vez que mora sozinha, a longeva declarou: *“É, é suficiente, graças a Deus dá [o benefício]. Não vou falar que não dá porque é suficiente! Não passo por nada, não dependo dos outros, tenho minhas economias”*. Além disso, ela afirmou:

“Compramos casa na região dos Lagos, vivi muito bem. Nunca paguei aluguel... Agora ele se foi, mas não me deixou desamparada, ele me deixou duas casas: uma aqui e outra na Região dos Lagos só que a daqui eu vendi”.

O que denota que os patrimônios e a renda deixados pelo cônjuge conferem a longeva uma estabilidade financeira.

A terceira idosa entrevistada beneficiária de pensão por morte do marido, também ex-combatente foi Dona Ângela. Segundo a longeva, seu marido também foi ex-combatente, tendo ido inclusive à segunda guerra. Contudo, ele não “deu entrada” com os documentos que comprovariam que ele havia sido do exército.

O valor da pensão recebida também não foi declarado (ela não quis informar), porém no caso de Dona Ângela que mora com um dos filhos que após a separação voltou a viver com ela, *“a renda [recebida] ajuda, mas não é suficiente porque às vezes eu fico devendo, fica faltando, mas eu acho que eu gasto demais”*. O filho *“às vezes ajuda”* nas despesas da casa, mas de acordo com a idosa *“não precisa [ajudar] não”*.

Das seis longevas entrevistadas, a metade recebe pensão devido ao falecimento de seus cônjuges. Segundo Ansiliero e Constanzi (2008), esse fator deve estar ligado à maior expectativa de vida deste grupo populacional. Como em média vivem mais, é natural que enviúvem mais frequentemente que os homens, tornando-se beneficiárias de pensão e, muitas vezes, chefes da unidade familiar, como aconteceu com a Dona Vanda, Dona Ângela e Dona Leda. Além disso, supõe-se que a população feminina atualmente em idade de aposentadoria provavelmente participou do mercado de trabalho menos frequentemente que os homens e em ocupações precárias como a informalidade e/ou não pagamento de contribuições ao INSS.

Diante deste quadro, o benefício recebido pelas idosas apresentou-se como fundamental para que elas não vivenciassem processos de exclusão social na esfera econômica.

A alagoana Dona Luzia também se declarou viúva, mas diferentemente das longevas mencionadas, ela não é beneficiária da pensão por morte tendo sido aposentada por motivo de doença. De acordo com sua filha, ela teve uma paralisia parcial no rosto enquanto trabalhava, porque *“ela tava comendo, se aborreceu com a outra empregada, aí no outro dia o rosto dela ficou torto, paralisia facial”*. A legislação brasileira normatiza

A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição (Brasil, 1991, art. 92).

Dona Isabel também é aposentada pela Previdência Social, visto que pagou *“a vida inteira o INSS”*, tendo *“30 e poucos anos na carteira”*. Quando perguntada se o dinheiro que recebe é suficiente para cobrir as necessidades de vida diária, ela respondeu:

“Bom, a gente faz com que o dinheiro dê, né? tenta esticar ele mas... Aqui o bom é que praticamente ninguém sustenta ninguém porque cada tem seu salário (...) cada um tem seus gastos pessoais, então não pesa”

Seu Renato, de 78 anos também recebe aposentadoria. O idoso que mora com a esposa e um dos netos de sete anos, é o principal responsável pelos gastos com a manutenção da casa como luz, telefone, alimentação, vestuário, entre outros, com o *“pouquinho mais de um salário mínimo”* que recebe mensalmente. A companheira, por sua vez, também ajuda com o que recebe como diarista, embora o valor recebido seja pequeno segundo o idoso: *“200, 270 merréis por mês”*.

Seu Vitor, um paraibano de 86 anos, é aposentado e mora com a esposa, que é dona de casa. Com a aposentadoria no valor de R\$1. 244¹¹, ele paga todos os gastos da casa. Ao ser questionado se o valor recebido é suficiente para os dispêndios, ele desabafou:

“Sempre vivi anos e anos ganhando aquela mixariazinha,[então] dá. Não tenho vaidade, não tenho luxo, não gasto dinheiro à toa, não jogo, não fumo, não bebo. O dinheiro é para minhas obrigações em casa, para minha família, porque eu não nasci filho de bacana, graças a Deus”

Seu Paulo também está aposentado por tempo de contribuição, depois de 35 anos de trabalho. Apesar de morar com a esposa que é diarista, ele afirmou que todos os gastos do lar eram custeados somente por ele. O idoso preferiu não revelar o valor da aposentadoria, no entanto, ao falar sobre a suficiência da renda, desabafou: *“Ah, eu passo por dificuldade, tenho que controlar ali pra poder dar. É pouco, aí já viu né?”*.

A ex-secretária da Petrobrás, Dona Raquel, aos 61 anos encontra-se aposentada por tempo de contribuição há muitos anos, o que denota que a longeva saiu do mercado de

trabalho logo após ter contribuído o tempo mínimo exigido. Quanto aos valores recebidos com o benefício, ela preferiu não revelar; contudo, a renda que recebe faz com que a idosa “fique tranquila”.

Outro entrevistado aposentado e responsável por todas as despesas da casa é Seu Diego. O longevo mora com a esposa que apesar de receber pensão por falecimento de seu cônjuge anterior, não ajuda nos dispêndios frequentes. No entanto, ele revela que a renda que recebe da aposentadoria e do ofício de barbeiro no salão que tem em casa tem sido suficiente. Seu Diego disse que consegue “*tirar na faixa de uns dois salários mínimos*” na barbearia. Já o valor que recebe por conta da aposentadoria não foi revelado: “*Olha eu não passo necessidades sabe e se eu não trabalhar, dá pra viver, mas trabalhando dá pra ganhar um pouquinho mais né, dá pra viver melhor! (risos)*”.

O benefício recebido pelos aposentados por idade e/ou tempo de contribuição configurou-se como meio de subsistência garantido para suprir as necessidades vitais de subsistência dos longevos e de seus dependentes diretos, mesmo que o valor do benefício seja considerado pelos longevos como abaixo do necessário para viver se forma satisfatória e sem provações.

Para Bulla e Kaefer (2003) os motivos que podem levar o aposentado a continuar ou não a trabalhar são variados. Para alguns idosos, os aspectos econômicos, a preocupação quanto à manutenção da vida somente com o montante obtido através da aposentadoria, pode levá-los a retornarem ao mercado de trabalho mesmo depois de se aposentarem. Entretanto, existe outra dimensão que merece ser ressaltada. O trabalho representa o

“papel de regulador da organização da vida humana, em que horários, atividades e relacionamentos pessoais são determinados conforme as suas exigências, sendo fundamentais para a vida social. As atividades exercidas, ao longo da vida, servem de ponto de referência para as pessoas, sendo difícil desarticular se dessas referências (Zanelli e Silva, 1996)”

Por conta disso, o aposentado tem dificuldades de desvincular-se do trabalho. No caso de Seu Diego a renda adicional à aposentadoria e a satisfação por ainda manter-se ativo podem justificar a manutenção de sua ocupação de barbeiro.

Como se pôde constatar nos depoimentos, os benefícios contributivos têm papel fundamental para os indivíduos com idade acima de 65 anos, conferindo renda àqueles que saíram do mercado de trabalho e auxiliando o fluxo de apoio entre idosos e seus familiares. Além disso, pensões e aposentadorias permitiram que os idosos não vivenciassem processos de pobreza e trajetórias de exclusão na dimensão econômica, visto que os

¹¹ Valor referente a dois salários mínimos. O salário mínimo vigente em 2012 era de R\$622. A partir de fevereiro de 2013 ele foi para R\$ 678,00.

benefícios conferiram tranquilidade e estabilidade financeira, conforme destacaram Dona Raquel, Dona Terezinha, Dona Leda e Seu Diego, por exemplo. Entretanto, quatro entre os 10 idosos relataram que os valores recebidos são insuficientes para o seu bem estar e qualidade de vida.

A renda obtida a partir dos benefícios do sistema brasileiro de Seguridade Social tem exercido um papel muito importante na redução da pobreza entre os idosos e suas famílias. De maneira geral, os longevos brasileiros estão em uma situação financeira melhor do que os adultos mais jovens, visto que segundo documento desenvolvido pelo IPEA (2013), a proporção de idosos pobres foi de 4,8% enquanto a taxa de pobreza entre os não idosos foi cerca de três vezes maior (16,7%). Contudo, uma parte dos longevos entrevistados assinalou que a renda obtida através da aposentadoria significa uma condição socioeconômica inadequada:

“(...) Quando completei 65 anos, eu não aguentava mais”. Aí fui levar minha carteira no INSS para conseguir minha aposentadoria pensando eu que os meus tempos de trabalho que tinha, com mais de nove carnês, pagando um salário, que eles iam me dar meu salário. Foi o contrário. Eles me deram um salário e colocaram na minha conta 'aposentadoria por velhice'. (Seu Vitor)

c) Como os longevos gastam seus rendimentos?

Para Vasconcelos e Santos (2012) a Previdência brasileira foi desenhada em modelos de longo prazo tendo como base projeções demográficas que acabaram por não se verificar, inviabilizando a lógica do equilíbrio coletivo baseada num regime que seria sustentável se o número de trabalhadores ativos (os mais jovens) continuasse crescendo. Além disso,

“a grande maioria dos aposentados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) recebe valores baixos, que vão diminuindo a cada ano, porque a atualização desses valores não corresponde à inflação real. Vão, portanto, perdendo seu poder aquisitivo. Só quem ganha o salário mínimo tem seu valor atualizado. As demais faixas de aposentadoria estão desvinculadas do salário mínimo e vão ficando defasadas” (Bulla e Kaefer, 2003, p.6).

A defasagem do valor do benefício foi comentada por um dos entrevistados, que ao ser questionado se a renda da aposentadoria era suficiente para cobrir seus gastos, desabafou:

“É pouco, é. Você trabalha um ano, ganha um 'X'. Aí cada ano que passa que você é aposentado, ao invés de ganhar mais, você ganha menos. Aumenta o salário mínimo 10% mas o do aposentado aumenta 2%, 3%, ali você já tá tendo uma perda grande né? Aí o padrão vai caindo cada vez mais, aí tem que se adequar ao que ganha. A aposentadoria pra manutenção da casa é pouco”. (Seu Paulo)

Os relatos demonstram que a insuficiência de renda é um dos principais problemas enfrentados por cinco dos dez idosos entrevistados, o que lhes impede de aproveitar essa

etapa da vida com certo bem-estar, condenando-os, muitas vezes, a viver com “dificuldades, tendo que controlar pra poder dar” (Seu Paulo).

A perda da capacidade laborativa advinda do processo de envelhecimento promove a vulnerabilidade dos vínculos com o mundo do trabalho que se mantêm exclusivamente pelo benefício que auferem por já ter trabalhado um dia.

“Eu tenho 6 carteiras, todas elas marcadas noturno, insalubridade noturna, né? Ganhava três salários mínimos. Eu recebo um salário mínimo [de aposentadoria]. Eu passo dificuldade porque ganho R\$ 622,00, por tudo que é mais sagrado. Paguei 40 e poucos anos, várias taxas e na hora de receber...” (Seu Vitor).

Em alguns casos a insuficiência da renda pode ser explicada pelo excesso de gastos que os idosos do estudo relataram ter com a manutenção da casa e os gastos com os familiares que moram com eles. De acordo com os depoimentos, os principais itens de gastos são vestuário, contas de luz e telefone, alimentação e saúde, como desabafou Seu Renato: “É, não é mole não, menina! Às vezes eu pago o telefone, a luz, a fatura, muita coisa! Então, quando eu levo essas coisas todas pra pagar, sobram 70 merréis!”, e Seu Paulo: “O gasto aqui é com a casa é luz, essas coisas assim, telefone, comida, vestuário, o necessário”. Dona Raquel também elencou os dispêndios que consomem a renda da sua aposentadoria:

“Os maiores gastos são comida, despesa de escola do meu filho, faculdade; roupa, não sou muito de comprar porque agora eu quase não saio, então nem tô comprando nada; conta de luz, telefone, essas coisas assim que eu uso sempre”.

Entretanto, o principal item de gasto apontado pelos longevos foi a saúde, incluindo-se aí exames, consultas e medicamentos. Tal fato pode ser justificado na maior propensão das pessoas nessa faixa etária de necessidades de cuidados de saúde, visto que as doenças dos idosos tendem a ser crônicas e múltiplas, perdurando por vários anos e demandando acompanhamento constante, medicamentos, consultas médicas e por vezes internações hospitalares de longa duração.

A maior demanda por serviços de saúde, refletido no aumento dos gastos com este item, principalmente na aquisição de medicamentos, impactou na renda de Dona Vanda, que além de comprar seus remédios, ainda financia a compra dos medicamentos da filha que vive com ela:

“Chega assim, se for botar assim, direitinho, uns R\$ 200,00 por mês, né? Porque eu pego os remédios aqui na clínica também, né? E o que falta eu mando pegar pra mim e pra filha que operou o coração também agora”.

O comprometimento da renda com os gastos de saúde também foi destacado por Dona Ângela, que afirmou consumir toda a renda da pensão com a sua saúde,

como remédios, consultas e exames e que ainda *“tinha o [gasto] que ficava no cartão de crédito”*.

“A renda ajuda, mas não é suficiente porque às vezes eu fico devendo, fica faltando, mas eu acho que eu gasto demais. Mas pensando, eu não gasto demais não, eu compro certinho, eu sou muito controlada com as minhas coisas, com as minhas contas. Eu gasto muito é com remédio, consulta. Por exemplo, eu tenho que fazer uma tomografia e só de consulta meu médico, é R\$150 reais...”.

Enquanto Dona Ângela afirmou que seus maiores gastos eram com exames e as despesas da casa, Dona Isabel declarou que seus maiores gastos eram com a aquisição de medicamentos.

Seu Renato, que tem uma renda familiar de pouco menos de mil reais, afirmou gastar *“no máximo assim uns R\$150,00, não chega a R\$200”* com a saúde, ou seja, ao redor de 16% dos rendimentos familiares são direcionados para manutenção da saúde.

Em decorrência da cronicidade e multiplicidade de doenças de Dona Luzia, a idosa utiliza toda a sua aposentadoria por invalidez para custear os medicamentos que necessita fazer uso diariamente. A idosa afirmou ainda que o valor que recebe não é suficiente para cobrir suas necessidades uma vez que *“os remédios são muito caros”*. Dona Luzia desabafou: *“Eu gasto é com remédio né, minha filha? Essa semana mesmo ela comprou um bando de remédio, aí o dinheiro foi todo”*.

Outro idoso que afirmou gastar com serviços e consumo de itens relacionados à saúde foi o Seu Diego também afirmou que seus gastos mais elevados eram com a obtenção de medicamentos e no pagamento de consultas e exames da companheira: *“Olha eu gasto mais com a esposa porque ela tem problema no nervo ciático e remédio manipulado é caro, então com os remédios dela eu devo gastar uns 200 reais”*.

O gasto com medicamentos representa a maior parte dos gastos privados em saúde entre os mais pobres e o peso dos medicamentos no total dos gastos em saúde se dá de maneira inversamente proporcional à renda (Boing et al., 2011) comprometendo o orçamento das famílias pobres. Similarmente, os medicamentos foram os maiores responsáveis pelos gastos em saúde no Brasil, atingindo 47% do total do gasto.

O comprometimento de renda com gasto em medicamentos, especialmente não programado, pode levar famílias a riscos de saúde ainda maiores, como a redução da compra de alimentos, e torná-las mais susceptíveis a problemas de saúde, ou, pela ordem econômica, tornar as famílias mais pobres ou até mesmo indigentes (Boing, et al., p. 3).

Estudo recente do IPEA (2011) corrobora essa análise. De acordo com o Instituto, o financiamento público da assistência farmacêutica possibilita o acesso a medicamentos a uma parcela importante da população brasileira. Além disso,

“Existem evidências da sua natureza progressiva, uma vez que é a população de menor renda que faz mais uso do fornecimento público de medicamentos. Por outro lado, as famílias mais ricas gastam mais com a aquisição privada de medicamentos do que as mais pobres. Entretanto, exatamente as famílias mais pobres, que gastam muito menos com medicamentos que as famílias mais abastadas, em termos absolutos, são aquelas que proporcionalmente comprometem muito mais a renda familiar na aquisição com esses bens essenciais”. (IPEA, 2011, p. 15)

É importante mencionar que os idosos entrevistados recebem gratuitamente parte de seus medicamentos na Clínica da Família o que auxilia na diminuição dos gastos com sua obtenção. Seu Renato, Seu Paulo e Dona Isabel afirmaram pegar todos os remédios que necessitam na Clínica da Família. Entretanto, algumas vezes os medicamentos que os longevos necessitam não estão disponíveis, o que faz com os longevos tenham que comprá-los:

“Não. Eu pego, agora tem aqui a Clínica da Família [os remédios], aí eles dão pra todo mundo. Às vezes falta um, falta outro, agora mesmo faltou o sinvastatina, tá faltando, aí eu mando pegar na farmácia”. (Dona Vanda)

“Já aconteceu isso, há 15 dias atrás, porque nem todos os remédios tinham aqui. O que deixei de comprar foi um que geralmente é R\$ 20 reais, mas varia né, tem farmácia que é R\$ 23 e esse não tem na farmácia popular”. (Seu Renato)

‘Às vezes... É, isso acontece com frequência, aí você fica... O dia que passaram esse [remédio], eu ainda tinha dois comprimidos aqui, mas pensei: ‘Vou passar na Farmácia Popular, quem sabe tem’. Tinha nada. Aí, quando minha mulher chegou, ela tinha [dinheiro]. Ela trabalha como diarista, né? Aí ela tinha recebido e me deu pra comprar. (Seu Renato)

“Bom, aqueles de hipertensão e glicose a gente apanha na farmácia da Clínica ou na farmácia popular. Agora esses outros como o do colesterol, se tiver na clínica a gente pega, mas se não tiver tem que comprar, né? Os mais caros não tem de graça, tudo tem que comprar!” (Dona Isabel)

Quatro entre os dez longevos do estudo afirmaram que os gastos com saúde não comprometem a renda familiar: Dona Raquel que compra os medicamentos e realiza os exames e consultas nas clínicas e com os profissionais do seu plano de saúde; Seu Paulo que disse conseguir todos os medicamentos que necessita na Clínica da Família e quando no local não tem os adquire a valores mais baixos na Farmácia Popular; Seu Vitor que também consegue os medicamentos gratuitamente no mesmo estabelecimento de saúde mencionado; e Dona Leda que obtém os medicamentos que necessita em um hospital público estadual onde trata de parte de seus problemas de saúde e quando não tem lá, os obtém a valores mais baixos na Farmácia Popular.

As dificuldades em custear os gastos em saúde e manutenção do lar, conforme indicado por alguns entrevistados, também representam processos de vulnerabilidade na dimensão econômica. Os dispêndios com a saúde, não só os relacionados à aquisição de medicamentos, mas também com consultas e exames, tornam-se mais elevados e constantes com o processo de envelhecimento e o conseqüente aparecimento de agravos decorrentes da idade avançada.

Cabe destacar que os gastos excessivos apontados pelos idosos do estudo com exames, consultas e, sobretudo, remédios, indicam procedimentos, talvez excessivos, de medicalização da velhice. É importante pensar formas de promoção da saúde da pessoa longeva, com o controle e/ou prevenção de patologias, sem limitar-se a adesão de tratamentos médicos e remédios.

d) Idosos e seu papel de suporte econômico na família

A família é vista como a fonte de apoio informal mais direta para a população de uma forma geral e em muitas ocasiões, aparece como única alternativa de apoio. O processo de envelhecimento traz em seu bojo a vulnerabilidade da saúde dos longevos, com alguns sendo acometidos por enfermidades que os incapacitam a realizar as tarefas da vida diária. Quando isto acontece, as famílias têm sido requeridas a cuidar deste segmento vulnerável e isto tem sido feito por meio de apoios intergeracionais, via arranjos familiares, com a coresidência configurando-se como uma das estratégias de sobrevivência utilizadas.

Durante o estudo, pôde-se constatar a prevalência desses arranjos, embora o motivo de sua estruturação tivesse variado em cada uma das trajetórias analisadas.

Dona Luzia, por exemplo, reside com filha e netas. A idosa foi acometida por diversos agravos que a incapacitaram funcionalmente para a realização de atividades como tomar banho, se alimentar, caminhar, entre outras, fazendo com que perdesse a autonomia e dependesse da ajuda dos familiares. A renda que ela recebe da aposentadoria é toda revertida no custeio de seus remédios, consultas e exames, ficando a filha responsável pelo pagamento das contas da casa, compras relacionadas à alimentação, limpeza, entre outros gastos gerais.

Sete dos longevos entrevistados caracterizaram-se como chefes de domicílio sendo sua renda a que provê sua família restrita ou ampliada, o que lhes confere o poder e o *status* de principal quando não o único provedor dos custos da manutenção do lar e também do bem estar dos outros familiares (esposas, filhos, netos) que com eles convivem.

A aposentadoria recebida por Seu Renato no valor de um salário mínimo e o salário recebido pela esposa como diarista (R\$270,00) - o que dá uma renda per capita de R\$316,00 - são utilizados para manter o lar e nas despesas do neto, como vestuário, alimentação e saúde. Neste momento Seu Renato tem tido gastos com o dentista do neto.

Dona Vanda é a principal provedora da casa e com os rendimentos da pensão paga as despesas com a saúde da filha, que operou o coração recentemente e não pode trabalhar e dos três netos. O benefício dividido entre os cinco moradores da casa resulta em um valor per capita mensal de R\$500,00, o que Dona Vanda considera satisfatório. Vale acrescentar

que Dona Vanda auxilia financeiramente as outras filhas quando estas necessitam, conforme ela relatou:

A manutenção da casa, gasta muito, é uma despesa fora de série. E a gente tem vontade de ajudar, né? Se chegar uma filha, mãe desse menino (fala mais baixo) e diz “Mãe, to precisando disso, to precisando daquilo, pode?”. “Pode, minha filha, pega ali na bolsa, mexa na bolsa, o que você quiser, leva”. Porque eu não vou ficar com a minha barriga cheia vendo a barriga da minha filha vazia, né? Não, o que puder levar, leva. Na hora da saída: “Mãe, tem um dinheirinho aí pra minha passagem?”. Eu digo “Toma. 20, 25, o que puder levar, leve!”.

Dona Raquel também utiliza o rendimento de sua aposentadoria para pagar, além das despesas da casa, o estudo do filho:

“(…) O único que não dá nada [para manutenção da casa] é meu filho porque ele não trabalha, só estuda e por isso também que a gente tem que morar aqui né? Porque hoje em dia pra um filho estudar, eles falam assim: “Ah, mas é faculdade pública!” É pública, mas é caríssima, é um roubo porque um jaleco que você compra na rua da Alfândega a 20 reais, na faculdade é 50, 60. E tem que comprar lá porque exigem que tenha o emblema da faculdade, né? E pra botar só o emblema é o preço de um jaleco novo, então você é obrigada a comprar lá. Mas não é nada de graça: comida a gente tem que pagar porque ele fica lá o dia todo na UERJ. Ele fez [faculdade] também na Unirio, ele fez uma... Uns três anos de biologia, aí era outra coisa: Era da Urca lá pro Centro, não sei pra onde pra fazer as aulas porque cada aula era num lugar, confusão danada. Enfim, tudo eu pago, alimento. Não tem nada que o governo dá!”.

Pode-se notar, portanto, que o rendimento da aposentadoria recebido pela idosa e por seu esposo, também aposentado constitui fonte importante de suporte familiar, que possibilita a entrada tardia do jovem no mercado de trabalho, prolongando sua dependência financeira dos seus pais idosos.

De acordo com o observado no estudo, quatro dos dez idosos sustentam de alguma forma, filhos e/ ou netos. O bom estado de saúde dos idosos permite, por conseguinte, que eles sejam fonte de ajuda, seja na criação dos netos, nos trabalhos domésticos, nas despesas do lar, ou seja, em tudo o que é preciso e está ao seu alcance.

Ademais, os fluxos de apoio dos idosos para os filhos mostraram-se frequentes, apesar dos longevos poderem contar com ajuda também em caso de necessidade, por terem os filhos morando no mesmo domicílio e outros filhos que, mesmo não morando Na mesma casa, podem também ser fonte de ajuda (Camarano et al., 2004).

Somente três longevas entrevistadas afirmaram não sustentar a família: Dona Leda que apesar de ter uma casa na comunidade deixada para ela pelo marido, mora sozinha numa casa alugada, e sendo, portanto, responsável apenas de seus próprios gastos; Dona Ângela, que a despeito de morar com o filho, que voltou para casa após ter se separado, afirmou que ele não auxilia nas despesas da casa porque não há necessidade, sendo ela desta maneira, responsável exclusiva pela manutenção dos gastos pessoais e da residência;

e a Dona Luzia que perdeu sua capacidade funcional e é dependente do auxílio dos familiares para realizar as atividades habituais.

Pôde-se observar pelo panorama descrito que a coresidência é uma alternativa de apoio encontrada pelas famílias. Segundo Pasinato e Mello (2006, p.139) esta modalidade “é uma forma importante de transferência de apoio entre gerações”. Os apoios intergeracionais através de arranjos familiares têm sido crescentemente importantes como estratégias de sobrevivência, embora sob formas diferenciadas. Ainda segundo as mesmas autoras as famílias com idosos podem ser divididas em dois grupos: famílias de idosos nas quais o idoso é chefe ou cônjuge, e famílias com idosos em que os idosos moram na condição de parentes do chefe. Na primeira residem idosos com autonomia e na segunda os vulneráveis que demandam ajuda de familiares. Pensando nos longevos da pesquisa, nove deles enquadram-se no primeiro arranjo uma vez que constituem chefes e provedores de seus lares e somente Dona Luzia necessita mais efetivamente de auxílio de seus parentes para realizar as atividades da vida cotidiana, enquadrando-se, portanto, no segundo arranjo.

5.2. Dimensão Sócio familiar

No Brasil, a Constituição de 1988 afirma que o suporte aos idosos deve ser dado pela família, pela sociedade e pelo Estado, preferencialmente em seu domicílio, o que acaba conferindo uma maior responsabilidade à família. Desta forma, os familiares são tidos comumente como os principais responsáveis pelo cuidado aos longevos.

A família caracteriza-se como a instituição social na qual o ser humano aprende a conviver com os seus pares e, ao longo de todas as fases, as relações familiares estarão presentes na vida das pessoas. Em relação aos grupos mais vulneráveis como os idosos, a essencialidade da família se amplia, visto que ela precisa funcionar como suporte da qualidade de vida dos longevos, principalmente daqueles que necessitam da ajuda para realizar as atividades da vida diária, pois perderam parcialmente ou totalmente sua capacidade funcional.

O apoio e convívio familiar, a importância das relações de sociabilidade primária como comunidade e vizinhança foram destacados pelos idosos protagonistas do estudo, como importantes elementos de suporte dos vínculos sócio familiares, capazes de alterar os processos de exclusão/inclusão social. Suas expressões na vida cotidiana incluíam desde a companhia e o apoio emocional de membro da família, até a ajuda física e financeira.

Nesta dimensão será apresentada a relevância das relações sociais para os longevos que são compostas por todos os indivíduos com os quais os idosos têm uma relação próxima e/ou com envolvimento afetivo como família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade. Será demonstrado o papel dessas redes e se há uma associação entre

relações interpessoais, apoio social e qualidade de vida na terceira idade a partir delas. Esta análise será feita a partir da narrativa dos idosos sobre as relações constituídas ao longo da vida e seu impacto no fortalecimento de vínculos (o que pode levar a avaliação positiva da vida) ou na fragilização de laços (podendo levar a isolamento social, solidão).

a) Relações de sociabilidade primária e as dinâmicas de inclusão e exclusão social: o papel da família

A função das redes de sociabilidade primária e de outros apoios informais de apoio social adquirem maior densidade e importância nas dinâmicas de inclusão e exclusão social na medida em que os sujeitos envelhecem, visto que essas redes têm um papel fundamental (sobretudo instrumental) tanto para os longevos que necessitam de ajuda para realizar atividades quanto para o bem estar subjetivo e satisfação com a vida destes.

Entre os mecanismos formais de apoio social importantes para o idoso, destacam-se os sistemas de proteção social como os benefícios de assistência e previdência, além das leis e portarias criadas com o objetivo de proteger e dar direitos a população longeva. Os mecanismos informais envolvem o papel das redes sociais para o bem estar dos idosos, a saber: família, amigos, vizinhos, entre outros (Hernandis, 2005).

Ao longo de todo ciclo vital, as redes de apoio social tendem a se constituir de formas diferentes. Na fase adulta inicial as teias de relações tendem a ser maiores pelo fato de as pessoas estarem, geralmente, na fase produtiva da vida. Por sua vez na velhice, podem ocorrer duas possibilidades: na primeira pode ocorrer um enfraquecimento das redes sociais após a perda de pessoas de importância afetiva, como companheiros, parentes, amigos e colegas. Já na segunda os longevos podem ampliar a sua rede de relações participando de atividades sociais, construindo vários laços sociais.

O sistema de proteção social formal brasileiro se ateve a suprir os rendimentos advindos da perda capacidade laborativa pela idade avançada, o que originou o sistema de previdência (Camarano, 2009). As leis e portarias voltadas a população idosa configuram-se avanço importantes, mas ainda não solucionaram a contento questões importantes como emergência de tipos diferenciados de famílias, deflagrando a necessidade de um cuidado além do familiar, ou ainda, mais ampliado por parte do Estado. Dessa forma, a família ainda é considerada o único pilar de apoio do longevo, principalmente quando esse é acometido por agravos graves e incapacitantes, além de caracterizar-se como rede de apoio de cuidado, afetivo e econômico para idosos influenciando na satisfação e bem estar, conforme indicaram os longevos.

Dona Isabel mora com a irmã, a filha, um neto e uma sobrinha. Ao ser questionada sobre desde quando o lar é composto desta forma, ela afirma:

Praticamente toda a vida (...) A minha irmã toda a vida, né? A minha filha também; casou, depois não deu certo, voltou pra casa, aí o neto nasceu aqui, já estuda aqui; a minha sobrinha veio pra cá quando minha irmã faleceu e ela veio pra cá com 5 anos e pra você ter uma ideia ela vai fazer 23 anos agora.

Da mesma forma que outros membros da família adquirem importância afetiva e torna-se companhias na velhice, os idosos passam a desempenhar funções importantes no seio da família em função de necessidades de seus membros mais jovens, como trabalhar fora, residir em localidades que não dispõem de equipamentos públicos para apoiar o desenvolvimento e o lazer das crianças quando os pais trabalham apoio para educar e cuidar dos filhos, entre outras situações evidenciadas pelos relatos obtidos nas entrevistas.

O neto de Dona Isabel é menor de idade e ainda estuda. Como a mãe do menino trabalha, é Dona Isabel quem fica responsável por seu cuidado. Na parte da manhã ela o leva para a escola que se localiza próxima à comunidade. Quando chega, o garoto costuma almoçar, assistir TV e depois dormir.

Além da filha e neto que moram com ela, Dona Isabel tem ainda mais uma filha que é casada e um neto que moram próximos dela. O relacionamento com as filhas é tido como “*bom, graças a Deus, não [tem] nada pra reclamar*”.

Dona Vanda também é responsável pelo cuidado dos três netos de 13 a 22 anos de idade que moram com ela e a filha, mãe das crianças. Somente a neta mais velha trabalha num banco localizado no bairro de São Cristóvão. Os outros dois ainda estudam. Além disso, a idosa informa sempre receber a visita de um neto, “*nunca fica sem um neto*”. Orgulhosa dos netos, ela afirmou: “*Todos eles me obedecem, graças a Deus, são muito bons, graças a Deus! São meninos que não dão trabalho*”.

Dona Vanda tem mais cinco filhas que moram em bairros diferentes da cidade: “*Tudo mulher. O primeiro era homem, mas morreu, só passou 3 meses aqui com a gente*”. O relacionamento com os familiares, incluindo filhas e netos, é tido como “*muito bom!*”, visto que a idosa conta com o apoio constante de sua família, sobretudo quando passa por algum problema de saúde: “*Eu nunca fico sozinha. Aí a que mora comigo liga logo pras irmãs. A casa fica assim ó, cheia*”.

A boa relação descrita entre os familiares afeta positivamente o bem estar da idosa, reforça os vínculos sócio familiares e altera as dinâmicas sociais em favor da inclusão social:

Sim, [a boa relação entre os familiares] me deixa mais feliz e enquanto eu estiver bem, eles vão estar bem também, né? E a união é a melhor coisa desse mundo, mas se eu ver que não tem união na família, isso afeta a minha saúde, mas tendo união afeta de forma boa.

A emergência de novos contextos sociais também reposiciona as funções do idoso na família e alteram os vínculos sócio familiares podendo resignificar as trajetórias de vida e os determinantes dos processos de inclusão e exclusão social. Um exemplo deste tipo de situação ocorre quando os avós passam de apoiadores a responsáveis pela educação de neto em função das vulnerabilidades sociais e econômicas dos pais que precisam ambos trabalhar e não têm com quem deixar seus filhos, o que pode comprometer recursos econômicos, tempo para execução de atividades de vida diária como cuidar da saúde, lazer, entre outro aspecto da vida dos idosos.

Seu Renato vive com a esposa e um neto. A filha do idoso, mãe da criança, teve que se retirar da comunidade porque um bandido local quis namorar a menina e diante de sua recusa, começou a ameaçá-la caso não aceitasse. Depois disso, o longevo pediu para que o neto ficasse para ser criado por ele. A educação do menino é feita inteiramente pelo idoso, visto que a mãe não pode visitar a criança e não dá qualquer assistência na sua criação. O longevo diz que o neto *"dá trabalho pra caramba!"* e que é *"teimoso, birrento, nossa! Ah, mas eu meto o couro nele. Ontem mesmo dei umas 3 correadas nele. Ele abriu a boca, eu tampei logo pra ele não chorar"*.

O idoso tem mais duas filhas que moram em outros bairros da cidade e distantes do pai. O relacionamento com as filhas, genros e netos é considerado bom, assim como o relacionamento com a companheira: *"[O relacionamento é] ótimo, muito bom mesmo! Minha esposa é como se eu tivesse acertado na loteria sozinho, não tenho problema com ela"*.

No entanto, o idoso coleciona diversos episódios de relações conflituosas com outros familiares, como sobrinhos e cunhados. O idoso é categórico ao dizer que *"só fez bem"* às pessoas e recebeu em troca *"ingratidão"*, afirmando que os seus *"maiores inimigos agora"* são os seus cunhados, sendo que os ajudou *"a vida toda"*. Além dos cunhados, Seu Renato demonstrou ressentimento em relação a um sobrinho, uma vez que o idoso disse tê-lo ajudado, deixando o jovem morar numa das casas que tinha e mesmo assim o rapaz o prejudicou, conforme demonstra o relato:

Ele falava no começo que não tinha nada e depois soltava "Ah, atrasei o condomínio, as taxas estão todas atrasadas, não cheguei junto, tão me cobrando e vão me colocar pra fora". Eu dizia: "Não, quando for assim vem aqui. A gente espreme daqui, espreme dali e dá um jeito!". Ai fui lá, paguei quando ia fazer 3 anos de atraso, paguei tudo. Depois um belo dia eu falei: "[Se] passar um mês e você não puder acertar as contas lá, vem aqui, fala comigo" – na época pouca gente tinha telefone, né? Enfim, tudo bem, deixou, entrou pelo ouvido e saiu pelo outro. Quando chega um belo dia aqui um comunicado que meu apartamento ia a leilão. Fiquei louco!

A perda de familiares também altera os vínculos sociais entre seus membros, enfraquecendo alguns laços ou dando origem a novas redes de apoio, como entre

integrantes de grupos religiosos. O risco de isolamento social pode advir dessa nova reconfiguração da vida sem um companheiro de longa data, como exemplificado pela história de Dona Leda.

Dona Leda mora sozinha. Vinda do Espírito Santo por conta de conflitos familiares instalou-se na cidade do Rio de Janeiro e se casou. Como não pôde ter filhos, adotou um menino. Após 42 anos de casamento, o marido faleceu e desde então ela passou a ter problemas de relacionamento com o rapaz por conta da moradia. O esposo construiu uma casa de dois andares na comunidade que ficou sob a responsabilidade do filho enquanto o casal morou numa cidade da região dos Lagos. Quando o idoso ficou doente, a longeva voltou para a casa devido à proximidade com os serviços de saúde. Após o falecimento do companheiro, a residência foi desmembrada, a parte de baixo ficou com o filho e a de cima com ela, que voltou a morar lá, o que desagradou o rapaz:

Não, mas “eu vim por necessidade” porque quando eu saí daqui [da comunidade] não tinha UPA e o meu socorro foi o que? A UPA, correr com meu marido. E ele não gostou, maltratou um pouco o pai. Ele vendo eu ali sozinha pra cuidar de marido, eu com problema de coluna, tenho problema no braço por causa dele... Então meu marido se foi e eu pensei que ele [o filho] ia dar um apoio né? Não! Aí ele achou que eu tinha que sair. Aí eu falei: “Mas pra onde que eu vou?”. Eu já tinha vendido minha casa, quer dizer, dinheiro pra comprar casa eu tenho, mas as casas agora tão muito caras e difíceis.

Por conta do conflito com o filho, Dona Leda mora sozinha “para evitar aborrecimento”. Ter saído da casa trouxe dificuldades ao seu bem estar, visto que ela precisa ir lá para tomar banho quando falta água na residência alugada em que mora. Ademais, ela desabafa: “As minhas coisas tão lá, as roupa está tudo lá. Faço comida pra ele... Mas cada um na sua. Se eu precisar dele pra sair, resolver algum problema ele vai, sabe, mas...”. E saudosa completa:

Eu vou lá, limpo as coisas, lavo a área que meu galinho ta lá, mas esse galo só pode ficar lá durante o dia, mas a noite eu tenho que trazer pra cá porque ele não gosta de ouvir o galo cantando. [Além disso] na minha casa lá a sala é grande... Minhas coisas tão tudo lá, meus remédios, tudo que eu quero eu vou lá. Aqui não tem lugar, fica tumultuado, então roupa, ta tudo lá. Caixa de louça, ta tudo lá.

A única irmã viva de Dona Leda mora na região dos Lagos do estado do Rio de Janeiro. Ela diz que a irmã e os sobrinhos pedem frequentemente para que ela “vá para lá”, mas ela justifica a sua permanência na Vila União por conta da proximidade com serviços de saúde.

Em razão da distância da irmã e parentes e principalmente do afastamento do filho, a idosa declarou considerar a Igreja como sua família, uma vez que não pode contar com o filho “pra nada”. Ao descrever a importância que a Igreja tem em sua vida e o suporte social que ela lhe dá, a longeva desabafa:

Eu dependo do amor, do carinho, que a igreja me apoia muito, o pessoal gosta muito de mim. Eu tava até comentando que o amor que eu não tenho em casa, eu tenho na igreja, né? O pessoal me apoia, beija, abraça, sente falta de mim. Então, pra mim é uma família.

Eles me elogiam muito, disseram que a minha presença ali fazia muito bem pra eles e eu me senti muito bem. Tem gente ali que se preocupa comigo, se eu não for vem aqui pra saber o que aconteceu, vão comigo nos lugares caso eu precise. Então pra mim é muito bom... Mas eu sinto falta do meu marido...

Dona Raquel reside na comunidade desde que nasceu. Grande parte de sua família mora na mesma rua como a tia, alguns dos irmãos, cunhadas, sobrinhos e primos. Sua mãe nasceu na comunidade, seus pais namoraram e permaneceram lá até falecerem. Sobre a quantidade de parentes que moram na comunidade, relata: “Ah, muitos, cada um tem não sei quantos filhos, deve ter uns 50 ou mais!”.

Além de morar e cuidar do filho e marido, Dona Raquel é a responsável principal pelo cuidado da tia mais velha que tem 94 anos, é solteira e sem filhos. A tia residia com a mãe de Dona Raquel até que esta faleceu, quando então, mesmo permanecendo na mesma casa em que residia, passou a ser cuidada por Dona Raquel. Contudo, a idosa, definida por Dona Raquel como “chata e rebelde”, resolveu continuar morando sozinha. Por conta disso, a entrevistada precisa descer constantemente as escadas de sua casa para visitar a tia, ver como ela está, levar comida, e levá-la para a clínica para as consultas médicas, apesar da grande resistência da idosa em ir:

Botei ela obrigada lá na Clínica, mas toda vez que tem a consulta, tenho que me aborrecer porque eu chego lá, ela esconde cartão, não quer que eu tome o cartão, não quer que eu dê remédio pra ela e ela: “Ah, eu não tô aleijada pra ninguém vir me dar remédio!”. Ai toda vez eu levo, mas ela vai falando: “Não, porque eu não quero não, não preciso” e eu digo:” Precisa sim!.

Verificam-se neste caso os limites requeridos pelo indivíduo para cuidar de si e o sentimento de obrigação de cuidar dos mais velhos estabelecidos culturalmente por algumas famílias. O cuidado a um ente repercute nas dinâmicas de inclusão e exclusão social, pois interfere em processos excludentes que a tia da longeva provavelmente vivenciaria caso a sobrinha não a assistisse. A sociabilidade primária fortalece os laços e impede fragilidades.

Além do filho que mora com ela, Dona Raquel tem outro filho que é casado e mora em outra localidade. Ela diz que a relação com a família é “muito boa”, pois não há conflito com ninguém. A relação com o marido também é “muito boa”. Eles estão casados há 32 anos e o companheirismo impera na relação, fazendo com que eles vivam “numa boa”.

Dona Ângela veio do Espírito Santo para a cidade do Rio de Janeiro com a mãe que procurava emprego. Antes de morar na Vila União, residiu com os pais no bairro de

Ramos, mudando para a moradia atual após casar-se. Como o esposo faleceu quando seus dois filhos eram muito novos, estes viveram a maior parte de suas vidas apenas com a mãe. Atualmente um dos filhos casou-se. O filho mais velho voltou a morar com a mãe depois que se separou há dois anos. Dona Ângela disse ter bom relacionamento com ambos e gostar muito deles. Também demonstrou ter uma relação boa e próxima com as netas:

[Elas] não moram, mas praticamente moram porque o filho casa e os netos vêm tudo junto, né? Ai eles tão sempre aqui. Não moram, mas tão sempre visitando, passam o fim de semana aqui.

Ela tem ainda três irmãs, sendo que duas moram em bairros diferentes e distantes da Vila União e a terceira mora em outra cidade do estado do Rio de Janeiro. Apesar de serem irmãs apenas por parte de pai, o relacionamento é considerado bom, o contato entre elas é muito frequente, cuidadoso e carinhoso.

O mineiro Seu Diego que tem quase 80 anos veio para o Rio de Janeiro aos 18 anos. Assim que chegou, instalou-se no bairro de Vilar dos Telles onde se casou e morou com a ex-esposa e filhas. Após conhecer a companheira atual, mudou-se por vontade da mesma para a Vila União e aí reside há oito anos.

Seu Diego tem quatro filhas e um casal de enteados, e segundo ele: *“Todo mundo se dá bem, cada um no seu canto, mas todo mundo se dá bem!”* Ele diz ainda que o relacionamento com as filhas *“sempre, sempre foi bom! Todo mundo tá bem, tá estabelecido, trabalhando, formado, eu fico feliz”*.

Seu Vitor de 87 anos veio da Paraíba para *“tentar a vida”* na cidade. Ele é casado e tem uma filha e uma neta de um ano de idade. A filha foi adotada quando ainda era bebê e segundo ele, por conta dos remédios que a mãe biológica tomou para tentar abortá-la, *“a menina nasceu com sequela, nasceu com um tumor na espinha”*. Atualmente a filha está casada e tem uma menina.

Além da filha adotiva, Seu Vitor criou a filha de um casal vizinho que adoeceu e se mudou quando a menina tinha seis anos para outro bairro da cidade aonde vieram a falecer. Antes de se mudarem, eles deixaram a menina com Seu Vitor e esposa, alegando que estavam muitos enfermos e que *“não sabiam se iam voltar”*. O idoso cuidou da menina até ela concluir o Ensino Médio, depois ela se mudou para Aracaju onde tinha parentes. Depois de se transferir, a menina nunca mais ligou para o idoso, o que o deixou bastante entristecido: *“Ela está bem, graças a Deus, apesar de tudo, a ingratidão, pois eu fiz o que pude para ela e graças a Deus, e se não fosse eu o que seria dela?”*. Ainda sobre a menina, seu Vitor completou: *“Ela foi embora assim que terminou os estudos, e eu fiquei sozinho até hoje”*.

A família e os amigos integram as relações primárias de sociabilidade e se caracterizam por serem relações emocionais, íntimas e duradouras. Quando essas relações ficam enfraquecidas, podem vir acompanhadas de um sentimento de solidão por parte dos idosos.

Seu Paulo é casado há 10 anos, tem três filhos e uma enteada, mas o casal mora sozinho. Ao ser questionado sobre a relação com os familiares ele afirmou: “*É boa, sempre foi bom, nunca tive problemas*”. Além disso, assim como Dona Raquel, grande parte parentes mora na comunidade: irmãos, cunhados, primos.

Dona Luzia reside com a filha e as netas. Ela era casada, mas por conta das inúmeras brigas que o casal – “*Ah a gente se chateava muito, brigava, dava certo não*” – ela saiu de casa e foi morar com a filha. Apesar das brigas e desentendimentos, quando o ex-marido faleceu em razão de um câncer da próstata, Dona Luzia informou ter ficado com a saúde mais debilitada, demonstrando que a perda do companheiro a deixou mais vulnerável. Sobre a relação com os familiares, principalmente os que moram com ela, Dona Luzia afirmou:

A gente briga, porque não tem família que não briga, né? Aí, briga, briga, briga, mas depois acalma. Então eu acho que a minha relação com eles é boa apesar dessas briguinhas. Mas não tem nada de tapa, de luta, nem de chamar a polícia, né? Aí que é feio!

A relação com filha e netas é tida como boa pela idosa. No entanto, durante a entrevista, a filha da longeva, mostrou irritação, alegando por diversas vezes que a dificuldade em realizar atividades como caminhar e se alimentar, por exemplo, estavam mais relacionadas a uma “*falta de força de vontade*” da longeva do que às consequências das doenças desenvolvidas ao longo dos anos. Ela afirmou que o mal da mãe era que ela havia se entregado às incapacidades, o que incomodava bastante a filha a ponto desta brigar com mãe, conforme admitiu:

Eu brigo com ela, não é pra ficar dizendo assim: “Ah você briga com ela então você tá maltratando sua mãe”, não é assim, eu não tô maltratando minha mãe. Ela se ela pudesse, ela me matava, mas é o que o que falo pra ela “Mãe, eu não tô maltratando a senhora!” porque no meu entender se ela ficar assim, ela vai ficar parálitica mesmo porque ela tem que mexer com o joelho, o joelho dela mexe.

A filha acredita que “*tudo na vida da gente é força de vontade, se tiver força de vontade, aguenta o corpo e aguenta bem*”. Pode-se perceber que o desconhecimento da filha sobre as consequências dos agravos da mãe, principalmente do mal de Parkinson, a levam a achar que Dona Luzia não anda por ‘falta de vontade’. Enquanto a filha falava sobre as dificuldades do cuidado da mãe e do falta de vontade da idosa em se recuperar, Dona Luzia manteve-se quieta, somente observando o que a filha falava de cabeça um pouco mais baixa e olhar triste.

Dona Luzia tem outro filho que mora com os dois netos em outro bairro. Ela classificou o relacionamento com esse filho como “*mais ou menos*” porque segundo ela, ele sai do trabalho e chega em casa tarde da noite, o que dificulta dele ir visitá-la: “*Às vezes ele sai do trabalho, passa aqui, aí eu também vejo os meninos [os netos], mas às vezes eles não vêm*”.

Ao conhecer a dinâmica interna das famílias dos idosos a partir de suas narrativas, inclusive os diferentes papéis reservados aos entrevistados dentro do contexto familiar - visto que são avós, pais e ao mesmo tempo chefes provedores - e as redes de suporte social construídas ao longo da vida, foi possível observar como as relações elementares, nesse caso as familiares, desempenham uma importante função de proteção social primária, além de ser um espaço de geração de afeto, segurança, pertencimento, solidariedade e cuidado.

Quanto ao estado civil, das seis idosas entrevistadas, quatro eram viúvas, uma declarou-se solteira e outra casada. Todos os homens declararam-se casados. Sobre esta situação, Lloyd-Sherlock (apud Camarano et al., 2006) afirmou que mulheres idosas experimentam uma probabilidade maior de ficarem viúvas, o que confirma o forte componente de gênero da velhice. Dados fornecidos por Camarano (2003) corroboram estas informações uma vez que se em 1940, a proporção de idosas nessa condição era duas vezes mais elevada do que a de idosos, em 2000 essa diferença passou a ser 3,4 vezes maior. Isso se deve, segundo a autora, a dois fatores: a maior longevidade da mulher e o “recasamento”, mais frequentemente observado entre os homens idosos.

O apoio gerado no âmbito das famílias dos entrevistados não se ateve apenas ao suporte financeiro com a garantia das condições materiais de vida, mas esteve relacionado também ao apoio afetivo e manutenção do bem estar. A narrativa dos idosos demonstrou que a família funciona como uma “grande retaguarda afetiva que agrega laços de sangue e fraternidade” (Santos, 2007, p. 110).

No caso da Dona Luzia, seus familiares provém, além do suporte emocional, o amparo físico uma vez que ela é portadora de doenças crônicas que impedem o seu bom desempenho funcional, o que gera situações de dependência e conseqüente necessidade de cuidados. A situação poderia levar a um processo de fragilização dos vínculos familiares, com o idoso sendo considerado uma ‘sobrecarga’, e as limitações impostas pela dependência para realizar as atividades do cotidiano poderiam culminar numa diminuição ou mesmo ruptura das relações familiares levando a longa a vivenciar um processo de isolamento social (IPEA, 2008). Entretanto, o processo de perda de autonomia fortaleceu os laços familiares, com filha e netas tornando-se responsáveis pelo cuidado, fornecendo apoio material e principalmente afetivo.

O bom relacionamento intrafamiliar fortalece os vínculos influenciando, sobretudo, o estado de ânimo dos idosos, conforme mencionado por Dona Vanda. Nota-se pelos depoimentos que ter uma relação familiar baseada no respeito, cuidado e afeto influencia positivamente na satisfação dos idosos. Verifica-se, portanto, o papel primordial da família de fortalecimento dos laços afetivos e de promoção de suporte emocional e bem estar. Por outro lado, quando o indivíduo perde este ‘porto seguro’ emocional, “tende a sentir os vazios de suas referências sociais e morais que passam a representar uma deterioração do lugar de origem ou de pertencimento na rede de sociabilidade” (Santos, 2007, p. 110), conforme aconteceu com Dona Leda, impelindo ao isolamento social, solidão e, portanto fragilização e/ou rupturas dos vínculos sócio familiares. Nestes casos em que a família configura-se como um grupo inexistente ou pouco representativo em suas vidas, os amigos podem ajudar a compor a rede social do indivíduo e complementar ou mesmo substituir a família, podendo ser considerados como pessoas fundamentais para a manutenção da saúde, tanto nos aspectos físicos e mentais como nos psicológicos e afetivo-emocionais.

Dona Leda buscou outra rede de solidariedade primária da qual pudesse sentir-se parte e preenchesse o vazio causado pela fragilização de sua relação com o único filho, elegendo a Igreja e seus membros como substitutos da lacuna ocasionada pela distância afetiva do filho:

Eu me sinto bem [na igreja] porque eles me tratam bem, tem carinho, eles me tratam melhor que o meu filho. O rapaz de lá me adotou, falou ate pra mãe dele que eu sou a segunda mãe. Passa aqui pra ver como eu tô, me liga. Quando eu chego na igreja todo mundo abraça, me beija, beija na minha testa, na minha cabeça, eles me amam.

O conflito nas relações familiares também abalou o bem estar emocional de Seu Renato e Seu Vitor. Ambos relataram episódios em que ajudaram pessoas com as quais nutriam grande afeição e estas por sua vez, os abandonaram, “*deram as costas*”. A falta de reciprocidade, a “*ingratidão*”, conforme exposto pelos entrevistados, demonstrou que a ruptura desses laços afetivos impactou negativamente em suas vidas, visto que Seu Renato em todos os momentos reclama da ingratidão das pessoas e demonstra mágoa com aqueles que diz ter ajudado sem reciprocidade, assim como Seu Vitor que nunca mais recebeu notícias da menina que criou durante tantos anos, provocando-lhe grande mágoa.

b) Comunidade e vizinhança como suportes sociais dos longevos

É preciso destacar que não somente a relação com os familiares influencia no bem estar dos idosos. Nas falas dos entrevistados foi possível observar que os ambientes físico e social exercem grande influência e em vários aspectos. A integração ou não com a comunidade, a estrutura física da mesma, os serviços oferecidos na localidade, a integração

social com os vizinhos foram mencionados pelos longevos como itens que influenciam na avaliação positiva ou negativa do local, no nível de satisfação com o espaço onde moram e, portanto, em seu bem estar.

Dona Vanda, por exemplo, diz que só sai da comunidade que mora “*pro céu*”. Ela disse que não tem o que dizer sobre o local, que “*é bem tranquilo*” e por isso gosta muito de lá. A idosa vive na localidade desde que casou e criou todas as suas filhas lá, e por conta disso já está “*acostumada*” com o ambiente e suas características.

Além da ótima relação com a comunidade, Dona Vanda contou ter uma convivência bastante amistosa com os seus vizinhos. Quando perguntada sobre o que faz quando passa mal, ela responde que nunca fica só em casa e que as filhas sempre aparecem para socorrer. Quando isso acontece durante a noite, ela diz:

Seja a hora que for. “Mãe, qualquer coisa liga pra mim!”. na mesma hora a casa fica cheia. Os vizinhos também: “Dona Lúcia, qualquer coisa...”; “Dona Lúcia a senhora melhorou?”; “Olha, qualquer coisa pode me chamar!”. A [vizinha] daqui tem um carro e ela fala “Dona Lúcia, qualquer coisa pode botar minha porta pra dentro”.

A postura cuidadosa dos vizinhos com a longeva demonstra que Dona Vanda conta com uma rede de amparo que inclui os vizinhos além dos familiares. Essa relação amistosa é tida como essencial para a idosa: “*a gente tem que saber tratar bem os vizinhos porque é uma família*”, o que demonstra que a rede de suporte social vai além da familiar integrando outras relações sociais. O apoio comunitário funciona também como estratégia de enfrentamento às vulnerabilidades, assim como a família, atuando no cuidado.

Moradora da comunidade pesquisada desde que nasceu Dona Raquel disse gostar do local onde casou e criou seus filhos. A satisfação é creditada à tranquilidade do local, mais especificamente da rua onde mora e à presença maciça de familiares. Todavia, a presença de crianças advindas de um conjunto habitacional construído há poucos anos, próximo à moradia da idosa, fez com que o local ficasse mais agitado.

Aqui na nossa rua era muito tranquilo, parecia todo mundo família, mas com o tempo foram entrando outros vizinhos aí... Depois que fizeram o conjunto aqui, é um desassossego porque as crianças não são educadas, jogam pedras nos telhados da gente, é pipa que toda hora arrebenta, aí toda hora eles vêm. Aí eles pedem pra ir lá buscar, se não vamos, eles falam: “Ah então vamos ir aí, vamos quebrar!”, essas coisas.

O tema da violência na região também foi abordado por Dona Raquel, visto que as comunidades onde os idosos entrevistados moram estão localizadas próximas a duas regiões consideradas violentas e que recentemente receberam uma Unidade de Polícia Pacificadora (UPP). Sobre a ocupação policial no território, Dona Raquel afirmou:

Olha, depois que a polícia veio pra cá, eu acho que melhorou, agora não sei até que dia, corre o risco de quando eles forem embora, voltar tudo. Se continuarem assim, tá muito bom, porque nunca mais escutei nem tiro, porque era uma tiraria danada. Aqui na minha casa tem um monte de furo de bala lá no telhado. Eles mandavam tiro pro Manguinhos, pro Mandela e o tiro pegava aqui também.

Além dos familiares, a idosa contou ter muitos amigos conquistados na empresa em que trabalhava. Ela os encontra frequentemente, principalmente em ocasiões como aniversários, confraternizações e outras comemorações.

Dona Isabel também sempre morou na Vila União e gosta tanto de morar lá que disse: “*se um dia eu tiver que sair daqui só pra Inhaúma, pro cemitério de Inhaúma, eu não me vejo em outro lugar não*”. O local no seu entender não tem qualquer ponto negativo e como pontos positivos Dona Isabel assinalou a proximidade maior com os familiares que residem lá e a facilidade de condução, com “*ônibus na porta*”. Já a relação com a vizinhança também é tida como boa porque “*parece família também*”. A amistosa convivência se deve ao fato dos vizinhos morarem lá também há muito tempo: “*É todo mundo praticamente morador antigo de 20 anos, 30 anos que mora aqui, então já virou parente também!*”.

Seu Paulo também é morador antigo da localidade e disse que “*lá não tem nada de negativo, tudo é positivo*” e relaciona o que o faz ter tanto apego ao local de nascimento:

Eu gosto de tudo: da localidade, dos amigos, dos vizinhos, não tenho inimizade com ninguém, conheço todo mundo. Acho que não tem lugar melhor que esse aqui, pelo menos pra mim que sempre vivi aqui, então não sei se tem pra fora, porque eu nunca saí daqui.

Seu Paulo classificou o local onde reside como tranquilo, afirmando que “*não tem violência, por aqui nunca soube de morte aqui nesse beco. Todo mundo aqui é conhecido, são parentes, tenho um bocado de parentes lá pra trás*”. Todavia, ele admite que próximo à comunidade, no Jacarezinho, onde os moradores da Vila União tem que ir frequentemente porque somente lá tem mercado, a situação se modifica. Mesmo assim, ele declara:

Graças a Deus não tenho nada que falar de Manguinhos nem do Jacaré porque eu ando tudo isso aqui e nunca fui assaltado, nunca sofri violência nenhuma de ninguém, respeito todo mundo pra ser respeitado também. Eu tô aqui, mas se eu tô vendo que aqui tá dando confusão eu me afasto”.

O convívio com os vizinhos também se mostrou harmonioso: “*Me dou com todos eles, tenho nada pra falar deles e acho que eles também não têm o que falar de mim porque eu não falo da vida de ninguém*”. Seu Paulo inclui como vizinhos seus “*amigos aposentados*” que costumam sentar na praça que fica na frente da rua para “*jogar conversa fora*”.

Seu Diego é outro entrevistado que adora o local onde reside: *“Aqui é uma maravilha!”*. O local para ele não tem defeito, visto que *“primeiro: condução na porta. Segundo que é um ambiente tranquilo, não tem confusão essas coisas”*. Portanto, a tranquilidade e o fácil acesso aos outros locais da cidade fazem com que a comunidade seja tida como um lugar apazível pra se viver. O convívio com os vizinhos também *“é bom, super tranquilo!”*.

O longevo também desenvolveu relações amistosas com as pessoas da igreja que frequenta, as quais considera como amigas. Ele afirmou inclusive: *“Eu tenho muito amigo na igreja. Sou amigo da igreja toda, queria até que eu fosse pastor”*.

Em contraposição a esses seis idosos entrevistados, Dona Ângela diz não gostar mais de viver na Vila União:

De primeira era muito bom de morar. Assim, o povo, as crianças tudo respeitava os mais velhos, agora não. Agora é uma bagunça danada, as mulheres fazem escândalo na sua porta chamando atenção do filho, uma baixaria. A criação foi mudando, as crianças estão sem limites, não respeitam os mais velhos.

Entretanto, ela elenca a proximidade da UPA como um ponto positivo da comunidade. Mas a falta de serviços como mercados, padaria, açougue, farmácia exige que as pessoas tenham que pegar ônibus para ir para a comunidade do Jacaré, que é a localidade mais próxima que oferece esses serviços:

Então, a gente que é idosa, que tem 60, 70 anos tem que pegar o ônibus e ir lá no Jacaré pra fazer suas comprar, aí a pessoa é atropelada como eu já fui atropelada aqui...

A relação com os vizinhos também não é harmoniosa, pois Dona Ângela costuma reclamar do som alto dos vizinhos que costumam chamá-la de *“chata”*. Ela justifica suas queixas dizendo que *“às vezes botam som muito alto e eu não gosto, porque botam um som que pra você ver televisão você tem que fechar a casa todinha, pra falar no telefone também”*.

Apesar disso, a idosa destacou ter muitos amigos, como uma comadre que a visita frequentemente, uma afilhada que costuma levar as amigas para dormir em sua residência e antigos vizinhos que já se mudaram, mas que voltam para visitá-la.

Dona Luzia também não gosta muito da comunidade onde reside. Morando com a filha desde que se separou e foi acometida por doenças que afetaram sua capacidade funcional e, portanto sua autonomia, a idosa relatou que gosta *“mais ou menos”* da Vila União porque lá *“tem muito desastre, carro batendo, a gente corre pra ver, eu fico com medo. As meninas tudo corre pra ver. Isso me assusta!”*. Porém, ao contrário de Dona

Ângela, a proximidade do supermercado, mesmo sendo em outra comunidade, é tida como um fator positivo da localidade.

A convivência com os vizinhos é baseada no zelo, conforme relatado:

É muito bom. Porque eu fico sempre deitada, né? Aí os vizinhos passam, falam comigo: "Oi Dona Luzia!", aí eu respondo. Perguntam pela minha filha, aí é assim, quando a gente perde a saúde, né? Mas tudo bem, eu falo bem com eles, a relação sempre foi boa.

A longeva, entretanto afirmou não ter muitos amigos: *"Ninguém vem me visitar e uma parte [dos amigos] já morreu também, né?"*.

Dona Leda afirmou gostar de morar na comunidade apesar do *"povo ser meio relaxado, não se interessa em nada pra melhorar"*, o que a faz eleger a sujeira da rua como o fator negativo da localidade. Contudo, ela detalha os pontos positivos de permanecer na Vila União:

Aqui é bom, é tranquilo, não tem violência, se tem é numa surdina danada. Tem aquelas pessoas que gostam de cheirar só... É um lugar calmo, as crianças brincam até tarde na rua, não tem boca de fumo, não tem tiroteio, não tem briga, eu nunca vi ninguém brigar aqui.

O contato com os vizinhos é harmonioso, embora não costume visitá-los. Ela diz não gostar de ficar na casa de ninguém, mas que se eles precisarem de ajuda podem contar com ela:

É "bom dia, boa tarde!". Se tiver que conversar alguma coisa, conversa, mas cada um na sua. Mas todo mundo se da bem. Nunca briguei com ninguém. O pessoal mesmo fala pra eu não sair daqui, que eu moro aqui há muito tempo... Mas eu não quero me mudar, quando eu comprar uma casa eu quero ficar aqui mesmo, na Vila União, porque aqui eu conheço muita gente e tem condução, é perto de medico pra mim, então...

Sobre os amigos, Dona Leda é categórica ao afirmar: *"Eu vou te falar: amigo verdadeiro só Deus, só Jesus, sabe? Porque às vezes os próprios inimigos tão dentro da nossa casa, já dizia a palavra"*, demonstrando que suas relações se atêm aos familiares e aos membros da igreja que frequenta.

Seu Vitor também gostar de morar na localidade por que

Nunca falta água nessa manilha que vai pra São Cristovão. A água que eles colocaram na época tem uma força. A luz é que às vezes falha, e aquele disjuntor ali tem vezes que dá problema, mas ele está melhor agora. Mas é bom morar aqui sim

Outro fator apontado como positivo é a tranquilidade do local, visto que *"tem lugares por aí que não pode entrar, nem pode sair, já que a qualquer hora pode acontecer algo"* e onde mora isso não acontece. No seu ponto de vista o único aspecto negativo é a inexistência de um supermercado, fato também mencionado por outros entrevistados, o que força os moradores a andar até outro bairro ou a depender de ônibus.

Seu Vitor se diz bem querido pelos vizinhos, pois os ajudava muito, “*gostava muito de ajudar, a fazer coisas para um, coisas para outro quando precisava*”, então o convívio foi sempre harmonioso. Mas disse que nunca gostou muito de ficar pela casa dos outros, prefere ficar no seu canto. Já amigos, Seu Vitor admitiu não tê-los porque “*só gosta de ficar em casa*” e também porque não gosta de fazer amizades: “*Esse negócio de bate-papo não dá*”.

Seu Renato já gostou muito da comunidade, mas hoje em dia diz não gostar mais. O desânimo com o local está relacionado com episódios de violência sofridos pela filha mais nova, que a obrigaram a sair da comunidade. A impossibilidade de a menina voltar ao local, mesmo que apenas para visitá-lo, o entristece bastante.

O convívio com os vizinhos também é marcado por conflitos. Seu Renato afirma que sempre teve uma boa relação com a vizinhança, até a vinda de uma senhora que costuma ficar na frente da sua casa fazendo barulho:

Essa abusada, acha que pode sentar no portão, trazer a máfia junto com ela e acha ruim quando eu reclamo. Eu, com o resto tenho boa relação, só com essa vizinha é que eu não tenho. Ela sempre foi assim porque porcaria é porcaria.

Outro fator que irrita o longevo é a água que sai do ar condicionado da mesma vizinha e que cai no quintal dele, o que fez com que ele tomasse medidas ‘drásticas’:

Eu agora ando tão irritado que eu tenho deixado a água do cachorro muito suja pra ficar fedendo mesmo, que a janela deles tá aberta e o cheiro vai lá dentro. Já falei varias vezes com eles [sobre o ar condicionado], mas o filho é metido a valente...

Amigos o longevo diz que agora tem poucos, embora quando era músico tenha tido muitos. Atualmente ele diz “[*estar*] parado, tranquilo”, com suas relações próximas resumidas a sua esposa e filhas.

As redes de suporte social desenvolvem-se ao longo da vida como resultado de experiências, expectativas e significados relativos aos vários tipos de relacionamentos em que a pessoa se envolve. Elas são hierarquizadas e nos seus diversos níveis incluem-se os membros da família, os amigos, o cônjuge, os companheiros de trabalho e os profissionais com que cada pessoa se relaciona no curso de vida e em seus momentos específicos (Resende et al., 2006).

As narrativas expressam, em sua maior parte, satisfação com o ambiente em que vivem, incluindo a comunidade e vizinhos, o que tem impacto no bem estar dos idosos entrevistados. Fatores diversos influenciaram na avaliação da localidade: a presença de familiares, os serviços oferecidos (transporte, equipamentos de saúde) e a relação com a vizinhança.

O longo tempo de permanência no local também tem influência na avaliação positiva, o que vai de acordo com Faquinel e Marcon (2011, p. 1346) que afirmaram que para adultos mais velhos que moram no mesmo local há muitos anos, a proximidade e maior contato com os vizinhos configuram-se como benéficos “à medida que lhes permitem perceber que podem contar com os vizinhos quando necessitarem de qualquer tipo de ajuda ou assistência”.

Neste sentido, relações cordiais de convivência na localidade influenciam o sentido de pertencimento e acolhimento, afastando ou pelo menos diminuindo as possibilidades de isolamento e solidão. Os seis idosos entrevistados que avaliaram positivamente a comunidade basearam-se também na relação amistosa mantida com a vizinhança. Dessa forma, o suporte fornecido pelas redes de apoio parece contribuir para o bem-estar das pessoas ao desempenhar as funções de troca afetiva, companhia social, além de promover a saúde dos indivíduos e de prestar auxílio em situações de emergência (Ribeiro, 2010).

Por outro lado três idosos afirmaram não gostar de viver na comunidade. As relações conflituosas, como destacaram Seu Renato e Dona Ângela, levaram a um descontentamento com a localidade e fragilização de vínculos comunitários. Dona Ângela também apontou como fator negativo da comunidade a inexistência de serviços como supermercado, açougue e farmácia, exigindo o deslocamento para bairros vizinhos. Já Dona Luzia não gosta da Vila União/Ex-Combatentes por conta da quantidade de acidentes que acontecem nas ruas próximas da casa dela, o que a assusta. A insatisfação da idosa também pode ser atribuída ao fato de ter que morar ali por conta da dependência dos cuidados que a filha lhe oferta, visto que perdeu a sua capacidade funcional e autonomia.

Contudo, nos dois primeiros casos, o relacionamento harmonioso com indivíduos pertencentes a outras redes sociais, mesmo externas ao local de moradia, como familiares e amigos, pôde evitar processos de isolamento, assim como Dona Luzia que não tem amigos nem gosta de residir na comunidade, mas tem o apoio frequente de suas filhas e netas.

Dona Leda por sua vez, diz gostar de morar na comunidade, porém não é a sujeira produzida na rua pelos moradores a incomoda. No entanto, esta percepção negativa não faz com que a idosa queira se mudar da comunidade, pois ela vê pontos positivos de residir lá.

Alguns dos entrevistados preferem manter um relacionamento mais superficial e distante com a vizinhança, até porque temem ser inconvenientes, pois sabem que as pessoas têm seus afazeres diários e que receber visitas pode causar-lhes incômodo ou pelo fato de eles não gostarem de contatos mais íntimos, como destacaram Seu Vitor e Dona Leda. Não obstante, essa distância não significou para eles a perda de laços visto que

desenvolveram relações de reciprocidade e afeto com os que moram próximo, que não se caracterizam por contato frequente e íntimo.

Outro fator que merece ser destacado é a frequente menção dos entrevistados sobre as comunidades de Vila União/ Ex-Combatentes serem tranquilas. As localidades são vizinhas de comunidades caracterizadas pela violência, altos índices de homicídio, latrocínio, roubo, tráfico e a presença de usuários de drogas (principalmente crack). Além disso, é importante mencionar que as comunidades contam com a presença de grupos caracterizados pela ilegalidade e ações violentas (milícias), e que ao redor das comunidades foi construído um enorme muro pelos próprios moradores.

A existência desse muro pode significar tanto uma proteção, visto que ele foi desenvolvido com objetivo de impedir a entrada de pessoas, principalmente usuários de crack vindos da Avenida Leopoldo Bulhões (que se localiza na parte de trás das comunidades) e de outras comunidades de Manguinhos quanto uma clausura, pois dificulta a trânsito dos moradores pela comunidade, significando obstáculos no ir e vir. Ademais, deve-se refletir sobre a que tipo de violência os entrevistados estão se referenciando ao definir as comunidades em que residem como “tranquilas”. Na fala de Dona Raquel, foi possível constatar que a casa dela já foi alvejada por tiros, reflexo da violência do entorno, uma vez que Vila União e Ex-Combatentes localizam-se em frente à comunidade do Jacarezinho, local caracterizado por altos índices de violência¹². A filha de Seu Renato também se viu obrigada a sair da comunidade por conta de ameaças e violência, conforme descrito anteriormente. Outro fator que demonstra o cenário violento das comunidades é fato do ex-líder comunitário ter sido assassinado em 2011¹³. Somam-se esses casos ao fato de que três idosos previamente contatados negaram-se a ser entrevistados. Apesar de não justificarem a recusa, pode-se pensar que o medo de represálias possa ter sido um dos motivos para o silêncio.

A fragilização e a precariedade das relações familiares, de vizinhança e de comunidade podem conduzir o indivíduo ao isolamento e à solidão e ao desamparo frente às situações de instabilidade dos vínculos econômicos ou políticos. Para Escorel, esta

¹² G1 – O Globo, 2013. “Após tiroteio, policiamento é reforçado nos acessos do Jacarezinho”. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2013/04/apos-tiroteio-policiamento-e-reforcado-nos-acessos-do-jacarezinho.html>. Acesso em 10/07/2013.

G1- O Globo, 2012: “Viciados em crack são retirados da favela do Jacarezinho no RJ”. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/fotos/2012/09/viciados-em-crack-sao-retirados-da-favela-do-jacarezinho-no-rj.html>. Acesso em 10/07/2013

¹³ R7 – Rede Record, 2011: “Ex-líder comunitário de Manguinhos é morto a tiros” Disponível em: <http://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/noticias/ex-lider-comunitario-de-manguinhos-e-morto-a-tiros-20111029.html>. Acesso em 10/07/2013.

dimensão é de “especial relevância na configuração da exclusão social no Brasil, [uma vez que] a esfera pública não se universalizou e a família se manteve como principal suporte das relações sociais” (Escorel, 1999, p. 76-77). Todavia, os idosos entrevistados conseguiram evitar os percursos de distanciamento dos valores e das relações que estruturam o cotidiano, mobilizando apoios frente às potenciais situações de fragilidade acarretadas pelo envelhecimento.

Discute-se necessidade de se pensar em cuidados que não se reduzam somente a família (Camarano, 2009), principalmente no contexto recente de mudanças estruturais nas famílias, em que as mulheres, tidas como tradicionais cuidadoras, estão ingressando no mercado de trabalho, o que afeta os contratos tradicionais de cuidado. Entretanto, os depoimentos demonstram, sobretudo, que os vínculos sócio familiares têm uma importância singular para a identidade, coesão e inclusão social e que seu papel para o bem estar, satisfação e apoio afetivo aos idosos vão além da oferta de cuidados. Neste sentido, a análise das relações sociais a luz do referencial de exclusão social podem ajudar a pensar na proposição de políticas que apontem modalidades de apoio ao cuidado do idoso, mas que não substituam as famílias por completo.

5.3. Dimensão Política

Na *dimensão política*, ligada à cidadania, faz-se necessário analisar a experiência, a capacidade de apreensão dos direitos, a igualdade no acesso e usufruto desses direitos (Escorel e Alves, 2012). Neste âmbito propõe-se compreender como ocorre o reconhecimento e o respeito aos direitos das pessoas e nesse caso como o segmento idoso apresenta-se no cenário político, como se dá o acesso e o exercício de direitos que estão formalmente constituídos (Escorel, 1999).

Fleury (1994) assinala que a cidadania supõe uma inserção dos indivíduos na esfera pública por meio de um conjunto de direitos e deveres e de benefícios que na área social se transformam em benefícios sociais. A cidadania seria assim um princípio de igualdade. Na medida em que se criam instituições para que todos possam ter, de acordo com a sua situação, acesso a esses benefícios, há uma materialização da cidadania.

A insuficiência de renda e a possibilidade de ter sua autonomia afetada para realizar as atividades do cotidiano aparecem como indicadores de que a população idosa necessita de políticas de proteção social específicas, principalmente ao que se refere à de geração de renda e a de cuidados de longa duração (Camarano 2006). No entanto essa clientela tem demandado normas protetoras em outros âmbitos como o direito ao transporte, à moradia,

à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito, conforme preconizados no Estatuto do Idoso (2003).

Neste capítulo serão abordados os aspectos relacionados o usufruto ou não de direitos relacionados ao âmbito da saúde, visto que a Constituição de 1988 e as leis posteriores garantem a saúde e os recursos necessários para o seu cuidado e promoção (o acesso a serviços de saúde, medicamentos, consultas médicas, exames) como um direito a ser respeitado e implementado. Optou-se por abordar esse aspecto do direito porque foi o mais mencionado pelos longevos do estudo quando interrogados sobre direitos.

O voto como exercício prático de direito também será apresentado, uma vez que a pesquisa buscou compreender como essa população atua no cenário político, se o idoso vota e como vota e a partir de quais aspectos suas escolhas são feitas. . Entretanto, a participação política não se ateve a compreensão do longevo como eleitor. O estudo também buscou compreender como se dá a representação e atuação dos entrevistados a partir de uma instância de atuação que existe nas comunidades pesquisadas e que tem como uma de suas funções primárias a organização/mediação das demandas dos moradores: a Associação de Moradores.

a) Direito à saúde

As maiores ocorrências de episódios de doença, em geral crônicas, na população idosa implicam na utilização frequente do sistema de saúde, visto que passam a necessitar de acompanhamento e cuidados de médio e longo prazo.

Diante da necessidade de atenção específica à saúde da clientela idosa, foram implementadas no ano de 2006 as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde que inclui o Pacto pela Vida, no qual se estabeleceu a saúde do idoso como uma das seis prioridades a serem pactuadas entre as três esferas de governo. Entre as diretrizes a serem alcançadas encontram-se: atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa e estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção. Entre as ações estratégicas foram arroladas a atenção domiciliar e o acolhimento da pessoa idosa em unidades de saúde. No mesmo ano foi desenvolvida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com o objetivo de criar condições para “promover a autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” e reafirmar “o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS” (Brasil, 2006, p. 2). Contudo, é necessário observar se essas ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) têm dado respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira (Lima et al., 2010).

O papel da Equipe de Saúde da Família para os idosos do estudo

No ano de 1994 o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como estratégia para organização da Atenção Básica e reorientar o acesso e a utilização do sistema de saúde. Com isso, pretende-se ampliar o acesso dos usuários ao SUS e melhorar as ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação.

Nesta dinâmica, as Equipes de Saúde da Família – uma composição multiprofissional de trabalhadores de saúde, têm papel central na reorganização do SUS e assistência à saúde da comunidade e no domicílio do sujeito, facilitando assim o desenvolvimento de um plano de cuidados orientado e singular (Bassani et al., 2009).

As comunidades de Vila União/ Ex-Combatentes contam com uma clínica da família desde o ano de 2010 na qual atuam Equipes de Saúde da Família. Assim, além de disporem dos serviços de saúde oferecidos na Unidade de Saúde, estes trabalhadores atuam de forma contextualizada à realidade vivenciada pelos usuários, sendo referenciados pelos idosos dessa comunidade para as demandas ligadas aos cuidados em saúde.

Dona Vanda disse receber regularmente a visita dos profissionais da ESF. Além do ACS, que a visita semanalmente, os demais integrantes da equipe costumam ir à sua casa de dois em dois meses. O agente comunitário costuma visitá-la *“pra ensinar como é que toma o remédio, horário direitinho pra não esquecer”*. Ela diz que os profissionais *“são muito bacaninhas!”* e informa ser muito bem tratada por todos.

O cuidado não se reduz à idosa: Ela relata que dentistas foram à sua casa para saber notícias da neta que havia feito um tratamento dentário por intermédio da Clínica, uma vez que a menina foi referenciada para um lugar que fez o tratamento. Dona Vanda menciona que antes da instalação da Clínica de Família, nenhum profissional da saúde ia vê-la.

Seu Paulo recebe regularmente a visita dos profissionais de saúde, principalmente da agente comunitária de saúde. Ele relata: *“De vez em quando eles passam aqui na casa, ela [a agente de saúde], o médico, a enfermeira. São pessoas maravilhosas”*.

O acompanhamento por meio de visita domiciliar a todas as famílias e indivíduos das comunidades adscritas configura-se como uma das atribuições das equipes e dos profissionais de Saúde da Família de acordo com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Para Albuquerque e Bosi (2009) a visita é relevante, pois ela confronta o modelo hegemônico de enfoque na doença, no qual a relação profissional–paciente caracteriza-se pela indiferença e pouca interação. Nessa nova modalidade de atenção, há uma busca por um atendimento integral e humanizado. O desenvolvimento de relações humanizadas por meio do vínculo criado entre os profissionais da ESF e os usuários pode gerar satisfação,

além de facilitar o acesso ao diagnóstico de enfermidades, à promoção e à prevenção da saúde.

Dona Isabel narra que a agente de saúde e uma enfermeira a visitam de vez em quando para medir sua pressão e acompanhar a diabetes, mas “*o médico, por enquanto as pernas ainda dão pra ir lá, então eu vou*”.

Dona Ângela relatou que os integrantes da ESF da Clínica frequentaram sua casa somente quando hospedou o irmão doente:

Vinham, tudo era aqui. Pegava remédio ali na Clínica da Família, tudinho, trataram muito bem. Me davam papel pra eu pegar fralda mais barata, tudinho eu consegui ali na Clínica, isso aí eu não tenho que reclamar!

Mas quando o irmão faleceu, as visitas diminuíram e somente a ACS costuma passar com frequência “*pra deixar o papel com os exames*”, o que não incomoda a longeva, pois ela alega que não precisa das visitas dos profissionais, já que s ela pode andar até a clínica para se consultar.

A visita de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros nas casas dos usuários está vinculado, no caso dos idosos, à gravidade do estado geral de saúde e, portanto, à necessidade iminente e urgente de cuidado. Entretanto o Programa de Saúde da Família atende o usuário (quando acompanhado pela ESF), fazendo o encaminhamento do sujeito após o primeiro tratamento para os demais níveis de complexidade de atenção quando necessário, mas também faz o acompanhamento da saúde do usuário que não está acometido por agravos severos justamente para evitar aprofundamento ou aparecimento de patologias (Lumer e Rodrigues, 2011).

Seu Diego também realiza o acompanhamento de sua saúde na Clínica da Família. Todavia o idoso informou não receber a visita de profissionais da equipe de saúde em sua casa.

Seu Renato afirmou que não recebe vistas de outros profissionais de saúde além do agente comunitário de saúde: “*Visita não. Lá uma vez ou outra aparece aí o Seu João (ACS), faz aquelas perguntas ou (vem) trazer um papel com data de consulta, alguma coisa assim...*”.

Dona Leda disse que o acompanhamento de sua saúde é feito através de visitas domiciliares da ACS, visto que os outros profissionais como médicos e enfermeiros só foram à casa da idosa na época em seu marido estava doente.

Seu Vitor contou que ultimamente, somente o agente comunitário vai visitá-lo, inclusive marcando as consultas, mas “*às vezes nem ele*”. O idoso relatou ainda:

Logo no principio começou a vir outros, uns médicos que vinham e coisa e tal. Até ela perguntou se eu tava tomando remédio e eu disse que não tava tomando remédio não. Depois ela perguntou onde eu pegava remédio e eu falei: “Na Fiocruz, mas deixei para lá, não fui lá mais não”. Ai ela falou: “Ah. então vou lá fazer sua ficha pro senhor pegar remédio porque não quero que ninguém morra na minha área não!”.

A visita frequente dos ACS nas residências foi mencionada por todos os longevos, atividade viabilizadora dos vínculos entre usuários e a equipe de saúde e que pode facilitar o desenvolvimento de ações de promoção e assistência da saúde tanto dos usuários quanto da comunidade. Todavia, a ausência ou menor frequência de outros integrantes da ESF nas visitas domiciliares gera queixas, uma vez que a população comumente associa ao médico a centralidade da assistência em saúde. Foi possível notar que há uma expectativa da presença desse profissional mesmo sendo a ESF uma equipe multiprofissional em que outros profissionais são dotados e capacitados de instrumentos teóricos e práticos para atender boa parte da demanda apresentada.

Desta forma, a não presença habitual da figura do médico na casa dos idosos configura para eles uma “falha do atendimento”, um “atendimento inferior”, uma vez que este profissional é requisitado pelos idosos como importante em seu cuidado.

Dona Luzia é portadora de doenças crônicas que a deixaram incapacitada funcionalmente para algumas atividades da vida diária. Por conta disso, o acompanhamento médico tem sido indispensável para o bem estar da idosa. A idosa disse que só recebe com frequência a visita do ACS e da enfermeira da Clínica da Família, porém “eles demoram um pouquinho”. A filha da longeva acredita que a visita à mãe deveria ser quinzenal, porque a idosa tem dificuldades para ir a Clínica. Quando Dona Luzia precisa ir a uma consulta ou passa mal e necessita recorrer a UPA a filha necessita conseguir um transporte para levá-la, geralmente um táxi, o que onera o orçamento. A filha da idosa desabafa que já se aborreceu muito com os profissionais da Clínica por conta da baixa frequência de visitas à sua mãe, denunciando episódios de discriminação:

Eu já me aborreci lá, já falei com eles, porque eu sempre vejo as doutoras, as enfermeiras, sempre indo nos apartamentos [na comunidade de Ex-Combatentes,] né? Eu já falei, então, pobre, na favela aqui não pode vir eles. Sei que quem sempre tá aqui é aquele menino, o Rodrigo né [o ACS]. Mas o Cláudio não tem como vir aqui, tirar a pressão, verificar a pressão né? Ele sempre fala que não tem médico, não tem médico. Agora eu fico impressionada, se não tem médico, pra que tanta Clínica da Família?

O depoimento demonstra a diferença de tratamento que ocorre segundo a filha da Dona Luzia, quanto à insuficiência de visitas às casas da Vila União (mencionadas no desabafo da filha como favela) e as visitas frequentes às pessoas moradoras da comunidade de Ex-Combatentes (Mencionado como apartamentos pela senhora). Além disso, o caso da idosa é bastante ilustrativo sobre a assistência a saúde dispensada aos idosos dependentes.

As implicações de suas múltiplas patologias ocasionaram dependência de outras pessoas (principalmente seus familiares) e de equipamentos que lhes proporcione qualidade de vida. A não visita da ESF exige que a filha tenha que levar a idosa a clínica, o que gera ônus econômico visto que a idosa não anda sozinha e é necessário acionar os vizinhos ou chamar um táxi para levá-la, além do desgaste emocional para a própria longeva que se vê dependente dos outros. Ademais a não avaliação das capacidades e habilidades funcionais da idosa e seu estado de forma geral pode gerar agravamento de saúde, podendo levar a internações hospitalares e gastos públicos, gerando, portanto padrões desiguais de acesso a quem necessita.

A insuficiência de visitas domiciliares e as dificuldades que a família relata ter para que Dona Luzia tenha um tratamento em saúde adequado, revelam as dificuldades do Programa de Atenção Domiciliar (AD) de atender satisfatoriamente as demandas em saúde dos longevos na comunidade.

De acordo com a Portaria 2.527, a AD constitui-se como uma

“modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (Brasil, 2011, p. 2).

Essa portaria classifica a modalidade AD1 de Atenção Domiciliar como aquela que, pelas características do paciente (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pela Atenção Básica (Equipes de Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF). Neste tipo de atendimento, enquadram-se os usuários que possuam problemas de saúde controlados/ compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária não podendo se deslocar até a Unidade de Saúde. Existem ainda duas modalidades de atenção domiciliar (AD2 e AD3) que variam em conformidade com a gravidade do paciente, suas debilidades e dependência.

Desta forma, essa modalidade de atenção objetiva: ampliar e/ ou substituir o cuidado prestado em outro ponto da rede de atenção à saúde, como hospital ou unidades básicas de saúde, auxiliando também na desinstitucionalização do cuidado; auxiliar na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde utilizando, para isso, estratégias para a educação em saúde e tendo como uma das finalidades o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares e continuidade do cuidado (Brasil, 2011). Contudo, não se observou a implementação deste tipo de atenção aos idosos do estudo, nem mesmo àqueles que necessitavam de cuidados mais frequentes.

Dona Raquel não faz uso dos serviços oferecidos pela Clínica da Família, somente sua tia tem ficha no estabelecimento e é cuidada pelos profissionais de lá. Ela justifica sua não adesão: *“Eu não quis porque ia pra lá pra dar mais trabalho pros médicos, tirar a oportunidade de outras pessoas, porque eu tenho plano [de saúde] da Petrus que é muito bom, né?”*.

De acordo com o artigo 196 da Constituição de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Portanto, a atenção à saúde deve ser oferecida de forma integral e universal pelo Estado.

Para os idosos do estudo, a proximidade da Clínica da Família aumentou as chances de obterem tratamento quando acometidos por alguma doença ou de receberem cuidados específicos de proteção à saúde. Apesar dos entrevistados residirem numa comunidade com diversas vulnerabilidades sociais entre as quais insuficiência ou mau funcionamento de equipamentos públicos, a proximidade e quantidade de serviços de saúde ofertados possibilita o seu acesso à atenção de saúde.

A facilidade no acesso reflete as características do sistema de saúde, indicando o grau de facilidade ou dificuldade que as pessoas obtêm serviços de saúde (Vieira, 2010). Os idosos do estudo consideraram positiva a existência de um serviço de saúde tão próximo e que atende suas necessidades de saúde Costa e Ciosak (2009, p.438) justificam que o idoso necessita

“de maior agilidade no sistema de saúde porque o processo de envelhecimento traz como consequência menor expediente para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção. Para o idoso, principalmente os mais carentes, qualquer dificuldade torna-se um mote para bloquear ou interromper a continuidade da assistência à sua saúde”.

A visita domiciliar feita pelo ESF tem como intento solucionar os problemas de saúde em seu foco de origem, além de possibilitar à equipe de saúde o conhecimento sobre a situação da população que é assistida como a sua alimentação, aspectos de moradia, saneamento, possibilitando uma intervenção e propondo soluções coletivas. Pensando especificamente na clientela idosa, a atenção integral e domiciliar pode auxiliar na melhoria da qualidade de vida do idoso tanto no que se refere à saúde individual quanto às condições ambientais e físicas em que vivem, permitindo a solução de problemas atuais e potenciais a partir da promoção e educação em saúde (Kawamoto, 1995). Neste sentido, há uma busca por parte da ESF e das equipes da Vila União/Ex- Combatentes por uma equalização nos padrões de acesso a ações em saúde, procurando levar aos moradores das

localidades ações de saúde assistenciais e educativas, com vistas a melhorar a qualidade de vida.

Contudo, fazem-se necessários ajustes na forma como essas ações têm sido oferecidas, principalmente aos idosos que não procuram ou não podem procurar os serviços porque estão debilitados e fragilizados pela doença, como Dona Luzia. Neste sentido a visita domiciliar mostra-se essencial para proporcionar suporte e atenção adequada com fins de melhorar a qualidade de vida. Cabem aos profissionais das equipes a responsabilidade, a organização e o comprometimento com ações que qualifiquem e promovam o envelhecimento saudável, a fim de fazer valer o que foi preconizado nas legislações, políticas e portarias voltadas ao bem estar da clientela idosa.

Obtenção de medicamentos

O SUS garante "assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica" através da lei nº 8080 que dispõe, entre outras coisas, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Segundo a referida lei, todos os seres humanos têm direito à prestação dos serviços de saúde básica e de especialidades, sendo esses fornecidos pelo Estado. No 2º artigo, inciso 1º, a lei dispõe que

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste, portanto, na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Levando em consideração que a grande maioria das pessoas que faz uso dos serviços públicos de saúde é de baixa renda, a obtenção de medicamentos para tratamento de agravos de forma gratuita, apresenta-se como a única alternativa de acesso aos remédios (Paniz et al., 2008). Em face dessa realidade, o SUS e em especial o PSF desenvolve através de suas unidades de saúde (no caso dos entrevistados a Clínica da Família Vitor Valla) ações que visam viabilizar o acesso a medicamentos essenciais.

Dona Vanda costuma pegar os medicamentos de uso diário na Clínica da Família. Quando há falta deles, ela disse que “*manda pegar*” na farmácia, ou seja, ela os compra, seja Farmácia Popular (que vende certos medicamentos a preços mais baixos) ou não.

Seu Paulo, Seu Diego e Dona Isabel também conseguem seus remédios na Clínica e quando estes estão indisponíveis, eles compram através da Farmácia Popular.

Já Seu Vitor afirmou que consegue os remédios necessários na Clínica, não mencionando o que faz caso algum deles falte.

O uso de medicamento de forma contínua ganha mais importância com o quadro de envelhecimento da população e incidência de doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes. A possibilidade de se obter medicamentos de forma gratuita amplia o acesso a tratamento de saúde, além de evitar ou minimizar o agravamento de quadros e gastos elevados com a atenção secundária e terciária (Paniz et al., 2008).

A Farmácia Popular foi outra modalidade de obtenção de remédios mencionada por cinco dos dez longevos entrevistados. Este programa do governo federal integra a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2004a) e preconiza a ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, por meio da criação da rede de farmácias. A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), órgão do Ministério da Saúde executa o programa adquirindo os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou privados e disponibiliza nas Farmácias Populares a baixo custo (Paniz, 2009).

Os longevos demonstraram que a obtenção dos remédios tanto de forma gratuita quanto a sua aquisição por valores mais baixos possibilitou o tratamento que de maneira oposta, seria inviabilizado ou dificultado. Observou-se satisfação na forma como esses recursos estavam disponíveis, uma vez que o medicamento configura-se como o recurso terapêutico mais utilizado (Paniz, 2009) e, em consequência, o gasto com medicamentos representaria um elevado custo para quem deles depende.

Diferentes dos longevos mencionados, Dona Raquel compra a maioria dos medicamentos que necessita, visto que não é atendida pelos serviços da Clínica da Família. Entretanto, costuma ir a Farmácia Popular para adquirir os medicamentos que são ofertados a custos mais baixos, o que demonstra que mesmo tendo condições financeiras de adquirir os medicamentos, a Farmácia Popular é a opção para gastar menos com seu tratamento de saúde.

Todos os medicamentos que Dona Ângela precisa são exclusivamente comprados por ela, não obtendo nenhum através da Clínica.

Para o controle e tratamento de saúde de Dona Luzia sua filha costuma comprar alguns dos medicamentos e outros são obtidos no Instituto Municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro, estabelecimento no qual a longeva realiza seu tratamento.

Dona Leda também obtém os medicamentos em outra unidade de saúde, o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Desta forma, Dona Luzia e Dona Leda conseguem seus medicamentos em outras instituições, preferência das idosas por realizarem seus tratamentos regulares de saúde nessas instituições mencionadas há mais tempo, visto que a Clínica da Família Victor Valla foi criada no ano de 2010.

Seu Renato consegue parte de seus medicamentos na Clínica, o que auxilia seu tratamento. Entretanto quando há algum problema nesse acesso, como falta desses remédios, o tratamento de saúde fica comprometido, visto que relatou não ter dinheiro para comprá-los.

A análise dos depoimentos sobre o acesso aos medicamentos indica que neste aspecto o SUS vem cumprindo o papel de universalizar o acesso à saúde, visto que os medicamentos têm sido oferecidos às pessoas que não teriam como comprá-los diretamente nas farmácias sem qualquer subsídio como o oferecido pela Farmácia Popular (Aziz et al., 2011). Entretanto pôde-se observar que o sistema público ainda não supre de forma universal as necessidades de medicamento dos longevos, visto que alguns deles como Seu Renato informaram obtenção parcial ou mesmo não obtenção dos medicamentos necessários. Na alternativa mencionada, a Farmácia Popular, mesmo com valores reduzidos, os usuários precisam comprar o produto o que nem sempre é possível.

Realização de Exames

As leis nº 8080/90 e 8142/90 regulamentam o SUS e de acordo com esse sistema todos os cidadãos têm o direito a consultas, exames e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde (Brasil, 1990), o que denota que o acesso aos exames e parte da integralidade da atenção à saúde. Dentre os idosos do estudo, somente duas fizeram referência à realização de exames.

Dona Ângela diz que frequenta a Clínica da Família e de lá recebe encaminhamento para realizar os exames necessários em uma clínica no centro da cidade, sem encontrar dificuldades na realização destes procedimentos.

Por outro lado, Dona Leda relatou as dificuldades de conseguir tratamento adequado para os problemas no ombro no Hospital Pedro Ernesto. No local não há ortopedista e o aparelho de exames para diagnosticar problemas de coluna está quebrado. Diante disso ela desabafou: *“Eu não sei pra onde vou”*.

A idosa conta que recorreu a Unidade de Pronto Atendimento próxima a sua residência quando se sentiu mal, com dores no peito. O profissional que a atendeu a encaminhou para a Clínica da Família pedindo que para que lá fosse feito um eco cardiograma na idosa. Entretanto, a chefe da enfermagem que a atendeu disse não ser necessário. Dona Leda voltou a sentir-se mal e novamente procurou a UPA, onde o médico mais uma vez indicou a realização do mesmo exame e a encaminhou para a Clínica de Família. A longeva desabafou: *“Ah, mas eu já fui e ela falou que não precisava”*. Por

conta desses impasses a idosa que continua sentindo dores no peito, não conseguiu ainda fazer o exame:

Não fiz por causa disso. Eu fiz ali o teste da glicose, tava alta, o médico falou pra mim: "Dona Leda vai pra Clínica da Família, eu vou encaminhar a senhora pra um tratamento, um acompanhamento". Eu fui lá e ela falou que não era necessário. Aí eu não sei como é que fica

Além da dificuldade para conseguir realizar o exame descrito, ela também necessita realizar exames de vista. Contudo, os aparelhos do Hospital Piquet Carneiro estão “*mais quebrados que outra coisa*”. Segundo ela, o médico logo alerta: “*Dona Leda, aqui é só pra marcar presença porque os aparelhos aqui tão tudo quebrado, a senhora tem que fazer um exame assim assim, tem que fazer particular*”.

O acesso universalizado e integral à atenção de saúde conforme normatizado pela Carta Magna objetiva ampliar e redistribuir a assistência em saúde a toda população brasileira, o que inclui a realização de exames diagnósticos e terapêuticos que aumentam as chances de sobrevivência e de melhoria da qualidade de vida. Porém nem todos os usuários, como a Dona Leda relatou, conseguem realizar seus exames nos serviços públicos de saúde, o que denota uma fragilidade dentro do sistema caracterizada pela desigualdade no acesso às ações em saúde. Assim, ainda existem desafios a fim de conseguir uma melhor distribuição e acesso aos recursos, bem como o seu gerenciamento adequado (Pontes et al., 2009).

Serviços de saúde de procura regular

Geralmente as doenças que atingem os idosos são morbidades crônicas, o que exige um acompanhamento na saúde destes, além de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas. Além disso, a procura regular para prevenção também é importante, pois pode evitar o agravamento de problemas, o aparecimento destes ou um prognóstico inicial de alguma patologia.

Veras (2003) ratificou a importância da utilização de ferramentas que auxiliem na identificação do risco do idoso a fim de priorizar serviços geriátricos com suporte interdisciplinar, promovendo reabilitação e diminuindo os riscos de hospitalização.

Dona Luzia é portadora de doenças crônicas que a deixaram incapacitada funcionalmente para algumas atividades da vida diária. Por conta disso, o acompanhamento médico tem sido indispensável para o bem estar da idosa. Parte dos seus cuidados tem sido realizada pelos médicos da Clínica. Outra parte tem sido feita no Hospital Miguel Pedro, na Zona Norte do Rio de Janeiro. Mas segundo a filha, “*ali às vezes tem médico, tem vezes que não tem*”.

Como seu marido é ex-combatente, Dona Vanda tem direito a se tratar no Hospital Central do Exército (HCE), localizado em um bairro próximo a sua moradia. Ela recebe consultas com frequência nesse estabelecimento, porém ultimamente tem tido mais dificuldade de acesso, encontrando enormes filas para “pegar número” a fim de conseguir marcar uma consulta. Para obter êxito na marcação é necessário ir de madrugada para a fila, o que segundo a idosa, lhe dá medo. Por conta disso, ela pede a uma pessoa que tenha mais “coragem”, geralmente um vizinho ou amigo próximo: “[Eu falo] “Vai no hospital hoje? Marca uma consulta pra mim!””.

No caso da Dona Luzia, a falta de especialistas apresentou-se como um componente negativo no necessário cuidado de saúde. Outro fator que afeta a universalidade e equidade de acesso aos serviços de saúde são as filas para obter atendimento médico. Apesar do avanço na garantia de acesso universal a saúde, a existência de filas expressa uma das grandes dificuldades de assegurar o atendimento pretendido ou necessário (Oliveira et al., 2007), o que torna a situação mais grave quando se pensa que o indivíduo que está na fila de pé esperando por atendimento e/ou marcação de consulta é um idoso

Dona Leda relatou que quando “passa mal” vai direto para a UPA por que “o único socorro que tem aqui é a UPA. Antes de ter isso aí, há tempo atrás, a gente corria pra Del Castilho, muitas vezes eu fui com meu marido pra lá, mas agora com a UPA aqui...”.

Os diversos problemas de saúde da idosa, principalmente os relacionados à coluna, são tratados no Hospital Pedro Ernesto. Antes ela se tratava na Clínica Piquet Carneiro, em Marechal Rondon, mas como o estabelecimento vai “virar tudo laboratório”, sua médica a encaminhou para um ortopedista do hospital Pedro Ernesto. Apesar de ter cadastro na Clínica de Família e utilizar alguns dos serviços oferecidos lá, os acompanhamentos médicos frequentes que a idosa faz são realizados no Hospital Pedro Ernesto e no Piquet Carneiro.

Pôde-se constatar que três das idosas entrevistadas utilizavam serviços e ações de saúde oferecidas tanto pela Clínica da Família da localidade quanto por outros serviços públicos de saúde. Elas justificavam permanecer se tratando em outras unidades de saúde, pois eram assistidas nesses locais há bastante tempo, visto que a instalação da Clínica da Família na Vila União/ Ex- Combatentes é recente (2010). Contudo pôde-se notar que não há uma coordenação da atenção à saúde pela Clínica da Família que não se relaciona com as outras unidades de saúde. Isso demonstra a fragilidade das redes de atenção à saúde e a dificuldade ainda existente da equipe de atenção primária fazer essa articulação. De acordo com a política de Atenção Básica, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção, responsável pelo atendimento de todos os problemas em saúde, mesmo que parte

deles necessite ser encaminhado para os outros níveis de atenção e mesmo quando isso acontece, é a Atenção Primária que permanece como corresponsável por esse cuidado (Brasil, 2007).

Neste estudo de caso, a Clínica da Família Vitor Valla (com suas equipes, ações e serviços) seria a responsável por essa coordenação, integrando todo o cuidado recebido pelo paciente nos diferentes níveis do sistema de saúde, se responsabilizando pelo fluxo de encaminhamentos, pelo preenchimento adequado das referências e contra referência, ou seja, organizar, coordenar e/ ou integrar os cuidados que possam ser realizados por profissionais de áreas e unidades de saúde diferentes e que por conta disso não constroem uma relação horizontal do cuidado, com pouco diálogo (Brasil, 2007).

Cinco idosos fazem uso de serviços regulares de saúde para acompanhamento e tratamento dos seguintes problemas: hipertensão e diabetes. Além disso, Seu Renato vai regularmente ao médico para tratar seu problema na próstata; Dona Ângela vai regularmente ao ginecologista e Seu Diego tem acompanhamento médico para cuidado de sua ulcera.

Novamente a vizinhança com a Clínica de Família possibilita o acesso aos serviços de saúde. Para Escorel (1999, p. 77)

“a experiência dos mais pobres revela a existência – em contextos democráticos – de situações não apreendidas pelos direitos ou nas quais o exercício dos direitos não é igual para todos. Os direitos elementares são para os pobres uma conquista de cada dia”.

Nesse sentido, a existência de unidades de saúde que assistam os longevos continuamente pode evitar ou minimizar “precariedade no acesso e no exercício de direitos formalmente constituídos” (Escorel, 1999, p. 77).

Dona Raquel costuma ir a uma clínica privada na Tijuca para tratar de sua saúde, seja em casos de emergência seja para consultas de acompanhamento regular. Seus problemas de saúde, principalmente o problema do coração, são acompanhados no estabelecimento por conta da facilidade e organização:

Cada consulta que você faz lá, eles já põem no computador. Então quando você vai pra outra especialidade, pra qualquer coisa, seu histórico tá todo lá e eu prefiro porque eu esqueço tudo mesmo, aí lá já tem tudo registrado.

Gasto privado com saúde

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) aconteceu na mesma época em que houve corte de verbas públicas, acompanhando a política antiestatizante e neoliberal que se desenhava no Brasil nos anos 90 (Kilsztajna et al., 2002). A restrição de verbas e a

precarização do sistema público de saúde dificultaram a ampliação do grau de cobertura por um lado, e por outro “permitiram a segmentação do mercado e o crescimento expressivo da assistência médica suplementar no país” (Kilsztajna et al., 2002, p. 1). Essa segmentação foi explicada por Faveret e Oliveira (1990) que apontaram como efeito colateral da ampliação do acesso a serviços públicos com a criação do SUS, a exclusão da classe média desse tipo de serviço que buscou os planos privados de assistência para resolução de seus agravos de saúde. Esse processo foi estimulado pelo aumento da oferta de planos de saúde para funcionários de instituições públicas e privadas (Pinto e Soranz, 2004).

A participação da população idosa nos planos de saúde gira em torno de 12%. Entre os idosos com 80 anos ou mais a participação é de 14% (ANS, 2012). Pesquisa sobre as condições de saúde e vida da população idosa na cidade do Rio de Janeiro (faltou o autor da pesquisa, 2006) identificou que a procura pela adesão a um plano de saúde aumenta de acordo com a idade: há um aumento de 21% para 33% entre os idosos entre 60 e 69 anos e 40% daqueles com 80 anos ou mais.

Um fator determinante para o acesso ou não a essa modalidade de assistência é a renda. Conforme sobe a renda, aumenta a utilização dos planos de saúde, variando de 17% para os que recebem até um salário mínimo até 62% dos que recebem quatro ou mais salários (SMU/IPP/SMS, 2006).

Dona Ângela reforça que só vai à emergência pública quando passa mal porque não tem mais plano de saúde, visto que ele aumentou para “*mil e pouco [reais]*” e ficou insustentável pagar. Antes desse aumento, todas as consultas, exames, cirurgias que a idosa realizava eram feitas através do plano.

Dona Raquel faz uso do plano de saúde que lhe oferece ampla cobertura de exames, consultas e procedimentos.

As decisões dos indivíduos e nesse caso dos idosos em relação a como e onde será seu atendimento em saúde é diretamente afetado por sua situação social e econômica. Segundo Andrade e Maia (2007) as condições do mercado de trabalho têm uma correlação positiva com a cobertura de planos de saúde. Desta forma, os “setores mais formais da economia tendem a apresentar uma proporção maior de pessoas cobertas por plano de saúde” (p. 294), o que pode explicar a adesão da Dona Raquel ao plano de saúde oferecido pela Petrobrás, sua antiga empresa. Além disso, a idosa pareceu ter optado em manter o plano, mesmo depois de aposentada e com ônus na renda familiar mensal, devido à possibilidade de ter a seu alcance serviços de saúde mais organizados e de maior qualidade.

Seu Renato não tem plano de saúde, mas sua esposa foi incluída no plano do genro para poder realizar uma operação na vesícula.

A opção da Dona Ângela de pagar do seu bolso por uma consulta particular pode estar relacionada com a gravidade de sua situação de saúde. Bós e Bós (2004, p. 118) afirmam que “idosos com saúde pior tenderiam a preferir a rede privada por causa da maior segurança de atendimento em comparação à rede pública”, assim como a esposa de Seu Renato que preferiu aderir a um plano de saúde para realizar uma intervenção cirúrgica que poderia demorar muito tempo para ser feita nos serviços do SUS.

Os fatos demonstram que para as longevas, a opção pelos gastos privados de saúde (seja do próprio bolso ou por intermédio de plano de saúde) relaciona-se com a associação frequente da assistência nos serviços públicos de saúde com a baixa qualidade.

Dona Isabel teve plano de saúde quando trabalhava, porém como não ficava doente e não costumava ir ao médico resolveu parar de pagar o plano de saúde após aposentar-se. Agora mostra arrependimento: *“Eu não ficava doente, na época eu não precisava de médico, aí ia ficar pagando plano de saúde pra que? Mas aí a gente esquece que quando fica velho que precisa de médico né?”*.

Seu Diego admitiu não ter plano de saúde por conta do alto valor cobrado pelas operadoras: *“Não, também agora fica muito pesado, ainda com 78 anos que vou completar agora em janeiro, um plano fica muito pesado”*. Porém sua esposa do idoso tem um plano de saúde pago por ela.

Seu Vitor não tem plano de saúde e nem quer o que justificou da seguinte maneira:

Pois ele só dá lucro aos empresários, e os pacientes é que sofrem. É só ver na televisão. Todo mundo num sacrifício, uma moça com três crianças, precisando de tratamento no plano de saúde, e não era atendida. Quando conseguia ficava lá o tempo inteiro e a criança ficando doente. Aí vai pagando, pagando e chegando no fim, o plano tem que aumentar. Poxa, plano de saúde aumentar? Já é caro e vai aumentar? A gente tem que ser esperto nessa vida, se a gente se fizer de bobo, mais bobo a gente fica mesmo!

A partir dos relatos pode-se afirmar que os planos privados de assistência à saúde acabam se configurando como mais um fator de que comprova a existência ainda de iniquidades e baixa qualidade no sistema de saúde brasileiro. Para os longevos, a opção ideal seria o acesso a cuidados em saúde nos serviços privados, que são tidos por eles como sinônimo de rapidez, organização e qualidade. O atendimento no SUS aparece, portanto, como opção secundária e subsidiária. Ademais, o valor excessivo dos planos constitui-se em barreira para esse acesso, pois o valor mensal das aposentadorias e pensões mostra-se insuficiente para arcar com os custos desta modalidade de atendimento.

b) Exercício do voto: como idosos exercem esse direito

Conforme mencionado, até 1994 não existiam políticas específicas voltadas para a clientela idosa. Para o enfrentamento dessa realidade, os idosos e os movimentos sociais voltados para esse segmento como Conselhos de Idosos e fóruns buscaram o fortalecimento dos direitos dessa população, contribuindo para a presença numérica e qualitativa de longevos no cenário político através do voto e da representação (Fernandes e Santos, 2007).

De acordo com a Constituição, é facultativo o voto aos maiores de setenta anos. Esse foi o motivo alegado pelos entrevistados com mais de 70 anos para a decisão de não votar.

Dona Vanda, com 82 anos, quando perguntado se havia votado na última eleição respondeu: *“Não. Assim que eu fiz 70 anos eu parei de votar”. “É, dizem que não é obrigado depois dos 70, aí eu parei. Só peço a Deus pra que eles ganhem e façam o que prometem, né?”*

Seu Renato foi outro que decidiu não votar por conta da idade. Porém, a satisfação com as realizações do atual prefeito do Rio de Janeiro fez com que o idoso cogitasse a possibilidade de votar novamente no pleito de outubro de 2012¹⁴: *“[Eu não voto] porque eu não preciso votar mais. Esse ano tô a fim de votar novamente, [porque] gosto das coisas que ele tá fazendo, eu acho ele legal. Ele vai ser reeleito, se Deus quiser”.*

Dona Leda também não vota mais. Entretanto, além de justificar o fato de não votar por ter mais de 70 anos, ela também não acredita nas instituições políticas o que a desanima de ir às urnas:

Não, eu não voto mais por que: um, eu não sou obrigada a votar e outra: a gente não vê o resultado em hora nenhuma, a gente só vê ó... Venha a nós o vosso reino e nada. Gente, só de ver falar na politicagem, só em roubo, mensalão, aquela coisa toda, então a gente desanima, eu desanimei.

Já seu Diego de 77 anos foi enfático ao afirmar: *“Não minha filha, eu não voto mais não”.*

Nota-se que o voto facultativo fez com que os idosos não votassem. Portanto, para esses longevos o voto não é visto como um direito que merece ser exercido, mas um dever que quando passa a ser facultativo não necessita mais ser praticado. A contrapartida que pode acontecer a partir dessa não participação dos longevos do cenário político é a dificuldade que esta população pode ter de que seus direitos e necessidades sejam representados e atendidos.

¹⁴ A entrevista foi realizada em agosto de 2012.

Com menos de 70 anos, Seu Paulo¹⁵ votou nas últimas eleições escolhendo o candidato que considerou ter feito mais pela comunidade. Ele estava entre dois, mas optou por uma candidata para vereadora que providenciou os aparelhos de ginástica que foram instalados na praça da comunidade. Para o idoso, os candidatos escolhidos ‘*fizeram pela comunidade*’, conforme ele explica:

Eu acho que melhorou bem isso aqui. O [candidato X] mesmo fez a cobertura da Associação, melhorou muito a Associação porque aquele prédio tava todo ruim, praticamente caindo e agora tá bonitinho, então melhorou alguma coisa aqui pra dentro porque pra votar em quem não fez nada, pelo menos vou votar nesse que fez alguma coisa.

Dona Isabel votou na última eleição e quando perguntada sobre os motivos que a levaram a votar nos seus candidatos desabafou:

Olha pra falar a verdade hoje tá difícil pra escolher candidato, né? Tá um caso sério, porque cada um tá pior que o outro. Mas aí a gente vai e vê um quem fez uma coisinha aqui, outro que fez uma coisinha ali, vendo que fez pelo menos uma coisa assim, em prol dos pobres, porque hoje em dia tá difícil de achar político e falar: “Olha, aquele ali é confiável!”. Tá difícil mesmo.

Dona Ângela relatou que o candidato escolhido a ajudou quando seu irmão estava doente, doando cama hospitalar e cadeira de banho que ele precisava. “*Até hoje ele me liga pra dizer que o que eu precisar, ele me arruma*”, diz a longeva. Sua escolha esteve vinculada ao fato do candidato tê-la ajudado e ter ajudado “*muita gente*”.

Foi possível notar que as escolhas dos candidatos da Dona Ângela, Seu Paulo e Dona Isabel foram influenciados por realizações anteriores dos candidatos, mais precisamente favores pessoais prestados. Vila União e Ex-Combatentes são comunidades caracterizadas pela vulnerabilidade social, visto que é uma região cercada pela violência e precariedade. Neste sentido, moradores de locais deste tipo, tornam-se elementos importantes no período eleitoral, uma vez que constituem importante fonte de votos. Dessa forma, alguns políticos adotam a prática do clientelismo como forma de dominação política e aquisição de votos. Para Auyero (2011, p. 3)

“esta prática política particular é útil (com suas limitações) como estratégia eleitoral, como uma forma de resolver problemas organizacionais do partido e como uma forma de poder político sobre populações despossuídas”.

Por outro lado, este tipo de arranjo político acaba ocupando um espaço nas vidas dos moradores de regiões caracterizadas pela precariedade e pobreza, pois ele configura-se como uma estratégia mesmo que paliativa de solução de problemas sociais, ocupando a lacuna deixada pelo Estado na provisão de recursos e equipamentos sociais (Auyero,

¹⁵ A entrevista foi realizada após as eleições de outubro de 2012.

2011). Com isso, os moradores optam pelo candidato que propõe e executa melhorias na sua vida e na sua comunidade em detrimento do voto ideológico e programático de mudanças sociais em longo prazo.

Dona Raquel de 61 anos resolveu votar nas eleições para prefeito em um candidato que ela já conhecia devido à participação do mesmo no sindicato no qual ela era associada quando trabalhava na Petrobrás. A idosa não participava efetivamente do sindicato, mas acompanhou a atuação na empresa do agora candidato:

(...) aí ele lutava pelas coisas e tal, pelo menos lá. Aí eu pensei: “Bem, já que não tenho outro, vai esse mesmo!”. Eu sabia que ele não ia ganhar, mas... Eu pensei: “Esse pelo menos eu conheço, é um cara que batalha pra ter as coisas, pra gente pelo menos conseguir as coisas, então pode também pro estado, pra cidade.”.

Apesar de ter 77 anos, Dona Luzia afirmou que gostaria de ter votado, mas não o fez porque perdeu o título de eleitor, o que foi desmentido pela filha:

Ela não votou porque eu não consegui levar ela lá. Ela já tá com 77 anos, não tá andando mais. Ela queria votar, mas pra que? Aí eu não levei ela lá não. Os documentos dela tão tudo aí, ela não perdeu não.

Seu Vitor votou na última eleição presidencial, mas nas eleições municipais de outubro de 2012 não votou por que ‘desistiu’. O idoso justificou seu desânimo:

Não tenho mais obrigação de votar, e votei tantos anos, mas esse povo nunca fez nada por mim, até o meu amigo Lula que é quase meu conterrâneo, quando eu trabalhava na carpintaria, largava o trabalho, ele era presidente do sindicato. Depois ele ganhou, foi eleito para presidente, eu votei nele, ela (esposa) votou e ele ficou quatro anos. Depois se elegeu novamente para continuar e mais uma vez votamos nele... E o que ele fez? Cara de pau, aquele coroa. Não fez nada, principalmente por nós, aposentados, só com negação. Agora chegou ela [Dilma], vamos ver agora se ela vai se eleger pra ter voto de novo. Se for também acabou.

Pôde-se notar que o voto facultativo a partir dos 70 anos fortaleceu o distanciamento dos idosos do processo político. Além disso, verificou-se uma descrença nos políticos, vistos principalmente como corruptos e mentirosos. Esse ceticismo quanto à política praticada no Brasil, tem levado as classes populares a tentar a resolução de seus problemas através da escolha no candidato “que pelo menos faz alguma coisa”, conforme demonstraram Dona Isabel, Dona Ângela e Seu Paulo, o que de certa forma reedita práticas do cenário sociopolítico como o clientelismo, configurando uma fragilidade na prática da cidadania através do voto; ou levando os longevos a desistirem do direito ao voto, conforme desabafaram Dona Leda e Seu Vitor.

Desta forma, apesar da possibilidade de ocuparem o espaço político, podendo fortalecer a democracia, os longevos tendem a declinarem de seu papel político, excluindo-se da esfera decisória.

c) O acesso aos direitos através da Associação de moradores local

Dona Vanda não tem muito conhecimento das atividades oferecidas pela Associação. Ela sabe que lá tem várias atividades, mas diz preferir fazer as atividades em outro local.

Dona Isabel não tem ânimo para ir às atividades oferecidas pelo local. Segundo ela, *“eu vou lá se tiver necessidade de alguma coisa, caso contrário... Eles fazem bailes de terceira idade e tal, mas eu não tenho muita vontade, não faço questão”*. A idosa disse que não tem nenhum outro motivo específico para não frequentar o espaço, somente a falta de vontade de ânimo em ir a um lugar que tenha *“muito barulho, muita agitação”* porque isso a incomoda.

A Clínica da Família costuma realizar atividades de educação e saúde, abordando diversos temas (saúde, prevenção de agravos, entre outros), com os participantes da ginástica da Associação de Moradores e no espaço da mesma. A agente comunitária de saúde que atua em parte da Vila União explicou que existem dois encontros diferentes organizados pela Clínica da Família e realizados na Associação: um seria um encontro mensal aberto a todos os moradores da Vila União/Ex-Combatentes. O segundo seria direcionado aos moradores da área específica onde a ACS atua, conforme ela indicou: *“Um grupo que envolve todo mundo e outro que é só pra gente da minha microárea”*. Entretanto, a Associação oferece aos seus moradores outras atividades.

Quando foi perguntado ao Seu Paulo se ele participava das reuniões da Associação, ele sentenciou: *“Não tem nada pra se fazer lá. Tem reunião de vez em quando, mas é reunião fajuta porque não discutem as coisas, não tem nada”*.

Seu Vitor também não se anima em sair de casa. Ele afirma que só comparece na Associação para ver se eles têm notícias sobre os impactos da obra do Programa de Aceleração Econômica (PAC) na permanência ou demolição de casas da comunidade.

Seu Diego por sua vez, associou sua presença na Associação de Moradores à necessidade de obter algo, conforme indicado: *“Sou sócio, mas nunca fui, nunca precisei”*.

Dona Raquel diz não acreditar muito na Associação, demonstrando desconfiança. Ela disse que não vale a pena frequentar e que *“ela é meio enrolada, eu não gostava muito deles lá não”*. Ela nunca frequentou, mas diz *“Só em ver os comentários eu “Ih, tô fora!”*. Ao ser interpelada a explicar melhor a sua negativa em participar, ela explica:

É porque todo mundo, um fala mal do outro, tinha nada a ver, eu não via nada de positivo. Também não sei de ninguém que tenha tido alguma coisa ali pela Associação, não sei de ninguém. Até a mínima coisa, por exemplo, a gente tinha que cortar uma árvore que tá aqui quase caindo em cima das casas e do apartamento dali, a árvore grande lá. Quem poda aqui de vez em quando é um candidato a alguma coisa, deputado, vereador... Aí eles vêm aqui, dá uma camuflada e a árvore tá subindo, tá

subindo e a Associação só promete. Fica dizendo: “Olha, Seu Fulano que vai cortar...”. Tá, tu veio? Nem eu. Então só vem de quatro em quatro anos.

Outra idosa que relatou desconfiança quanto às intenções da Associação de Moradores foi Dona Ângela. Ela disse que a Associação não faz nada para ajudar os moradores e completa: *“se eu precisar de alguma coisa na minha porta eles não vêm fazer, quem faz sou eu. Você vê essa rua calçada, você vê isso aí, fui eu que fiz”*. Ela relata que quando foi necessário consertar o asfalto da rua que estava danificado, ela pediu ajuda da Associação para resolver o problema, mas que não foi resolvido. Além disso, não ajudaram a solucionar problemas estruturais de infraestrutura da comunidade, como a longeva denunciou:

A gente implorou eles ali antes da eleição pra eles limpar o esgoto. Aí ficavam falando: “Ah um meszinho, um meszinho”. Aí arrecadamos dinheiro com o pessoal, o esgoto nem era meu porque meu esgoto é outro, esse daí pagou também que é meu filho, aí pagou, chamou o rapaz e ajudaram a desentupir tudinho isso aí. Então pra que eu vou querer Associação se é a gente mesmo faz? Quando a gente pede uma coisa eles dizem que isso aqui não faz parte de lá. Eles falam: “Ah, aí não faz parte da gente, só o Ex-Combatentes”. Agora pra pedir voto eles vêm pedir voto aqui, também não votei neles, votei no meu candidato.

Seu Carlos é outro idoso insatisfeito com a Associação dos Moradores. Ele conta que eventualmente tem reunião e que ele vai, visto que é sócio, paga o valor de cinco reais por mês. No entanto, ele esperava que a Associação resolvesse um problema pessoal que ele tem com a vizinha, por conta da água do ar condicionado que cai constantemente em seu quintal. O longevo disse que resolveu participar porque lhe disseram que a Vila União ia fazer parte da Associação juntamente com a comunidade Ex-Combatentes.

As Associações de Moradores se alicerçam na cooperação mútua entre os associados, com o objetivo de intermediar as necessidades dos moradores de determinados locais com o poder público, protegendo e fomentando o bem estar da comunidade e/ou grupo de interesse local. São, portanto exemplos de uma ação organizada em que se aprende “a subordinar a vontade individual à ação comum, apregoando a democracia” (Pozzer, 2010, p. 36).

A fala dos longevos entrevistados sobre a Associação de Moradores local demonstra que no seu entender essa instância deveria prover soluções para assuntos pessoais ou mesmo comunitários, porém não existe a prática da democracia e da participação no espaço, falhando na função básica de mediar os interesses das comunidades com o Estado. Pelo contrário: a Associação acaba conservando as estruturas de poder existentes e intermediando a votação em certos candidatos. Foi possível identificar nos depoimentos que ações que geram conflito e problemas para a comunidade como o asfalto desgastado, limpeza de esgoto, poda de árvores, por exemplo, não são analisadas como situação

comunitária, mas individualmente, sendo resolvidas segundo os interesses dos dirigentes da Associação.

Esses elementos enfraquecem o papel atribuído a essas esferas de amadurecimento da cidadania ativa (Pozzer, 2010), contribuição para a efetivação da democracia e busca pelo bem comum. Para isso, seria necessário que a Associação de Moradores de Vila União/Ex-Combatentes passasse a atuar espaço público construído “com regras comuns e decididas democraticamente, baseadas na cooperação e confiança” (Pozzer, 2010, 36).

As dificuldades de locomoção por conta de agravos em saúde impedem que Dona Luzia e Dona Leda possam participar da Associação.

Os idosos do estudo contam com uma instância que a princípio deveria, entre outras coisas, reivindicar do poder público, melhorias para a comunidade. Segundo Pozzer (2010, p.31) as Associações

“vieram para colaborar como espaço para democratização da informação, destinada, em tese, a ser um ambiente para propiciar a participação da sociedade civil no debate público de situações tanto nacionais, quanto em situações do cotidiano local dos grupos envolvidos”.

Portanto, esta instância deveria auxiliar a promoção da cidadania (participação democrática) e o próprio exercício dos direitos do cidadão com sua participação na tomada de decisões. Porém, segundo os relatos dos longevos a Associação não exerce esses papéis e os entrevistados não a veem como instância nem representativa nem participativa.

É importante destacar que os entrevistados demonstraram uma visão ‘clientelista’ com a associação uma vez que procuram obter benefícios e se queixam da associação como um todo quando seus interesses particulares não são levados em consideração. Neste sentido, surgem dois problemas: a atuação da associação (segundo o relato dos idosos) e o que os idosos gostariam que a associação fizesse que por sua vez não se configura como democrático e participativo, conforme se preconiza que essas instâncias deveriam ser.

Em tese, as Associações funcionariam como espaço de vocalização de demandas e interesses onde os moradores poderiam reverter à trajetória de não cidadania, onde pudessem solucionar problemas como o acesso ao bom funcionamento de equipamentos e infraestrutura públicos como esgoto, poda de árvores ou buracos no asfalto, conforme alguns entrevistados denunciaram. Contudo, os particularismos com as chamadas “*panelinhas*” internas; a desconfiança quanto à efetividade e eficiência das ações da Associação diante dos fatos descritos; a “*bagunça*” denunciada pelos moradores abala os laços entre moradores e Associação, enfraquecendo, portanto um espaço de mobilização e vocalização dos moradores na luta pela efetivação de seus direitos legítimos.

5.4. Dimensão Cultural

Na *dimensão cultural*, a inclusão social pode ser aferida pelo grau em que valores diversos, normas e modos de vida diferentes do padrão são aceitos e respeitados. Em um extremo ao longo desta dimensão, a diversidade é aceita em toda a sua riqueza, e, no outro, há situações extremas de estigma e discriminação (Escorel e Alves, 2012).

Quando se trata da população idosa o processo de discriminação pode estar associado à perda de sua capacidade funcional, à dependência econômica – especialmente em zona urbana, à fragilidade afetiva, à perda de autonomia, entre outros aspectos. Essa percepção da sociedade sobre “ser idoso” pode impor obstáculos à vivência do envelhecimento saudável. Além disso, pode gerar atos de preconceito e desrespeito, como maus tratos e violência, muitas vezes praticados na própria esfera doméstica, ou ainda, discriminação no acesso e utilização de equipamentos públicos, como transporte, serviços de saúde, etc.

O idoso é estigmatizado?

O avanço da idade é comumente associado à decadência física e perda de papéis sociais. Por conta disso, ser idoso tem sido associado a perdas e dependência, o que denota uma imagem negativa acerca dessa fase da vida (Falcão e Carvalho, 2010).

Para Schneider e Irigaray (2004) a percepção negativa que é atribuída aos longevos também pode estar relacionada com a hipervalorização contemporânea da juventude, da beleza, da vitalidade, da autossuficiência. Ser idoso assumiria assim, o lado oposto dessa vivacidade tão perseguida. No entanto envelhecer não significa exclusivamente debilidade e perda de capacidade funcional e cognitiva.

As representações sociais negativas da velhice também podem estar atreladas a perda ou mudanças dos papéis sociais desempenhados ao longo da vida. A primeira perda ocorre quando o longo se aposenta. A aposentadoria segundo Beauvoir (apud Scortegagna e Oliveira, 2012, p. 5), “introduz uma radical descontinuidade; há ruptura com o passado; o homem deve adaptar-se a uma nova condição, que lhe traz certas vantagens (descanso), mas também graves desvantagens: empobrecimento, desqualificação”. Na família, o idoso também pode ver sua função social perdida ou diminuída, uma vez que filhos e netos passam a ser chefes do lar quando acreditam que o longo não consegue mais exercer essa função. Essas associações podem levar o idoso a sentir-se inútil socialmente, além de reforçar estigmas e preconceitos.

Dona Vanda e Dona Luzia disseram que nunca foram vítimas de preconceito e discriminação, assim como Seu Diego e Dona Isabel que creditam à sorte o fato de nunca

ter sofrido qualquer tipo de discriminação ou maus tratos em qualquer serviço, tanto transportes públicos como serviços de saúde.

Dona Raquel tem certeza de que nunca foi discriminada e/ou maltratada em nenhum lugar, pois segundo a mesma se sentisse esse tipo de postura, teria reagido no mesmo instante porque “*não levo desaforo pra casa*”, pelo contrário, “*reajo e respondo na hora*”. E continua: “*Se eu estiver errada, eu abaixo a cabeça, agora se eu tiver nos meus direitos eu grito, esperneio*”.

Pode-se perceber pela fala das longevas que elas não vivenciaram ou não perceberam algum ato de preconceito ou discriminação. Entretanto dois dos entrevistados – Dona Isabel e Seu Diego - enfatizaram que não passaram por nenhuma situação de maus tratos por sorte, o que faz acreditar que situações de desrespeito são corriqueiras na vida dos longevos e quem não vivencia situações desse tipo, podem ser considerados “sortudos”.

Seu Renato por sua vez, passou por situações desagradáveis. Quando questionado passado por alguma situação em que fosse maltratado ou desrespeitado, ele desabafou:

Menina, anteontem entrei no ônibus e entrou um grupo de meninos e meninas, sem educação. Aí eu fiquei ali em pé na frente, conversando com o motorista, aí eles foram se enfiando, empurrando, sem pedir licença. Quando eu passei na roleta pra descer, um deles saiu correndo pra passar na minha frente, empurrando, aí eu falei “Não faça mais isso não, rapaz! Você tem que respeitar a mim, olha bem pra minha cara! Eu tenho direito, sou idoso!”. Nossa, me deu vontade de dar um tapa nele, menina. Mas aí ele sentou num banco atrás do motorista, não falou nada não”

Em relação aos serviços de saúde, ele disse que nunca foi destrutado, contudo acredita que os idosos em geral não são respeitados:

Não muito, porque eu vejo coisas aí. Faz muito tempo que eu não vou no Abrigo Cristo Redentor, por exemplo. Tem muitos velhinhos que os filhos internam os pais lá e tchau e benção. E tem muitas coisas... Eu não disse ainda agora, que eu pedi pro rapaz “Dá licença” e ele mesmo assim passou na minha frente? E tem muitas mulheres também que não tem educação com os idosos, eu tô cansado de ver”

Para o idoso, filhos colocarem seus pais em abrigos ou instituições de longa permanência é considerado um desrespeito, Camarano (2009) define que apesar de usual e antiga, a internação em instituições asilares é pouco popular uma vez que o abrigo caracteriza o “isolamento do idoso no fim de suas vidas e, por essa razão, são [as instituições asilares] estereotipadas e marcadas por preconceitos sociais” (Camarano, 2009, p. 21).

Seu Paulo também nunca foi maltratado em serviços de saúde. Contudo acredita que os idosos sofrem no cotidiano, principalmente no que tange o acesso a transporte público, conforme ele relata:

Não, [o idoso] não é valorizado não e por conta de tudo. Começa pelo ônibus. Passou de 65 anos e você tem direito a gratuidade. Aí você tá no ponto do ônibus esperando, aí o motorista vê que é um velho e vuumm [barulho do motorista acelerando o ônibus], vai embora, é uma tristeza. Mas eu não esquento: passa um ônibus, não parou? Espero outro. Eu vou esquentar pra quê? Pra me aborrecer?

Dona Leda passou por situações desagradáveis, sofrendo preconceitos e maus tratos, conforme detalhadamente contou:

Eu já sofri sim, dentro do ônibus, mas eu não deixei barato não. Eu cheguei, eu tava com esse braço quebrado, tinha tirado o gesso, então eu tava indo visitar a médica em Marechal Rondon e eu com o braço com uma tipoia. Eu entrei no ônibus e falei: "Motorista, calma que eu tô com o braço quebrado, com a mão quebrada". Aí ele virou e falou: "Ah então porque que a senhora saiu de casa, pegasse um taxi!". Aí eu falei: "Eu tenho direito, o direito é meu e você não é dono do ônibus, você é empregado, você gostaria que fosse sua mãe se você tiver, ou sua mulher, ou sua irmã que tivesse na mesma situação que a minha? Você gostaria e você ia mandar pegar um taxi?"

A idosa também sofreu destrato nos serviços de saúde:

Ah senti. Uma vez também em Marechal Rondon mas não ficou barato não. Botaram lá uma funcionaria pra atender a gente, como uma recepcionista. Ela entrou na sala da diretora porque a médica não tinha chegado, eu tava esperando a ginecologista. Ela entrou e chamou a dona lá, não sei se é parenta dela, fechou a porta, encostou. Aí eu abri um pouco a porta e falei: "Da licença, desculpe, gostaria de saber se a doutora Luana vai vir aqui hoje?". Ela saiu de lá e falou: "Sai lá pra fora!" e bateu com a porta na minha cara, a recepção tava cheia de gente. Aí a doutora chegou, eu fui a primeira, falei com a doutora e ela falou: "Ah ela tá acostumada em fazer isso, só que ela nunca achou quem tivesse coragem de enfrentar". [Denunciei pra médica] e só sei dizer que quando um tempo depois eu voltei lá, ela não estava mais, demitiram ela. Ela tava acostumada a fazer isso com muita gente, mas ninguém teve coragem de chegar lá. Teve outra vez também, tava esquecendo. E eu tinha um ortopedista lá em Marechal Rondon. Eu tinha esquecido os óculos, eu detestava óculos. Aí ela [recepcionista] me deu o numero, aí eu olhei e não enxergava o número. Aí perguntei a ela "Por favor, a senhora pode falar o número dessa sala aqui pra mim?". Aí a moça veio e falou: "A senhora não enxerga não?". Aí eu falei: "Infelizmente eu não enxergo minha filha". E ela falou: "Como é que a senhora anda na rua sem ver?". Aí eu falei: "Infelizmente eu esqueci os óculos em cima da mesa". E ela continuou: "E como é que a senhora atravessa a rua?". E eu falei: "Agarrada no braço do seu marido se você tiver!". Ela ficou só olhando pra mim. Eu falei: E tem outra coisa, olha bem pra mim: Hoje eu tô sem óculos, na próxima vez eu tô de óculos, mas olha bem pra mim, na próxima vez que você fizer isso comigo, a coisa vai ficar ruim, eu saio de onde eu to, entro aí e te dou uma surra! Eu trato, respeito todo mundo, mas quero ser respeitada. Mas se me prejudicar eu respondo.

O Artigo 96 do Estatuto do Idoso criminaliza atos discriminatórios e de preconceitos contra a pessoa idosa, “impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade”. E no mesmo artigo, inciso 1º deixa claro que “incorre de pena quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar pessoa idosa, por qualquer motivo”. Assim sendo, as situações descritas pela longeva demonstram violações às disposições das leis e ao seu cumprimento, uma vez que a longeva foi submetida a relações sociais permeadas de violência, sendo discriminada e desrespeitada pelo fato de ser idosa.

Dona Leda ainda desabafa que os direitos dos longevos não são respeitados sendo o transporte público um bom exemplo: “*as pessoas novas tão sentadas e não são capazes de levantar e ceder o lugar pra pessoa idosa, não. E faz que tá dormindo*”. E ainda por cima, “*olha pra cara da gente e a gente fica ali, espremido, em pé*”. A idosa diz que o desrespeito não se resume aos idosos incidindo também nas grávidas, Segundo ela,

Às vezes a gente tem que falar, pedir pra pessoa: “Leva mal não, mas não quer dar o lugar pra ela porque ela está esperando neném ou tá com a criança no colo?”. (...) meu filho eu criei assim, sabe respeitar. Respeita todo mundo: novo, idoso, criança, todo mundo merece respeito. Eu gosto de ser respeitada, agora se não me respeitar eu falo. Mas os idosos agora não têm respeito não. Tem muitos idosos que também que não se dá ao respeito, porque ao invés de dar o respeito fica falando coisa que não se deve falar perto de criança, de jovem... Então a gente tem que dar o respeito. Eu gosto de ser respeitada e gosto de dar o respeito.

Dona Ângela, apesar de não ter sido destrutada em serviços de saúde, acredita que os idosos não são respeitados em nenhum lugar. Ela relaciona essa postura ao fato das mães não ensinarem seus filhos a respeitos aos mais velhos. E saudosa afirma:

Antigamente quando a mãe tava conversando, você não deixava uma criança na sala, só os adultos. Hoje em dia as crianças tão te pulando no colo, não tão te respeitando. Eu sempre falo pros meus filhos: “Vocês não eram assim, não foram criados assim, então você tem que dar educação aos seus filhos”.

Os idosos geralmente partilharam de um tempo onde o respeito ao mais velho era tido como sagrado. Segundo Silva et al. (2008, p. 129),

“numa sociedade baseada na manifestação e na afirmação da liberdade individual, o imemorial culto aos antepassados, irremediavelmente perde consistência, uma vez admitindo que cada um é livre e, antes de tudo, vive para si mesmo”.

Desta forma, a convivência coincidente entre indivíduos de diferentes gerações, acaba marcando a diferença entre as diferentes visões de mundo e valores, levando a visão de que os longevos são inflexíveis à mudança, o que reforça preconceitos e gera conflitos (Silva, et al., 2008).

Seu Vitor não titubeia em afirmar que os idosos não têm os seus direitos respeitados no Brasil. Apesar disso, ele nunca pessoalmente sofreu com maus tratos, mas atribui isso ao fato de não dar abertura para as pessoas falarem dele algo como “*aquele coroa, aquele velho tá me olhando, coitado...*”. E continua:

Sigo meu caminho, minha cabeça baixa, não olho pros lados, faço meus deveres, minhas obrigações, não tem o que fazer, estou em casa, vou almoçar, tomo banho, almoço, não vou esquentar minha cabeça, se tem algum serviço para fazer, eu vou fazer, e assim por diante. Toda a minha vida foi essa, graças a Deus. Nunca ninguém cismou com a minha cara em nada, graças a Deus.

Pôde-se perceber nos depoimentos que mesmo não tendo passado por situações de discriminação ou maus tratos, seis dos idosos demonstraram uma percepção negativa sobre

o valor e respeito que a sociedade em geral atribui aos mais velhos. Além disso, situações como as que a Dona Leda e o Seu Renato passaram, relacionadas a desacato e violência simbólica (Bourdieu, 1970) em serviços de saúde e transporte, constituíram processos de vulnerabilidade que acabaram ocasionando segregação e violência, criando e reproduzindo estigmas.

Foram criadas leis no Brasil com o objetivo de minimizar e/ ou evitar esses processos discriminatórios que os longevos relataram e que grande parte da clientela mais velha vivencia. O capítulo quatro, inciso 3º da Política Nacional do Idoso (1994) declara que “todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso”. O Estatuto do Idoso (2003) também foi desenvolvido a fim de assegurar os direitos dos idosos e criminalizar situações da violência em diferentes âmbitos que a clientela idosa tem experimentado.

Apesar disso, a exclusão do idoso narrada pelos próprios longevos foi fortalecida pelas situações discriminatórias que alguns idosos passaram. O fato de ser idoso parece legitimar, nas situações descritas, o uso da violência verbal e o desacato a essa população, determinando a ocorrência de situações que geram segregação e reproduzindo diferenças estigmatizantes. A exclusão que os longevos vivenciaram não decorre somente da associação da velhice com debilidade física, mas das representações sociais atribuídas pela sociedade a essa clientela, vistos como “descartáveis”, “fracos”, “incômodos”, entre outros (Silva et al, 2008).

5.5. Dimensão humana (mundo da vida):

No *mundo da vida* (dimensão humana), as trajetórias de desvinculação incluem fenômenos relacionados à saúde/doença e à violência. Neste âmbito, podem ser analisados os fatores relacionados à saúde do idoso e as consequências do processo de envelhecimento. Sobre tal aspecto, vale ressaltar a presença hegemônica das condições crônicas e a necessidade de cuidados orientados aos agravos que incapacitam funcionalmente o idoso, levando-o a perda da autonomia e independência. Também nesta dimensão são analisados o bem estar dos idosos entrevistados e as atividades cotidianas que influenciam sua saúde e satisfação.

Nesta dimensão podem estar enquadrados episódios de “morbidade, diferenças na esperança de vida, gravidade das patologias, incidência de morbidade/mortalidade em determinados grupos sociais e ainda as iniquidades de acesso e utilização dos serviços de saúde” (Beaklini, 2001, p.18).

O processo de envelhecimento caracteriza-se por perda gradual das capacidades funcionais, o que pode comprometer a autonomia e impedir as pessoas de satisfazer suas necessidades cotidianas. No entanto, as perdas e os efeitos negativos não acometem todos os idosos da mesma forma, uma vez que as capacidades adaptativas não são iguais e as pessoas podem responder a essas limitações de formas e com mecanismos diferentes.

a) A saúde sob o olhar dos idosos do estudo

O envelhecimento populacional e o aumento na expectativa de vida, inclusive entre as pessoas de 60 anos ou mais, têm chamado a atenção sobre as condições de vida durante esses anos adicionais e sobre a incidência futura de diversas doenças e as causas de mortalidade entre idosos.

O enfoque dado atualmente às investigações sobre como está a saúde dos indivíduos que envelhecem – e não mais na longevidade em si – tem-se mostrado importante para compreender os determinantes e as consequências da perda da capacidade funcional nos idosos. Nesse sentido, a auto percepção de saúde a partir da narrativa dos longevos do estudo permitiu conhecer os vários aspectos de sua saúde física, cognitiva e emocional.

A saúde física dos entrevistados

O movimento pela democratização da saúde que se desenvolveu no Brasil durante a segunda metade da década de setenta possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, protagonizado pelo movimento sanitário brasileiro. Uma das principais proposições desse movimento era a saúde como direito do cidadão independente deste ter contribuído ou não, ou seja, todos deveriam ter direito ao acesso a assistência pública de saúde. Essa postulação trazia junto à necessidade de um novo conceito para a saúde. Desenvolvia-se aí o conceito ‘ampliado’ de saúde, que pretendia superar as “dicotomias entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica)” que eram vigentes (Ceccim e Ferla, 2009, p. 444).

Este conceito ampliado incorpora os determinantes sociais em saúde, ou seja, as condições econômicas, ambientais ou sociais que podem afetar a saúde, podendo alterar as dinâmicas de inclusão e exclusão social.

É importante destacar que paralelamente ao processo de transição demográfica ocorre a transição epidemiológica, com mudanças nos padrões de morbimortalidade e com prevalência de enfermidades crônico-degenerativas (Pereira et al., 2009). O envelhecimento e o aumento da esperança de vida trazem consigo o incremento e a coexistência de patologias crônicas, o que acaba aumentando a necessidade de atenção mais efetiva à saúde da clientela idosa. Durante as entrevistas, a situação de saúde, a

quantidade de doenças que haviam desenvolvido e como viviam com os agravos surgidos principalmente após os 60 anos, demonstrou como a avaliação e a percepção subjetiva de bem estar está ligada a satisfação com a sua condição de saúde, a necessidade ou não de cuidados e principalmente com o grau de autonomia e independência.

Os dez idosos entrevistados neste estudo declararam que seu estado de saúde não era bom. Esta percepção pode ter sido influenciada pelo tipo de enfermidade que apresentavam e sua interferência na capacidade funcional, ou seja, em sua autonomia e independência, fenômeno que pode ser expresso pelas necessidades de cuidado adicional ou externo, bem como pelas contingências e limites impostos pela condição de portador de alguma patologia. Pôde-se observar, portanto, que o aparecimento de doenças teve impacto também no bem estar subjetivo dos entrevistados, ou seja, na percepção, avaliação e satisfação global com suas condições de saúde.

Dona Raquel afirmou que sua saúde era muito boa, mas depois de ter completado 60 anos, ela piorou: *“Era ótima, depois da idade horrorosa, que o pessoal diz que é a melhor idade e eu acho a pior, apareceu tudo que não presta: diabetes, hipertensão, vou ter que fazer um cateterismo, mas tô indo...”*.

Como a mesma mencionou, foram diagnosticados pelo médico hipertensão, diabetes e um problema no coração que ela explica: *“Tenho um problema no coração que é um tipo um vazamento que eu nem quero saber direito o que é e por isso não pergunto muito pra não saber e ficar assustada. Mas agora eu tô cuidando”*.

Devido a problemas cardíacos, principalmente arritmia, a idosa teve que ficar internada. Por conta disso, Dona Raquel *“sente tonteira, dor na cabeça quando a pressão tá muito alta, mal estar, preguiça demais, todas essas coisas”*.

Dona Isabel também atribui a piora de sua saúde depois de ter completado 60 anos. Ela conta que até uns anos atrás sua saúde era ótima:

Eu trabalhava, a firma dava plano de saúde, eu não ia ao médico, eu não sentia nada. Mas agora depois dos 60 de quando em quando, né? É problema de pressão, glicose, reumatismo que já dói assim uma coisinha... Aí começa né? Também, 65 anos sem reclamar de nada é impossível, né? Tem que ter algo!

Dona Isabel também relatou que o médico diagnosticou hipertensão e diabetes, *“e agora vira e mexe eu tô tendo que ir num oftalmologista porque a vista já... Amanhã mesmo eu tenho um oftalmologista marcado”*. Ela contou que toma remédios diariamente pra hipertensão e aumento da glicose no sangue.

Seu Diego também o envelhecimento ao aparecimento de doenças: *“Devido à idade eu tenho alguns problemas, né? Sou hipertenso, problema no coração, tenho úlcera, mas eu tô velho mesmo! (risos)”*. O idoso diz que muitos dos seus problemas de saúde têm a

ver com o fato de ter fumado e bebido muito, principalmente na “*vida de solteiro*”. Por conta do problema do coração, ele também teve que fazer um cateterismo.

O envelhecimento atinge de forma progressiva e gradual o organismo de todas as pessoas, sendo um processo universal e com efeito cumulativo. Segundo Fecchini e Trompiere (2012, p. 109), o indivíduo que chega nesse estágio da vida, fica sujeito “à concorrente influência de vários fatores determinantes para o envelhecimento, como exercícios, dieta, estilo de vida, educação e posição social”. Portanto, essa fase pode ser caracterizada por perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais próprias à velhice, o que pode acarretar patologias ou agravar doenças preexistentes (Assis, 2005). A correlação entre o aparecimento de doenças e o envelhecimento pode fazer com que essa fase da vida seja observada como sinônimo de adoecimento, fragilidade e vulnerabilidade biológica para os entrevistados.

Seu Renato também se queixou de sua saúde. O idoso responsabiliza por suas doenças as diversas dificuldades financeiras que teve a partir de 1988. O idoso relatou ter emagrecido depois dessa época: “*Na verdade eu não sinto nada, eu só emagreci, emagreci acho que uns... Eu tava pesando 83, 88, eu tô com 70 e uns quebradinhos*”.

O emagrecimento parece ter tido relação com a diabetes que o idoso desenvolveu. Ele disse que foi pego de surpresa com a doença porque não vinha sentindo nem dor nem nenhum outro sintoma. Mas com a descoberta da enfermidade e com o emagrecimento rápido, ele precisou evitar certos alimentos: “*Não posso comer o que gosto, mas mesmo assim eu como um pouquinho*”. A médica que o acompanha desde 2002 diagnosticou hipertensão além da diabetes.

Por conta de diversos problemas de saúde que teve ao longo da vida, Seu Vitor ficou com a sua saúde debilitada. O idoso, diagnosticado como hipertenso faz uso de remédio para controlar a pressão, que já esteve “*disparada*” e levou o idoso a ter um “*derrame de vista*”.

Dona Luzia tem a saúde bastante debilitada. A idosa sofreu o primeiro AVC há oito anos que deixou sequelas no lado direito da face. Depois teve mais dois acidentes vasculares. Além disso, a longeva desenvolveu o mal de Parkinson que faz com que suas mãos tremam muito, o que a incomoda bastante. A doença é neurológica, e afeta os movimentos. Isto justifica os tremores, a lentidão de movimentos, as dores intensas nas pernas “*em qualquer hora*” e “*de qualquer maneira*”; a dificuldade de caminhar ou pegar objetos devido à rigidez muscular e as dificuldades na fala e na escrita, observado nas dificuldades de assinar seu nome quando lhe foi solicitado. Além disso, ela tem problemas

na tireoide, é hipertensa e depois de desmaios sucessivos foi diagnosticado um quadro de anemia. Somam-se a todos esses problemas de refluxo e colesterol alto.

Durante a entrevista a filha da idosa afirmou que a mãe tem todo tipo de doença por culpa da própria longeva: *“Ela não se tratava, não tomava o remédio pra pressão”*. A saúde da Dona Luzia piorou depois que o seu companheiro faleceu, o que faz pensar que essa perda deixou-a ainda mais vulnerável.

As condições de vida dos sujeitos, as experiências e oportunidades que estes vivenciaram ao longo da vida bem como a percepção de cada um deles sobre este processo acabam por influenciar o envelhecimento, visto que a velhice *“é fruto da trajetória social exercida pelo indivíduo desde o nascimento”*. Desta forma, os sofrimentos emocionais, econômicos e psicológicos podem influenciar negativamente nas condições de vida quando os sujeitos chegam à terceira idade (Teixeira apud Fechini e Trompiere, 2012, p. 128).

Hipertenso, Seu Paulo diz que a saúde só não é boa *“porque faz tratamento”*. Além de problemas com a pressão, ele diz estar com o colesterol alto e toma remédios para controlá-lo: *“É pra baixar o triglicérido, do colesterol. Gordura no sangue eu tenho e sei que tá um pouco alta... Com o medicamento, a sinvastatina que eu tô tomando, a taxa tá diminuindo bem!”*.

“Minha saúde não tá boa por causa da coluna, minha filha. A coluna e isso aqui: o ombro”. Essa é a resposta da Dona Leda ao ser questionada se considerava que a sua saúde estava boa. Ela disse que esses problemas se agravaram, principalmente com o ombro, depois que seu falecido marido apoiou em seu ombro para evitar uma iminente queda. A situação se agravou quando o marido ficou doente, pois era ela quem lhe dava banho, trocava fraldas, *“aí me prejudicou mais ainda e eu não podia fazer nada porque ele tava internado, eu tinha que estar lá todo dia, todo dia”*. Depois de diversas complicações clínicas, o idoso faleceu. A idosa continua com os problemas no braço e soma-se isso diagnósticos recentes de problemas no joelho que demanda intervenção cirúrgica e de diabetes.

Dona Ângela utiliza medicamentos para controlar seu colesterol que está alto. O médico *“passou até uma dieta”*, mas ela disse que não está seguindo de forma rigorosa: *“Sei que não posso comer tal coisa, mas a gente faz aí não consigo não comer, né?”*. A longeva sofreu um atropelamento e desenvolveu um coágulo cerebral e por isso precisa tomar Gardenal, um anticonvulsivante, diariamente. Ela conta que se não tomar começa a sentir muita dor de cabeça. Perguntada se poderia operar, ela explicou: *“Se eu operar eu posso morrer ou ficar parálitica, então é melhor ficar tomando remédio o resto da vida do que ficar em cima de uma cama ou morrer”*. Mesmo tomando remédio, Dona Ângela sofre

as consequências do atropelamento, visto que também teve, poucas semanas antes da entrevista, um “*derrame da vista*”, ficando com os olhos muito vermelhos. Mas a idosa relatou esperar esse tipo de consequência, uma vez que o médico lhe disse que iria “*ter problema de vista porque a pancada foi muito forte*”.

É necessário destacar que nove entre os dez entrevistados relatam ter desenvolvido diabetes e/ou hipertensão. Segundo Camargo et al. (2008), essas são as doenças crônicas não transmissíveis que incidem com mais frequência depois dos 60 anos.

“O aumento da população idosa, da sobrevivência de portadores destas doenças, da urbanização e industrialização, da inatividade física e da obesidade contribuem para o crescimento da prevalência e incidência destas enfermidades” (Camargo et al., 2008, p. 3).

Estas alterações comprometem, em alguma medida, a qualidade de vida dos longevos, principalmente se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias (Miranzi et al., 2008).

Atualmente, cerca de 347 milhões de pessoas no mundo têm diabetes, sendo que em 2004 aproximadamente três milhões de pessoas morreram em consequência da doença e um número similar foi estimado para o ano de 2010 (WHO, 2013). Segundo estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Diabetes, no ano de 2012 havia um pouco mais de doze milhões de brasileiros portando a doença. Em relação à hipertensão tem-se que a proporção de brasileiros diagnosticados com essa enfermidade era de 23% em 2010 (Brasil, 2013).

O impacto social das complicações dessas patologias envolve a estruturação de serviços capazes de realizar acompanhamento periódico multiprofissional aos idosos, prevenindo ou retardando as suas complicações. Caso contrário, as alterações podem gerar gastos expressivos e adicionais com internações, amputação de membros inferiores e agravamento de doenças cardiovasculares, repercutindo de forma negativa na qualidade de vida dos portadores.

Além das doenças mencionadas, os entrevistados referiram-se a incidência de outros males: doenças osteoarticulares como artrite; crônicas degenerativas como o Mal de Parkinson; problemas na visão como glaucoma; acidentes vasculares cerebrais; hipercolesterolemia e úlcera. Pôde-se perceber que a auto percepção da saúde dos longevos piorava conforme o acúmulo de doenças, condicionada também a repercussão que essas tinham sobre a qualidade de vida. A auto percepção da saúde e a capacidade funcional constituíram-se, portanto, “em informações básicas, marcadoras da condição de saúde dos idosos e de maior gravidade e risco para a mortalidade” (SMS/IPP/SMS, 2006, p. 164).

O declínio na capacidade fisiológica pode ser aprofundado ou não, dependendo do resultado de exposições a fatores insalubres ao longo da vida. Seu Diego, por exemplo, fumou e bebeu por um longo período o que provavelmente potencializou o aparecimento de problemas cardíacos e de uma úlcera. Seu Vitor teve diversas enfermidades como dengue e leptospirose (*'intoxicação por urina de rato'*) e produtos tóxicos. Esses e outros episódios, somados as características biológicas do indivíduo, podem contribuir de modo decisivo no aparecimento de desgastes que podem comprometer a saúde (SMS/IPP/SMS, 2006).

Foi possível observar que apesar da perspectiva de saúde ampliada e da importância dos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais na ocorrência de problemas de saúde, os idosos do estudo apresentaram uma visão de saúde como ausência de doença. A narrativa dos longevos e a auto percepção negativa associada à incidência de doenças reforça a noção de que a vivência em saúde dos longevos só se dá quando estes se deparam com uma doença, sendo que o conceito de saúde é bem mais amplo. Neste sentido, o reconhecimento dos determinantes em saúde e da influência dos mecanismos e condições sociais dos longevos ao longo da vida pode intervir nos processos excludentes da vida dos mesmos.

b) Patologias e impacto nas atividades do cotidiano

A manutenção da autonomia e da independência é um aspecto primordial na qualidade de vida do idoso. Essa preocupação está justificada pelas consequências das doenças crônico-degenerativas e das limitações físicas e mentais próprias do processo de envelhecimento. Tais enfermidades podem levar a sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, o que pode gerar dependência e conseqüentemente necessidade de cuidados (Camarano, 2009).

A incidência das patologias não impediu nove dos dez idosos entrevistados de tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar ou levantar, sair de casa ou usar o banheiro, ou seja, de realizar as atividades funcionais da vida diária (AVD). Entretanto, quatro dos dez longevos relataram não conseguir realizar alguma(s) atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como preparar refeições, uso do telefone, subir escadas, fazer compras, fazer tarefas domésticas leves ou pesadas, e cuidar do próprio dinheiro (Corrêa, 2010).

Em geral, a incapacidade para realizar as AIVD, segundo Silva (2011), antecede o prejuízo na realização das AVD, e quanto maior o número de atividades instrumentais com realização independente prejudicada, maior a dependência nas atividades básicas. Duarte et al. (2005) afirmam que os idosos que relataram dificuldades nas AIVD necessitam do

auxílio de outras pessoas para realização de atividades como Dona Vanda que passou a responsabilidade de fazer compras para outros membros da família além de não subir escadas; Dona Raquel e Dona Leda que necessitam de auxílio para realizar as tarefas domésticas; e Dona Luzia que necessita integralmente de sua família para realização de qualquer atividade. Silva alerta que as limitações podem levar ao afastamento do idoso do convívio social e, conseqüentemente ao isolamento.

Em meio a essas dificuldades, a importância de se pensar como o cuidado e as políticas públicas têm sido ofertados à clientela idosa merece atenção. Casos exemplares como o da Dona Luzia que necessita permanentemente do auxílio da filha e netas e o da Dona Leda que morando sozinha e portadora de algumas doenças, não tem quem a ajude a realizar tarefas como pentear o cabelo ou lavar a louça evidencia a necessidade de se estabelecer políticas públicas que possibilitem alternativas de cuidados não familiares aos idosos.

Caldas enfatiza que o problema do envelhecimento não se atém à transição demográfica ou ao impacto nas aposentadorias, pois os idosos afetados por agravos que os incapacitam de viver de forma independente precisam de apoio para realizar as atividades cotidianas. Neste contexto a família tem se tornado a “única fonte de recursos disponível para o cuidado do idoso dependente” (Caldas, 2003, p. 774).

Diante deste cenário faz-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o cuidado ao idoso dependente. Um exemplo desse tipo de iniciativa é o Benefício Personalizado de Autonomia (APA), implementado no ano de 2002 na França. Criado como direito universal, este benefício tem como objetivo a assistência às pessoas com 60 anos ou mais que tenham sido acometidos por incapacidades que resultam em perda de autonomia (IPEA, 2008). O APA permite que as pessoas dependentes sejam beneficiadas com cuidados e serviços necessários para a realização das atividades da vida diária e o montante a receber varia de acordo com o grau de dependência, a renda do beneficiário e o fato de residir em casa ou em instituição (Guimarães e Sugita, 2011).

Os idosos são avaliados por uma equipe médica e social e os serviços oferecidos pelo programa variam de acordo com a classificação dos longevos quanto a sua autonomia (se estão acamadas com grave deterioração cognitiva, com problemas de mobilidade, mobilidade parcial, mas sem comprometimento cognitivo; pessoas com necessidade de ajuda para realizar algumas atividades da vida diária e que possuem algumas limitações, entre outros). A partir da análise e avaliação da equipe, é desenvolvido um plano de ajuda e as pessoas dependentes que vivem em domicílio podem beneficiar-se dos seguintes serviços:

(i) horas de atenção ou de acompanhamento diurno e noturno; (ii) gastos com a permanência temporária em residências coletivas; (iii) alimentação em domicílio; (iv) teleassistência; (v) trabalhos para adaptação da residência; (vi) lavanderia; e (vii) transporte e pequenos reparos. Com relação às ajudas técnicas, as pessoas dependentes podem ser beneficiadas com cadeiras de rodas, bengalas ou muletas, andadores, camas ortopédicas e fraldas (IPEA, 2008, p. 70).

Idosos com perda de autonomia e independência demandam o apoio de cuidadores tanto para a realização de suas atividades cotidianas quanto para a manutenção de suas condições de saúde. Diante disso, iniciativas como a desenvolvida na França demonstram um avanço na assistência e cuidado a essa população que demanda cuidados específicos e prolongados e a necessidade de pensar e conformar medidas similares no Brasil.

Idosos dependentes que recebem cuidados têm a chance de envelhecer com qualidade, mesmo que as doenças que neles incidam os impeçam de viver de forma autônoma e independente. Camarano (2009) destaca que atualmente o Brasil dispõe de poucas políticas alternativas ao cuidado familiar. Quando o idoso não pode ser auxiliado por sua família, a modalidade de cuidado mais usual e antiga tem sido a internação em instituições asilares, pouco populares uma vez que o abrigo caracteriza o “isolamento do idoso no fim de suas vidas e, por essa razão, são [as instituições asilares] estereotipados e marcados por preconceitos sociais” (Camarano, 2009, p. 21). Para Dona Leda, a ausência de um cuidador tem afetado profundamente o seu bem estar e a avaliação de sua saúde, uma vez que não consegue realizar o que precisa devido a limitações físicas, fazendo com que a idosa vivencie vulnerabilidades e fragilidades na sua vida cotidiana como dificuldade para realizar tarefas domésticas como lavar louças, de fazer compras, de caminhar, entre outras.

c) Impactos da participação e sociabilidade na saúde

A prática regular de atividades físicas ou lúdicas tem se revelado como um fator determinante no que diz respeito à manutenção da qualidade de vida e do bem estar dos idosos (Moreira e Borges, 2009). Nesse sentido, observa-se a importância de atividades que busquem promover um envelhecimento saudável no qual o indivíduo idoso estabelece relações sociais e interage com os demais participantes. Portanto, as atividades de lazer e a convivência em grupo auxiliam na manutenção do equilíbrio do idoso e na minimização/atenuação de possíveis conflitos pessoais, além de impactar positivamente na saúde (Serbim e Figueiredo, 2011).

Entre os longevos do estudo, quatro relataram participar de atividades. Mesmo diferentes entre si, elas têm em comum o objetivo de contribuir para o bem estar e a saúde dos sujeitos da pesquisa, segundo depoimento dos mesmos.

Seu Paulo participa das duas academias da 3ª idade existentes na comunidade: a Academia Carioca e a Academia na Praça. O idoso diz que começou as atividades porque elas o auxiliaram na aferição de sua pressão: *“Todo dia antes de começar os exercícios eles medem a pressão, aí já controla mais a pessoa porque a pessoa não tem o aparelho, eles controlam pra gente”*. As atividades realizadas há dois anos, interferem positivamente na vida do senhor, pois o fazem *“sentir bem, se sentir bem melhor!”*. Além das atividades físicas, as academias realizam passeios tornando-se importantes espaços de socialização.

Dona Vanda também participa há 10 anos semanalmente de atividades no Centro de Convivência do HCE. A longeva começou a participar depois que o esposo faleceu e uma vizinha a convidou, pois Dona Vanda estava muito triste depois de perder o companheiro. As atividades a ajudaram a sair da tristeza em que se encontrava *“porque a gente brinca, distrai, esquece até de quem a gente tá devendo menina (risos)!”*. E continua: *“Ah é muito bom! Eu já saí de noiva lá, o pessoal falava: ‘Chegou a noivinha, chegou a noivinha!’ Ah é uma alegria, qualquer coisa é uma alegria pra gente!”*.

Não só atividades relacionadas a grupos especificamente da 3ª idade mostraram-se benéficas para a satisfação dos longevos. Dona Raquel que frequenta semanalmente um grupo que auxilia pessoas carentes e Seu Diego que faz um curso de Teologia e frequenta assiduamente sua igreja, creditam a essas atividades a sensação de contentamento e bem estar.

Entre os entrevistados houve aqueles que indicaram ter vontade de praticar exercícios físicos ou participar de grupos como Dona Luzia e Dona Leda. Contudo, suas limitações físicas as impede, o que as entristece.

Por outro lado, outros quatro entrevistados afirmaram não realizar quaisquer atividades. Não foi observado interesse por parte deles em participar, mesmo tendo opções próximas aos seus lares, como as atividades oferecidas pela Clínica da Família. Dona Ângela, por exemplo, justificou seu desânimo ao excesso de trabalho em casa, o que no seu entender já corresponderia às atividades recomendadas pelos médicos. Nesse mesmo sentido, Dona Isabel considera como atividade física a caminhada que faz para levar o neto ao colégio e, portanto, exercitar-se mais seria desnecessário.

Estudos como os realizados por Vallim et al. (2010), Franchi et al.(2008) e Maciel (2010) sustentam o efeito positivo de um estilo de vida ativo na prevenção e minimização dos efeitos perniciosos do envelhecimento, apontando a importância da atividade física para a promoção da saúde.

Um desafio relevante para essa análise diz respeito ao envelhecer prolongando ao máximo o tempo em que estejam garantidas a independência e a autonomia aos idosos,

pois as morbidades que os acometem podem levar a limitações da capacidade de locomoção, coordenação motora, entre outros, o que pode resultar na diminuição da independência do longo vivo para realizar atividades e quando agravado, na sua morte. Para isso é necessário garantir o atendimento das necessidades desta parcela da população que tem demandas específicas de cuidado.

Os longo vivos do estudo residem em uma área que é atendida por uma Equipe de Saúde da Família que se caracteriza por desenvolver um conjunto de ações que abrange entre outras coisas, a promoção e a proteção da saúde (Brasil, 2006). Portanto, a possibilidade de contar com serviço de saúde próximo, auxiliou os longo vivos no diagnóstico de seus agravos e no tratamento e reabilitação dos mesmos, ampliando o acesso, o que caso contrário, se configuraria num aprofundamento de vulnerabilidades em saúde. Além disso, a comunidade conta com equipamentos que auxiliam na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento como as Academias da 3ª idade, que incentivando a prática da atividade física podem auxiliar melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida (SMU/IPP/SMS, 2006).

Todavia, a prevenção da dependência está relacionada também a outros fatores como a melhoria das condições socioeconômicas, ampliação do saneamento básico e, sobretudo políticas preventivas específicas, o que enfatiza a importância de fortalecer e ampliar ações em direção à promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde dos longo vivos, além de construção de políticas que visem equilibrar as responsabilidades da família e do Estado nos cuidados, ampliando a oferta e as condições de acesso aos serviços especializados demandados pelas pessoas idosas (IPEA, 2008).

Embora o aumento da expectativa de vida dos brasileiros represente uma grande conquista para os indicadores sociais do país a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida dos idosos, constituem ainda importantes desafios para a saúde pública.

6. Conclusão

A proposta desse estudo é contribuir para a compreensão do processo de envelhecimento a partir das diversas dimensões da vida dos longevos. Por ser um fenômeno complexo e multifacetado, é necessário estudar este grupo populacional e as dificuldades enfrentadas pelos que envelhecem não somente sob o prisma da saúde e das debilidades físicas, mas também a partir das outras dimensões que compõem a vida como as relações sociais; as relações de sociabilidade primária (família, vizinhança e amigos); as atividades sociais realizadas; os recursos sociais (incluindo-se aí rendimentos, moradia, saneamento básico e condições ambientais); a necessidade de suportes sociais (se precisam de outras pessoas para realizar certas atividades); o estado de saúde e o acesso a serviços de saúde; os padrões de vida; as condições de trabalho exercido; efetivação de direitos formalizados pelo Estado, entre outros.

Para analisar a história de vida de dez idosos moradores de Vila União e Ex-Combatentes, duas comunidades da região de Manguinhos que é caracterizada por seus altos índices de violência e precariedade de serviços públicos, foi utilizada a abordagem de processos de inclusão e exclusão social desenvolvida por Escorel (1999). De forma geral, este estudo visou compreender se e quais vulnerabilidades e processos excludentes são aprofundados com a chegada da terceira idade em populações pobres.

O envelhecimento é um processo dinâmico no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. A singularidade desse grupo etário relaciona-se, sobretudo, às alterações biológicas resultantes do envelhecimento que ocasionam maior vulnerabilidade devido a maior suscetibilidade às doenças, além do organismo apresentar fragilidades como perda óssea, diminuição da ingestão alimentar, perda de peso e fraqueza (Trevisol e Trevisol, 2010).

Embora o aumento da expectativa de vida tenha se configurado um ganho, o envelhecimento entrou na agenda dos propositores de políticas públicas por se tratar do crescimento de um contingente populacional que demanda cuidados específicos, visto que a idade traz vulnerabilidades físicas e mentais, mesmo sendo diferenciadas pelos vários extratos sociais, étnicos, regionais etc. Diante disso, há uma busca para assegurar que o processo de envelhecimento ocorra baseado em princípios capazes de garantir qualidade de vida a partir da garantia de direitos e recursos necessários ao bem estar dessa população.

O Brasil tem avançado na formulação de políticas, leis e portarias que tentam propiciar aos idosos melhores condições de vida como o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional do Idoso (1994). O Estado brasileiro também procurou minimizar os efeitos da perda da autonomia e da capacidade laborativa e conseqüente geração de renda

que parte dessa população enfrenta a partir do desenvolvimento de políticas de seguridade social. Tais medidas demonstraram-se essenciais, visto que o país ainda enfrenta problemas sociais como a pobreza e os altos níveis de desigualdade social. Os benefícios contributivos e não contributivos a que os longevos têm tido direito desempenharam um papel importante na redução da pobreza dessa parcela da população. Seriam efeitos não esperados da seguridade social (Camarano e Pasinato, 2007).

O território onde o estudo foi realizado caracterizou-se pela grande quantidade de idosos, pelos serviços de saúde oferecidos (UPA e Clínica da Família) e pela baixa percepção de violência por parte dos idosos, apesar das comunidades pesquisadas serem rodeadas por comunidades permeadas por vulnerabilidades sociais e insuficiências de serviços básicos como saneamento, educação e lazer. Já os entrevistados vieram em sua maioria (sete) de outros estados do Brasil, moram com filhos, cônjuges e/ou netos, gostam de residir na comunidade (oitos deles) e moram em residências próprias e com boa infraestrutura de proteção, saneamentos e eletrodomésticos básicos.

Através da narrativa dos longevos foi possível identificar que a família configura-se como um pilar de apoio essencial aos idosos entrevistados. As redes de apoio primárias são importantes para a qualidade de vida dos longevos, não somente para a melhoria de suas condições de vida, fornecendo apoio material e instrumental, mas também pelo impacto do apoio prestado no âmbito emocional. Para os idosos do estudo, as redes de apoio social, principalmente as famílias, configuram-se como um elemento-chave para sua qualidade de vida. Portanto, com o envelhecimento, as famílias e outros membros pertencentes às demais redes de sociabilidade primária (vizinhos, igreja, comunidade, amigos) aparecem como essenciais para impedir ou pelo menos minimizar experiências de solidão e isolamento social. Os suportes materiais e instrumentais (auxílio nas atividades diárias) de familiares e pessoas próximas são essenciais nessa etapa da vida, visto o impacto das debilidades físicas na autonomia e independência dos longevos que podem comprometer sua qualidade de vida.

No âmbito econômico foi possível verificar o papel fundamental desempenhado pelos benefícios contributivos da Previdência Social como as pensões e aposentadorias para a vida dos idosos do estudo. No entanto, o valor dos benefícios foi considerado pela maior parte dos idosos como insuficiente para dar conta dos gastos, principalmente no que se refere aos medicamentos uma vez que os idosos necessitam consumir maior quantidade de medicamentos, o que compromete parte da renda, principalmente daqueles que ganham pouco. Desta forma, a renda das aposentadorias e pensões apareceu como essencial para o não aprofundamento das vulnerabilidades econômicas dos entrevistados, sem as quais os

idosos entrevistados não teriam condições de subsistir, porém os gastos de saúde (remédios, exames) têm um alto impacto nos rendimentos e gerou precariedades econômicas.

Os rendimentos obtidos por meio dos benefícios previdenciários e assistenciais configuraram-se como importantes não somente para os idosos, mas para os familiares, visto que os entrevistados eram, em sua maioria, responsáveis pelo sustento do lar e de seus familiares (cônjuges, netos e filhos). O peso da renda dos idosos no orçamento familiar é expressivo, observando-se assim uma inversão da tradicional relação de dependência e uma associação entre arranjos familiares e condições de vida, em que a política previdenciária desempenha um papel importante (Camarano e Pasinato, 2004).

Na dimensão política observou-se que a difícil universalidade da cidadania no Brasil que legitima e reproduz a desigualdade de acesso e usufruto de direitos políticos, econômicos e sociais (Telles, 2001) atinge também a população idosa do estudo. Apesar dos avanços na formalização de direitos (Política Nacional do Idoso, 2004; Estatuto do Idoso; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006), a população idosa do estudo ainda encontra barreiras que dificultam o acesso a bens e recursos necessários, principalmente na saúde. A população de Vila União e Ex-Combatentes conta com a presença de duas unidades de saúde (UPA e Clínica da Família Victor Valla) que oferece aos moradores consultas, visitas domiciliares e parte dos medicamentos necessários, porém isso não evita que os longevos continuem encontrando dificuldades no acesso aos serviços de média complexidade e na realização de procedimentos terapêuticos e exames diagnósticos. No entanto, a existência desses serviços é fundamental para que essa população não sofra com precariedades agudas no acesso aos serviços, o que poderia aprofundar os agravos de sua saúde.

No eixo político também foram analisados a participação na Associação de Moradores local e o exercício do direito e dever de voto. Sobre a Associação de Moradores os longevos destacaram que essa instância local não os representa, pois ela tem falhado na sua função de interceder junto ao poder público em favor dos interesses da comunidade. No segundo aspecto, observou-se que muitos preferiram não votar, usufruindo da prerrogativa do voto facultativo por idade e entre os que votaram a escolha dos candidatos se deu fundamentalmente com base na contrapartida a ser obtida, ou seja, os longevos optaram por eleger aqueles que oferecessem recursos e equipamentos que eles próprios ou a comunidade tinha necessidade. Assim, a prática do clientelismo foi constatada, o que pode ser justificado pela ausência ou pouca ação do poder público nas comunidades

mencionadas. Os idosos, particularmente, se mostraram descrentes e desanimados com os políticos do país, o que também explica as razões da escolha dos candidatos.

A chegada da terceira idade também é acompanhada de estigmas, desrespeitos e preconceitos. A percepção de maior parte dos entrevistados é que há uma visão negativa dos idosos, vistos como dependentes e vulneráveis, tanto do ponto de vista econômico quanto no que se refere à saúde e autonomia, sem desempenhar papéis sociais ‘produtivos’, que experimenta apenas perdas, embora isso não seja verificado na prática, já que os idosos entrevistados desempenham importantes papéis de suporte econômico familiar e mantêm atividades diversas. Apenas dois entrevistados informaram ter vivenciado situações de desrespeito ou maltrato em serviços como transporte, saúde ou por pessoas mais jovens, porém mesmo os que nunca sofreram qualquer discriminação têm a percepção de que isso acontece com frequência e de que até agora eles tiveram a ‘sorte’ de não ter passado por situações desse tipo.

Na dimensão da vida foi possível constatar que a velhice é acompanhada pelo aumento da incidência de patologias o que pôde ser comprovado durante as entrevistas, visto que todos os longevos relataram ter alguma doença, principalmente hipertensão e diabetes. Dentre eles duas idosas relataram ter desenvolvido enfermidades como problemas na coluna, joelho e no coração que impactam na qualidade de vida, dificultando a realização de algumas atividades cotidianas como atividades domésticas, pegar peso, pentear o cabelo. Entretanto, somente uma longeva mostrou-se totalmente dependente, necessitando de auxílio para caminhar, sentar, tomar banho, se alimentar, ir ao banheiro, entre outras atividades. A presença dessas enfermidades, de forma geral, levou a uma percepção negativa da saúde.

Portanto, embora a expectativa de vida dos idosos de uma forma geral esteja aumentando e tem sido acompanhada por um esforço na melhoria das condições de saúde, é fato que os idosos têm sido acometidos por patologias e que nessa fase da vida as doenças crônicas não transmissíveis aparecem de forma mais frequente tendo influência negativa no cotidiano dos longevos, que passam a ter dificuldades para realização de AVDs e AIVDs. Nesse sentido a perda total ou parcial da autonomia e da independência configura-se como aspectos que denotam fragilidades no âmbito da vida.

De maneira geral os idosos entrevistados, mesmo sendo pobres e vivendo em uma comunidade permeada por vulnerabilidades sociais, não vivenciam processos excludentes nas diversas dimensões. Fragilidades sim, mas nenhum deles pode ser caracterizado como excluído. Pelo contrário, foi possível constatar nas trajetórias desses idosos o funcionamento de anteparos (familiares, econômicos e políticos) que evitam que o

processo de envelhecimento seja acompanhado de ruptura dos vínculos sociais que é o que caracteriza a exclusão.

Contudo o processo de envelhecimento dos idosos protagonistas do estudo aprofunda ou dá maior visibilidade aos processos excludentes nas dimensões da vida social. No entanto, existem mecanismos que podem evitar ou minimizar os efeitos desse processo como o fortalecimento e manutenção dos vínculos familiares e comunitários; a implementação de políticas previdenciárias e assistenciais; a consolidação das políticas direcionadas aos direitos dos idosos; a oferta de cuidados formais aos longevos que não podem contar com os cuidados de familiares; o desenvolvimento de atividades como centro de convivência e grupos ligados a terceira idade para estimular a integração social dos idosos evitando isolamento e solidão; a programação de atividades de saúde específica para essa população e a capacitação dos profissionais de saúde para que deem conta das demandas próprias desse grupo etário, principalmente os longevos pobres; o desenvolvimento de mensagens públicas sobre a importância do respeito e cuidado dos idosos e a criminalização de atos discriminatórios.

Nesse sentido, é essencial que as políticas públicas sejam efetivamente implementadas para desenvolver o seu papel de proteção social e respondam tanto às demandas dos indivíduos que buscam e procuram manter o envelhecimento ativo quanto às necessidades daqueles em situação de vulnerabilidade trazida pela idade avançada. A compreensão da temática do envelhecimento a partir da abordagem dos processos de inclusão e exclusão social buscou ampliar o debate sobre as repercussões do envelhecimento e fomentar um enfoque diferenciado no desenvolvimento de políticas públicas orientadas para esse segmento da população.

7. Referências bibliográficas

AGOSTINHO, SC.; MÁXIMO, CG. Idosos num Brasil que envelhece: uma análise multidimensional da pobreza. In: XV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. Caxambu. *Anais eletrônicos*. Caxambu - MG, 2006. Disponível em: <www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006>. Acesso em: 20/12/2012.

AGUIAR, MCA. ; AGUIAR FILHO, JD. ; OLIVEIRA, ER. ; SCHWARTZ, TD. ; SILVA, MZ. ; LIMA, RCD . Envelhecimento e responsabilidade: uma reflexão sobre as políticas de saúde brasileiras para o idoso. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 13, p. 73-79, 2011.

ALBUQUERQUE ABB, BOSI MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(5): 1103-1112, mai, 2009.

ALVES, HJ. ; ESCOREL, S. Massa marginal na América Latina: mudanças na conceituação e enfrentamento da pobreza 40 anos após uma teoria. *Physis* (UERJ. Impresso), v. 22, p. 99-115, 2012.

ANDRADE, MV; MAIA, AC. Demanda por planos de saúde no Brasil. In: Menezes, Tatiane; Piola, Sergio; Servo, Luciana; Silveira, Fernando G.. (Org.). *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporaneas*. 1ed., Brasília: IPEA, v. 2, p. 1-551, 2007.

ANSILIERO, G, COSTANZI, R. 2008. Evolução, determinantes e efeitos da proteção social entre os idosos no Brasil. *Informe da Previdência Social*, v. 20, n. 9, set. 2008. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081031-162955-926.pdf. Acesso em 18/04/2013.

AUYERO, J. Vidas e Política das Pessoas Pobres - as coisas que um etnógrafo político sabe (e não sabe) após 15 anos de trabalho de campo. *Sociologias* vol.13 no. 28 Porto Alegre Sept./Dec. 2011.

AZIZ, MM. *Medicamentos prescritos aos idosos: Acesso e fatores associados, estudo EPIFLORIPA idoso 2009/2010*. 2010. 213p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2010.

BANCO MUNDIAL. *Envelhecendo em um Brasil mais Velho*. Washington, D.C, 2011.

BARROS, TB; MAIA, ER; PAGLIUCA, LMF. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Rene*, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4): 732-41.

BASSANI, GC; MORA, JD; RIBEIRO, JP. O Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária para o Sistema Único de Saúde. Lins, 2009. Disponível em <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/CC25565101883.pdf>. Acesso em 21/04/2013.

BÓS, AMG; BÓS, AJ. DETERMINANTES NA ESCOLHA ENTRE ATENDIMENTO DE SAÚDE PRIVADA E PÚBLICA POR IDOSOS. *Rev. Saúde Pública* vol.38 no.1 São Paulo Feb. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica*, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006f.

BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994 e Decreto 1.948 de 3 de julho de 1996 que *regulamentam e dispõem sobre a Política Nacional do Idoso*. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em 16/08/2011.

BRASIL. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999 que *aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso*. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010 que *instituiu o Fundo Nacional do Idoso*. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002 que *dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do idoso*. Brasília DF, 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_702.pdf>. Acesso em 16/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002. *Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/...de.../Portaria_249.pdf> Acesso em 25/10/2011.

BRASIL. Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do idoso*. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 16/08/2011.

BRASIL. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10/04/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica*. Brasília, 2004 a.

BRASIL. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. *Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa / Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos*. – Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos. 2005.

BRASIL. Lei nº. 8.926, de 9 de agosto de 1994. *Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994.

BRASIL. Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006 que *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria_MS_399.2006. Acesso em 16/04/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. *Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso*. Diário Oficial da União 20 de outubro de 2006. Disponível em www.senado.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Manual de preenchimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 24p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

BRASIL. Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010 que *institui o Fundo Nacional do Idoso*. Brasília, DF, 2010.

BEAKLINI, MJT. *A Proteção Social na Reestruturação da Assistência em Saúde Mental: o programa de Bolsa-Auxílio do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ)*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública / Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, agosto de 2001.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.

BELTRÃO, KI; OLIVEIRA, FEB; PINHEIRO, SS; PEYNEAU, FPL; MENDONÇA, JLO; BARRETO, E. O idoso e a previdência social. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.411-426.

BELTRÃO, KI; CAMARANO, AA. *A dinâmica populacional brasileira e a previdência social: uma descrição com ênfase nos idosos*. Referência obtida via base de dados Biblio: IPEA, 2002. Disponível em: http://www.prodepa.gov.br/sespa/variedades_textos_din.htm.

BOING, AC; BERTOLDI, AD; PERES, KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* vol.45 no.5 São Paulo Oct. 2011 Epub Aug 05, 2011.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 4. Ed. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

BOURDIEU, P. "Compreender" in: BOURDIEU, P. (org.). *A Miséria do Mundo*. 2a. Ed. Trad. Matheus S. Azevedo. Petrópolis, Vozes, 1997.

_____. *O poder Simbólico*. Trad. Fernando Tomaz. 14ª ed.. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. A BIPOLARIDADE DO TRABALHO FEMININO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO. *Cadernos de Pesquisa*, n.110, p.67-104, jul. 2000.

BULLA, L.C.; KAEFER, C.O. Trabalho e aposentadoria: As repercussões sociais na vida do idoso aposentado. *Revista Textos e Contextos*, Porto Alegre, PUCRS, ano 2, n. 2, 2003.

CALDAS, CP; CARNEIRO, TF; SILVEIRA, TM. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Publica*. Vol. 22, nº 8, p. 1629-1638. 2006.

CAMARANO, AA. *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido*. IPEA, 2009

CAMARANO, AA; MELLO, JL. Introdução. In: CAMARANO, AA. *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido*. IPEA, 2009.

CAMARANO, AA; PASINATO, MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L.; KANSO, S. Do nascimento à morte: principais transições. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* Rio de Janeiro: IPEA, 2006.

CAMARGO, JM. Política social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos. São Paulo *Perspect*. [online]. 2004, vol.18, n.2, p. 68. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200008> Acesso em: 24/02/2012.

CAMPOS GWS; DOMINITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: Uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007, 23 (2): 399-407.

CARMO, RL; CUNHA, JMP; JAKOB, AAE; HOGAN, DJ. A vulnerabilidade social no contexto metropolitano: o caso de Campinas. A vulnerabilidade social no contexto metropolitano: o caso de Campinas.

In: CUNHA, J. M. P. da (Org.). *Novas metrópoles paulistas: população, vulnerabilidade e segregação*. Campinas: Nepo/Unicamp, 2005, p.143-168.

CARVALHO, MAP. (Org.); PIVETTA, F. (Org.). *O Território Integrado de Atenção à Saúde em Manguinhos: somos todos aprendizes!*. 1. Ed. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2012. v. 01. 183p.

CARVALHO, AS. Programa Viaja Mais Melhor Idade: Inclusão Social do Idoso pelo Turismo? VI Seminário da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Turismo. 2009. Disponível em: <http://eventos.univerciencia.org/index.php/seminANPTUR/2009/paper/viewFile/209/162>. Acesso em 15/04/2013.

CECCIM, RB; FERLA, AA. Educação e saúde: Ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

CENTRO INTEGRADO DE ESTUDOS E PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. Relatório CIEDS 2008. Disponível em <http://www.cieds.org.br/relatorios/relatorio2008.pdf>. Acesso em 17/04/2013.

COSTA, MFBNA; CIOSAK, SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2): 437-44.

CRAVEIRO, MCFG. Formação em Contexto: Um estudo de caso no âmbito da pedagogia da infância [Tese de doutorado]. Braga: Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, 2007.

SCOREL, S. *Vidas ao Léu: Trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

_____. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 23-28, jun. 2008.

ENGSTROM, Elyne, FONSECA, Zilma LEIMANN, Beatriz (org.) *A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz-SMSDC, 2012.

FAGNANI, E. *Previdência social e desenvolvimento econômico*. IE/UNICAMP n. 140, fev. 2008

FALCÃO, DVS; CARVALHO, IS. (2010). Idosos e saúde mental: demandas e desafios. In D. V. S. Falcão, & L. F. Araújo (Orgs.), *Idosos e saúde mental* (pp. 11-31). Campinas, SP: Papyrus.

FAQUINELLO, P; MARCON, SS. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. *Rev. esc. enferm. USP* vol.45 no. 6 São Paulo Dec. 2011.

FAVERET, P., OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 3: 139-82, 1990.

FECHINE, BRA; TROMPIERI FILHO, N. Processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*. Edição 20, volume 1, artigo nº 7, Janeiro/Março 2012.

FERNANDES, MG; SANTOS, S. Políticas Públicas e Direitos do Idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. *Revista de Ciência Política* n.34, mar/abr 2007. p. 49-60. Disponível em http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf. Acesso em 12/04/ 2013.

FERNANDES TM, Costa RGR. *Histórias de pessoas e lugares: Memórias das comunidades de Manguinhos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 24(2): 409-415, Fev, 2008.

- FLEURY, S. Pobreza, desigualdades ou exclusão? *Ciências e saúde coletiva*, vol.12, n.6, 2007.
- FÔLHA, FAS; NOVO, LS. Aposentadoria: Significações e dificuldades no período de transição a essa nova etapa da vida. XI Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul, 2011. Disponível em <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/26133/5.27.pdf?sequence=1>. Acesso em 26/04/2013.
- FRANCHI, K. M. B. et al. Capacidade funcional e atividade física de Idosos com diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. Volume 13, Número 3, 2008.
- FREIRE, LL. Favela, bairro ou comunidade? Quando uma política urbana torna-se uma política de significados. In: *Dilemas*, vol. I, 2008, p. 95-114.
- GENTIL, DL. A Falsa Crise do Sistema de Seguridade Social no Brasil: uma análise financeira do período 1990 - 2005. Disponível em http://www.corecon-rj.org.br/ced/artigo_denise_gentil_reforma_da_previdencia.pdf. Acesso em 14/04/2013.
- GIL, AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- _____. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GROISMAN, D. *Saúde mental e envelhecimento: um passo necessário para as políticas públicas*. 2011. (No prelo).
- GUILLERMARD, AM. Vieillesse et exclusion. In : PAUGAUM, S. (Org) *L'exclusion : l'état des savoir*. Paris: La Découverte, 1996. p. 193-206.
- HADDAD, E. G. M. *A ideologia da velhice*. São Paulo. Cortez, 1986.
- HERNANDIS, SP. El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. In: Hernandis, SACRAMENTO P; MARTINEZ, MS (Org.). *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación, 2005.
- IBASE. *Dimensões da cidade: favela e asfalto*. 2009. Disponível em: <http://www.ibase.br/userimages/PesquisaIBASE-RESUMO.pdf>. Acesso em 16/04/2012.
- IBGE: Censo Demográfico 2000. Brasília. 2000.
- IBGE: Censo Demográfico 2009. Brasília. 2009.
- IBGE: Censo Demográfico 2010. Brasília. 2010.
- IPEA. *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Série Estudos do Ministério da Previdência Social (mps). Brasília: IPEA e MPs, 2008.
- _____. O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso na Visão de seus Conselheiros. 2012. Disponível em http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/120409_relatorio_direitos_idoso.pdf. Acesso em 16/04/2013.

IRIGARAY, TQ; SCHNEIDER, RH. *Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade*. Estud. psicol. (Campinas) vol.25 no. 4 Campinas Oct./Dec. 2008.

JUNGES J.R. Uma leitura crítica da situação do idoso no atual contexto sociocultural. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 6, p. 123-144, 2004.
KALACHE, A et al. O Envelhecimento da População Mundial. Um desafio novo. *Revista Saúde Pública*, SP, 21, 200-10, 1987.

KAWAMOTO, EE. Saúde do idoso. In: Kawamoto, E. E. (Coord.); SANTOS, M. C. H. MATTOS, T. M. *Enfermagem comunitária*. São Paulo: EPU, 1995.

KORNIS, G. E. M.; PASINATO, M. T. M.. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: Ana Amélia Camarano. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido*. Rio de Janeiro: IPEA, p. 39-66, 2010.

KILSZTAJN, S; BOZZINI, MC; CARMO, MSN. Gasto privado com saúde por classes de renda. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.48 no.3 São Paulo July/Sept. 2002.

LEMONS, D; PALHARES, F; PINHEIRO, JP; LANDENBERGER, T. A Velhice. [sem data]. <http://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-texto.html>. Acesso em 21/04/2013.

MACIEL, MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*, Rio Claro, v.16 n.4, p.1024-1032, out./dez. 2010.

MAGALHÃES, R; COELHO, AV; NOGUEIRA, MF; BOCCA, C. *Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ*. Ciênc. saúde coletiva vol.16 no. 11 Rio de Janeiro Nov. 2011.

MARSIGLIA, RMG. Os processos de revisão do Benefício de Prestação Continuada – BPC. 2006. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/73865043/beneficio-de-pretacao>. Acesso em 15/04/2013.

MANZINI, EJ. Considerações sobre a transcrição de entrevistas.

MARSHALL. TH. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967.

MEDEIROS, M; NETO, MS; BARROS, FHG. A distribuição das transferências, público-alvo e cobertura do Benefício de Prestação Continuada. *Revista Textos & Contextos* Porto Alegre v. 8 n.2 p. 358-376. jul./dez. 2009.

MINAYO, MCS; FIGUEIREDO, AEB; SOUZA, ER.; NJAINE, K; RIBEIRO, AP; MANGAS, L. . Avaliação e monitoramento dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à violência contra a pessoa idosa e do Observatório Nacional do Idoso. 2010. (Relatório de pesquisa).

MINAYO, MCS (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1995.

MOTA, LO. Envelhecimento e inclusão social: o projeto agente experiente. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0510672_07_pretextual.pdf. Acesso em 21/04/2013.

NUNES A. O Envelhecimento Populacional e as Despesas do Sistema Único de Saúde. In: Camarano AA, organizadora. *Os novos idosos brasileiros - Muito além dos 60?*. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. P. 427-450.

OBSERVATÓRIO DE FAVELAS. O que é a favela afinal? 2009. Disponível em <http://www.observatoriodefavelas.org.br/observatoriodefavelas/includes/publicacoes/6157bf4173402e8d6f353d9bcae2db9c.pdf>. Acesso em 21/04/2013.

O Globo Online, 2012. “Não dá para aceitar uma coisa dessas”, diz Beltrame sobre invasão de delegacia. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/nao-da-para-aceitar-uma-coisa-dessas-diz-beltrame-sobre-invasao-de-delegacia-5380767>. Acesso em 18/12/2012.

OLIVEIRA, DC; GOMES, AMT; SÁ, CP. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. *Psicol. teor. prat.* v.9 n.2 São Paulo dez. 2007.

PÁDUA, AAS; COSTA, ER. POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO. *Estudos, Goiânia*, v. 34, n. 5/6, p. 305-317, maio/jun. 2007.

PAIM JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PANIZ VMV, FASSA AG, FACCHINI LA, BERTOLDI AD, PICCINI RX, TOMASI E, ET AL. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:267-80.

PEÇANHA, CPT; COSTA, RGR; FERNANDES, TM. Memória e conflitos sociais no espaço urbano - Manguinhos/ Rio de Janeiro. XIII Encontro de História Anpuh – Rio, 2007. Disponível em http://encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1214230187_ARQUIVO_TextocompletoAnpuh2008ClaudiaPecanhadaTrindade2.pdf. Acesso em 17/04/2013.

PESSOA, A. Manguinhos como pôde ser: a inacabada dinâmica urbana de um bairro carioca. Dissertação – Mestrado em Urbanismo, PROURB/ UFRJ, 2006.

POLLO, SHL; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* V.11 n.1 Rio de Janeiro 2008.

POPAY, J., SCOREL, S.; HERNANDEZ, M.; JOHNSTON, H.; RISPEL, L. *Understanding and Tackling Social Exclusion*. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network, 2008.

PONTES, AM; OLIVEIRA, DC; GOMES, AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: O que pensam os usuários? *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 jul-set; 13 (3): 500-07.

POZZER, M. A. S. Socialização política: Promoção da cidadania através das associações de moradores. In: I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, 2010, Londrina. Anais I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas. Londrina, 2010. V. 1. P. 30-40.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, (1992), Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Urbanismo.

TOBAR, F e YALOUR, MR. *Como Fazer Teses em saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

QUEIROZ DT, VALL J, SOUZA AMA, VIEIRA NFCR. Observação participante na pesquisa qualitativa: Conceitos e aplicações na área da saúde. *Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83.

REIS, E.; SCHWARTZMAN, S. *Pobreza e Exclusão Social: Aspectos Sócio Políticos*. São Paulo: Banco Mundial, 2002.

RESENDE, MC; BONES, VM; SOUZA, IS; GUIMARÃES, NK. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicol. Am. Lat.* n.5 México fev. 2006.

- RODRIGUES, NC. POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO - RETROSPECTIVA HISTÓRICA. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001.
- RODRIGUES, E. V. Estado-Providência e os processos de Exclusão Social: considerações teóricas e estatísticas em torno do caso português. In *Sociologia*, n.º 10, Porto, FLUP, 2000.
- SANTOS, WG. *Cidadania e Justiça; a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- SANTOS, R.. A Problemática da Exclusão/Inclusão Social Dos Portadores de HIV/AIDS no Brasil. *INTERFACE - Revista do Centro de Ciências Sociais Aplicadas*, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 4, jul. 2011. Disponível em: <http://ccsa.ufrn.br/ojs/index.php/interface/article/view/217/200>. Acesso em: 15/04/ 2013.
- SCORTEGAGNA, PS; OLIVEIRA, RCS. Idoso: Um novo ator social. IX ANPED SUL 2012. <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1886/73>.
- SEIMA, MD; LENARDT, MH. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 388 - 398, ago./dez. 2011.
- SERBIM, AK; FIGUEIREDO, AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Sci Med*. 2011; 21(4):166-172
- SIMIONATO MAW, MARCON SS. A construção de sentidos no cotidiano de universitários com deficiência: as dimensões da rede social e do cuidado mental. *Psicol Am Lat* [Internet]. 2006 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt . <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.pt>.
- SILVA, EL; MENEZES, EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.3. ed. *Rev. e atual*. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC, 2001.
- SCHWARZER, H; SILVA, ER. *Proteção Social.Aposentadorias, pensões e gênero no Brasil*. Brasília. IPEA, 2002.
- SCHWARZER, H; QUERINO, AC. *Benefícios sociais e pobreza: programas não contributivos da Seguridade Social brasileira*. Brasília: IPEA, 2002. (Texto p/ Discussão n. 929).
- VALIM-ROGATTO, P. C.; ROGATTO, G. P.; CANDOLO, C.; MACHADO, A. A.; BRÊTAS, A. C. P. Participação de idosos em atividades físicas, sociais, educacionais e em serviços de saúde de centro de convivência: diferenças entre sexos. *Coleção Pesquisa em Educação Física*, v. 9, n. 3, p. 169-176, 2010.
- VERAS, RP; CALDAS, CP. A promoção da saúde de uma população que envelhece. Envelhecimento humano: campo de saberes e praticas em saude coletiva. Ijuí, RS: UNIJUI, 2009, p. 57-80.
- VERAS, R. P.; CAMARGO Jr., K. Idosos e universidade: parceria para qualidade de vida. In: Veras, R. (org.) Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume-Dumará - UnATI - UERJ 1998.
- VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, Jun. 2003.
- _____. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. *Cad. Saúde Pública* [online]. Vol.4, n.4, pp. 382-397. 1988.
- _____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, 2009.

VERGARA, SC. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2000.

VIANA, ALD.; Baptista, TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L. *et al.* (orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2008.

VIANNA. MLTW. Programas não-contributivos da Seguridade Social no Brasil. 2004. Disponível em: <http://idpm.man.ac.uk> Acesso em: 20/04/ 2013.

VIEIRA, EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde em área rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

YIN, R.K. *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Anexo I

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM IDOSOS

Data da entrevista:

I- Dados do Entrevistado:

Nome completo

Endereço

Data de nascimento: / /

Idade:

Estado Civil:

Sexo: () F () M

II- Passados de Moradia

- a) Há quanto tempo o/a Sr./a mora neste bairro?
- b) Onde nasceu? Em que outros lugares o/a Sr/a morou e por que foi mudando até chegar aqui? (Como chegou até esta localidade?)
- c) O/a Sr./a gosta de morar aqui? Quais os pontos positivos e negativos de morar nesta localidade?
- d) Tem outros familiares ou parentes morando na mesma localidade? Quantos? Quais?

III- Estrutura familiar

- a) Com quem o/a Sr/a mora? Desde quando o/a Sr/a mora com eles/elas? Com quem o/a Sr/a morava antes?
- b) Quem paga as despesas da casa (aluguel, comida, luz)?
- c) O/A Sr/a contribui com as despesas familiares? De que forma? Com quanto dinheiro? De onde recebe esse dinheiro?
- d) Todos os moradores trabalham? Quais as ocupações? Há alguém desempregado? Há quanto tempo?)
- e) Há crianças morando? Quantas e de que idade? Quem toma conta delas?

IV- Trabalho/ Ocupações Anteriores

- 1- O/a Sr/a ainda trabalha? Qual é sua ocupação? Quanto é seu salário?
- 2- Antes deste trabalho (ou de aposentar nesse trabalho) o/a Sr/a teve outros empregos? Quais? Assinavam a carteira? Quantos anos de trabalho o/a Sr/a tem na carteira? Por que mudava de emprego?

V- Saúde

1- Percepção

- a) Como o/a Sr/a considera sua saúde – muito boa, boa, mais ou menos, ruim, péssima? Por quê?
- b) O/A Sr/a tem problemas de saúde? Quais? Foram diagnosticados por médico (ou em serviço de saúde) ou o/a Sr/a acha que tem esses problemas?

2- Uso de remédios

- a) O/A Sr/a usa remédios? Se sim, por que (motivo)? São remédios de uso diário (crônico)?
- b) Como o/a Sr/a consegue esses medicamentos? Em que local? Quantas vezes o/a Sr/a tem que ir ao local para conseguir os medicamentos?
- c) O/A Sr/a já deixou de tomar algum medicamento por falta de dinheiro para comprar? Quantas vezes? Aconteceu isso no último mês?

3- Demanda e Uso de serviços de saúde

- a) O/A Sr/a recebeu em sua casa a visita de algum profissional da área de saúde? Quando? Quem?
- b) O/A Sr/a recebe visitas de alguma profissional de saúde regularmente? De quanto em quanto tempo?
- c) O que o/a Sr/a faz quando se sente mal ou fica doente?
- d) E se isso acontecer de noite ou nos finais de semana?
- e) O/A Sr/a tem algum serviço de saúde que procura regularmente para acompanhamento de sua saúde? Se sim, qual? Por qual motivo? Fica perto da sua casa? Como faz para chegar até o local?
- f) O/A Sr/a ficou doente no último mês? O que aconteceu? O/A Sr/a procurou algum tipo de atendimento? Qual? Como foi o atendimento? Resolveu seu problema? Foi encaminhado/a? Foi medicado/a ? Conseguiu todos os remédios? Ainda está tomando? Precisou fazer exames? Conseguiu fazer exames?

4- Plano de Saúde

- a) O/a Sr/a tem plano de saúde? O/a Sr/a é quem paga sozinho/a ou está relacionado ao seu emprego atual ou passado? Quanto paga por mês?
- b) Alguém mais de sua família tem plano de saúde? Essa pessoa paga sozinha ou está relacionado com o emprego?

5- Violência

a) Alguma vez o/a Sr/a sofreu algum acidente ou foi vítima de violência? Se sim, conte o episódio: quando foi? Como foi? Quem praticou? Ficou ferido/a? Foi grave? Precisou procurar serviço de saúde?

6- Gastos com Saúde

a) Juntando plano de saúde (se tiver), medicamentos, consultas, exames, quanto o/a Sr/a calcula que gasta com saúde por mês?

VI- Participação Social

a) O/A Sr/a participa de algum tipo de atividade (centro de convivência, universidade da terceira idade, reuniões sociais, festas, curso, reuniões de partidos, associação de moradores etc.)? Se sim, quais? Com que frequência? Por que o/a Sr/a decidiu participar tais atividades? De que maneira esta atividade interfere (ou interferia) na sua vida?

b) Quem organiza essas atividades?

c) Se o/a Sr/a não participa, qual é o motivo?

d) A comunidade que o/a Sr/a reside conta com Associação de moradores? O/a Sr/a Participa? Se sim, como o/a Sr/a participa?

e) O que o/a Sr/a faz em suas horas de lazer? (Tem horas de lazer?) O que gostaria de fazer nessas horas?

f) O/A Sr/a votou nas últimas eleições (para presidente, deputados e senadores)? Se não, por quê? Se sim, como escolheu seu candidato? O/A Sr/a elegeu seus candidatos?

g) O/A Sr/a acha que seus direitos como cidadã/o são respeitados? Dê exemplos.

h) Alguma vez o/a Sr/a se sentiu discriminado (vítima de preconceito, maltratado por alguma característica sua)? Quantas vezes? Quando? Onde? Conte como foi ou foram o/s episódio/s. Alguma vez aconteceu em serviços de saúde ou com profissionais de saúde?

VII- Relações sociais:

a) Como é o relacionamento do/a Sr/a com seus familiares? O/a Sr/a participa das decisões da casa? O/a Sr/a participa da vida dos membros desta família? Como é isso? Sempre foi assim? Quais são as principais mudanças no relacionamento do/a Sr/a com os seus familiares hoje em dia? Em sua opinião como isso afeta a sua vida?

b) Nesta comunidade, como é o relacionamento do/a Sr/a com seus vizinhos? Sempre foi assim?

c) Fora as pessoas que vivem nesta casa, quais são as pessoas que o/a Sr/a mais se relaciona hoje em dia? De onde são? Com que frequência se encontram? Como são esses encontros?

VIII - Atividades da Vida diária

- a) O/A Sr/a tem dificuldade para realizar alguma atividade do dia a dia? (usar o telefone, fazer compras, tarefas domésticas, tomar banho, vestir-se, caminhar, etc.)?
- b) Se sim, como faz para realizar essas atividades?
- c) Alguém o/a ajuda a realizar essas atividades? Quem? Há quanto tempo? Essa pessoa está com o/a Sr/a o dia todo e todos os dias? Com que frequência ela o/a ajuda?

IX- Assistência Social

- a) O/A Sr/a recebe algum benefício? De quem (governo ou instituição privada)? Qual? De que tipo (monetário ou não)? Além desse benefício o/a Sr/a faz parte de algum outro programa do governo? Qual?
- b) Se receber auxílio financeiro (para cada um dos tipos): Desde quando recebe? Como o/a Sr/a gasta o dinheiro? O/A Sr/a acha que fez alguma diferença no seu nível de vida? Por quê?

X- Rendimentos

- a) Como gasta o seu dinheiro?
- b) O/A Sr./a considera que tem dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária? Por quê?

XI- Observações da entrevistadora

(Sobre o tipo de domicílio – todas as características; sobre a localidade em que fica o domicílio- sobre a receptividade do/a idoso/a; sobre as relações do/a idoso/a com familiares, cuidadores familiares ou profissionais, vizinhos e outros que tenha podido observar etc.)

Anexo II



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



O/a Sr/Sra está sendo convidado/a para participar da pesquisa intitulada “Políticas Públicas, Exclusão e Envelhecimento: desafios em análise” desenvolvida pela aluna Michele Souza e Souza da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ).

Este estudo tem como objetivo investigar e analisar as trajetórias de envelhecimento e dependência de idosos pobres, suas consequências na dinâmica familiar e o papel desempenhado pelas políticas públicas e programas assistenciais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista sobre os aspectos sociais, de saúde, de serviços, de capacidade funcional, e de seu bem estar ou do/a idoso/a de quem cuida.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o/a Sr/a pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Sua participação na pesquisa não lhe trará benefícios diretos, contudo as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e é assegurado o sigilo sobre sua participação. As respostas serão divulgadas de forma a não possibilitar sua identificação.

O/a Sr/a receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, da sua orientadora e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)

Nome do/a entrevistado/a:

Pesquisadora Principal: Michele Souza e Souza

Telefone: (21) 9456-7651

E-mail: michele.ifcs@gmail.com

Orientadora: Prof^a Sarah Escorel

E-mail: sescorel@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP :

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ

Telefone : (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br