



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MARIANA ROSI COELHO

**ENVELHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO: UMA DISCUSSÃO A
PARTIR DA REALIDADE DE MULHERES ACOLHIDAS EM UMA
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM
FLORIANÓPOLIS**

FLORIANÓPOLIS

2016

MARIANA ROSI COELHO

**ENVELHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO: UMA DISCUSSÃO A
PARTIR DA REALIDADE DE MULHERES ACOLHIDAS EM UMA
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá

FLORIANÓPOLIS

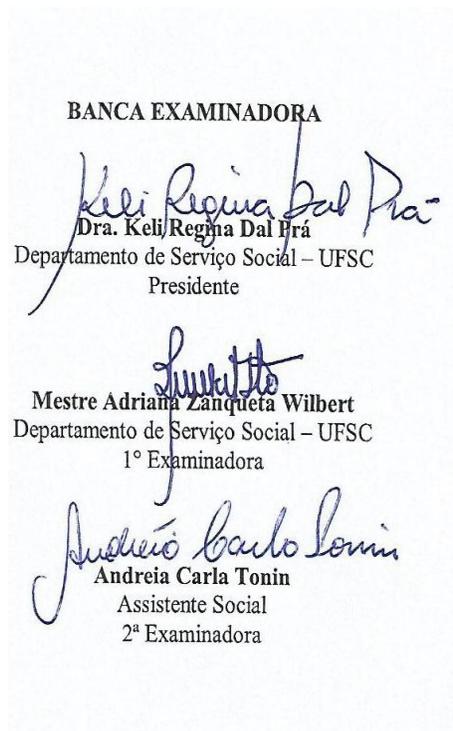
2016

MARIANA ROSI COELHO

**ENVELHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO: UMA DISCUSSÃO A
PARTIR DA REALIDADE DE MULHERES ACOLHIDAS EM UMA
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Florianópolis, 30 de novembro de 2016.



AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar forças para que eu levasse até o fim minha graduação, mesmo com tantas dificuldades, graças a ele e minha nossa senhora, consegui vencer mais essa etapa de minha vida.

Agradeço a minha mãe Rosi, a meu pai Milton, meu Irmão Arthur, ao meu noivo Mateus e a minha avó Waly, pela força que me deram e por acreditarem em mim.

Agradeço as idosas e minha supervisora da SEOVE, Andréia Carla Tonin, que com a sua experiência profissional me fez refletir diversas vezes sobre situações vividas dentro e fora da instituição. Agradeço também a Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna, pela oportunidade da realização do estágio, pela possibilidade de realizar pesquisa documental, por me proporcionar reflexões que resultaram em relatórios das atividades, que foram imprescindíveis para que pudéssemos entender o funcionamento da Instituição.

Agradeço a minha orientadora Keli Regina Dal Prá por aceitar o convite de me orientar neste processo de trabalho de conclusão de curso e participar presentemente de toda a minha trajetória de estágio.

A professora Adriana Zanqueta Wilbert e a minha supervisora Andréia por aceitarem a compor a banca de apresentação do TCC.

Agradeço aos amigos e aos demais membros da minha família que estiveram ao meu lado, sempre me incentivando com palavras otimistas.

Aprendemos que por mais difícil que possa parecer, as situações de nossa vida, sempre temos que pensar positivo, pois assim as energias ao nosso redor contribuem para que alcancemos os nossos objetivos.

*E qual seria?
se Deus tivesse um nome
como chamaria?
e se ele aparecesse
na sua janela
pra lhe pedir trocados
você negaria
e olhava pra outro lado*

*yeah, yeah
quem é Deus
yeah, yeah
Deus é bom
yeah, yeah, yeah, yeah, yeah
e se Deus for um de nós
tão comum quanto um de nós
caminhando sob o sol
no meio da multidão*

*se Deus falasse
que língua falaria
e se tivesse face
que cor ele seria
e se lhe desse a chance
de perguntar o que
você perguntaria
e se ele fosse negro?*

*yeah, yeah
quem é Deus
yeah, yeah
Deus é bom
yeah, yeah, yeah, yeah, yeah
e se Deus for um de nós
tão comum quanto um de nós
caminhando sob o sol
no meio da multidão*

(HIPER FLY)

COELHO, Mariana Rosi. **Envelhecimento e institucionalização: uma discussão a partir da realidade de mulheres acolhidas em uma instituição de longa permanência para idosos em Florianópolis**, 2016. 64p. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como tema central o envelhecimento da população idosa, a sua feminização e a institucionalização dessa população em ILPI como espaço de acolhimento. O objetivo geral é analisar as vivências das idosas, no processo de acolhimento institucional, a partir da realidade de uma ILPI localizada no município de Florianópolis. Metodologicamente realizou-se levantamento bibliográfico sobre o tema e, a partir deste referido cenário, realizou-se observação participante, por meio da experiência de estágio curricular obrigatório em Serviço Social, bem como a aplicação de entrevistas semiestruturadas com idosas. Como principais resultados observou-se que: as mulheres idosas são maioria em relação aos homens. Segundo o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), por exemplo, as menores taxas de mortalidade são registradas entre as mulheres que somam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos no país. A partir das entrevistas identificou-se que a maioria das idosas institucionalizadas chegam ao lar devido a falta de condições das famílias em assisti-las, raros são os casos que tiveram situações de conflitos ou aquelas que não possuem família; a maioria das idosas encontram-se em grau de dependência II e cerca de 81% possuem algum tipo de deficiência; através do projeto de intervenção realizado na instituição, cujo objetivo era estreitar os laços familiares, o número de famílias que visitou as idosas foi maior após o primeiro encontro de fortalecimentos de vínculos, acreditando que a cada evento realizado, o número tende a crescer.

Palavras-chave: Envelhecimento; Feminização; Serviço Social; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPQ	Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
ONU	Organização Mundial das Nações Unidas
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SEOVE	Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna
SERTE	Sociedade Espírita de Recuperação Trabalho e Educação
SESC	Serviço Social do Comércio
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Evolução da taxa de fecundidade brasileira – 1940 a 2010	24
Figura 2: Proporção de crianças e idosos na população brasileira de 1900 a 2020.....	24
Figura 3: Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade (em mil pessoas)/Brasil- 2010.....	27
Figura 4: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade–2010.....	28
Figura 5: Evolução da proporção de idosos na população brasileira por sexo-1940/2020 .	29
Figura 6: Organograma Institucional da SEOVE – 2016.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características das mulheres idosas brasileiras- 1980,1990 e 2000	31
Tabela 2: Proporção da população idosa brasileira pelo tipo de doença declarada - 2000 .	32
Tabela 3: Características das mulheres idosas brasileiras segundo a cor- 2000.....	33
Tabela 4: Quadro funcional da SEOVE- 2016.....	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Faixa etária das idosas da SEOVE – outubro de 2016.....	49
Gráfico 2: Grau de dependência das idosas – outubro de 2016.....	50
Gráfico 3: Vínculo familiar das idosas acolhidas na SEOVE – outubro de 2016.....	50
Gráfico 4: Meios de realização do convite para o evento do primeiro semestre 2016.1.....	52
Gráfico 5: Frequência dos familiares na instituição 2016.....	52
Gráfico 6: Grau de parentesco - 2016.1.....	53
Gráfico 7: Motivo dos acolhimentos das idosas – outubro de 2016.....	54
Gráfico 8: Número de idosas com deficiência – outubro de 2016.....	55

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFLEXÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO	14
2.1 ENVELHECIMENTO: ASPECTOS CONCEITUAIS	14
2.2 ENVELHECIMENTO: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	22
2.3 MULHERES IDOSAS: POR QUE ESTA POPULAÇÃO TEM AUMENTADO? ..	26
3. A SEOVE E A PERCEPÇÃO SOBRE O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO A PARTIR DA VIVÊNCIA DAS IDOSAS.....	42
3.1 A SOCIEDADE ESPÍRITA OBREIROS DA VIDA ETERNA (SEOVE)	42
3.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SEOVE	46
3.3 PERFIL DAS IDOSAS ACOLHIDAS NA SEOVE	48
3.4 PERCEPÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO SEGUNDO AS IDOSAS	55
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	64

1. INTRODUÇÃO

A motivação para o desenvolvimento do presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é oriunda da experiência no estágio curricular obrigatório de Serviço Social, realizado nos semestres 2016-1 e 2016-/2, em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), localizada na cidade de Florianópolis. Esta experiência permitiu o contato direto com a atuação do profissional de Serviço Social junto à população idosa, possibilitando uma reflexão crítica sobre o exercício profissional no espaço das ILPI's.

Nesse sentido, o trabalho tem por objetivo analisar as vivências das idosas, no processo de acolhimento institucional, a partir da realidade de uma ILPI localizada no município de Florianópolis. Apresenta a discussão sobre o envelhecimento populacional, a questão da sua feminização e as ILPI's como espaços de acolhimento institucional de idosos. Além de destacar as experiências de vida de algumas das idosas institucionalizadas.

Em relação aos procedimentos metodológicos, utilizou-se de levantamento bibliográfico sobre o tema, assim como, da experiência vivenciada no campo de estágio, onde foi possível fazer observações simples e aplicar entrevistas semiestruturadas com idosas que vivem em uma das ILPI's de Florianópolis. As entrevistas foram realizadas no mês de novembro de 2016, onde o critério avaliativo foi identificar as idosas com grau de dependência I e dessas ver qual gostaria de auxiliar no trabalho.

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em escala global principalmente em países desenvolvidos onde a qualidade de vida é maior. Esse processo se caracteriza pelo constante aumento da expectativa de vida e a queda de fecundidade. No entanto, em países menos desenvolvidos, como o Brasil, apesar dos avanços em termos de direitos e de políticas no pós Constituição Federal de 1988, o aumento do número de idosos apresenta desafios frente à precariedade na oferta de políticas públicas voltadas para este público.

Assim, o presente trabalho está estruturado e em duas seções. A primeira seção, buscando contribuir para o entendimento da realidade do envelhecimento, apresenta uma revisão bibliográfica sobre a temática do envelhecimento e a feminização dos idosos brasileiros, além de destacar a importância de uma ILPI. Esta etapa constituiu em uma série de leituras e análises de textos sobre os temas abordados. A segunda seção apresenta uma breve contextualização da instituição Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna, apresentando também o papel do serviço social na instituição, além dos relatos e experiências

vivenciadas por algumas das idosas acolhidas onde foi realizado o estágio em serviço social, de forma que foi feita uma entrevista com as participantes.

SEÇÃO I

2. REFLEXÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO

O Serviço Social por ser uma profissão que atua diretamente com as políticas sociais e com a garantia de direitos sociais, enfrenta o desafio de realizar um aprofundamento sobre o tema das políticas públicas destinadas à população idosa. Além disso, deve haver um posicionamento crítico daqueles que trabalham nos serviços, no sentido de avaliar a eficiência das políticas públicas. As políticas públicas aplicadas na prática podem contribuir para promover, através de diretrizes, uma qualidade de vida pautada no bem estar social, considerando todos os determinantes e condicionantes para garantir ao idoso acesso à alimentação, moradia, saúde, saneamento, assistência social, renda, etc. Porém, a participação do Estado brasileiro é apenas pontual e com reduzidas responsabilidades, quando comparadas às responsabilidades das famílias.

O envelhecimento tem se destacado como problema central na elaboração de políticas sociais. Desde 1982, quando essa questão foi debatida na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), realizada em Viena, tendo como participantes 124 países, incluindo o Brasil. Desse fórum foi elaborado um importante documento, o Plano de Ação para o Envelhecimento, que tem em seu conteúdo estratégias e recomendações prioritárias nos diversos aspectos que envolvem o envelhecimento (RODRIGUES, et. al., 2007).

Desta forma, a primeira seção deste trabalho tem o intuito de conceituar os temas como envelhecimento e velhice, disponibilizando dados demográficos sobre a população idosa na atualidade, bem como abordar questões relacionadas ao envelhecimento feminino e as ILPI's. Debert (1994; 1998) chama a atenção para o fato de que nas sociedades contemporâneas as pesquisas sobre aspectos do envelhecimento tendem a apresentar a velhice como um problema social. Desta forma, pretende-se analisar a questão do envelhecimento a partir dos diferentes ângulos, ou seja, a velhice como um “problema” e/ou como o “melhor” momento da vida.

2.1 ENVELHECIMENTO: ASPECTOS CONCEITUAIS

Neste trabalho procura-se evidenciar o processo de envelhecimento da população brasileira, com o objetivo de apresentar os conceitos e as diversas opiniões de autores referente ao tema.

Como aponta Camarano (2006), o envelhecimento da população é resultado de políticas assistenciais para a melhoria de condições de vida, além do próprio desejo da população de viver cada vez mais. Entretanto, se as políticas não forem contínuas, se não houver mais investimentos, o seu sucesso enquanto prolongamento da vida irá tornar-se sua própria falência.

Diante do cenário de crescente aumento da população idosa, entende-se como necessário conceituar os temas relacionados ao envelhecimento, velhice, terceira idade e idoso, com base na literatura disponível.

Segundo o dicionário Aurélio (2016, s/p), velhice significa “estado ou condição de velho, vetustez, antiguidade ou idade avançada”. O termo envelhecimento tem como significado “ato ou efeito de envelhecer”. E a expressão terceira idade é “etapa da vida de uma pessoa que se segue à idade adulta”.

Ainda conforme a pesquisa realizada no dicionário, idoso significa “que ou quem tem idade avançada”. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. Todavia, para efeito de formulação de políticas públicas, esse limite mínimo pode variar segundo as condições de cada país (AURÉLIO, 2016; OMS, 2002).

Podemos dizer que definir o que é ser idoso nos dias atuais contribui ainda para quebrar alguns preconceitos sociais sobre a condição do idoso no Brasil, além de ser uma tarefa difícil, dada as alterações nos padrões sociais e, principalmente, culturais que contribuem para que, a cada geração, novas características venham se juntar ao rol de situações que definem o que é ser idoso (MASCARO, 1997).

No Brasil, têm-se duas normativas legais que auxiliam na forma de pensar e entender o idoso, que são o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso. Em 1994 foi instituída a Política Nacional do Idoso, regulamentada pela Lei n. 8.842/1994 que tem por objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL 1994, p.06).

A Política Nacional do Idoso tem sua base em cinco princípios estabelecidos no art. 3º:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei (BRASIL, 1994, p.06).

Esses princípios estabelecem como público alvo especificamente a pessoa idosa, portanto todas as ações baseadas nesta lei devem ser em favor do idoso, de forma que busquem a garantia e a efetivação de seus direitos objetivando ao máximo sua manutenção na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível.

Após nove anos é que surge o Estatuto do Idoso, em 2003, sancionado pelo Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, garantindo maior abrangência dos direitos dos cidadãos com idade superior a 60 anos. Ele prevê em suas diretrizes a proteção à terceira idade e o direito do idoso. No capítulo I, art. 8º destaca que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos da lei e da legislação vigente. Entende-se por esse artigo, com base no Estatuto do Idoso comentado (2011), que direito personalíssimo é aquele que é inato da pessoa, na sua individualidade. São as características próprias de cada um, ao próprio segredo de sua intimidade.

A OMS reconhece que, qualquer que seja o limite mínimo de idade adotado em cada país, é importante considerar que a idade cronológica não é um marcador preciso para as alterações que acompanham o envelhecimento, podendo haver grandes variações quanto às condições de saúde, nível de participação na sociedade e nível de independência entre as pessoas idosas, em diferentes contextos (OMS, 2012).

A idade cronológica “é meramente um marcador aproximado do processo que influencia o comportamento ao longo do tempo” (HOYER; ROODIN, 2003, *apud* SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p.590).

Debert (1994, p.63), destaca que as idades cronológicas são baseadas em um sistema de datação e surgem nas sociedades modernas.

São um mecanismo básico de atribuição de status (maioridade legal), de definição de papéis ocupacionais (entrada no mercado de trabalho), de formulação de demandas sociais (direito à aposentadoria), etc. (...). A idade cronológica só tem relevância quando o quadro político-jurídico ganha precedência sobre as relações familiares e de parentesco para determinar a cidadania.

Debert (1998) afirma que a imposição de critérios e normas relacionados à idade cronológica, nas sociedades ocidentais, se deve às exigências das leis que ditam direitos e deveres dos indivíduos e não por haver uma cultura que domina a reflexão sobre esses estágios.

O envelhecimento populacional constitui uma das maiores conquistas do presente momento, no que diz respeito ao avanço tecnológico e a transição epidemiológica. Com a transição epidemiológica modifica-se o perfil de saúde da população. Em vez de processos agudos que “se resolvem rapidamente” por meio da cura ou do óbito, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT’s) passam a predominar e com elas mais incapacidades e maiores gastos com saúde (COSTA, 2003).

Conforme os indivíduos envelhecem, as DCNT’s transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

De acordo com Júnior (2005, p.17)

Nos primeiros anos de vida, as doenças transmissíveis, doenças maternas e perinatais e deficiências nutricionais são as principais causas de morte e enfermidades. No final da infância, na adolescência e no início da vida adulta, as lesões e doenças não-transmissíveis começam a assumir um papel muito maior. Na meia-idade, em torno dos 45 anos, as doenças não-transmissíveis são responsáveis pela grande maioria das mortes e enfermidades. As pesquisas demonstram cada vez mais que as origens do risco de doenças crônicas, como diabete e cardiopatia, começam na infância ou até mesmo antes.

Monteiro (2005), afirma que os idosos são os que se apresentam com as maiores taxas destas patologias. Por isso, o envelhecimento tem relação direta com a incidência das patologias crônicas não-transmissíveis e, conseqüentemente, vem sofrendo destaque, pois a pirâmide etária brasileira encontra-se em transição com aumento do número de idosos.

Veras (2009) destaca que a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. Entre estes, existe um elevado número de portadores de alguma patologia crônica não-transmissível, além daqueles que já apresentam limitações funcionais. A partir da década de 1960 o número de idosos girava em torno de três milhões, enquanto que em 2008 esse valor já correspondia a aproximadamente 20 milhões. Houve, portanto, um aumento de quase 700% dessa população (VERAS, 2009 *apud* Silva, 2010, p.94).

É importante relatar que os problemas advindos do aumento da população idosa proporcional ao número de portadores de DCNT envolvem, também, questões econômicas e sociais.

Minayo (2012) afirma que uma grande parte dos idosos faz parte da População Economicamente Ativa (PEA), ou seja, participam dos processos de produção e contribuem para a economia da nação. No entanto, devido às complicações e sequelas causadas pelas DCNT's, os idosos precisam de afastamento do mercado de trabalho.

De acordo com Brasil (2011), em 2010, na Resolução n. 265, a Assembleia Geral da ONU convocou e estabeleceu uma Reunião de Alto Nível sobre DCNT com os chefes de Estado. Entre os objetivos deste encontro, houve a inserção do tema das DCNT como fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Desde então, vêm sendo elaboradas diversas estratégias que são associadas ao cenário do sistema de saúde do país, como: (BRASIL, 2011).

- O primeiro inquérito domiciliar realizado em 2003 que investigou os comportamentos e a morbidade associada;
- A implantação do Vigitel em 2006 (inquérito por telefone que investiga a frequência dos fatores de risco e a proteção para DCNT e morbidade referida);
- A realização da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – investigava os fatores de risco, especialmente sobre o uso do tabaco;
- Política Nacional de Promoção da Saúde aprovada em 2006 que prioriza a alimentação saudável, o abandono do uso do tabaco e do álcool;
- Programa Academia da Saúde;
- Programa da política Antitabaco;
- Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno;
- Expansão da Atenção Primária;
- Programa de Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes;
- Programa de Rastreamento para câncer, entre outros (BRASIL, 2011, s/p).

De acordo com Brasil (2004), entre as estratégias que devem ser consideradas para a redução dos agravos em portadores de DCNT e para o controle do quadro clínico, há necessidade de melhorias e fortalecimento nas ações de prevenção e promoção da saúde. Além disso, é importante investir em vigilância e investigar os principais fatores de risco associados.

Portanto, para Filho e Alencar (2000, p.1) o envelhecimento é:

Um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-los à morte.

Esses conceitos fortalecem a compreensão de que o envelhecimento é um processo natural, ocorrendo com todos os seres vivos e, no ser humano, as suas repercussões vão afetar

os sistemas biopsicossociais e emocionais, trazendo consigo agravos físicos, mentais e sociais, limitações motoras, sensoriais, levando o idoso a conviver com perdas e alterações dos tipos: funcionais, de papéis sociais, da autonomia e liberdade, tornando-se susceptível à dependência de cuidados (SOUZA 2009).

Na perspectiva “biológico/comportamentalista” discutem-se aqueles estudos que se ocupam do processo de envelhecimento fisiológico. “A biologia e a genética têm uma grande influência sobre o processo de envelhecimento, deste modo, vale destacar o pensamento de alguns autores referente ao tema” (SIQUEIRA et al., 2002, p.899).

Bentov, et.al. (1993) fazem uma distinção entre o ato de envelhecer e o ato de tornar-se velho (a). Para eles, o envelhecimento compreende todas as mudanças biológicas que ocorrem com o passar do tempo, enquanto tornar-se velho (a) tem uma significância social, responsável por sentimentos pouco relacionados com o processo biológico de envelhecimento.

A idade biológica pode ser entendida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano, que pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência humana (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p.590).

Na perspectiva “economicista” analisa-se o impacto econômico do envelhecimento social, discutindo-se questões relativas à demanda por serviços de saúde e benefícios previdenciários (SIQUEIRA et al., 2002, p.899).

Nos países menos desenvolvidos, os idosos tendem a se manter economicamente ativos na velhice pela necessidade. Muitos idosos permanecem no mercado de trabalho ou retornam a ele após a aposentadoria por vários motivos, entre eles: necessidade de uma renda adicional, ocupação do tempo ocioso, gosto pelo trabalho desenvolvido. O IBGE (2007) constatou que quase 20% dos idosos aposentados no Brasil trabalham. Entre os principais motivos estão a necessidade de uma remuneração extra ou a vontade de permanecer ativo.

Os idosos economicamente ativos terão a experiência como grande aliada em uma sociedade baseada na educação e que tem a informação como matéria-prima, pois a partir da capacidade de transformar dados em informação é que se pode gerar produtividade.

De acordo com Drucker (1998 *apud* SILVA; NETO; VANZELLA, 2011) a informação é a ferramenta do trabalhador do conhecimento. Assim, a busca por informações sérias e confiáveis representará o tônus para a tomada de decisão. As empresas por sua parte deverão investir em um treinamento voltando-se para o desenvolvimento de habilidades e não

meramente para a execução de tarefas repetidas e rotineiras. Nos idosos a capacidade intelectual e o conhecimento adquirido passam a ser um capital ativo de grande valor para as organizações (DRUCKER, 1998 *apud* SILVA; NETO; VANZELLA, 2011, p 99).

Moreira, (2000) considera que, a permanência do idoso no trabalho pode ser discutida por dois ângulos: o trabalho pode ser benéfico quando propicia auto-estima, satisfação, sensação de produtividade, além da remuneração, e, por outro lado, pode ser prejudicial quando a única razão para se manter trabalhando é a necessidade de renda, sem qualquer outra motivação.

O trabalho tanto pode ser uma fonte de aumento da qualidade de vida (por proporcionar ao idoso a atividade, tanto física quanto intelectual), como pode ser agravante da qualidade de vida (porque quanto piores, mais dilapidadoras e degradantes as condições de trabalho, pior a qualidade de vida do trabalhador na terceira idade). O trabalho pode ser um elemento importante para gerar qualidade de vida, desde que esteja associado ao prazer (MOREIRA, 2000, *apud* SILVA; NETO; VANZELLA, 2011, p.100).

Na perspectiva “sociocultural”, a velhice é entendida como uma construção social e se reflete sobre as possíveis formas de representação desta (SIQUEIRA et al., 2002, p.899).

A idade social é definida pela obtenção de hábitos e status social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social. Um indivíduo pode ser mais velho ou mais jovem dependendo de como ele se comporta dentro de uma classificação esperada para sua idade em uma sociedade ou cultura particular. A medida da idade social é composta por performances individuais de papéis sociais e envolve características como tipo de vestimenta, hábitos e linguagem, bem como respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança. Ela também se relaciona com as idades cronológicas e psicológicas (SCHROOTS; BIRREN, 1990 *apud* SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p.590).

Os fatores psicológicos, que incluem a inteligência e a capacidade cognitiva (por exemplo, a capacidade de resolver problemas e de se adaptar a mudanças e perdas), são indícios fortes de envelhecimento ativo e longevidade (SMITS, 1999 *apud* SCHNEIDER, 2008).

Durante o processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas (inclusive a rapidez de aprendizagem e memória) diminuem, naturalmente, com a idade. Entretanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência (SMITS, 1999 *apud* SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p.590).

Hoyer e Roodin (2003 *apud* SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008) definem a idade psicológica como as habilidades adaptativas dos indivíduos para se adequarem às exigências do meio. As pessoas se adaptam ao meio pelo uso de várias características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, estratégias de coping¹, etc. Há adultos que possuem tais características psicológicas com graus maiores que outros e, por isso, são considerados “jovens psicologicamente”, e outros que possuem tais traços em graus menores e são considerados “velhos psicologicamente” (HOYER; ROODIN, 2003 *apud* SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p.591).

Outro conceito de idade psicológica tem relação com o senso subjetivo de idade. Este conceito depende de como cada pessoa avalia a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento com outras pessoas de sua idade (NERI, 2005).

A idade psicológica pode ser entendida então como algo que vai além da questão do tempo, da cronologia, pois assim como os autores mencionam acima, a idade se torna uma habilidade de adaptação que cada pessoa tem, e que vai se usando conforme as circunstâncias e necessidades.

A velhice é uma construção social e multicultural e conforme Santos (2016, s/p) “pesquisadores das diversas áreas de atuação profissional devem estar atentos ao fato de que os indivíduos passam por esse processo também de forma singular, independente do meio cultural em que vivem”.

Debert (2004) relaciona a velhice como forma de buscar acesso privilegiado para dar conta de mudanças culturais nas formas de pensar e agir conforme o dia a dia. A autora destaca também, que há muitos gerontólogos² que vêem a velhice como uma questão social onde o idoso é o novo ator político nas condições de agentes privilegiados na representação da velhice.

Ainda, segundo Debert (2000) nas sociedades desenvolvidas como Alemanha, pesquisadores da área gerontológica fornecem resultados interessantes no que diz respeito às percepções sobre a velhice de diferentes grupos de indivíduos jovens e idosos. “[...]”

¹O conceito de coping tem sido descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes (BANDEIRA, 1998, p. 273).

²Gerontologia é a ciência que estuda de maneira multi e interdisciplinar o processo de envelhecimento em suas dimensões biológica, psicológica e social. Busca compreender as experiências de velhice e envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo aspectos do envelhecimento normal e patológico. Investiga o potencial de desenvolvimento humano associado ao curso de vida e ao processo de envelhecimento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GERONTOLOGIA, 2016, s/p).

constataram que os idosos estudados desenvolveram uma concepção de velhice duplamente determinada pelos ganhos e pelas perdas, e referiam-se ao envelhecimento como um processo de desenvolvimento que se mantém ao longo de todo o curso de vida de uma pessoa. Já os grupos de indivíduos jovens (idades entre 20 e 36 anos), apresentaram concepções mais fatalistas, centradas, sobretudo no fato do declínio” (DEBERT, 1996 *apud* VELOZ; NASCIMENTO; CAMARGO, 1999, s/p).

Na compreensão de Beauvoir (1990, *apud* JUNIOR, 2004), a velhice é o que acontece aos seres humanos que ficam *velhos*; impossível encerrar essa pluralidade de experiências num conceito, ou mesmo numa noção. Pelo menos, pode-se confrontá-los, tentando destacar deles as constantes e dar razões às suas diferenças. Destaca-se a complexidade do conceito de velhice e deixa claro que não se trata de eliminar o conflito, mas de reconhecê-lo como elemento capaz de mexer com as organizações e manter um clima propício à mudança. Não se trata de homogeneizar, mas de integrar as diferenças. Lembra ainda que, uma vez que em nós é o outro que é velho, a revelação de nossa idade vem através dos outros, referindo que, mesmo enfraquecido, empobrecido, exilado no seu tempo, o idoso permanece, sempre, o mesmo ser humano.

Diante de tantas classificações sobre o envelhecimento, pode-se concluir que envelhecer não é só quando se trata do corpo físico do indivíduo, mas das diversas maneiras psicológica, social, cultural e econômica.

Para que tenhamos uma maior dimensão do entendimento deste aumento populacional dos idosos brasileiros, será abordado no item 2.2 os aspectos demográficos no Brasil sobre o envelhecimento.

2.2 ENVELHECIMENTO: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Com base nos dados do IBGE (2010), pode-se dizer que no Brasil o contexto do envelhecimento tem aumentado a cada ano. Entende-se que o envelhecimento ocorre não só nos países desenvolvidos, mas naqueles em desenvolvimento também. Apesar dos enormes avanços normativos e institucionais, muito ainda precisa ser feito para que a velhice seja associada não só a uma vida ativa e saudável, mas, igualmente, bem cuidada, onde todos seus direitos sejam alcançados.

Embora os países desenvolvidos tenham maior proporção de idosos, a velocidade do envelhecimento é maior para os países em desenvolvimento. A França, por exemplo, levou mais de um século para que sua população com idade igual ou superior a 65 anos aumentasse

de 7% para 14% da população total. No Brasil, como em alguns outros países de renda média, esse crescimento ocorrerá em duas décadas, segundo projeções do National Institute of Aging (IESS, 2013).

No caso brasileiro o processo de envelhecimento pode ser constatado por um aumento da participação de idosos na população, como já mencionado. De acordo com IBGE (2002) Em 2005, os idosos no Brasil reuniram 9,9% da população, equivalente a um contingente de 18,2 milhões de pessoas, representando um crescimento de 25,2 % em relação a 2000. Há previsão é de que em 2020, 14% da população seja formada por idosos.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2008, p.45)

A população de Santa Catarina em 2008, era de aproximadamente 5 milhões de habitantes. Destes, 430 mil tinham 60 anos ou mais. Isso equivale a 8,0% da população naquele ano, o que caracteriza o estado como o de menor proporção de idosos da região. A proporção média de idosos no Sul foi de 9,2%, ligeiramente inferior à média nacional, de 8,6% no mesmo ano.

Camarano (2002), descreve que atualmente uma outra categoria de idosos passou a existir, são os idosos “mais idosos”. A proporção da população “mais idosa”, ou seja, aquela de 80 anos ou mais no total da população brasileira está aumentando e em ritmo bastante acelerado. Esse tem sido o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno dada a redução da mortalidade nas idades avançadas. “De 170,7 mil pessoas em 1940, o contingente ‘mais idoso’ passou para 2,9 milhões em 2010. Representava 14,2% da população idosa em 2010 e 1,5% da população total” (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004, p.27).

O momento demográfico por que passa a população brasileira se caracteriza por baixas taxas de fecundidade, aumento da longevidade e urbanização acelerada. A interação destas transformações tem levado a um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. Por exemplo, a participação da população maior de 65 anos no total da população nacional mais do que dobrou nos últimos 50 anos; passou de 2,4% em 1940 para 5,4% em 1996. Projeções recentes mostram que este segmento poderá vir a ser responsável por quase 14% da população total no ano 2020 (CAMARANO, 1997, s/p).

Segundo dados do IBGE (2012, s/p), “a taxa de fecundidade total passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,90 filhos em 2010, uma redução de cerca de 70%. No mesmo período, a expectativa de vida ao nascer aumentou 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010” (Figura 1).

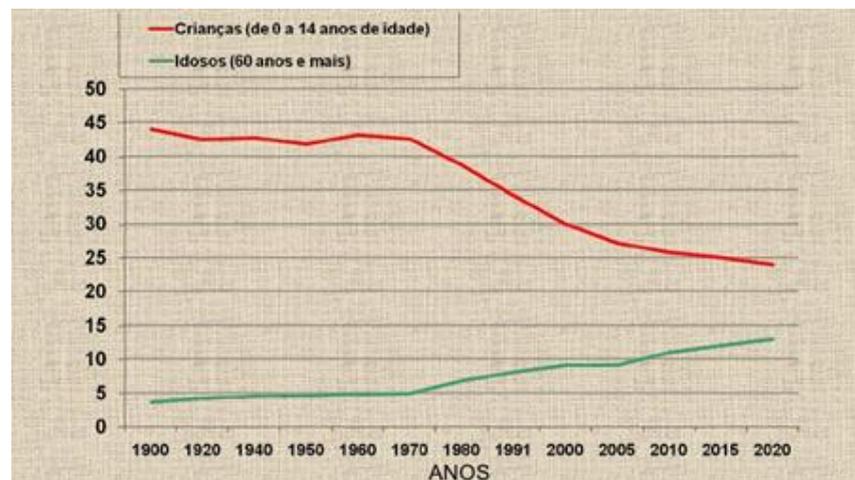
Figura 1: Evolução da taxa de fecundidade brasileira – 1940 a 2010



Fonte: IBGE (2012).

Na Figura 2 visualiza-se o envelhecimento populacional segundo os censos demográficos e as projeções de população, que se referem à proporção de crianças e idosos na população total, no período de 1900 a 2020.

Figura 2: Proporção de crianças e idosos na população brasileira de 1900 a 2020



Fonte: IBGE (2012).

De acordo com a Figura 2, é acentuado o declínio da população de crianças de 0 a 14 anos, em relação ao aumento da população de idosos, de 60 anos ou mais de idade.

Os processos de transição demográfica³ e epidemiológica⁴ determinam importantes desafios para o Brasil, principalmente para seus frágeis sistemas de saúde e previdenciário, entre eles: população envelhecendo rapidamente com aumento desproporcional das faixas etárias mais elevadas, predominância de mulheres (viúvas), diminuição do tamanho das famílias (número de filhos igual ao número de avós), de pessoas disponíveis para o cuidado de idosos, aumento dos domicílios sob responsabilidade de idosos, seguridade social inadequada (diminui número de pagantes e aumenta o de beneficiários), aumento da prevalência das doenças crônicas, aumento do número de indivíduos de alta dependência e maiores gastos com saúde (BRASIL, 2003).

A análise da inserção do idoso na família tem sido uma das contribuições importantes da demografia aos estudos sobre as condições de vida da população idosa, quando trata-se dos desafios para o Brasil. Camarano (2002, p.8) aponta que:

Os estudos de família são importantes, em parte, por ser no espaço das famílias onde se definem os padrões de atendimento a seus membros. Além disso, o montante de recursos de que a família dispõe para suprir suas necessidades não depende apenas da flutuação das oportunidades do mercado de trabalho, mas também de cada momento específico do ciclo de vida familiar que determina quais membros serão liberados para o trabalho familiar e quais serão encarregados dos cuidados com os demais membros.

O desafio do envelhecimento frente à assistência à saúde ocorre em função da estreita relação entre utilização de serviços de saúde e idade.

De acordo com Jones (2000):

O padrão etário típico do gasto e da utilização de serviços de saúde apresenta um formato em 'J', ou seja, os gastos são relativamente mais altos para os primeiros grupos etários, decrescendo entre adolescentes e adultos jovens e aumentando a taxas crescentes a partir de então (JONES 2000, *apud* IESS, 2013, p.7).

Assim, com o rápido processo de envelhecimento da população brasileira, haverá um contingente maior de idosos no futuro, como já mencionado, causando um aumento agregado nas despesas com serviços de saúde, mesmo que os gastos per capita permaneçam constantes.

³Transição demográfica é um conceito que “descreve a dinâmica do crescimento populacional, decorrente dos avanços da medicina, urbanização, desenvolvimento de novas tecnologias, taxas de natalidade e outros fatores” (BRITO, 2008, p.6).

⁴Transição epidemiológica refere-se às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SAÚDE GERIÁTRICA, 2016).

Em alguns países do Ocidente, de 40% a 50% dos gastos com saúde são direcionados aos idosos e o custo per capita daqueles que possuem mais de 65 anos é de 3 a 5 vezes maior que das outras faixas etárias (JACOBZONE; OXLEY, 2002, *apud* IESS, 2013). No Brasil, embora não haja estimativa do gasto público total por faixa etária da população, no setor de saúde suplementar, o gasto médio anual com serviços de saúde para beneficiários de autogestões com mais de 59 anos é de R\$ 5.460,25, segundo informações da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS, 2011). “Esse valor representa 7,5 vezes a despesa média verificada para a primeira faixa etária (0 a 18 anos), que é de R\$ 723,88 (proporção bem acima da média dos países do Ocidente)” (JACOBZONE; OXLEY, 2002, *apud* IESS, 2013, p.14).

Peres (2007) em seus estudos sobre a velhice chama a atenção para que se possa refletir para além dos resultados dos dados demográficos e o que estes informam tecnicamente, ou seja, pensar sobre as esferas da sociedade (econômica, social, questões voltadas à saúde e educação) e o que poderão acarretar a essa população. Sua análise remete a amplitude de questionamentos que esses dados quantitativos podem levantar e, não somente, vinculá-los a ideia de um peso que a sociedade terá que carregar.

De acordo com diversos estudos sobre envelhecimento populacional, uma área que tem recebido bastante atenção é a “feminização da velhice”. Dada a menor mortalidade feminina, as mulheres predominam entre a população idosa. Segundo o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), por exemplo, as menores taxas de mortalidade são registradas entre as mulheres que somam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos no país. E a expectativa de vida feminina, passou de 73,9 anos para 77 anos. Entre os homens, a elevação foi de 66,3 anos para 69,4 anos. Com base nessa realidade, no item 2.3 trata-se do envelhecimento feminino, porque a população de mulheres tem aumentado. Abordará questões sobre o aumento do índice de mulheres idosas em relação aos homens e as projeções para o futuro, de acordo com os dados disponibilizados na literatura.

2.3 MULHERES IDOSAS: POR QUE ESTA POPULAÇÃO TEM AUMENTADO?

Uma característica demográfica da população idosa é a “feminização da velhice⁵”, ou seja, o predomínio de mulheres na população idosa. E é com base nesse tema, que este item

⁵ Vide, por exemplo, Goldani (1999), Debert (1999) e Peixoto (1997).

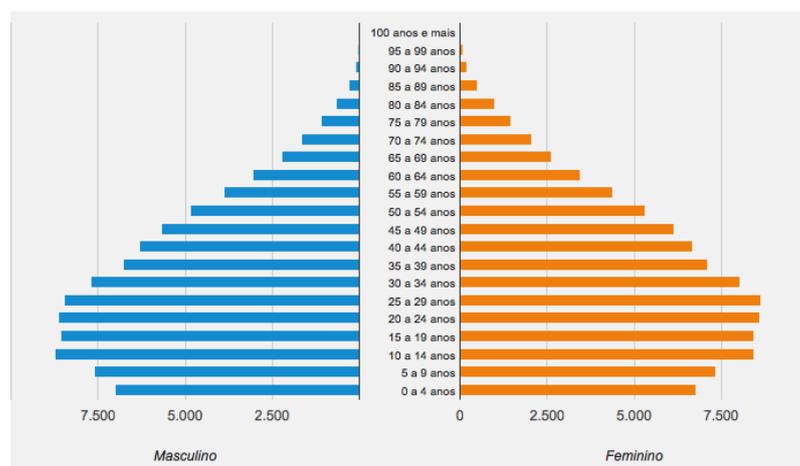
pretende mostrar a “evolução” do envelhecimento feminino, com base em conceitos demográficos.

A idade e o gênero sexual são dois dos principais fatores apontados pelos demógrafos ao estabelecerem diferenças entre membros da população. A presença de um grande número de mulheres em idade avançada é, em muitas sociedades, um fenômeno demográfico recente. A maior expectativa de vida das mulheres e a tendência destas em se casar com homens mais velhos trouxe como consequência que, nas famílias, a maioria das pessoas de idade avançada sejam do sexo feminino (CUNHA, 2015).

Em 2010, dos aproximados 21 milhões de idosos 57,1% eram do sexo feminino. A menor mortalidade da população feminina explica esse diferencial na composição por sexo e faz com que a população feminina cresça a taxas mais elevadas do que a masculina. Como consequência, quanto “mais velho” for o contingente estudado maior a proporção de mulheres. Isso leva a constatação de que “o mundo dos muito idosos é um mundo das mulheres” (CARSTENSEN; PASUPATHI, 1998 *apud* GOLDANI, 1999).

A Figura 3 ilustra o já mencionado fato de que, quanto mais idosa é a população, maior é o seu ritmo de crescimento. Isto leva a um envelhecimento do segmento idoso e à sua maior “feminização”, pois, também, quanto mais idoso é o contingente, maior é a proporção de mulheres.

Figura 3: Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade (em mil pessoas) – Brasil- 2010



Fonte: IBGE (2010).

No Brasil, a predominância feminina entre os idosos é um fenômeno tipicamente urbano. Nas áreas rurais, predominam os homens; 52,8% dos idosos. A maior participação

das mulheres no fluxo migratório rural urbano explica essa diferença (CAMARANO, 2003). Isso implica necessidades distintas de cuidados para a população idosa. Por exemplo, a literatura sugere que a predominância masculina nas áreas rurais pode resultar em isolamento e abandono das pessoas idosas (CAMARANO, 2003).

Figura 4: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade–2010

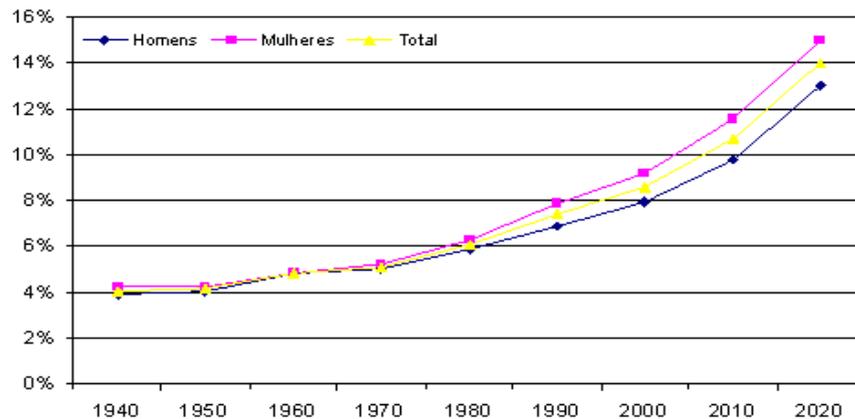


Fonte: IBGE (2010).

Observa-se na Figura 4 que conforme tem-se a população com mais de 70 anos a porcentagem de mulheres idosas vai aumentando, até chegar na idade de 90 a 94 anos, onde os homens encontram-se em 0% e as mulheres com 0,1% ainda. Outro fato, é que na taxa de natalidade o número de homens é maior do que as mulheres, pois observa-se que entre 5 e 9 anos a porcentagem fica em 3,6% para homens, enquanto para as mulheres é de 3,4%.

A Figura 5 mostra as projeções no decorrer das décadas entre 1940 até 2020, onde mais uma vez pode-se observar que o número de mulheres tem aumentado e a tendência até 2020 e crescer ainda mais

Figura 5: Evolução da proporção de idosos na população brasileira por sexo-1940/2020



Fonte: IBGE (2002).

Na Figura 5, destaca-se que em 2005, os idosos reuniam 9,9% da população brasileira, equivalente a um contingente de 18,2 milhões de pessoas, um crescimento de 25,2% em relação a 2000. Prevê-se que em 2020, 14% da população seja formada por idosos.

De acordo com Camarano (2002), mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui um forte componente de gênero. Por exemplo, mulheres idosas experimentam uma maior probabilidade de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa. A maioria das idosas brasileiras de hoje não tiveram um trabalho remunerado durante a sua vida adulta. Além disso, embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas passam por um período maior de debilitação biológica antes da morte do que eles (NOGALES, 1998 *apud* GOLDANI, 1999). Por outro lado, são elas mais do que os homens, que participam de atividades extras domésticas, de organizações e de movimentos de mulheres, fazem cursos especiais, viagens e mesmo trabalho remunerado temporário. Já homens mais velhos têm maiores dificuldades de se adaptar à saída do mercado de trabalho (GOLDANI, 1999).

De acordo com Goldani (1999, p.80), “a maior sobrevivência e longevidade femininas está comprovada para todas as sociedades modernas, desenvolvidas ou não”.

É Goldani (1999, p. 80), ainda, que propõe explicações:

[...] os homens morrem mais cedo devido a um estilo de vida associado a fatores de riscos [...], as mulheres ainda se beneficiariam dos efeitos protetores de hormônios e ciclo menstrual e das diferenças de metabolismo associados às lipoproteínas – conjugados aos efeitos da genética.

De acordo com esta citação de Goldani, pode-se observar que no caso de ILPI's, por exemplo, o número de mulheres é sempre maior o que de homens, e assim também nota-se que por mais que elas tenham um tempo de vida maior, a grande maioria convive com algum tipo de DCNT, conforme já mencionado no item 2.1. Destaca-se essa observação, a partir do estágio numa ILPI filantrópica, e se percebe esse fato por parte de diversos profissionais atuantes na instituição.

As estatísticas sobre a organização familiar por grupos de renda apontam que “a proporção de famílias chefiadas por mulheres chega a ser duas vezes e meia mais elevada nas famílias de rendas mais baixas”, ou seja, uma elevada proporção de chefes de família pobres é composta por mulheres (CAMARANO et al., 1999, p 10).

Em 1980, a esperança de vida feminina foi de 65 anos, 6,4 anos mais alta do que a masculina. Em 2000, este diferencial aumentou para 8,7 anos, dada a mais acentuada redução da mortalidade feminina. Essa predominância tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, pois se acredita que a maioria dessas mulheres atualmente, seja viúva, sem experiência de trabalho no mercado formal, menos educada etc., além de experimentar piores condições de saúde. Isto requer uma maior assistência tanto do Estado como das famílias (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Na análise das famílias com idosos, a proporção de mães idosas morando com os filhos foi mais de quatro vezes superior a de pais idosos (16,3%). Dados sócio demográficos revelam também a expressiva proporção de pessoas idosas vivendo sozinhas (15,5%), - categoria em que as mulheres também predominam: 10,5% (CAMARANO et al., 1999).

O cuidado com membros dependentes da família é determinado pelas trocas intergênero racionais e um assunto com fortes características de gênero. Em geral, são as mulheres as mais dependentes de cuidado e as tradicionais “cuidadoras”. Cuidar de netos é, em geral, visto como uma extensão do trabalho doméstico feminino.

Em 1995 cerca de 45% das mulheres idosas eram viúvas. Portanto a viuvez tem sido apontada, em geral, como sinônimo de solidão. Segundo Peixoto (1997), a morte do cônjuge pode ser uma tragédia ou uma liberação.

Debert (1999) considera que para as idosas atuais a viuvez significa autonomia e liberdade. Se considerar as várias categorias de estado conjugal e com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1995, observa-se que o rendimento médio mensal das viúvas só foi mais baixo do que o das solteiras, sendo que 10,6% das solteiras não tinham nenhum rendimento. Em 2000, aí se encontravam aproximadamente 41%

dessas mulheres. Cerca de 39% eram casadas. Por outro lado, quase 70% dos homens idosos estavam casados e apenas 13% eram viúvos (IBGE, 2000).

A Tabela 1 apresenta algumas características das mulheres idosas brasileiras em 1980, 1991 e 2000. A primeira mudança observada é o aumento da esperança de vida ao nascer e aos 60 anos. Nos vinte anos em estudo, as mulheres, em geral, passaram a viver 8,2 anos a mais e as idosas 3,6 anos. A redução da mortalidade beneficiou ambos os sexos, mas foi mais expressiva entre as mulheres, o que resulta na sua maior representatividade dentro a população idosa.

Tabela 1: Características das mulheres idosas brasileiras- 1980, 1990 e 2000

	1980	1991	2000
% Mulheres	6,4	7,8	9,3
e0	65,0	70,7	73,2
e60	17,1	17,8	20,7
% Mulheres Chefes de Família	31,6	35,9	42,6
% Mulheres residindo com filhos	22,7	19,1	14,1
% Mulheres residindo com outros parentes	6,5	3,5	4,3
% Vivem sós	11,0	12,2	13,5
% Sem rendimento	42,2	31,3	18,4
% Mulheres pobres ¹	38,1	34,2	16,8
% Mulheres indigentes ²	14,5	12,8	4,1
Participação na Atividade Econômica %	7,0	7,7	8,6
Número Médio de Horas Trabalhadas	39,2	38,1	39,2
Recebimento de Benefício Social %	39,2	63,2	76,6

Fonte: IBGE (2000).

Com base na Tabela 1, observa-se que o número de mulheres chefes de família aumentou 11% no período de 20 anos. Outro dado significativo é a porcentagem do número de mulheres residindo com filhos que diminuiu 8,6 % entre 1980 e 2000. A característica das mulheres idosas no Brasil também teve uma redução importante, no que tange as mulheres sem rendimento, em 1980 cerca de 42,2 % não tinham renda, já em 2000 esse número diminuiu para 18,40 %, uma redução de 23,8 %, num período curto de tempo.

Conforme já se mencionou, não obstante as mulheres viverem mais, elas experimentam piores condições de saúde. Os dados da PNAD Saúde de 1998 mostram que aproximadamente 85% dos homens idosos e 83% das mulheres reportaram estarem em boas condições de saúde. As mulheres apresentam uma chance maior do que os homens de experimentarem as doenças típicas da última fase da vida, tais como: artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doença do coração, depressão (Tabela 2).

Tabela 2: Proporção da população idosa brasileira pelo tipo de doença declarada - 2000

Indicadores	Branca	Preta	Parda*	Total	Branca	Preta	Parda*	Total
	Homens				Mulheres			
Boa saúde	86,2	82,5	81,9	84,5	84,7	81,6	78,5	82,6
Doença de coluna ou costas	38,8	46,8	46,7	42,0	47,2	45,5	50,4	48,1
Artrite ou reumatismo	26,0	34,5	36,1	30,0	40,8	44,3	49,0	43,6
Diabetes	8,9	7,4	6,5	8,0	12,4	15,4	10,9	12,1
Bronquite ou asma	8,0	6,8	7,7	7,8	8,3	6,4	6,9	7,7
Hipertensão (pressão alta)	36,3	43,8	35,7	36,6	48,2	59,1	50,6	49,7
Doença do coração	17,6	19,4	14,2	16,6	21,6	26,1	18,7	21,0
Doença renal crônica	6,5	7,4	7,8	7,0	6,2	7,3	7,4	6,7
Depressão	8,6	7,7	7,1	8,0	16,3	13,0	13,6	15,3
Dificuldade em se alimentar sozinho	12,2	19,6	14,1	13,3	16,1	17,0	19,0	17,1
Caminhar mais de 100 m	13,3	17,5	10,0	13,4	21,8	25,8	15,4	22,5
Caminhar mais de 1 Km	31,3	38,0	33,9	32,6	47,3	51,7	50,8	48,7

Fonte: IBGE (2000).

Na Tabela 2, discutem-se os diferentes tipos de doenças entre homens e mulheres, e se observarmos, é nítido que seja qual for a doença a proporção de mulheres com problemas de saúde é muito maior que a dos homens. Uma das doenças que mais chama a atenção para o âmbito das mulheres é a hipertensão, doenças do coração e a depressão, onde nota-se que essa diferença de sexo é muito distinta, pois, por exemplo, na depressão o número médio entre os idosos homens é de 8%, enquanto que a média das mulheres é de aproximadamente 15,3 %, uma diferença que 7,3%, quase que o dobro.

A Tabela 3 apresenta indicadores que permitem a comparação das condições de vida das mulheres idosas no que se refere a rendimentos. Perceber algum rendimento é associado a uma mais alta proporção de beneficiárias da Seguridade Social, dado que é muito baixo o percentual de mulheres que trabalham. Esta proporção não apresenta diferenciais expressivos por raça; é ligeiramente mais baixa entre as brancas. Como resultado, é entre as mulheres brancas, que se observa a mais elevada proporção de mulheres sem rendimentos.

Tabela 3: Características das mulheres idosas brasileiras segundo a cor- 2000

	Branca	Preta	Parda
% Mulheres	10,4	10,7	7,3
e0 (anos)	78,2	71,8	72,6
% Mulheres Chefes de Família	40,7	50,8	44,7
% Mulheres residindo com filhos	14,9	12,5	12,9
% Mulheres residindo com outros parentes	4,3	5,3	4,1
% Vivem sós	14,7	13,0	11,1
% Sem rendimento	19,4	15,7	17,1
% Mulheres que recebem menos de 1/2 SM	11,0	26,3	26,6
% Mulheres que recebem menos de 1/4 SM	2,4	7,2	6,8
Participação na atividade Econômica (%)	8,1	11,4	8,8
Número Médio de Horas Trabalhadas	39,6	39,0	41,7
Recebimento de Benefício Social (%)	75,7	78,6	77,9
Composição da Renda			
Trabalho Principal	11,5	12,6	10,9
Aposentadoria e/ou Pensão	73,1	82,0	82,1
Outros rendimentos	15,2	5,2	6,8

Fonte: IBGE (2000).

A Tabela 3 mostra algumas das características das mulheres idosas brasileiras, referente ao ano de 2000. O número de mulheres chefe de família é de 40,7% para as brancas, enquanto que para as mulheres negras o número chega a 50,8 %, uma diferença significativa quando se trata deste assunto. Outra característica marcante é o fato das mulheres brancas que recebem menos de ¼ de salário mínimo ser de 2,4 %, enquanto que as mulheres negras o número aumenta 4,8 % a mais, com 7,2%, não sendo muito diferente das mulheres pardas, onde a porcentagem fica parecida com as negras, num total de 6,8%. As mulheres brancas apresentam 15,2 % a mais para aquelas que possuem outros rendimentos, enquanto que as negras o número não chega a 6% (5,2%).

Com base nos dados disponibilizados neste item 2.3, pode-se concluir o já mencionado fato de que as mulheres têm um maior tempo de vida no envelhecimento do que os homens, porém, as tendências de doenças, de falta de renda, de viuvez ainda é muito nítida no sexo feminino. Percebe-se também, a diferença de características das mulheres brancas, negras e pardas, onde os números são distintos quando se trata de cor. De acordo com esse assunto, damos início ao próximo item, onde destaca-se as ILPIs e os direitos dos idosos.

2.4 AS ILPIs E OS DIREITOS DOS IDOSOS

Tendo como base o processo de envelhecimento, os dados demográficos e a feminização das idosas, cabe ao item 2.4, discutir os direitos dos idosos e a definição do que é uma ILPI.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define as ILPI's como instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (ANVISA, 2005).

As ILPI's são residências de caráter coletivo, que atendem tanto idosos independentes quanto dependentes de cuidados prolongados. Antigamente eram conhecidas como asilos, locais aonde os idosos vulneráveis socialmente eram abrigados, esses idosos muitas vezes eram vítimas do abandono ou negligência familiar.

Camarano e Kanso (2010, p.233) abordam o contexto histórico dessas instituições no Brasil:

As ILPI's no Brasil têm sua origem ligada aos asilos inicialmente dirigidos à população carente que necessitava de abrigo, frutos da caridade cristã diante da ausência de políticas públicas, isso justifica que a carência financeira e a falta de moradia estejam entre os motivos mais importantes para a busca, bem como o fato de a maioria das instituições brasileiras serem filantrópica, o preconceito existente com relação a essa modalidade de atendimento e o fato de as políticas voltadas para essa demanda estarem localizadas na assistência.

Segundo Alcântara (2004), as instituições existentes no século XX atendiam a velhice abandonada e se caracterizavam por atender uma população pobre e sem vínculos familiares. O rótulo velhice institucionalizada encobria, então, várias categorias, moribundos, indigentes, pobres, inválidos, solitários, doentes, alcoólatras e outros desvalidos.

Os idosos institucionalizados têm o direito de ter sua individualidade, algo difícil em algumas ILPI's, pois dividem objetos e até roupas com outros idosos institucionalizados. Eles, como cidadãos têm o direito ao controle sobre sua vida, a privacidade, o que é dificultado sendo que os acolhidos dividem o quarto com outros idosos. O convívio nas instituições muitas vezes apresenta conflitos entre funcionários e acolhidos, por ter experiência de vida os idosos, muitas vezes, se recusam a seguir certas normas da instituição e não acatam o que enfermeiros, cuidadores dizem a eles, e muitas vezes demandas são encaminhadas para o serviço social da instituição, para que o assistente social possa intervir.

Conforme o Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996, compreende-se como modalidade asilar o atendimento que ocorra “em regime de internato, ao idoso sem vínculo

familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social” (BRASIL, 1996, s/p).

As normas de funcionamentos das ILPI's, determinadas pela ANVISA, devem ser cumpridas. As instituições devem oferecer um ambiente adequado para o convívio dos idosos e assim sanar suas necessidades, fazendo com que o idoso se sinta bem e protegido pela instituição e assim se adaptar as normas institucionais.

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA/RDC nº 283, de 23 de setembro de 2005, apoia o regulamento técnico e estabelece as normas de funcionamento para as ILPI's no Brasil. Define as normas de funcionamento, a organização da estrutura física e sanitária, bem como os recursos humanos mínimos para seu funcionamento, segundo o grau de dependência do idoso atendido pela instituição (GOMES, 2013).

Essa resolução traz definições como:

1. Cuidador de idosos- pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades diárias;
2. Dependência do idoso- condições do individuo que requiere o auxilio de pessoas ou de equipamentos especiais para a realização de atividades da vida diária;
3. Equipamento de auto-ajuda-qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outras com função assemelhada (ANVISA, 2005, s/p).

A Resolução também define o grau de dependência do idoso.

- a) Grau I de dependência - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
- b) Grau II de dependência - idosos com dependência em até três atividades de auto cuidados para vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alterações cognitivas controladas;
- c) Grau III de dependência - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de auto cuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo (ANVISA, 2005, s/p).

No que diz respeito á organização de uma ILPI presente resolução vai determinar, que a instituição deverá possuir o alvará sanitário atualizado, expedido pelo órgão sanitário competente, ter seus programas inscritos no conselho do idoso, estar legalmente constituídos e apresentar sempre que for solicitado nas inspeções:

- Estatuto registrado; registro de entidade social; regime interno;
- Um responsável técnico com formação superior (registro) pelo serviço que responderá pela instituição junto as autoridade sanitária local;

- Contrato formal de prestação de serviços com o idoso, responsável legal ou curador; em caso de interdição judicial, especializando o tipo de serviço prestado em como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário em conformidade com o inciso I do artigo 50 da Lei nº 10.741 de 2003;
- Os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social de permanência para idosos, mantendo-os organizados, e atualizados e de fácil acesso;
- Contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada responsável pelos serviços de alimentação, limpeza e lavanderia quando existente;
- Recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades: coordenação técnica, cuidados aos residentes, atividades de lazer, serviços de limpeza, serviço de alimentação, serviço de lavanderia; a instituição que possui profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, deve exigir registro desse profissional no seu respectivo conselho de classe (ANVISA, 2005, s/p).

Segundo Gomes (2013), a normatização e a regulamentação das ILPI's representam um avanço na proteção ao idoso que se encontra institucionalizado, de acordo com a realidade vivenciada, pois além de cumprir normas de funcionamento as instituições devem proporcionar ao idoso, uma vida com dignidade e respeito. As instituições devem seguir normas e regulamentos que venham atender as demandas dos idosos, seja através de uma boa alimentação, cuidados com a saúde, higiene, repouso, lazer, assistência e para desenvolver outras atividades dentro da instituição, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

As ILPI's são consideradas um sistema organizacional que promove a assistência e que atende as necessidades mais amplas possíveis, desde os cuidados básicos da equipe multidisciplinar, que estão sempre atuantes no planejamento e execução de cuidados, que levem ao bem estar e satisfação do idoso. O objetivo das ILPI's não é substituir as famílias, mas garantir e proporcionar uma qualidade de vida digna aos idosos (TOSTA, 2008).

As ILPI's, para muitos são mais que um abrigo, é a garantia de moradia e cuidados. Estas instituições não são clínicas, mas promovem o cuidado com a saúde dos acolhidos, além de proporcionar todos os direitos previstos no Estatuto do Idoso, como o lazer e a cultura, desta forma as instituições deixam de ser apenas uma área exclusiva da saúde passando a ter seu foco principal na Política de Assistência Social.

Desta forma, Política de Assistência Social marca sua especificidade no campo das políticas sociais, pois configura responsabilidades de Estado próprias a serem asseguradas aos cidadãos brasileiros, como no caso dos idosos institucionalizados.

No que diz respeito especificamente ao idoso, a Política de Assistência Social, constitui área estratégica de expressiva cobertura em todas as unidades federadas, que engloba:

No âmbito federal: transferência continuada de renda a idosos impossibilitados de prover a sua própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; e proteção social básica e especial à pessoa idosa. No âmbito estadual, municipal e no Distrito Federal: ações desenvolvidas pelos governos que, em parceria com o governo federal ou instituições privadas, podem contemplar celebração de convênios para prestação de serviços especiais; distribuição de benefícios eventuais; criação e regulamentação de atendimentos asilares; realização de programas educativos e culturais; isenções fiscais de entidades particulares, dentre outros (PEREIRA 2002, p.3).

A Resolução n. 109 e 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) tipifica os serviços socioassistenciais disponíveis no Brasil organizando-os por nível de complexidade do SUAS, que são:

- Proteção Social básica: estão os serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; e de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas;
- Proteção Social especial de média complexidade: a Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social, Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de rua;
- Proteção Social especial de alta complexidade: estão os serviços de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades abrigo institucional, Casalar, Casa de Passagem e Residência Inclusiva; de Acolhimento em República; de Acolhimento em Família Acolhedora; e de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências (BRASIL, 2009, p.06).

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais tem por objetivo promover a padronização, dos serviços em todo o país, sinalizando os compromissos que cada gestor deve cumprir, para que os serviços prestados pelo SUAS, possam garantir seguranças sociais a seus usuários, conforme as suas necessidades e a situações de vulnerabilidade e risco em que se encontram. Sinaliza também a articulação em rede, indicando a conexão de cada serviço com outros serviços, programas, projetos e organizações dos poderes executivos e judiciários e organizações governamentais e não governamentais. Projeta expectativas que vão além das aquisições dos sujeitos que utilizam os serviços e avançam na direção de mudanças positivas em relação á indicadores de vulnerabilidades e de riscos sociais (BRASIL, 2005).

A tipificação veio para normatizar os serviços socioassistenciais para que possam se articular em rede, um serviço em contato com outro serviço, trocando informações sobre os usuários que deles fazem uso. Como já foi mencionado o atendimento socioassistencial se dá através dos serviços citados na tipificação. Serviços como o de Proteção e Atendimento Integral á Família (PAIF), que se dá através do trabalho com famílias, com a finalidade de

fortalecer a função protetiva das famílias, e prevenir a ruptura dos seus vínculos por meio de ações de caráter protetivo, preventivo e proativo, respeitando a heterogeneidade dos arranjos familiares, respeitando suas crenças, valores e sua identidade, fortalecendo a cultura do diálogo no combate as formas de violência, preconceito, discriminação e estigmatização nas relações familiares (BRASIL, 2005).

O Serviço de Proteção Social Especializado para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, é o atendimento especializado ofertado a pessoas com deficiência e idosos com grau de dependência, que tiveram limitações agravadas por violações de direitos, tais como exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas no seio da família, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, desvalorização da potencialidade da pessoa, dentre outras que agravam a dependência e comprometer o desenvolvimento da autonomia (MDS, 2014).

Esse serviço tem por finalidade promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes. Deve contar com equipe específica e habilitada para a prestação de serviços especializados a pessoa em situação de dependência que requeiram cuidados permanentes ou temporários. A intervenção será sempre voltada a diminuir a exclusão social tanto do dependente quanto do cuidador, a sobrecarga decorrente da situação de dependência de prestação de cuidados prolongados, violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificar o grau de dependência da pessoa com deficiência ou pessoa idosa (BRASIL, 2009).

Nos Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade a tipificação (2014, p.44) normatiza os seguintes serviços:

Serviço de Acolhimento Institucional é destinado a famílias ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. O atendimento deve ser personalizado e em pequenos grupos favorecendo o convívio familiar e comunitário, as regras de gestão e de convivência deverão ser construídas de forma participativa e coletiva a fim de assegurar a autonomia dos usuários, conforme perfis.

As ILPI's devem ser inseridas na comunidade e devem ter características residenciais, ambiente acolhedor com estrutura física adequada, que desenvolvam relações mais próximas do ambiente familiar. As edificações devem ser organizadas de forma a atender aos requisitos previstos nos regulamentos existentes e às necessidades dos usuários, oferecendo condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade (ANVISA, 2014).

As ILPI's só poderão acolher idosos com 60 anos ou mais de ambos os sexos, independentes ou com diversos graus de dependência. A institucionalização é prevista para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e abandono com vínculos familiares fragilizados ou rompidos (ANVISA, 2014).

Os idosos com vínculos de parentesco ou afinidade, casais, irmãos, amigos, etc., devem ser atendidos na mesma unidade. Aos idosos casados deve ser ofertado o compartilhamento do mesmo quarto. Idosos com deficiência devem ser incluídos nesse serviço, de modo a prevenir práticas segregacionistas e o isolamento desse segmento (ANVISA, 2014).

A tipificação dos serviços buscou aprimorar os serviços assistenciais e assim normatizar, reconfigurando novas ações e definindo objetivos e metodologia dos serviços para que pudesse oferecer serviços de qualidade, que funcione em rede um interligado ao outro, para que o usuário tenha maior acesso aos seus direitos.

Sabe-se que as leis e a Constituição Federal de 1988 não mudaram as causalidades das expressões da questão social, porém, estas ampliaram os direitos no processo de desenvolvimento da cidadania. Desde a Constituição Federal de 1988 até a atual conjuntura, vemos os idosos em foco, conferências de âmbito nacional, estadual e municipal, trazem para a agenda do Estado os problemas enfrentados até hoje por esse segmento, exigindo assim melhorias nas políticas de proteção social ao idoso. É preciso profissionais em várias áreas treinados para atender as necessidades desses idosos, respeitando sua dignidade, assim como a efetivação de amplas políticas sociais de proteção social, sendo estas ainda um desafio a ser conquistado e concretizado.

O censo realizado pelo Ipea (2008) mostra que as ILPI's atenderam no período de 2007 e 2008, 84.000 pessoas idosas, representando menos de 0,5% dessa população. As mulheres predominam (57,3%), mesmo com quase dois milhões e meio de pessoas idosas, o Brasil possui apenas 3.548 ILPI's. Levando em conta a Região Sul do Brasil a população idosa ultrapassou os 2,4 milhões de pessoas em 2007, o que representou cerca de 9% da população total. O total de idosos residentes em ILPIs foi de 15.422 pessoas, o que corresponde a apenas 0,6% da população idosa da região (IPEA, 2008, p.18).

Conforme o IBGE (2008) o estado de Santa Catarina possui 295 municípios, onde apenas 38 cidades correspondem a uma cobertura de ILPI's públicas ou filantrópicas, ou seja, apenas 13% de todo o estado. Uma porcentagem relativamente pequena, quando se trata de algo tão importante que é a garantia de direitos destes idosos.

Segundo dados do Ministério Público de Santa Catarina (MPSC), em 2013 e 2014, houve 173 instituições cadastradas nas secretarias de assistência do estado, mas apenas 156 funcionam, ainda segundo os relatórios do próprio MPSC, 46% dessas instituições funcionam sem o alvará sanitário, requisito obrigatório segundo a tipificação, ou funcionam com o pedido em tramitação, 67% estavam sem o laudo de liberação do corpo de bombeiro (MPSC, 2014).

No município de Florianópolis os idosos são cadastrados na Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), que encaminha os idosos para as instituições que tem vaga. Primeiro é feita uma visita pela (o) assistente social da SEMAS, depois do relatório da visita domiciliar, após a secretaria dar o seu parecer, eles entram em contato com a instituição deixando-a a par da situação do requerente da vaga.

Outro problema apontado pelo MPSC é a falta de conselhos municipais do idoso, pois esse órgão de controle democrático é responsável por criar políticas públicas de atenção ao idoso e também é responsável pela fiscalização nas ILPI's. Das 295 cidades apenas 147 possuem seus conselho municipal do idoso (MPSC, 2014).

Os conselhos têm um papel importante na efetivação das políticas públicas de atenção a pessoa idosa. São instâncias paritárias e compostas por um número igual de representantes governamentais e provenientes da sociedade civil local, são deliberativos, consultivos, formuladores e controladores das políticas públicas e ações voltadas ao idoso no âmbito do município, atuando de forma a acompanhar a Secretaria Municipal de Assistência Social, que lhe dará apoio estrutural e funcional, sem condições de subordinação política ou partidária (BRASIL, 1994).

É de fundamental importância a participação do idoso, tanto na estrutura do conselho quanto na condução dos trabalhos, pois isso dá o reconhecimento de sua cidadania, e valorização para produzir e colaborar para a construção de uma sociedade integrada (MPSC, 2014).

Conforme consta em documento da Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina Cadastro ILPI 2014, há em Florianópolis, 25 Instituições deste tipo cadastradas com mais de 500 pessoas idosas recebendo atendimento, sendo 368 mulheres e 144 homens. Vê-se que é necessária a ampliação dos serviços e de capacidades de atendimento nas ILPI's tanto de caráter público quanto privado, e necessário também ampliação de outras formas de Assistência Social que permita às famílias e as redes comunitárias possibilitarem aos idosos um convívio social, saudável e digno, reduzindo a necessidade de institucionalização da população idosa.

Em Florianópolis apenas três ILPI's são caracterizadas como de Assistência Social, a instituição de Caridade e Apoio ao Desamparo (Cantinho dos Idosos), a Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna (SEOVE) e a Sociedade Espírita de Recuperação, Trabalho e Educação (SERTE). As demais existentes em Florianópolis são privadas-particulares. Algumas atendem através de convênios com a Prefeitura Municipal de Florianópolis. As três entidades citadas recebem repasse de recursos para acolhimento de idosos (PAULY, 2015).

As ILPI's são de amparo provisório, mas muito dos idosos acabam sendo institucionalizados e permanecem na instituição até o fim de sua vida. Para que a fila na lista de espera diminua é necessário instituições públicas de longa permanência e de atendimento diurno, como o Centro Dia para Idosos.

Analisando todos os dados aqui apresentados, fica visível que com a falta de ILPI's públicas no Estado de Santa Catarina, o atendimento, especialmente aquela mais empobrecida, fica sendo executado exclusivamente pelas instituições filantrópicas. Cabe ressaltar que o atendimento social da população idosa não pode ser de responsabilidade só da sociedade civil, muito pelo contrário, a oferta universal deste tipo de serviço público só poderá ser atingida com atuação de instituições estatais especializadas na oferta destes serviços públicos, considerando a complexidade técnica de sua oferta e a necessidade de garantir vida digna com respeito aos direitos humanos (PAULY, 2015).

Conforme já mencionado anteriormente, a população idosa feminina residindo em ILPIs é marcadamente mais elevada que a masculina, demonstram semelhante desproporcionalidade no conjunto da população. Apesar de em ambos os casos a proporção de mulheres entre a população idosa ser mais elevada que a de homens, nas ILPIs elas estão sobre-representadas (IPEA, 2008). Destaca-se que as mulheres representavam 55% do total da população idosa, enquanto, nas ILPIs, a proporção comparável é de 66,8%. Fazendo ainda uma comparação entre os mais idosos, tal predomínio se intensifica. Para os idosos residindo em ILPIs, entre aqueles de 80 anos e mais, 75,8% são mulheres (IPEA, 2008).

Com base no contexto mencionado, a seção seguinte terá como função, apresentar a instituição na qual a autora realizou seu estágio e sua pesquisa.

SEÇÃO II

3. A SEOVE E A PERCEPÇÃO SOBRE O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO A PARTIR DA VIVÊNCIA DAS IDOSAS

Esta seção tem como objetivo demonstrar o cotidiano da instituição SEOVE, local de realização do estágio curricular obrigatório em Serviço Social, desenvolvido nos semestres 2016.1 e 2016.2.

Inicialmente se apresenta um breve histórico e caracterização da instituição, dos projetos, da equipe de profissionais técnicos que atuam na instituição e dos direitos que os idosos possuem. Na sequência, se abordará as atribuições do Assistente Social na instituição e os objetivos da intervenção profissional na instituição. Finalizando a seção apresentar-se-à uma aproximação com o público atendido pela SEOVE, ou seja, as idosas que atualmente são atendidas.

3.1 A SOCIEDADE ESPÍRITA OBREIROS DA VIDA ETERNA (SEOVE)

A SEOVE é uma ILPI localizada na Avenida Pequena Príncipe, n. 721, no bairro do Campeche – Florianópolis. Foi fundada em 10 de fevereiro de 1972, por Alcides Abdala Filho, sendo este o primeiro presidente da instituição. Caracteriza-se como entidade filantrópica de amparo à velhice que tem por objetivo o atendimento às idosas em situações de vulnerabilidade social e econômica, onde não há condições de permanecer com a família, por motivos como situações de violência, de negligência, de abandono e com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, a fim de garantir proteção integral (SEOVE, 2016).

A instituição está vinculada a Política de Assistência Social, tendo seu registro no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). O Plano de Ação, constituído pela SEOVE no ano 2001, veio ao encontro do seu reordenamento institucional, conforme orientação da Lei n. 8.842/1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e define no Art. 1º o seu objetivo que é, “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, s/p).

O eixo principal de atuação da SEOVE é a institucionalização de longa permanência para idosas havendo em sua história um total 154 pessoas atendidas desde sua fundação. Atualmente a instituição atende às exigências da Tipificação Nacional dos Serviços

Sociosassistências e compõe a estrutura de serviço de alta complexidade do município de Florianópolis (SEOVE, 2016, s/p).

Para as ILPI como a SEOVE é importante obter o registro e o certificado de entidade social e exercer o controle social, através da participação atuante nos Conselhos de Direito Municipal e Estadual da Pessoa Idosa. Atualmente é o profissional de Serviço Social que representa a instituição nestes espaços. Tal registro garante a manutenção de índices e parcelas aceitáveis de recursos financeiros, importante para a manutenção dos convênios firmados com o Governo Federal, Estadual e Municipal, pelos quais são liberados recursos através de subvenção social. Outra fonte de financiamento advém das contribuições fixadas nos recursos recebidos pelas idosas institucionalizadas, através de pensões, aposentadoria ou do Benefício de Prestação Continuada (BPC), onde no caso de curatela a instituição fica com 100% do salário e nos casos de procuração com a pessoa idosa, a SEOVE administra 70% do benefício e 30% é repassado para as internas (SEOVE, 2016, s/p).

As idosas são encaminhadas para a SEOVE através do convênio estabelecido com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, no qual se solicita uma série de documentos dentre os quais, todos os documentos das pessoas que moram na mesma residência, identidade (RG), CPF, e ou certidão de nascimento ou casamento, além de um comprovante de residência ou comprovante de aluguel, comprovante de renda ou benefício de todos que moram na mesma casa para todos que forem maiores de 18 anos, além de um atestado médico comprovando a incapacidade do idoso.

Em relação ao trabalho em equipe, a SEOVE conta com profissionais de Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Administração e Marketing onde a atuação ocorre de forma multidisciplinar. O quadro funcional da SEOVE está especificado na Tabela 4.

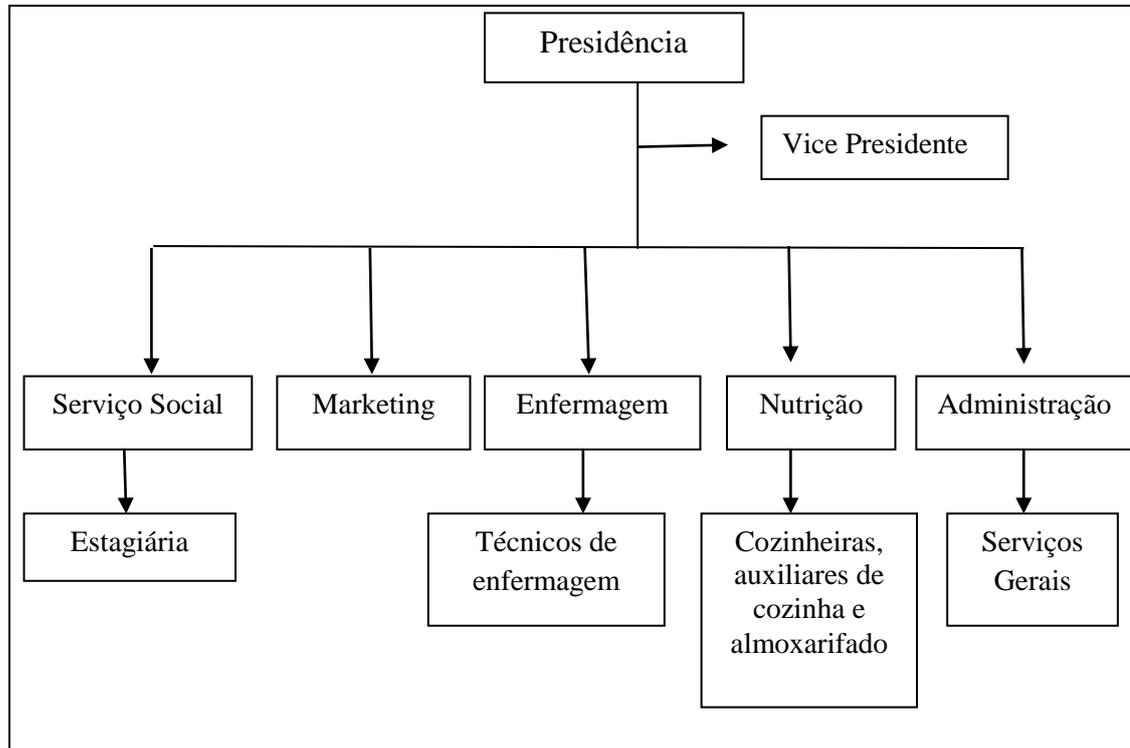
Tabela 4: Quadro funcional da SEOVE- 2016

Função	Quantidade
Administração	1
Almoxarife	1
Serviços Gerais	6
Nutrição	1
Cozinheira	2
Auxiliar Cozinha	4
Enfermagem	1
Tec. Enfermagem	10
Serviço Social	1
Estagiário de Serviço Social	1
Psicólogos Voluntários	1
Médico Voluntário	1

Fonte: Autor (2016).

Diante do exposto, destaca-se também o organograma institucional, para uma maior abrangência de conhecimento da SEOVE.

Figura 6: Organograma Institucional da SEOVE – 2016



Fonte: Autor (2016).

Atualmente são acolhidas na instituição 26 idosas com faixa etária de 62 a 93 anos, que recebem alimentação, roupas, calçados, acompanhamento médico, remédios, lazer e desenvolvem atividades semanais como atividades físicas com o projeto Viver Ativo, atendimento psicológico cognitivo, videoteca, aula de música, grupo de orações, leituras de contos, arte terapia, cão terapia, aulas de ioga, dentre outras atividades marcadas pela assistente social, conforme as demandas e interesse da comunidade em visitar o lar.

A SEOVE, além do atendimento institucionalizado das idosas, desenvolve projetos sociais para toda a comunidade como a ação social Dona Baby que tem como finalidade prestar auxílios às famílias das comunidades próximas ao lar, que se encontra em situação de vulnerabilidade social. Os voluntários que auxiliam nesta demanda necessitam realizara inscrição de acordo uma ficha de cadastro, onde se questionam os dados pessoais (nome, endereço, telefone), as atividades que pretende exercer no lar e qual horário de disponibilidade, além de passar pelo curso de capacitação, realizado nas últimas quintas-feiras

do mês, auxiliando nas arrecadações de roupas, alimentos e repassado para as famílias. Atualmente esse projeto oferece suporte assistencial para 40 famílias mensalmente.

Outra ação nas dependências da SEOVE é o grupo Amigos da Fraternidade, que tem como intuito o desenvolvimento de encontros semanais, pautando-se em um processo de envelhecimento ativo e saudável, desenvolvendo a autonomia e a sociabilidade no convívio comunitário das idosas participantes, realizando atividades significativas e de extrema importância para a entidade. O grupo realiza a construção e manutenção de roupas, artesanatos que são revertidos em moeda para a instituição, além de fornecer enxovais para mulheres que irão ter seus filhos e não possuem condições financeiras, buscando atender todas as comunidades da proximidade.

A instituição também recebe adolescentes em medidas socioeducativas em parceria com o CREAS e beneficiários maiores de idade com alguma situação com a justiça. Ambos fazem trabalhos voluntários, no sentido de auxiliar na manutenção da casa, como corte da grama, limpeza externa do lar, pinturas e pequenas reformas. Quando são do sexo feminino, ficam mais voltadas no auxílio e cuidado com as idosas, levando-as para passear, pintar unhas, organizar eventos como aniversários e datas comemorativas. Alguns beneficiários também auxiliam em buscar doações e acompanhar as idosas ao médico.

Algumas instituições colaboram doando alguns recursos para a manutenção da SEOVE, como a rede de supermercados Hiper-Bom, que doa mensalmente caixas de leite, o Programa Mesa Brasil SESC, que redistribui alimentos excedentes próprios para o consumo ou sem valor comercial, o Clube Angeloni, que contribui mensalmente com um carrinho de produtos de limpeza. A empresa de química e embalagem Verdes Mares efetua doação mensal de produtos de limpeza, o centro educacional Tempo de Despertar colabora em eventos e realiza campanhas de alimentos, a escola Engenho realiza campanhas de doações de alimentos, os estudantes de enfermagem da Escola Técnica Geração visitam periodicamente a SEOVE fazendo colaborações, além das outras escolas da comunidade que quando realizam gincanas arrecadam doações para o lar.

De acordo com a vivência neste período de estágio, observa-se que mesmo com o grande número de doações, a instituição sente a necessidade de rendas fixas, pois os gastos são muitos e infelizmente o recurso que é repassado da prefeitura ainda é insuficiente para manter a qualidade do atendimento as idosas. Esta renda compete apenas a 1/3 dos gastos, pois conforme os estudos realizados pela administração da instituição, o cuidado com cada idosa custa cerca de 3.600,00 reais por mês aproximadamente. Nota-se uma busca constante para captação de recursos, na qual o Serviço Social em conjunto com o setor de marketing

realiza constantemente essa captação. Além disso, o Serviço Social é fundamental para diversos outros papéis importantes descritos no item a seguir.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SEOVE

Conforme apontam os registros presentes na Instituição, infere-se que o o Serviço Social ultrapassa 10 anos. No decorrer desse período verificou-se uma grande rotatividade de profissionais na ILPI, contudo um avanço em termos de garantir a Assistência Social enquanto política pública de direito de todo e qualquer cidadão, ultrapassando o caráter assistencialista, de caridade e solidariedade da ação, sobretudo por ser o Serviço Social uma profissão interventiva que busca diminuir as disparidades sociais.

Nesse sentido, a Assistência Social na instituição é legitimada como sendo um dos três componentes do sistema de Seguridade Social no Brasil, tendo sua descrição e diretrizes básicas contidas na Constituição brasileira nos artigos 203 e 204, sendo que sua regulamentação está sistematizada pela Lei nº 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS).

Atualmente o principal objetivo do Serviço Social na SEOVE é atuar na garantia da proteção integral das idosas bem como fortalecer, resgatar e manter os vínculos familiares, conforme preconiza a Lei 10711, 2003, atualizada em 10/07/2013. Para que isso aconteça são desenvolvidos projetos de resgate e fortalecimento de vínculos com familiares, além da busca constante das garantias de direito, evitando qualquer tipo de violação. A Assistente Social participa do Conselho Municipal do Idoso de Florianópolis, buscando formas para que sejam de fato garantidos esses direitos.

A atuação profissional se concentra em planejar e assessorar a grande maioria dos projetos e programas para a instituição, desde que estes estejam relacionados com o bem estar das idosas institucionalizadas. Para isso vale destacar algumas atuações que a profissional do Serviço Social exerce:

- Acolhimento e institucionalização das idosas na instituição, considerando os critérios estabelecidos na legislação vigente que são: idade superior a 60 anos; ser do sexo feminino; ser moradora da grande Florianópolis, sendo que a área de atendimento preferencialmente se dará ao sul da ilha de Florianópolis para posteriormente atender as demais regiões; estar com todos os documentos, como RG, CPF, certidão de nascimento, comprovante de residência e aluguel

(caso não possua casa própria); comprovante de renda ou benefício de todos que moram na casa, e atestado médico comprovando incapacidade do idoso.

- Atuação na perspectiva da manutenção da convivência familiar das idosas institucionalizadas, realizando encontros semestrais de fortalecimento de vínculo, além de contato constante com familiares de algumas idosas, buscando sempre convidá-los para eventos e aniversários. Busca-se manter contato permanente com as idosas e família, a fim de conhecer suas necessidades e conflitos entre as idosas.
- Manutenção de registros individuais permanentes e atualizados acerca da convivência das idosas e possíveis intercorrências, destacando a participação em eventos ofertados pela instituição. Nos registros também se menciona as demandas específicas de cada uma. O mesmo é realizado todo início do mês.
- Organização de visitas institucionais (pessoas, grupos e escolas as idosas) e participação em reuniões internas e externas, com vistas à resolução de situações envolvendo o setor e/ou idosas institucionalizadas.
- Elaboração de ofícios, relatos, relatórios, dentre outros documentos internos e externos referentes ao setor e /ou idosas institucionalizadas, elaboração e manutenção dos prontuários de atendimentos.
- Registro de todas as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, contato frequente com os demais profissionais da instituição obtendo e repassando informações necessárias em relação às idosas, tendo em vista um atendimento integral e de qualidade a todas idosas.
- Realização de visitas domiciliares para possíveis institucionalizações.
- Manter contato com familiares e com a enfermeira da instituição, em situações de idosas hospitalizadas, tendo em vista a garantia de direitos e atendimento qualificado.
- Orientação aos familiares em caso de qualquer intercorrência e ou morte das institucionalizadas sobre o auxílio funeral, bem como acompanhamento quando estas não possuírem familiares que possam realizá-los.
- Atendimento e orientação aos voluntários, de acordo com a Lei n. 9.608 de 18 de fevereiro de 1998 e realização do curso de capacitação de voluntários todas as últimas quintas-feiras do mês.

- Orientação aos Prestadores de Serviço Comunitários encaminhados pela Justiça Estadual/Federal e pelo CREAS , acompanhando e realizando o controle de horas, bem como encaminhar relatórios periódicos, conforme solicitado.
- Representação no Conselho Municipal do Idoso (CMI) de Florianópolis, atualmente na função de 1º secretária.
- Assessoria ao grupo de convivência: Associação Amigas da Fraternidade, que se caracteriza como serviço de Proteção Básica e serviço e fortalecimento de vínculos. O grupo é composto por idosas que residem na ILPI e moradores da comunidade. O Serviço Social assessora a orientação às idosas sobre seus direitos sociais.

Além das atividades supracitadas o Assistente Social auxilia nos demais setores da SEOVE, promovendo semanalmente reuniões de equipe, para esclarecimento de questões do cotidiano da casa.

Percebe-se a importância da atuação profissional do Assistente Social na instituição, uma vez que sua função é manter uma política social destinada ao atendimento das necessidades básicas dos indivíduos - mais precisamente no caso de uma ILPI - em prol da família, do processo de envelhecimento, socialização das idosas, acesso e garantia de direitos.

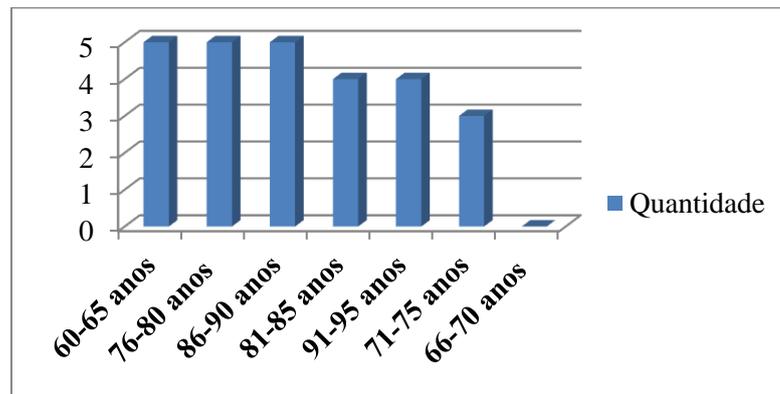
Ao apresentar algumas das mais importantes atividades do Assistente social, vale mencionar que o item a seguir apresentará o perfil das idosas institucionalizadas com o intuito de entrevistar cinco das idosas mais independentes.

3.3 PERFIL DAS IDOSAS ACOLHIDAS NA SEOVE

Com o intuito de conhecer as idosas da instituição, foi realizado um levantamento de dados com todas as fichas de identificação das 26 idosas, onde se analisam as suas idades, grau de dependência, os vínculos familiares e, se sim, quais as pessoas mais próximas que as visitam, além de destacar se as idosas possuem algum tipo de deficiência. Também levantou-se os motivos do acolhimento das idosas e o motivo de desligamento das mesmas.

O Gráfico 1 apresenta a faixa etária das idosas, onde apenas cinco delas possuem idade inferior a 70 anos, todas as demais estão na faixa etária entre 70 a 80 anos e quatro delas possuem 90 anos ou mais.

Gráfico 1: Faixa etária das idosas da SEOVE – outubro de 2016



Fonte: Autor (2016).

Levando-se em conta a idade e o longo tempo de permanência é possível afirmar que a busca pelo acolhimento numa ILPI se dá, principalmente, por pessoas independentes que não possuem a assistência necessária para o seu sustento. Esta situação é reforçada por Camarano et. al. (2010) em relação à pesquisa nacional realizada:

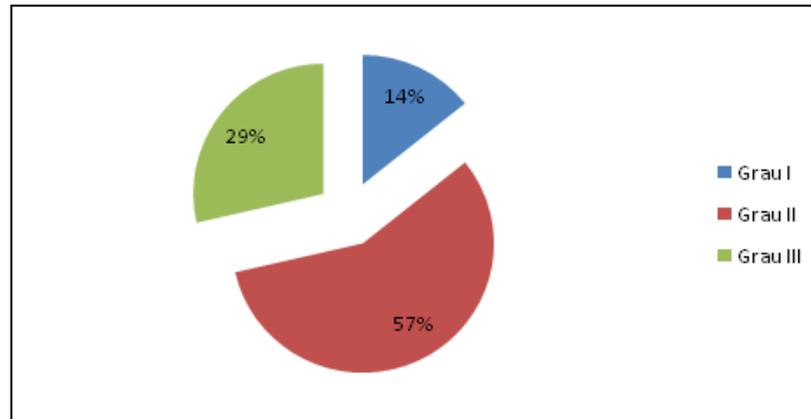
A condição de autonomia dos residentes é diversa, são tanto independentes quanto dependentes, mas esta composição varia segundo a natureza jurídica das instituições. No conjunto delas, aproximadamente 35% dos residentes são independentes. Nas públicas, predominam residentes independentes bem como nas filantrópicas. O contrário ocorre, no entanto, entre as privadas. A proporção de residentes independentes é bem inferior, 24,5% (CAMARANO et. al., 2010, p.210).

As autoras constatarem que nas instituições públicas e filantrópicas predominam residentes independentes e a busca pela moradia numa ILPI privada se dá, principalmente, por pessoas dependentes que não podem contar com um cuidador familiar (CAMARANO, 2010, p.200), reforçando assim, as conclusões de outras pesquisas que constatarem a falta de cuidadores familiares e profissionais.

As anotações em prontuários da SEOVE evidenciaram que, até o momento do acolhimento, muitas idosas eram independentes e, com o passar do tempo, e motivados pelo agravamento das doenças passaram a ser dependentes dentro do lar. Além disso, o tempo de acolhimento prolongado afeta não só a capacidade funcional da pessoa, mas influencia também o contexto familiar, porque esta se reorganiza automaticamente sem a presença e as demandas do familiar idoso.

Com base no Gráfico 2 podem-se destacar os graus de dependência das 26 idosas institucionalizadas na SEOVE no ano de 2016.

Gráfico 2: Grau de dependência das idosas – outubro de 2016

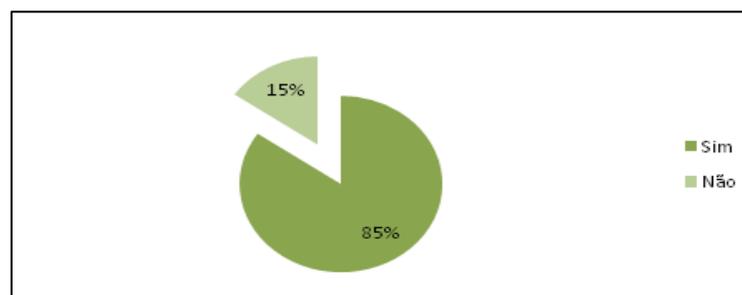


Fonte: Autor (2016).

Observa-se que a maioria das idosas se encontram em grau de dependência 2, onde usam algum instrumento de auxílio para locomoção, conforme mencionado anteriormente. Apenas 14% das idosas são independentes, ou seja, de grau 1. E 29% se encontram em grau de dependência 3, ou seja, nível de dependência avançado, fazendo uso de cadeiras de rodas, alimentação sob supervisão e auxílio dos técnicos de enfermagem, uso contínuo de fraldas, entre outras. Destaca-se a importância de dizer que a tendência destas idosas de grau 1 se tornarem futuras idosas de grau 3 é muito grande, pois conforme os anos e a vivência no lar, as fará se tornarem mais dependentes da equipe técnica.

O Gráfico 3 faz menção a porcentagem das idosas que possuem algum vínculo familiar. Nele destaca-se que 85% das idosas possuem algum laço afetivo, seja ele com irmãos, filhos ou sobrinhos. Apenas 15% não possui convívio com nenhum familiar, ou até de família de extensa.

Gráfico 3: Vínculo familiar das idosas acolhidas na SEOVE – outubro de 2016



Fonte: Autor (2016).

Vários fatores influenciam na fragilização dos vínculos, como por exemplo, uma situação comum no lar que, no momento da visita, a idosa, devido algumas demências, não reconhece o familiar, mesmo quando este esteve presente alguns dias antes, gerando uma situação desconfortável e de sofrimento.

É preciso considerar que a população atendida se compõe das idosas pertencentes a famílias oriundas de diferentes realidades e situações que podemos dividir em três grupos principais:

- As famílias que encontraram na instituição uma alternativa para o cuidado e atendimento permanente do seu familiar por não possuírem condições financeiras para assistir e prestar o cuidado ao seu familiar idoso;
- As idosas que já perderam completamente o vínculo familiar;
- O grupo das famílias que se encontram com os vínculos fragilizados e precisam de constante atenção e ajuda para o seu fortalecimento.

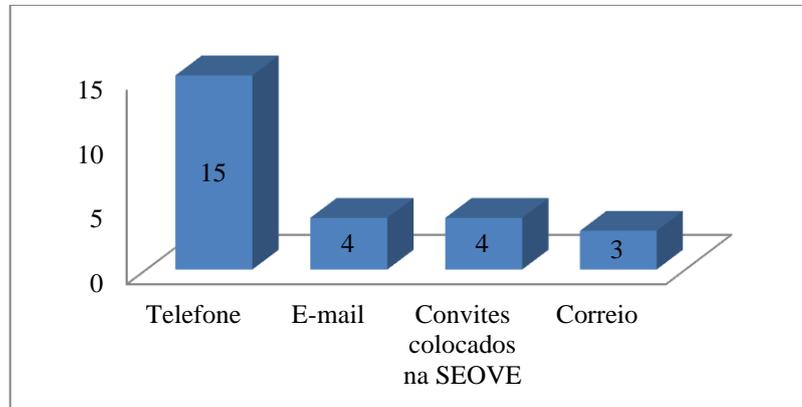
No decorrer de 2016.1 e 2016.2 foi realizado como projeto de intervenção de estágio em Serviço Social, um momento de fortalecimento de vínculos com as idosas institucionalizadas na SEOVE, onde o objetivo principal foi de fortalecer os vínculos familiares e sociais das idosas por meio de encontros familiares visando maior aproximação e melhor qualidade de vida para as idosas institucionalizadas. Tendo como intuito realizar dois encontros. O primeiro foi no dia 2 de julho, com café da manhã, boas vindas, apresentação da equipe e uma roda de conversa explicando a importância do encontro e sua finalidade. Foi aplicado também um questionário com algumas perguntas para no final do encontro ser entregue, além de ter sido servido um almoço para todos os familiares. Após o almoço, deixou-se o tempo livre para os familiares ficarem com as idosas. O segundo período acontecerá no final do ano, sem data específica, terá o mesmo objetivo, de reunir os membros das famílias, onde se promoverá algumas dinâmicas, rodas de conversa, apresentação de fotos e vídeos do segundo semestre.

No primeiro encontro participaram 30 pessoas, porém no horário do almoço notou-se que este número aumentou. Das pessoas presentes, 26 responderam a um questionário que continha seis perguntas.

O Gráfico 4 mostra as informações levantadas na primeira questão: “qual foi o meio de comunicação e divulgação que ficou sabendo do evento”. Um total de 15 pessoas informaram que souberam do evento através de ligação telefônica realizada pela instituição, 4

que foi via e-mail, 4 que foi através de convites colocados ao redor da instituição e 3 que foi por correio.

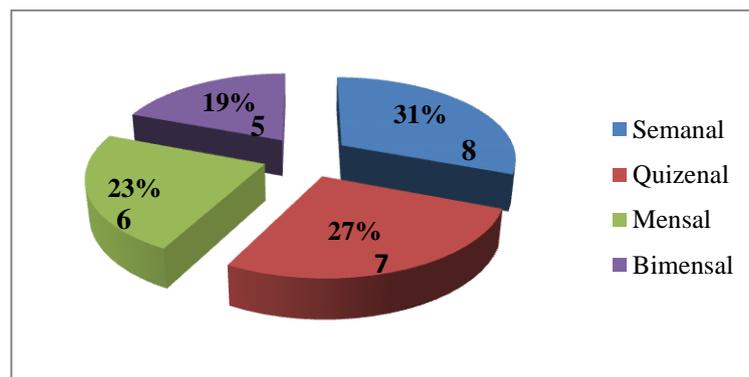
Gráfico 4: Meios de realização do convite para o evento do primeiro semestre 2016.1



Fonte: Autor (2016).

O Gráfico 5, apresenta os resultados da segunda questão: “com qual frequência vem até a instituição”. Do total de respondentes 8 indicaram que vão semanalmente na instituição, 7 frequentam quinzenal, 6 frequentam mensalmente e 5 pessoas responderam que vão a cada dois meses no lar.

Gráfico 5: Frequência dos familiares na instituição 2016

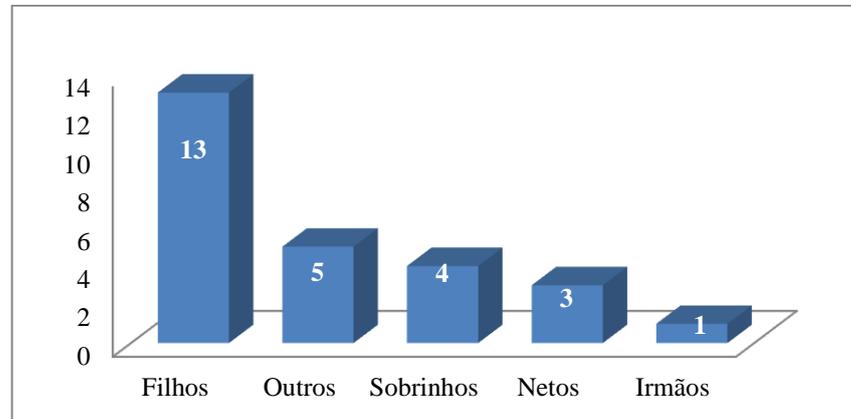


Fonte: Autor (2016).

Questionou-se também para as 26 pessoas que responderam o questionário, se os mesmos já conheciam o funcionamento da SEOVE. Um total de 20 pessoas responderam que sim, 4 pessoas que não conheciam e 2 que conheciam muito pouco. Acredita-se que os quatro que responderam que não conheciam eram amigos de algum familiar da idosa, pois ao

perguntar qual o grau de parentesco com as idosas um total de cinco pessoas responderam “outros”. O Gráfico 6 apresenta o grau de parentesco com as idosas institucionalizadas.

Gráfico 6: Grau de parentesco - 2016.1



Fonte: Autor (2016).

Um total de 13 pessoas responderam que eram filhas das idosas, 4 que eram sobrinhas, 3 netas, 1 irmã e 5 pessoas referiram a categoria outros.

Questionou-se se a partir do primeiro encontro virão mais vezes na instituição, e um total de 20 pessoas responderam que sim, 4 indicaram talvez e 2 indicaram que não.

Por fim, a última pergunta se referiu a avaliação da atividade realizada no dia onde todos os 26 participantes indicaram que o dia na instituição foi proveitoso.

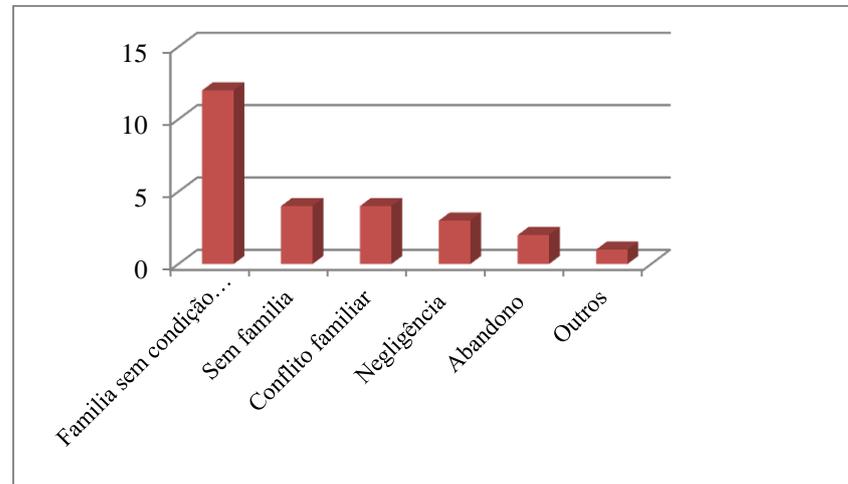
Sendo assim, com base neste questionário passou-se a observar o perfil dos familiares além de observar sua frequência na instituição.

No decorrer do estágio foi realizado um levantamento através da ata da enfermagem, onde se registram as visitas que as idosas receberam no dia, notou-se que o número de familiares que compareceram no segundo semestre, após a atividade de intervenção aumentou significativamente.

Identificou-se que no primeiro semestre foram realizadas cerca de 121 visitas de janeiro a julho, enquanto que de agosto a novembro o número de visitas de familiares, amigos e parentes chegou a 156 pessoas.

No Gráfico 7 observa-se os motivos de acolhimento das idosas na SEOVE, na qual destaca-se que 12 das idosas vieram para instituição por motivos das famílias não terem condições de assisti-las. Outro fato é a questão da situação de violência, onde não foi diagnosticado nenhum caso na instituição até o momento. Apenas duas idosas foram acolhidas por questão de abandono e quatro delas por motivos de conflitos familiares.

Gráfico 7: Motivo dos acolhimentos das idosas – outubro de 2016



Fonte: Autor (2016).

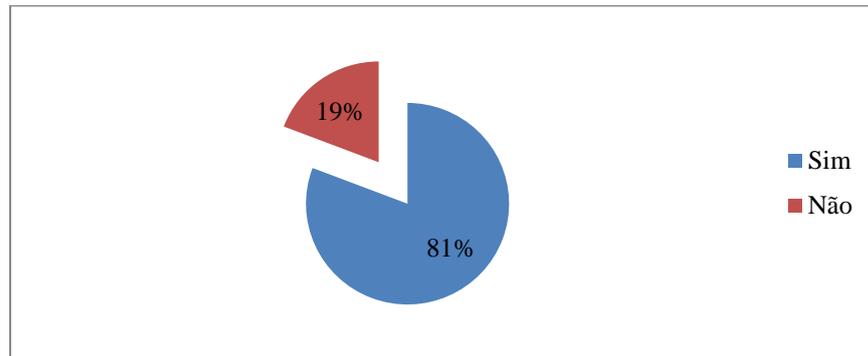
Vale mencionar também, um fato comum na instituição que é a questão do desligamento das idosas, onde a grande maioria só ocorre quando há óbito da idosa, pois infelizmente ao chegar na ILPI se torna a última instância delas. Durante todos os anos em que o Serviço Social registrou os atendimentos, até 2016, apenas 4 idosas obtiveram o retorno para o lar, um número muito pequeno dentro dos 154 atendimentos já realizados.

No entanto, pela ausência de serviços, tais como: acompanhamento dos idosos em suas famílias, casas de passagem, centro dias, muitos idosos são encaminhados a uma ILPI antes de esgotadas todas as possibilidades de auto sustento e convívio com os familiares (BRASIL, 2009).

Foram encontrados poucos estudos que tenham como foco o retorno à família no caso do idoso institucionalizado. O tema é de extrema relevância para a formulação de possíveis intervenções que possam auxiliar na resolução das causas do afastamento e na melhoria do atendimento institucional visando o seu retorno.

O Gráfico 8 tem por objetivo destacar a quantidade de idosas que possuem algum tipo de deficiência.

Gráfico 8: Número de idosas com deficiência – outubro de 2016



Fonte: Autor (2016).

Apenas 19% das idosas institucionalizadas não possuem nenhum tipo de deficiência, ou seja, apenas 5 delas, enquanto que 43% têm algum problema mental como transtorno, 31% possui deficiência física e 7% deficiência sensorial.

Com base no perfil das idosas, o item 3.4 discutirá as percepções sobre o envelhecimento segundo as idosas institucionalizadas da SEOVE. Nele, será abordado, por meio de entrevista, com as idosas, sobre o que pensam sobre o envelhecimento e como é envelhecer numa ILPI.

3.4 PERCEPÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO SEGUNDO AS IDOSAS

Por fim, neste último item, buscou-se discorrer algumas reflexões sobre o que as idosas institucionalizadas na SEOVE, pensavam sobre o processo de envelhecimento dentro e fora da instituição. A proposta de ouvi-las foi se fortalecendo na medida em que se buscava uma maior compreensão sobre o que estava sendo estudado. A vivência neste ano de 2016 no estágio incentivou a analisar os diferentes contextos históricos e sociais de cada uma destas idosas.

Desta forma, foi definido como critério de inclusão das idosas na pesquisa, possuir vínculo familiar, mas que por algum motivo a família não tem condições de assisti-las. Observou-se aquelas idosas que não possuíam demência e que tinham capacidade de se comunicar, além do critério principal, que é o fato de quererem participar da entrevista. A partir desses critérios selecionou-se 12 idosas, das quais realizou-se a entrevista com 5 idosas, aquelas consideradas mais independentes, de grau I e II.

Para a descrição e análise das questões levantadas pelas entrevistadas relacionadas ao envelhecimento, preservou-se suas identidades, as quais serão identificadas como idosa I,

idosa II, idosa III, idosa IV e idosa V. Abaixo, uma breve apresentação das idosas participantes da pesquisa, de acordo com os prontuários do Serviço Social da SEOVE.

Idosa I: nascida em 05 de março de 1944, com 72 anos. Solteira. Natural de São Paulo (SP). A idosa não possui filhos e nem familiares próximos, apenas com uma sobrinha que mora no Rio de Janeiro, que se comunicam via facebook semanalmente. Foi professora de música e até nos dias de hoje toca piano diariamente. Chegou a instituição através do acionamento da assistente social do Serviço Social do Comercio (SESC) que descobriu que a idosa precisava de auxílio e contatou a Prefeitura Municipal de Florianópolis, que conseguiu realizar parceria com a SEOVE.

Idosa II: nascida em 26 de janeiro de 1954, com 62 anos. Solteira. Natural de Jaboatão dos Guararapes (PE). A idosa chegou na SEOVE através do contato da Prefeitura Municipal de Florianópolis, onde passaram a informação de que havia uma idosa no Cantinho dos Idosos que não se adaptou ao local, e ao saberem da vaga na instituição, procuraram encaminhá-la para o lar, abrindo uma vaga para outro idoso na outra instituição. Faz menos de um ano que a idosa encontra-se na SEOVE. A mesma produz tapetes artesanais, com retalhos de panos, que os comercializa para ter uma renda, pois não possui aposentadoria ou qualquer outro tipo de benefício. Possui uma filha, mas que mora cerca de uma hora e meia da instituição e não tem condição de visitá-la. Sempre quando há possibilidade o Serviço Social articula a chance da idosa visitar a filha. Liga diariamente para sua filha. Idosa com bipolaridade.

Idosa III: com 78 anos, nascida em 12 de agosto de 1937. Natural de São José. Idosa teve oito filhos, porém sete deles faleceram de formas trágicas, e apenas uma filha sobreviveu, na qual até poucos meses atrás residiam juntas, contudo a mesma não estava dando conta de relacionar trabalho, estudos, família e os cuidados específicos que sua mãe necessitava. Possui problemas de diabetes, esquizofrenia, hipertensão e depressão. A mesma gosta de passar seu tempo colorindo desenhos, fazendo crochê e realizando caminhadas ao redor da instituição. Procura diariamente o Serviço Social da instituição para realizar telefonemas para sua filha e sobrinha.

Idosa IV: idosa nascida em 18 de agosto de 1952, com 64 anos. Natural de Porto Alegre (RS). Já trabalhou como modelo, professora de música e palestrante. Aposentada e viúva. Possui duas filhas, na qual uma delas mora em Nova York e a outra no bairro de Coqueiros em Florianópolis. Chegou a instituição devido ao fato da filha ter que cuidar do pai que se encontrava doente também, e não conseguir dar conta da demanda do dois juntos. A idosa chegou a residir numa instituição privada, porém como os custos eram muito elevados e

a família não estava dando conta, contatou a Prefeitura Municipal de Florianópolis para encaminhá-la para alguma instituição pública. A idosa possui bipolaridade.

Idosa V: idosa nascida em 2 de dezembro de 1938, com 78 anos. Solteira, não possui filhos. Natural de Governador Celso Ramos (SC). Independente, realiza visita semanalmente na creche localizada do lado da instituição, onde ajuda as funcionárias a servir os lanches para as crianças. Todas as quartas-feiras participa do grupo de costura das idosas do Centro de Convivência para Idosos, no pátio da SEOVE. Gosta de participar de atividades que envolva música e dança. Não gosta de participar de passeios externos ao lar. A idosa residia com a mãe, que a maltratava diariamente. Já esteve internada no IPQ devido a ataques epiléticos.

Com base na apresentação das idosas, vale mencionar que foi realizada uma entrevista com as mesmas, de acordo com essa ordem de apresentação, no dia 14 de novembro de 2016, na parte da manhã, de forma individual, na SEOVE. Esclareceu-se o intuito da entrevista, sobre o que está sendo pesquisado e que se caso alguma das questões levantadas aferisse seus sentimentos, elas não precisariam responder.

Ao questioná-las sobre o que o envelhecimento/velhice e como entendem esse processo, todas mencionam o fato dos problemas de saúde, que ao chegar na idade mais avançada suas dificuldades com doenças como reumatismo, osteoporose, diabetes, hipertensão são grandes inimigas do bem estar. Mencionam também de terem perdido a liberdade e de não poderem mais sair sozinhas.

Ser velho pra mim é ruim, a pessoa arrasta o pé né? Perde os sentidos, deixa de caminhar e muitas vezes de passear. Gosto de ser velhinha, mas não gosto dos problemas de saúde (Idosa III).

Nesse primeiro questionamento as idosas comentaram que se pudessem gostariam de voltar aos 15 anos de idade e que com certeza teriam se cuidado melhor.

Acredito que poderia ter me cuidado melhor quando eu era jovem, porém, ainda hoje faço de tudo pra me cuidar, passo muito protetor solar, bebo muita água. Faço caminhadas ao redor da casa. A nutricionista já falou que andei engordando um pouco, por isso ando me controlando no que como, apenas em dias de aniversário que podemos comer mais do que o normal (Idosa I).

Agente tem que aceitar essa fase né? Não interpreto esse momento como bom não, chega certa idade que Meu Deus... Minha mãe morreu aos 20 anos, minha avó que me cuidou como mãe morreu aos quarenta e poucos anos, e eu acho que já era pra mim ter viajado para o outro lado. Acredito que como minha religião fala que Jesus está prestes a voltar, acho que eu já devia ter ido. Gostaria de estar ao lado da minha família, dos que já faleceram (Idosa II).

Duas das idosas comentam que não gostam de ser chamadas de idosas, nem de velhas, gostariam de ser reconhecidas como experientes. O envelhecimento é caracterizado, na visão das idosas, como uma gradual mudança corporal, com o surgimento das rugas, os cabelos brancos, as possíveis fraquezas motoras e dificuldades em determinadas tarefas do cotidiano, modificações sensoriais, entre outros.

Na segunda questão, as idosas foram questionadas sobre o que entendem pela feminização da velhice ou do envelhecimento. De forma unânime todas falaram que as mulheres vivem mais por que elas buscam sempre cuidar da saúde, não só delas como das pessoas que estão do seu lado. São mais vaidosas e buscam sempre a perfeição do corpo e da mente.

Eu acredito que as mulheres se cuidam mais do que os homens, e ainda cuidam dos outros (Idosa IV).

Acho que os homens morrem antes do que as mulheres porque acho que chega a hora deles né? Tem uns que se cuidam melhor, outros já não ligam pra saúde. Fico feliz em ver que temos mais mulheres idosas do que homens (Idosa III).

Não sei se tem muita diferença, na verdade não sei explicar por que as mulheres vivem mais não. Acho que vivemos mais porque nos cuidamos, mas eu não me cuido muito não (Idosa V).

Ao realizar a terceira pergunta, percebi que algumas se sentiram inseguras e com vergonha. Questionei como foi o processo de institucionalização, se elas aceitaram e entendem o motivo que virem para a SEOVE, e se os familiares estavam de acordo com a decisão.

A maioria respondeu que entende o motivo de estar numa instituição de longa permanência, mas todas comentam que tiveram muita dificuldade de se adaptar ao local, de acostumar com as regras e com as demais idosas institucionalizadas. Todas comentaram que atualmente se sentem bem e felizes.

Idosa IV: eu acho ótimo estar aqui, muito melhor eu ficar aqui e estar acompanhada, do que morar sozinha e não ter ninguém, pois minha filha mais velha mora longe e a outra não tem condições de me dar todos os devidos cuidados. Porém, ela vem quinzenalmente me visitar e me levar para passear. Minha adaptação aqui foi até que tranquila, embora tenhamos nossas diferenças (Idosa IV).

No começo assim, acho que não foi fácil, tive que prestar bastante atenção, pensei muitas vezes como que seria minha adaptação aqui, as pessoas diziam que seria fácil, mas não seriam eles que iriam vir ne?!As coisas foram devagar, demorou um pouco pra acostumar com

as demais idosas. A vida é assim mesmo, todo o começo é difícil (Idosa I).

Observou-se que todas as idosas entrevistadas falam da instituição com muito orgulho, comentam o quão agradecidas são e o quanto se dedicam para ajudar as demais idosas e até os profissionais.

A quarta questão da entrevista indagou: “Após a institucionalização, como ficaram os vínculos familiares? Se possuem ou não contato com a família e com que frequência?”.

Assim como a questão anterior, quatro idosas responderam que ainda mantém contatos com seus familiares, porém umas mais, outras menos. Sentem falta do contato direto com a família, mas entendem que estão aqui pelo fato dos filhos e parentes não terem tempo e nem condições de cuidá-las.

Possuo contato com a família semanalmente, tenho um irmão mais novo que me liga todos os domingos e minha filha mais nova se faz presente a cada quinze dias. Converso sempre com minha outra filha que mora em Nova York, via e-mail. Graças a Deus, viva a internet. Gostaria de ter um contato maior com todos, mas entendo as situações (Idosa IV).

Então, quando eu vim para a instituição eu não possuía vínculo com nenhum familiar, apenas com conhecidos, porém a uns anos atrás quando criei uma página no facebook, uma sobrinha minha lá do Rio de Janeiro me achou, e desde então mantemos contato via internet. Ano passado ela não pode me visitar, pois trabalha muito. Mas no ano retrasado ela veio uns dias para cá e pode me visitar e me levar para passear. Minha sobrinha já me convidou muitas vezes para ir visitá-la, mas não tenho vontade não, aqui me sinto mais segura (Idosa I).

Para finalizar a entrevista, perguntou-se para elas colocarem o que elas quisessem falar, dar alguma opinião ou comentar algo que não foi questionado. A idosa IV mencionou que se sentiu muito lisonjeada em fazer parte desta etapa da minha vida.

A instituição faz um trabalho filantrópico excelente. Feliz aquele que possa chegar aos 62 anos feliz, tranquila e lendo como eu. Gostaria dizer que, segundo Voltaire, filósofo Francês: “As pessoas não envelhecem por perseguir seus sonhos, elas envelhecem quando deixam de sonhar”. Espero ter sido útil para o seu trabalho e sinto-me feliz em te ajudar (Idosa IV).

A elaboração deste questionário e da realização da entrevista teve o intuito de reconhecer elementos sobre o processo de envelhecimento/velhice nas falas das idosas. Acredita-se que não tenha nada melhor do que ouvir e refletir sobre as opiniões das próprias idosas. Pois, é para elas e com elas, que o Serviço Social da instituição busca melhor atendê-las, e ao ouvir suas opiniões e sugestões pode-se medir tamanha eficiência do serviço.

As entrevistadas, falaram abertamente sobre suas vivências, depositando sua confiança ao relatar pensamentos e atitudes que em alguns casos nem mesmo seus familiares sabiam. A entrevista, para algumas, serviu como forma de desabafo para seus pensamentos, sendo que ao final disseram se sentir mais leves e descontraídas, além de demonstrarem felicidade por ter contribuído com este estudo.

O processo de envelhecer é a plenificação do ciclo da vida, ele não deve ser ocasionado, negado, deve ser compreendido, afirmado e experimentado como um processo de crescimento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim deste trabalho é importante ressaltar que o objetivo principal de sua elaboração foi conhecer e compreender aspectos e concepções acerca do envelhecimento, tanto no âmbito da literatura em geral, como do envelhecimento feminino e das ILPI's. Desenvolver o estudo possibilitou a analisar a realidade do envelhecimento de uma forma crítica, com um olhar mais apurado sobre suas dinâmicas e contradições, assim como o entendimento do processo do envelhecimento, principalmente analisando o lado das mulheres idosas, além de como a sociedade construiu e continua construindo os significados atribuídos a essa categoria de idade.

Na primeira seção, procurou-se refletir os conceitos de envelhecimento, além de apresentar dados demográficos da população brasileira. Para Souza (2009), o envelhecimento é um processo natural, ocorrendo com todos os seres vivos e, no ser humano, as suas repercussões vão afetar os sistemas biopsicossociais e emocionais, trazendo consigo agravos físicos, mentais e sociais, limitações motoras, sensoriais, levando o idoso a conviver com perdas e alterações dos tipos: funcionais, de papéis sociais, da autonomia e liberdade, tornando-se susceptível à dependência de cuidados.

Camarano (2014), afirma que nos últimos 70 anos a população brasileira presenciou grandes mudanças além do que se poderia esperar, sendo que outros países em desenvolvimento já passaram também por essas experiências. A mesma, ao contextualizar essas mudanças, mostra que a redução da mortalidade infantil, iniciada ao final da segunda guerra mundial, junto com a alta taxa de fecundidade deu início a um grande crescimento populacional entre as décadas de 1950 e 1970, tendo como resultado uma população muito jovem. Porém, durou menos do que esperado, pois com a chegada da pílula anticoncepcional e outros métodos contraceptivos, houve a queda da fecundidade, juntamente com a continua redução da mortalidade.

Camarano (2014, p.16) destaca que “acredita-se que níveis de fecundidade muito baixos são presságios de importantes mudanças sociais e parecem estar se tornando um aspecto estrutural do mundo pós-moderno. Nasce menos gente e vive-se mais”. Ou seja, segundo Faleiros (2014), com base no IBGE, o Brasil não possui mais uma população jovem. A transição demográfica, cujos dados apontam uma maior população de velhos, é um processo na qual estão interligados múltiplos aspectos, conjunturais e estruturais.

Buscou desenvolver no item 2.3 a questão do envelhecimento feminino, onde há o predomínio de mulheres na população idosa. A idade e o gênero são dois dos principais

fatores apontados pelos demógrafos ao estabelecerem diferenças entre membros da população. Neste item, destacam-se alguns enfrentamentos que as mulheres idosas tendem a sofrer, como a questão do preconceito com a idade, a pobreza e a solidão, algumas perdas e mudanças que elas acabam tendo que se adaptar e a diferença entre idosas do meio rural e urbano. Além também da diferença entre as doenças crônicas dos homens e das mulheres.

De acordo com Camarano mencionada no texto na página 32, e com as experiências de vida das idosas acolhidas na instituição, nota-se que a realidade é bastante semelhante, pois a grande maioria das idosas no lar não tiveram um trabalho remunerado durante a sua vida adulta. A maioria eram Do Lar, trabalhadoras domésticas, professoras particulares, esposas de pescadores, entre outras, nas quais não possuíam carteira de trabalho assinada. Impossibilitando atualmente delas terem uma aposentadoria por tempo de trabalho.

Um outro fato também em comum entre a teoria exposta no trabalho e a vivência das idosas na SEOVE é fato de todas conviverem com as DCNT, serem de cor branca (sendo apenas 3 negras), e a maioria sendo solteiras ou viúvas.

Infelizmente, as mulheres idosas continuam sendo parte de uma maioria invisível cujas preocupações emocionais, econômicas e físicas permanecem, em grande parte, ignoradas.

Outro contexto importante são as ILPI's e os direitos dos idosos. Neste item, define-se uma ILPI como instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (ANVISA, 2005). Abordou-se as questões da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, as resoluções importantes nesta área, além das normas e regras que uma instituição deve seguir.

Percebeu-se que a negligência do Estado em proporcionar atendimentos de qualidade para todos os idosos é um dos maiores problemas do município, pois atualmente Florianópolis não conta com nenhuma ILPI pública e tão menos com um Centro Dia para Idosos. Sendo que se houvesse o Centro Dia, muitos dos idosos que se encontram em instituições de caráter permanente poderiam manter seus vínculos familiares, pois o idoso passaria o dia numa instituição e a noite retornaria para o seio de sua família, não correndo o risco dessa fragilidade. Além disso, pode-se afirmar que muitas das idosas da SEOVE por exemplo, poderiam retornar para suas famílias, deixando essas vagas em aberto para aquelas idosas que realmente sofreram algum tipo de negligência ou violência por algum membro da família.

Vale também pensar que o idoso sofre por ter seus direitos violados constantemente pelo Estado, pela sociedade de modo geral, e pela família também, dependendo das situações.

Conforme já mencionado no decorrer da monografia, a seção II teve o intuito de desenvolver uma pesquisa relacionada com a experiência de estágio, que ocorreu nos semestres 2016.1 e 2016.2 na SEOVE, uma ILPI de caráter filantrópico, localizada no bairro do Campeche, região sul de Florianópolis.

Nesta seção o item 3.1 caracteriza a instituição, apresentando seus objetivos e deveres, além de mencionar o quadro organizacional da instituição e de funcionários. No item seguinte, buscou-se apresentar as atribuições da profissão do Serviço Social no lar, para um maior conhecimento do leitor.

Por fim, destaca-se o perfil das idosas institucionalizadas, apresentando gráficos de algumas atribuições consideradas importantes para a área de Serviço Social. Buscou-se a integração entre as informações e os conhecimentos levantados nas leituras bibliográficas sobre o assunto e os depoimentos de algumas idosas que expuseram o que pensam sobre o envelhecimento dentro e fora de uma ILPI.

Com a realização deste trabalho, pude desenvolver uma maior compreensão dos temas mencionados, deixando em aberto para tema de futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas, São Paulo: Alínea, 2004.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estud. psicol.** Natal. Rio Grande do Norte, v. 3, n. 2, p.273-294, mar. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Resolução RDC nº 283**, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília, ANVISA, 2005.

BERNHARD, C A. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: a integralidade da atenção e a fragilidade do idoso**. Monografia- Univastes. Lageado, 2012.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes das outras providências. Ministério da Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. **Lei n. 8.842 de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. **Lei n. 10.741/ 1º de Outubro de 2003**. Dispõe sobre o estatuto do idoso e de outras providências. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10741-1-outubro-2003-497511-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BRASIL. **Lei Orgânica de Assistência Social**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm. Acesso em: 10 ago.2016.

BRASIL. **Resolução n. 109 de 11 de novembro de 2009**. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília. Disponível em: <http://agendaprimeirainfancia.org.br/arquivos/tipificacao.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BUARQUE, D. **Envelhecimento da população mundial preocupa pesquisadores**. 2011. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2011/10/envelhecimento-da-populacao-mundial-preocupa-pesquisadores.html>>. Acesso em: 26 jul. de 2016.

CAMARANO, A. A., BELTRÃO, K. I. **O idoso no mercado de trabalho. Como Vai? População Brasileira**. Brasília: IPEA, n. 3, 1997.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência**. **Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 5, p.01-03, 2011. Disponível em: <http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=58&Itemid=76&idrev=8>. Acesso em: 10 ago. 2016.

- CAMARANO, A. A.; ABRAMOVAY, R. Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: panorama dos últimos 50 anos. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, n.15, v.02, 1998, p.45-6
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- CAMARO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira Estudos Populacionais**. Rio de Janeiro, v, 27, n. 1, p. 233-235, 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2016.
- CARNEIRO, L. A. F. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2013. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/envelhecimento.html > Acesso em: 10 ago. de 2016.
- DATASUS, Departamento de Informática do SUS. **Secretaria Executiva**. 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 28 jul. 2016.
- DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.
- DEBERT, G.G. **Velhice ou terceira idade**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1998.
- GOLDANI, A. M. Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos Inter geracionais e de gêneros. In: CAMARANO, A. A. (org). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**, IPEA, Rio de Janeiro, 1999. p.75-114.
- GONÇALVES, A. **A Intervenção do serviço social na gestão participativa das mulheres idosas institucionalizadas na Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna (SEOVE) – Florianópolis/Sc**. 2009. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2009. Disponível em: <http://busca.unisul.br/pdf/99658_Amilton.pdf >. Acesso em: 20 mai. 2016.
- NERI, A. L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: NERI, A. L. **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papirus, 2001.
- NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2005.
- NERI, A. L.; Freire, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

PAULY, T. U. **O Caráter provisório ou de longa permanência do acolhimento institucional de idosos na SEOVE.** Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

PIRES, C. C. **Eficiência em sistemas de saúde: um estudo para o Brasil.** 2007. 1 v. Tese (Doutorado) - Curso de e Pós-graduação em Engenharia Aeronáutica e Mecânica, Instituto Tecnológico de Aeronáutica, Rio de Janeiro, 2007.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p.585-593, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

SEOVE. **Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna.** 2015. Disponível em: <<http://seove.org.br/seove/>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

SEOVE. **Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna. Resolução 001/2013.** 2013. Disponível em: <<http://seove.org.br/seove/>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

TOSTA C. A. **Instituição de longa permanencia para idosos.** O que é e como funciona. Resenha. 2008. Disponível em: <<http://www.medicinageriatrica.com.br/2008/05/06/instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-ilpi/>>. Acesso em: 10 ago. de 2016.