



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTACATARINA**  
**CENTRO SOCIO ECONÔMICO**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**NESTOR MACHADO**

**GARANTIA E NEGAÇÃO DOS DIREITOS DO IDOSO NO PROCESSO DE  
ENVELHECIMENTO**

**FLORIANÓPOLIS**

2017

NESTOR MACHADO

**GARANTIA E NEGAÇÃO DOS DIREITOS DO IDOSO NO PROCESSO DE  
ENVELHECIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora:** Profa. Dra. Marisa Camargo.

FLORIANÓPOLIS

2017

Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escorram entre nós.”

Victor Hugo (1802-1885)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus na figura de seu filho Jesus Cristo, autor e consumidor da minha fé, aos meus pais, especialmente minha maior incentivadora, minha querida mãe, que em tempos de aflição e angústia, trouxe sempre o escape de uma bela leitura, e que me ensinou a buscar novos conhecimentos, o amor ao estudo e ao saber.

Agradeço sobremaneira ao Sr Alexandre Moisés Eger Scheafer, aos meus colegas da Colônia Agrícola da Palhoça que durante mais de quatro anos cobriram meu trabalho enquanto estudava em noites na Universidade federal de Santa Catarina.

Aos meus colegas e irmãos na fé Claudio de Souza e Karlla Michelli Cavalheiro, que nestes anos de estudo e labor colaboraram para que nossa formação fosse compartilhada, socializada e aprendida.

Ao meu amigo e irmão camarada Gilles Sieves, que nestes anos todos discutiu, problematizou, opinou e me ajudou a desenvolver novas habilidades, principalmente no senso crítico, onde o limiar da laicidade e da fé muitas vezes se contrapunham mas por vezes se alinhavam.

Ao Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI), na figura especialmente de sua Assistente Social Maria Cecília Antônia Godsfriedt e da Coordenadora, Dra. Jordelina Schier que me receberam para o estágio, proporcionando a pesquisa e o aprendizado necessários à minha formação, descortinando um conhecimento institucional precioso, dando plenas condições para meu desenvolvimento acadêmico.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que com um ensino gratuito e de qualidade, deu-me todas as condições para minha formação, através de professores comprometidos e qualificados, com toda a condição para o aprendizado.

Ao Estado de Santa Catarina, que me recebeu como filho e me proporcionou a condição de me desenvolver como pessoa e cidadão.

À minha orientadora, Dra. Marisa Camargo e minha supervisora de estágio, Dra. Carla Rosane Bressan, que generosamente se dispuseram a socializar seus conhecimentos, me orientando no estágio e conclusão deste trabalho.

Na figura delas agradeço a todos os mestres que contribuíram para minha formação, desde os idos de 2012, numa trajetória marcante, proveitosa e gratificante que, afinal, encerra-se.

MACHADO, Nestor. **Garantia e negação dos direitos do idoso no processo de envelhecimento**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2017.

## **RESUMO**

O presente trabalho teve como objetivo geral refletir sobre o processo de institucionalização e negação dos direitos do idoso no Brasil, tendo em vista apresentar uma proposta para qualificar as condições necessárias ao envelhecimento. A partir da revisão bibliográfica sobre a temática, aborda da perspectiva assistencialista focalizada à proteção integral no contexto pós Constituição Federal de 1988, evidenciando as principais expressões de violência traduzidas como processo de negação dos direitos dos idosos. Nesse contexto, insere-se o relato de experiência de estágio em Serviço Social cujo projeto de intervenção baseou-se na realização de uma oficina de “Qualidade de Vida e Envelhecimento” com o grupo do Programa de Alfabetização de Idosos do Ensino de Jovens e Adultos, desenvolvido no Núcleo de Estudos da Terceira Idade da Universidade Federal de Santa Catarina, no segundo semestre de 2016. Os resultados encontrados mostram o contexto de negação de direitos vivenciado pelos idosos a partir do Pentágono do Bem Estar (NAHAS, 2000). O instrumento permitiu identificar características do estilo de vida relacionadas ao bem estar individual dos idosos no que se refere à alimentação, controle de estresse, atividade física, comportamento preventivo e relacionamentos.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Direitos Sociais. Violência. Qualidade de Vida

## **LISTA DE SIGLAS**

Acepi - Associação Cearense Pró-Idosos  
ANG - Associação Nacional de Gerontologia  
BPC - Benefício de Prestação Continuada  
CAPs - Caixa de Aposentadorias e Pensões  
CEAI - Coordenação Estadual de Atenção ao Idoso  
CEI - Conselho Estadual do Idoso  
CFMAG- Centro de Formação de Monitores da Ação Gerontológica.  
CMI - Conselho Municipal do Idoso  
CNDI - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso  
Cobap - Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas  
CPF - Cadastro de Pessoa Física  
IAPAs - Institutos de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
LBA - Legião Brasileira de Assistência  
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social  
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS - Ministério da Saúde  
NIT - Número de Identificação do Trabalhador  
NETI-Núcleo de Estudos da Terceira Idade  
NUTI- Nutrição na Terceira Idade  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONU - Organização das Nações Unidas  
PICG - Programa de Integração Comunitária em Gerontologia  
PMI - Política Municipal do Idoso  
PNADE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PNAS - Política Nacional de Assistência Social  
PNUD - Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano

PNI - Política Nacional do Idoso  
PSF - Programa de Saúde da Família  
PEVI- Perfil do Estilo de Vida Individual  
RMV - Renda Mensal Vitalícia  
Sedese - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social  
SES - Secretaria de Estado da Saúde  
SESC - Serviço Social do Comércio  
SUAS - Sistema Único de Assistência Social  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Página 48  
Figura 2 – Página. 49  
Figura 3 – Página 50

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2- PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DO IDOSO: DO ASSISTENCIALISMO À PROTEÇÃO INTEGRAL:</b>	
<b>2.1- O reconhecimento do idoso na perspectiva assistencialista.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2-Os direitos do idoso na perspectiva da proteção integral.....</b>	<b>16</b>
<b>3- PROCESSO DE NEGAÇÃO DOS DIREITOS DO IDOSO: AS MÚLTIPLAS EXPRESSÕES DA VIOLÊNCIA:</b>	
<b>3.1-Violência contra o idosos.....</b>	<b>24</b>
<b>3.2- As principais expressões de violência contra o idoso.....</b>	<b>30</b>
<b>4- A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL: PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS.</b>	
<b>4.1- Caracterização institucional do campo de estágio.....</b>	<b>39</b>
<b>4.2- Principais elementos estruturantes do projeto de intervenção.....</b>	<b>43</b>
<b>4.3- Qualidade de vidas em idosos na perspectiva do Pentágulo do Bem-Estar.....</b>	<b>46</b>
<b>5-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
<b>6-REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>
<b>7-ANEXOS.....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população levanta várias questões fundamentais para os formuladores de políticas sociais. Dentre elas, destacam-se: contribuir para que os idosos possam permanecer independentes e ativos, encorajar a promoção da saúde e as políticas de prevenção e equilibrar o papel da família e do Estado em termos de assistência àqueles que necessitam de cuidados à medida que envelhecem. A velhice não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo. Este processo está ligado à idéia de mudança. Mas a vida do embrião, do recém-nascido, da criança, é uma mudança contínua. Caberia concluir daí como fizeram alguns, que nossa existência é uma morte lenta? É evidente que não. Semelhante paradoxo desconhece a verdade essencial da vida: ela é um sistema instável no qual se perde e se reconquista o equilíbrio a cada instante; a inércia é que é o sinônimo de morte. A lei da vida é mudar (BEAUVOIR, 1990).

O envelhecimento da população mundial é um fato concreto e de conhecimento público que vem acontecendo em vários países. Não obstante, o Brasil segue o padrão mundial. O aumento de idosos com possibilidade de atingir elevadas faixas etárias segundo as pesquisas, nos traz a necessidade de promover novas estratégias junto aos idosos idosos, já que pelo que se vê, a velhice veio para ficar (KALACHE, 2012).

Existe uma perspectiva, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS que diz: o Brasil seria o sexto país do mundo em número de idosos e dizia que entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceria 7,3 milhões, totalizando mais de 16,5 milhões em 2020, (OMS, 2005). No panorama do envelhecimento a OMS nos traz dados importantes e segundo a mesma, o número de idosos dobrou nos últimos 20 anos no Brasil, A tendência de envelhecimento da população brasileira se confirmou, como no mundo e é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Os fatores determinantes do envelhecimento, a nível da população de um país, são, fundamentalmente, ditados pelo comportamento de suas taxas de fertilidade e, de modo menos importante, de suas taxas de mortalidade (IBGE, 2010).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está organizado aqui em quatro seções. A metodologia utilizada na sua construção foi a revisão bibliográfica, com o objetivo geral de refletir sobre o processo de garantia e negação dos direitos do idoso no Brasil, tendo em vista apresentar uma proposta para qualificar as condições necessárias ao envelhecimento.

A primeira seção diz respeito a esta introdução. A segunda seção trata sobre o processo de institucionalização dos direitos do idoso no Brasil, da perspectiva assistencialista focalizada à proteção integral no contexto pós Constituição Federal de 1988. A seção seguinte contempla as principais expressões de violência contra o idoso. Na última seção apresenta-se o relato de estágio em Serviço Social e os respectivos resultados encontrados na operacionalização do projeto de intervenção sobre “Qualidade de Vida e Envelhecimento”, realizado com o grupo do Programa de Alfabetização de Idosos do Ensino de Jovens e Adultos (EJA), desenvolvido no Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no segundo semestre de 2016, no qual aplicou-se o Pentágono do Bem Estar (NAHAS, 2000), para identificar características do estilo de vida relacionadas ao bem estar individual dos idosos. Por fim, tecem-se as considerações finais.

## **2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DO IDOSO: DO ASSISTENCIALISMO À PROTEÇÃO INTEGRAL**

Nesta seção, aborda-se a história da construção de direitos dos idosos no Brasil, desde os primórdios dos marcos legais à perspectiva de proteção integral. Na primeira parte, são apresentadas as políticas localizadas e assistencialistas na transição das Constituições Federais, anteriormente à Constituição Federal de 1988. Na segunda parte, são pontuados os direitos assegurados no âmbito da Constituição Federal de 1988 e da Política Nacional do Idoso, e finalmente, do Estatuto do Idoso.

### **2.1 O reconhecimento do idoso na perspectiva assistencialista**

No Brasil, as políticas sociais teriam três gerações. A primeira contemplou políticas de ampliação e de extensão de benefícios e direitos sociais, as quais tiveram o seu início na década de 1930 e culminaram na Constituição Federal de 1988, com direitos sociais na educação, proteção ao trabalhador, saúde, dentre outros. A segunda geração diz respeito ao Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), continuado pelo Governo Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), marcada pela racionalização e redistribuição de recursos na área social. As reformas de terceira geração teriam, além da distribuição de recursos sociais, maior qualidade nos serviços prestados. Dentre as propostas, distribuição de recursos diretamente à população carente; apoio à produção popular; unificação das polícias civil e militar para melhora da segurança pública, dentre outros (SCHWARTZMAN, 2004).

Até o século XIX, o trabalhador idoso era retirado do seu local de trabalho e abandonado à própria sorte, pois não possuía um amparo devido para prover a sua subsistência. Em 1796, o cidadão inglês Tom Paine, radicado nos Estados Unidos, queria que os considerados idosos neste país, com mais de 50 anos, possuíssem uma pensão. Na Bélgica e na Holanda, em 1884, foram iniciadas pensões aos setores públicos. No século XIX, a França concede pensões aos funcionários públicos e militares. No Segundo Império Francês, as pensões foram concedidas aos mineiros, operários marítimos, arsenais e ferroviários devido ao alto grau de periculosidade da profissão (BEAUVOIR, 1990).

Nos países desenvolvidos, buscou-se a manutenção do papel social e a reinserção dos idosos, sendo a questão da renda resolvida por meio de sistemas de seguridade social. Nos

países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, várias questões ficaram pendentes, como a pobreza e a exclusão da população idosa; Somente após muitas décadas, o Brasil começou a tomar medidas para compensar a situação de descaso com a população idosa (BEAUVOIR, 1990). O início do sistema de proteção brasileiro, aconteceu no período colonial, com a Santa Casa de Misericórdia, em Santos-SP a qual funcionava como instituição assistencial, assim como também passaram a existir, no período imperial, outras sociedades beneficentes (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Em 1888, os trabalhadores dos Correios passaram a ter direito à aposentadoria. Para isso, deveriam possuir 30 anos de trabalho e, no mínimo, 60 anos de idade (BRASIL, 1888). No século XX, têm início as políticas previdenciárias estatais para trabalhadores privados. É criado, em 1919, o seguro de acidentes do trabalho e, em 1923, a Caixa de Aposentadorias e Pensões é regulamentada pela Lei Eloy Chaves, sendo que na década de 1930, cada empresa tinha a sua política para aposentadoria. Por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), o empregado contribuía com uma parcela mensal do seu salário enquanto estivesse economicamente ativo, como acontece na aposentadoria privada. Em 1930 foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, no qual as Caixas foram substituídas pelos Institutos de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAs); nestes, estados e sindicatos detinham maior autonomia na gestão de recursos (DEBERT, 2004).

A Constituição Federal de 1934 referia-se à velhice como uma etapa improdutiva que merecia favor e apoiava a filantropia das instituições de caridade para idosos. Somente haveria direito se a pessoa tivesse sido inscrita na produção. Assim, os direitos da pessoa idosa foram inscritos na Constituição de 1934, como direitos trabalhistas, na implementação da previdência social “a favor da velhice”. Ao se tornar improdutivo, na era industrial, o sujeito passava a ser considerado “velho” partir do pressuposto de sua exclusão da esfera do trabalho, como operário. Ao trabalhador rural de então não foram reconhecidos direitos trabalhistas, pois ficava na esfera do “aluguel de mão-de-obra” sob a tutela da oligarquia rural. O amparo aos “desvalidos” na Constituição de 1934 previa serviços especializados e “animação de serviços sociais”, sob uma visão eugênica e higienista, de socorro às famílias de prole numerosa e no combate “aos venenos sociais”. Previa também a previdência social “a favor da velhice” com contribuição tripartite do empregador, do empregado e da União, numa clara referência à transição industrial. A Constituição Federal de 1937 reafirmava o seguro de velhice para o trabalhador. Em ambas as Constituições, invocava-se a proteção do Estado para a subsistência e educação (FALEIROS, 2008).

No final da II Guerra Mundial, em 1946, vários países haviam implementado um sistema de proteção social. O Relatório Beveridge, na Inglaterra, definiu um complexo sistema de seguridade social, contemplando seguros, serviços e assistência social “do nascimento ao túmulo”, isto é, ao longo de toda a vida. O Estado passou a estabelecer um curso de vida pelas diferentes políticas de proteção à infância, à saúde, à invalidez, ao acidente e à velhice. As reivindicações dos trabalhadores foram incorporadas. A sindicalização e o direito de greve haviam sido aceitos (FALEIROS, 2007).

A Constituição Federal de 1946 dispunha sobre a formulação de previdência “contra as consequências da velhice”, ampliando a idéia de um seguro social somente para trabalhadores industriais. A Constituição Federal de 1967 estabelecia a previdência social “nos casos de velhice” contemplando também a assistência à maternidade, à infância e à adolescência. A previdência, em realidade passou, então, a contemplar também a assistência à Saúde, benefícios pecuniários e pensões que foram regulamentados por lei, mas dentro da esfera contributiva (FALEIROS, 2005).

Quando a velhice passa de questão filantrópica e privada para a esfera pública, a perspectiva dominante tornou-se a incorporação do direito do trabalhador e não o direito da pessoa em processo de envelhecimento. Ao mesmo tempo, manifestava-se que a velhice tinha uma relação profunda com a privacidade, o âmbito da família e o âmbito da filantropia e da religião. As Sociedades São Vicente de Paula tentavam manter a família assistida em lares subsidiados e os asilos atendiam àqueles privados de laços familiares e de renda (FALEIROS, 2007). O marco legal reconhecido mundialmente como relacionado aos direitos dos idosos foi em 10 de dezembro de 1948, dia no qual a Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) promulgou a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Este documento histórico, além de afirmar que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos, define os universais direitos dos idosos (ONU, 1948):

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controle (ONU, 1948, art. 25).

Em 1960, sob a Lei nº 3.807, é aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Esta Lei previa 35 anos de contribuição para se ter a aposentadoria integral aos 55 anos de idade. Grandes pressões sindicais contribuíram para a aprovação da aposentadoria por tempo de serviço em 1962, sem limite de idade. A Lei Orgânica da Previdência Social de

1960 estabeleceu um marco de unificação e uniformização das normas infraconstitucionais existentes sobre a Previdência Social, já buscadas, mas até então nunca alcançadas. No plano substancial, a LOPS criou alguns benefícios, como o auxílio natalidade, o auxílio funeral e o auxílio reclusão. Vale salientar que a essa altura a Previdência Social já beneficiava todos os trabalhadores urbanos (HOMCI, 2009).

Em 1963, o Serviço Social do Comércio (SESC) começa suas atividades de amparo aos idosos, o que, mais tarde, revoluciona a assistência social ao idoso. O SESC tinha por finalidade promover um envelhecimento de qualidade aos idosos associados com atividades de lazer. Na Legião Brasileira de Assistência (LBA) e no SESC, as atividades se voltam para trabalhos manuais, passeios, bailes, excursões, ginástica e conferências (FALEIROS, 2007).

Depois do golpe militar de 1964 a política econômica favoreceu o tripé Estado/multinacionais/burguesia nacional com forte participação do Estado na economia, mas com repressão aos movimentos sociais e sindicais e arrocho salarial (FALEIROS, 1992). Com a publicação do Livro Branco da Previdência Social, o governo criticou a pluralidade dos Institutos de Previdência e Assistência e forçou a unificação da previdência social, já prevista na Lei Orgânica de Previdência Social. Assim, a Constituição Federal de 1967 já faz referência à previdência social “nos casos de velhice” (IURCONVITE, 2006).

É no bojo do sistema previdenciário, que fica garantida a assistência à saúde, alguns benefícios pecuniários e pensões que são regulamentados por lei, mas dentro da esfera contributiva. Para os não contribuintes prevalece o modelo filantrópico onde se exigia o atestado de pobreza para ser atendido. Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo todos os Institutos de Previdência e Assistência (IAPS) (FALEIROS, 2006).

Em 1974, sob a Lei nº 6.036, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social e desvinculando questões previdenciárias e de aposentadorias das empresas e dos sindicatos. Os sindicatos perderam recursos financeiros, centrando suas lutas nos trabalhadores ativos, deixando a questão das aposentadorias para o Ministério do Trabalho e Previdência Social (HADDAD, 2001).

Nesse contexto ocorre a aprovação da Lei nº 6.119/1974, que institui o benefício da Renda Mensal Vitalícia (RMV), no valor de 50% do salário mínimo para maiores de 70 anos que houvessem contribuído, ao menos um ano, para a previdência social. Em 1974, o Governo Federal inicia também o Programa de Assistência ao idoso através do INPS (CAMARANO; PASINATO, 2004). O benefício de Renda Mensal Vitalícia, transferia a

responsabilidade para a área da Assistência Social, antes de responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); e o Programa de Assistência ao Idoso, desenvolvido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), visava à promoção humana por meio de um conjunto de ações que desencadeassem um processo de desenvolvimento humano e social (REZENDE, 2008).

O Brasil já contava com uma política de bem-estar social que incluía previdência social, saúde, educação e habitação. No final da década de 1970, o INPS passou a apoiar os centros de convivência como lugares de socialização, e os idosos começaram a se organizarem em associações (RODRIGUES, 2005). Foi também nesse período que o Brasil passou a inserir nos cursos de graduação e de pós-graduação pesquisas e disciplinas voltadas para a área do envelhecimento. As políticas brasileiras para o idoso provinham renda para aqueles que trabalharam em certo período ou assistência social para o idoso necessitado e os dependentes, ou seja, as políticas eram voltadas para os idosos “vulneráveis”. Em 1976, o MPAS edita o primeiro documento do Governo Federal em nível nacional, denominado política social para o idoso, contendo diretrizes básicas com o objetivo de identificar as condições de vida da população idosa brasileira e do apoio assistencial existente para atender às necessidades desse público. O documento foi criado a partir de seminários regionais realizados em Belo Horizonte, São Paulo e Fortaleza (OTTONI, 2012).

Em 1977, tornava-se real a organização social denominada Associação Cearense Pró-Idosos (Acepi), que tinha por objetivo reivindicar os direitos dos idosos em parceria com o Governo Federal. Nessa mesma década, ocorreu a proliferação de conselhos, comitês e comissões que assessoravam a Administração Pública em relação ao idoso. Essas instituições contribuíam na luta pelos salários dos idosos. Haddad (2001) refere que o Decreto 77.077/1976, calculou os proventos da aposentadoria abaixo do salário mínimo.

Em contrapartida, aposentados moveram ações na Justiça contra o Estado para receberem a depreciação, que era de 147%. Isto equivalia ao cálculo das perdas das aposentadorias em relação aos salários da ativa para os aposentados que recebiam valores superiores a um salário mínimo. A luta pelos 147% começou nos anos de 1980, através de passeatas e manifestações, com mobilização da opinião pública e pressão para atendimento às reivindicações, por meio de diversas caravanas de aposentados ao Congresso Nacional. No período da votação de leis para o favorecimento dos aposentados. Nesse período, houve crescimento das associações dos aposentados, e estas se reuniram em uma Confederação, a Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos para lutar pelos seus direitos (DEBERT, 2004).

As associações tiveram dois discursos principais: a crítica ao Governo Federal, pelo uso das contribuições destinadas às aposentadorias, utilizadas na construção de obras caras e de pouca relevância ao país, e outra, a simpatia do mesmo governo pelas classes dominantes, desprezando os trabalhadores menos favorecidos, principalmente os aposentados. Havia também outras questões internas nas próprias associações e sindicatos, como interesses partidários, divergência entre antigos e novos sindicalistas, opiniões diversas, dentre outras (OTONNI, 2009).

Em 1982, acontece em Viena a Primeira Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, organizada pela ONU, tendo por objetivo iniciar um programa internacional de ação para garantir a seguridade econômica e social das pessoas idosas, assim como oportunidades para que contribuíssem para o desenvolvimento de seus países (ONU, 1982). Isso deu visibilidade à questão do envelhecimento que, anteriormente, eram visto de forma marginal, não sendo foco de atenção de nenhuma agência especializada das Nações Unidas, a exemplo da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) (CAMARANO et al, 2016)

A maioria dos temas considerados até então era tratada em comissões de natureza econômica ou política, nas quais os temas sociais não ocupavam o mesmo lugar e os direitos humanos recebiam um tratamento adequado (CAMARANO; PASINATO, 2002). O Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento adotado na Primeira Assembléia Mundial (ONU, 1982). Foi estruturado em forma de 66 recomendações para os Estados-Membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação.

Naquela mesma década surgiram também as primeiras Universidades da Terceira Idade e continuou a expansão dos grupos de convivência articulados a várias organizações. As Conferências de Saúde sempre foram fundamentais para a democratização do setor. Em 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde". Marco para a saúde pública no Brasil pelo seu caráter democrático, com grande participação popular, com cerca de 1000 delegados dos diversos segmentos, entre usuários, trabalhadores, partidos políticos, universidades, parlamentares e gestores, com cerca de 4000 participantes e esteia a base para a criação do SUS e Assembléia Nacional Constituinte, culminando com a Constituição de 1988 onde é contemplado explicitamente pela primeira vez a saúde. A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CNS, 2013).

## 2.2 Os direitos do idoso na perspectiva da proteção integral

O Brasil foi um dos primeiros países da América Latina a implementar políticas de garantia de renda ao trabalhador, sendo que a Constituição Federal de 1988 teve relevante contribuição nesse processo. Com ela, o Brasil passa a ter a Previdência Social como um seguro social; e a Assistência Social deixa de ser um favor para se tornar uma política pública não contributiva e de direito, a Constituição de 1988 refletiu um pacto social fundado na redemocratização da sociedade, na garantia de direitos e na implementação de uma forma de organização política que viesse superar o centralismo e a fragmentação de políticas sociais (CAMARANO; PASINATO; 2004).

A Constituição DE 1988 trouxe em seu texto, expressamente, direitos e garantias fundamentais, dependendo, entretanto, de vontade política para o implemento da norma e direcionamento das políticas públicas para a proteção do ser humano, sempre que não for auto-aplicável o dispositivo constitucional, ou no caso de depender de implementação de políticas públicas Isso acarretará implicações nas políticas para os idosos. Os direitos da pessoa idosa estão presentes nos capítulos da assistência, da família, do trabalho e da previdência, mas também aparecem tanto na área dos direitos decorrentes da solidariedade ou reciprocidade, como de cobertura de necessidades (não contributivos) e em decorrência da contribuição e do trabalho (NETO, 2003).

Enquanto membro do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento adotado na Primeira Assembléia Mundial (ONU, 1982), o Brasil precisou implementar políticas em prol dos idosos. Anterior a isso, a população brasileira já reivindicava direitos e apoio governamental aos idosos. Em 1960, foi criada a União dos Aposentados e Pensionistas do Brasil; em 1977, a Associação Cearense Pró-idosos (Acepi); em 1984, surgiu a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (Cobap); e, em 1985, foi criada a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), visando estabelecer ações práticas, científicas e políticas em favor dos idosos (CAMARANO, 2004).

Porém, foi somente com a Constituição Federal de 1988 que as políticas para os idosos tiveram grande avanço, pois a seguridade social desvinculou-se do contexto trabalhista e assistencialista, passando a direito de cidadania, tendo como princípios básicos a universalização, a igualdade de benefícios rurais e urbanos, a fixação do benefício em um salário mínimo e a participação comunitária. Nos avanços conquistados com a Constituição de 1988, são citadas várias passagens que também fazem referência aos idosos e aos seus direitos, como o dever do Estado promover o bem de todos, sem preconceitos de idade

(BRASIL, 1988, art. 3º); a proibição de diferenças salariais e critérios de admissão por idade (BRASIL, 1988, art. 7º); o voto facultativo para pessoas maiores de 70 anos (BRASIL, 1988, art. 3º); a disponibilidade de recursos para a seguridade social provenientes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 1988, art. 195); a saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário (BRASIL, 1988, art. 196); a previsão de cobertura previdenciária por invalidez, morte e idade avançada, estabelecendo aposentadoria ao homem com 65 anos e à mulher com 60 anos, e redução em cinco anos a aposentadoria para trabalhadores rurais (BRASIL, 1988, art. 201).

A Constituição Federal de 1988 prevê a política pública de assistência social a quem dela necessitar, sem a obrigação de contribuição, objetivando proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice (BRASIL, 1988, art. 203). Nessa perspectiva, garante um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que não consegue prover sua subsistência ou que a família não consegue provê-la, sendo dever dos filhos maiores ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Explicita também que é dever da família, da sociedade e do Estado amparar os idosos, assegurar a participação destes na sociedade, defender a dignidade e o bem-estar e garantir o direito à vida, bem como que os programas de amparo aos idosos deverão ser realizados, de preferência, nos seus lares, tendo os maiores de 65 anos a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (BRASIL, 1988, art. 230).

Mesmo com as conquistas implantadas pela Constituição Federal de 1988, a família continuou sendo a principal responsável pelo idoso, inclusive podendo ser criminalizada, se não prover a subsistência do ascendente inválido ou da pessoa maior de 60 anos, sem justa causa (BRASIL, 1984). A Constituição de 1988 se configura em um sistema de garantias da cidadania contendo muitos dos princípios elencados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) para definir um novo modelo de proteção social como sendo um sistema de seguridade social. Isso foi um grande avanço nas políticas de proteção social aos idosos brasileiros, desvinculando a rede de proteção assistencialista e passando a adquirir uma nova modalidade de direito de cidadania (LIMA, 2017)

Após ela, aconteceram eventos internacionais que ajudaram a concretizar as conquistas em prol dos idosos, pois, na década de 1990, a questão do idoso entrou na agenda dos países em desenvolvimento devido ao rápido processo de envelhecimento desses países, o que ajudou no procedimento de concretização dos direitos. Em 1992, a ONU aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento, e declarou o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos, com o slogan “sociedade para todas as idades”, fazendo da data um marco sobre

as questões ligadas ao envelhecimento (ONU, 1992). No Ano Internacional dos Idosos, países membros das Nações Unidas comprometeram-se a efetivar os cinco princípios básicos em favor dos idosos: dignidade, independência, participação, autorrealização e cuidados. Ainda na década de 1990, os idosos já faziam parte, ainda que timidamente, das conferências mundiais sobre gênero, população, meio ambiente e outros. Mais tarde, os idosos tornaram-se um segmento ativo e atuante na busca de direitos e do bem-estar para a sociedade.

A partir da Constituição de 1988, surgiram várias legislações, sendo que algumas delas beneficiaram os idosos, merecendo destaque as seguintes: (BRASIL, 2006):

- 1989: Portaria Federal de nº 810/1989 do Ministério da Saúde, que determina a normatização do funcionamento padronizado de instituições ou estabelecimentos de atendimento ao idoso

- 1991: Aprovação dos Planos de Custeio e de Benefício da Previdência Social, estabelecendo novas regras para a manutenção do valor real dos benefícios.

- 1993: Estatuto do Ministério Público da União e a Lei nº 8.742/1993 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) –, reconhecida como política de seguridade social responsável pela garantia de proteção social à população socialmente mais exposta a riscos.

- 1994: Política Nacional do Idoso (PNI). Política Nacional do Idoso Apesar da inserção sobre as questões do envelhecimento na Constituição Federal de 1988, somente em 1994 foi instituída uma política nacional voltada especificamente para os Idosos, a Política Nacional do Idoso, Lei n. 8842/94 que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, como é estabelecido em seu art. 1º.

- 1995: Decreto nº 1.605/1995, que regulamentou o Fundo Nacional de Assistência Social.

- 1996: Decreto nº 1.948/1996, que regulamentou a Política Nacional do Idoso e criou o Conselho Nacional do Idoso. Uma das respostas dada pelo Estado brasileiro em conjunto com a sociedade foi a aprovação da Política Nacional do Idoso (PNI), por meio da Lei no 8.842/1994 e regulamentada pelo Decreto no 1.948/1996. Em 1994, a proporção da população idosa brasileira era de aproximadamente 8%. Isso foi um passo importante para a garantia de direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.(CARAMANO, 2014).

- 2003: Lei Federal nº 10.741/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, regulamentando os direitos da faixa populacional brasileira com idade igual ou superior a 60 anos.

- 2004: Política Nacional de Assistência Social (PNAS). É a política que junto com as políticas setoriais, considera as desigualdades sócio-territoriais, visando seu enfrentamento, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender à sociedade e à universalização dos direitos sociais. O público dessa política são os cidadãos e grupos que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade social, tendo em vista a garantia de acesso, a quem dela necessitar e sem contribuição prévia (SPOSATI, 2004).

- 2005: Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Um novo modelo de organização da assistência social com enfoque na proteção social, a partir da configuração de um sistema que reorganiza as ações por níveis de complexidade, Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média Complexidade, Proteção Social Especial de Alta Complexidade. A gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema público, descentralizado e participativo, destinado à gestão da assistência social, por meio da integração das ações dos entes públicos – União, Estados, Municípios e Distrito Federal –, e das entidades privadas de assistência social (BRASIL, 2005)

- 2006: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 399/2006, que se constitui em um conjunto de reformas institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), compartilhado pela União, pelos estados e municípios (BRASIL, 2006).

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é um instrumento legal que contém concepções e direitos que substituem a forma com que a Assistência Social tratou a questão da pobreza, ou seja, na base da caridade, da filantropia e do favor. Representou um marco para a assistência social, pois a reconheceu como direito, permitindo aos sujeitos usufruírem de benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais. Na história brasileira, a assistência social foi tida como uma ação paternalista e clientelista do Estado, realizada, muitas vezes, de forma fragmentada e sem um estudo concreto da situação social do país, sendo tida como algo secundário nas ações governamentais. Dessa forma, confundia-se assistência social com caridade e ajuda aos pobres (OLIVEIRA, 2007).

A LOAS rompeu com modelos fragmentados de assistência social para se constituir em uma importante rede de proteção social brasileira. Com a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no qual o Estado assume a política, mediante um conjunto de serviços e benefícios, destacando-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC<sup>1</sup>)

---

Constitui-se na garantia de renda básica no valor de um salário mínimo destinado a pessoas com deficiência e aos idosos a partir de 65 anos de idade ou mais, que comprovem não conseguirem manter a sua subsistência ou

e o Programa Bolsa Família (PBF), que proporcionaram mais dignidade e cidadania às famílias brasileiras (LOPES; RIZZOTTI, 2010). É considerada uma inovação para a assistência social, pois deu a ela o *status* de política pública. Em seu conteúdo prevê que a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é política de seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993, art. 1º).

Após a aprovação da LOAS, houve um processo de reestruturação da gestão pública e participativa que fez com que a assistência social ganhasse um conjunto de normas que possibilitaram a universalização do atendimento. Por meio dela, foram regulamentados os artigos constitucionais referentes à natureza não contributiva da assistência social e a sua vinculação às ações governamentais realizadas com recursos do orçamento da seguridade social (BRASIL, 1988). Assim, a assistência social, deixa de ser uma ação voluntária para se tornar um direito do cidadão, tornando-se política pública.

Após seis anos de tramitação no Congresso Nacional, institui-se o Estatuto do Idoso, regulamentando os direitos da faixa populacional brasileira com idade igual ou superior a 60 anos. O Estatuto do Idoso busca oferecer tratamento integral e de longo prazo, com medidas que visem ao bem-estar dos idosos. Além disso, objetiva também promover igualdade e justiça social para a população idosa mais fragilizada. Antes de ser sancionado o Estatuto do Idoso no ano de 2003, a legislação referente aos idosos era fragmentada. O Estatuto do Idoso aglutinou muitas leis e políticas existentes e incorporou novos elementos, com visão integralizadora e medidas que visam ao bem-estar da população idosa, de forma igualitária e personalizada, sendo um marco importante na política pública brasileira como instrumento legal de proteção aos idosos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

De modo geral, a estrutura desse instrumento legal está disposta em sete títulos. No Título I, das disposições preliminares, define-se quem é o idoso, colocando-o como cidadão, com prioridades de direitos e de atendimentos. O Título II diz respeito aos direitos fundamentais, como a vida, a liberdade, o respeito e dignidade; versa também sobre os alimentos, a saúde, a cultura, a educação, o esporte e o lazer, transporte, trabalho, previdência e assistência social. No Título III constam as medidas de proteção, definindo quando e quem deve aplicá-las. O Título IV diz respeito à política de atendimento ao idoso, com as corresponsabilidades de órgãos públicos e privados da União, dos estados, do Distrito Federal

---

tê-la mantida por sua família. O benefício é no valor de um salário mínimo vigente e, para isso, a pessoa não pode exercer atividade remunerada, não sendo pago o 13º salário (BRASIL, 1993).

e dos municípios, regulando a ação de entidades de atendimento com normas e sanções. No Título V, do acesso à justiça, são dadas prioridades ao atendimento dos idosos e às competências do Ministério Público nos atendimentos. O Título VI trata sobre os crimes, identificando seus tipos, classificando-os e estabelecendo sanções. No Título VII, das disposições finais e transitórias, são inclusos, no Código Penal, os crimes e o aumento da pena em 1/3 (um terço) para crimes cometidos contra idosos; diz-se sobre as fontes de recursos públicos para programas e ações que atendam aos idosos; incluem-se, no censo demográfico do Brasil, dados referentes aos idosos e se prevê projeto de lei para revisão dos critérios de concessão do BPC previsto na LOAS, visando à garantia de desenvolvimento socioeconômico do país (BRASIL, 2003).

Ao analisar os artigos do Estatuto do Idoso, destacam-se os mais relevantes: quem é considerado idoso no Brasil, ou seja, aqueles com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003, art. 1º); responsáveis pelo cuidado com o idoso, como a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público (BRASIL, 2003, art. 4º); a proibição de qualquer tipo de negligência, discriminação, opressão, crueldade ou violação de direitos (BRASIL, 2003, art. 4º); o direito à vida e ao envelhecimento ativo, assistido dignamente, rezando que o Estado é o responsável por proteger a vida e a saúde do idoso por meio de políticas públicas (BRASIL, 2003, art. 8º e 9º); o direito à liberdade e ao respeito (BRASIL, 2003, art. 10º); a prestação de alimentos ao idoso vulnerável e, na hipótese de a família não ter condições financeiras para lhe prestar assistência alimentar, essa obrigação é transferida para o poder público, mediante disposto na LOAS, de 1993 (BRASIL, 2003, art. 11-14).

No que se refere à saúde do idoso, este direito é assegurada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo o idoso acesso universal e igualitário, incluindo atendimento domiciliar e gratuidade de medicamentos, principalmente os de uso contínuo, bem como próteses, órteses e demais recursos usados para o tratamento, a habilitação ou a reabilitação (BRASIL, 2003, art. 15. Ainda que nele conste a proibição da cobrança de valores diferenciados pelos planos de saúde, em razão da idade o Estatuto do Idoso é desrespeitado pela iniciativa privada, pois incrementa valores abusivos de acordo com a Quanto à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, estimula a socialização, o aprimoramento intelectual e técnico, promovendo desconto de 50% em diversos eventos, dentre outros (BRASIL, 2003, art. 20; 25).

No que se refere à atividade profissional, cabe ao Poder Público a responsabilidade pela profissionalização e a preparação dos idosos, estimulando a admissão por parte das empresas privadas.-A concessão da vaga ao candidato com a idade mais elevada é o primeiro critério de desempate nos concursos públicos (BRASIL, 2003, art. 26; 28).

Nos programas públicos de habitação, deverá haver uma reserva de 3% (três por cento) das residências destinadas aos idosos, com acesso próprio e financiamento de acordo com o rendimento dessa população. Aos maiores de 65 anos também está prevista a gratuidade nos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos, sendo que 10% dos assentos são destinados a eles (BRASIL, 2003, art. 39). Nos transportes coletivos interestaduais, deverá haver duas vagas gratuitas por veículo para idosos que recebam até dois salários mínimos, e 50% de desconto para os idosos nas mesmas condições, que excederem ao número de vagas gratuitas (BRASIL, 2003, art. 40). Consta ainda a reserva de 5% das vagas em estacionamentos públicos e privados destinados aos idosos (BRASIL, 2003, art. 41). Para as entidades que atendem ao idoso, são expostas normas como: instalações adequadas, higiene, segurança, manutenção do idoso, fornecimento de vestuário e alimentação, preservação dos vínculos familiares, promoção de atividades de educação, esporte, cultura, lazer e outros (BRASIL, 2003, art. 48-50). Por fim, são descritos os crimes cometidos contra idosos e as penalidades ao agressor, com aumento da pena, dependendo do tipo da agressão.

Nesse sentido, é proibido qualquer tipo de discriminação, humilhação, omissão de assistência, lesão corporal, abandono, ações que coloquem em risco a integridade da saúde, física ou psíquica; bem como negar emprego por motivo de idade, apropriação de bens e rendimentos e/ou depreciações implicadas com a população idosa. Também prevê uma pena de seis meses a três anos de prisão para famílias que abandonarem os idosos em hospitais e casas de saúde (BRASIL, 2003, art. 93-108). Dentre as diversas disposições existentes no Estatuto do Idoso, Velazco e Romero (2000) destacam a política de atendimento e as medidas de proteção que são aplicadas quando os direitos forem ameaçados ou violados. De acordo com os autores “isso representa um fator de igualdade e de diferenciação para promover a igualdade substantiva vinculada à justiça social, que nada mais é do que a equidade entre partes desiguais” (VELAZCO; ROMERO, 2000, p. 270).

O Estatuto do Idoso trouxe à população idosa vários benefícios. O caminho percorrido até a legalização desses direitos data da década de 1970, na qual os idosos iniciaram suas reivindicações e se organizaram em associações e movimentos sociais, cobrando das instâncias públicas a implementação de políticas voltadas a esse segmento social. Após essa década, o tema envelhecimento tornou-se destaque em vários congressos e nas pautas das políticas públicas e sociais. Posteriormente, ficando os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implantação da Política Nacional do Idoso (PNI), e por promoverem e realizarem eventos e divulgação para valorização do idoso na sociedade (BRASIL, 2006). Dentre as resoluções mais recentes destaca-se a Lei Federal nº 12.008/2009, a qual

garante aos idosos, às pessoas com deficiência e àqueles que passam por tratamento de doenças graves, como esclerose múltipla, neoplasia maligna, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, dentre outras doenças consideradas graves, prioridade na tramitação de processos administrativos e judiciais (BRASIL, 2009). Outra importante conquista em prol dos idosos consiste na Lei nº 12.213/2010, que instituiu o Fundo Nacional do Idoso, autorizando a dedução do Imposto de Renda<sup>2</sup> a pessoas físicas e jurídicas para doações realizadas aos fundos municipais, estaduais e nacionais do idoso, cujo recurso é gerido pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI) (BRASIL, 2010). Essas doações têm como destino o financiamento de programas e ações para os idosos, visando garantir direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade.

Conforme o exposto, um conjunto de leis federais, estaduais e municipais garantem à pessoa idosa a efetivação de direitos em função da trajetória de vida que se manifesta na velhice. Esses direitos são uma forma de levar em conta a realidade do envelhecimento social e individual (BARROSO, 2001). Entretanto, apesar das conquistas e da garantia formal dos direitos dos idosos, estes enfrentam cotidianamente dificuldades para efetivá-los, vivenciando a realidade de negação de direitos manifestada em múltiplas expressões de violência.

---

<sup>2</sup> Conforme a Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil (RFB) nº 1.131/2011, para que ocorra a dedução do Imposto de Renda em favor do idoso, a pessoa física poderá deduzir na Declaração de Ajuste Anual as doações feitas aos fundos nacional, estadual ou municipal do idoso. As doações devem ser comprovadas via documentos emitidos pelos conselhos gestores; para doações feitas em dinheiro, será necessário depósito em conta específica, devendo esta ser em instituição financeira pública que tenha vínculo com o fundo, sendo que a soma das deduções na Declaração de Ajuste Anual estará limitada a 6% (seis por cento). A pessoa jurídica também poderá deduzir doações no Imposto de Renda. A diferença será que a soma das doações aos Fundos não poderá ultrapassar 1% (um por cento) do imposto devido (BRASIL, 2011)

### **3 PROCESSO DE NEGAÇÃO DOS DIREITOS DO IDOSO: AS MÚLTIPLAS EXPRESSÕES DA VIOLÊNCIA**

O tema da violência tornou-se comum nos dias atuais. Durante todo o dia são veiculadas informações na mídia ou nos círculos sociais, sobre algum ato violento que aconteceu no bairro, município, estado, país e no mundo. A situação parece cada vez mais grave, e esta é uma das maiores preocupações da população atualmente. No Brasil não é diferente, a violência acontece todos os dias, não diferindo muito do contexto mundial. O idoso pela sua constituição biológica e pela negligência em todas as instâncias, sofre mais do que outras populações. Diante disso, nesta seção, apresentam-se as principais expressões de violência que atingem o idoso, traduzidas como processos de negação de direitos.

#### **3.1 A violência contra o idoso**

A violência contra pessoas idosas foi descrita pela primeira vez em 1975 como “espancamento de avós” por dois pesquisadores ingleses (BAKER; BURSTON, 1975). Desde então, têm sido tema de pesquisas científicas que fundamentam ações governamentais e organizações internacionais em todo mundo, estando situada em um contexto de negação da vida, de destruição do poder legitimado pelo direito, seja pela transgressão da norma e da tolerância, seja pela transgressão da confiança intergeracional, pela negação da diferença, pela negação das mediações do conflito e pelo distanciamento das realizações efetivas dos potenciais dos idosos ou ainda pelo impedimento de sua palavra, de sua participação (FALEIROS, 2004).

No Brasil, tem se tratado sobre o tema, sobretudo nas duas últimas décadas, por causa do aumento do número da população idosa no país que tornou irreversível a sua presença em todos os âmbitos da sociedade e se deve, principalmente, ao protagonismo dos movimentos realizados pela própria população idosa ou por instituições aliadas, seja em associações de aposentados, nos conselhos específicos e em movimentos políticos, sociais e de direitos. Essas ações repercutiram tanto na promulgação da Política Nacional do Idoso em 1994 como no Estatuto do Idoso em 2003. Em ambos os documentos estão declarados que os maus-tratos contra idosos constituem violações de seus direitos.

A violência contra a pessoa idosa pode assumir várias formas e ocorrer em diferentes situações, como o cárcere privado, o cerceamento da escolha sobre o que fazer, a restrição dos direitos pessoais, a privação da dignidade, o fornecimento insuficiente de cuidados, negligência emocional e a submedicação, são atos violentos que ocorrem frequentemente. A violência contra a pessoa idosa podem ser visíveis ou invisíveis: as visíveis são as mortes e lesões; as invisíveis são aquelas que ocorrem sem machucar o corpo, mas provocam sofrimento, desesperança, depressão e medo (OMS, 2014).

Por diferentes motivos, entretanto, é impossível dimensioná-la em toda a sua abrangência: ela é subdiagnosticada e subnotificada, principalmente pela proximidade e laços afetivos com os agressores. A Lei 12.461/2011 que reformula o artigo 19 do Estatuto do Idoso aprovado sob a Lei 10.741/2003, ressaltou a obrigatoriedade da notificação por profissionais de saúde de instituições públicas ou privadas às autoridades sanitárias, quando constatarem casos de suspeita ou confirmação de violência contra pessoas idosas, bem como a sua comunicação aos seguintes órgãos: Autoridade Policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso. Fala-se, pois, de violências visíveis e invisíveis (MINAYO, SDH, 2014).

Apesar de haver insuficiente publicidade sobre o tema, especialmente em países em desenvolvimento, a estimativa é que entre 4 e 6% das pessoas idosas sofram algum tipo de violência, sendo que esta cifra traduz-se em dezenas de milhões e a previsão é o aumento, pois muitos países estão vivenciando o envelhecimento rápido da população. Os casos em instituições também são difíceis de apurar por serem escassos ou mascarados. Nos Estados Unidos da América (EUA), a estatística constatou 10% de idosos que sofreram algum tipo de violência física e 40% admitiu a violência psicológica (OMS, 2005).

O abuso de idosos diz respeito ao ato único ou repetido ou falta de ação apropriada, ocorrida em qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança que cause dano ou angústia a uma pessoa mais velha, bem como o uso intencional da força física ou do poder, real ou potencial, contra si próprio, contra outras pessoas ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (MINAYO, 2005, p. 16).

As consequências da violência podem ser particularmente graves, porque as condições dos idosos são precarizadas pela fragilidade dos ossos, corpos, psicológico, com convalescença e cuidados mais longos e dispendiosos. Pouco se sabe sobre violência contra idosos e como preveni-la, especialmente em países subdesenvolvidos (OMS, 2014).

A origem, da palavra “violência” provém do latim “violentia”, que significa veemência, impetuosidade, e deriva da raiz latina “vis”, força. Contudo, embora a força seja o cerne da violência, não é somente o uso da força que define um ato de violência. O uso do poder ou da força, que possui uma intencionalidade implícita ou explícita e causa danos ao violentado, não é necessariamente físico, mas pode ser também psicológico, a privação de algo ou a negligência. Nesse sentido, a agressão física ou verbal, abuso sexual, abandono ou a violação dos direitos humanos, dentre outros, são considerados atos de violência (PINHEIRO et al., 2003). Existem três tipos de violência, as quais podem se classificar em violência auto-afligida – contra si mesmo; a interpessoal – praticada por uma pessoa um grupo; e a coletiva – perpetrada pelo Estado e suas organizações (CAVALLI, 2009).

Por se tratar de uma discussão complexa e conflitante, vários estudiosos, em diversos tempos, tentaram explicar o fenômeno da violência. Entretanto, não há uma teoria, ou definição única para ela, considerando sua complexidade e características peculiares nos diferentes tempos e espaços, e o mundo envelhece a cada dia, são um milhão de idosos que completam 60 anos todos os meses (OMS, 2005). Enquanto no mundo industrializado os idosos granjearam capital e envelheceram, no Brasil este fenômeno aconteceu de forma abrupta em meio a um capitalismo tardio onde a máquina estatal serve de esteio para um capital monopolista, passando por cima de leis e regulações e colocando a população envelhecida na condição de “invisíveis” a exemplo do que se fez com os “menores” no século passado (MINAYO, 2005).

A violência não tem como único fator o aspecto biológico. Trata-se de um fenômeno biopsicossocial, que tem como espaço de criação e desenvolvimento a vida em sociedade, de forma que para entendê-la seria necessário apelar para a especificidade histórica (MINAYO, 1994). Marino (2004) analisa as formas e tendências históricas da violência na América Latina, considera que a mesma se encontra alicerçada em três princípios básicos: a desigualdade econômica, a desintegração social e a distribuição desigual do poder no “capital simbólico”, termo descrito por Bourdier para demonstrar os componentes histórico, social, cultural e econômico dos indivíduos inseridos em determinado espaço social.

A posição de um determinado agente no espaço social pode assim ser definida pela posição que ele ocupa nos diferentes campos, quer dizer, na distribuição dos poderes que atuam em cada um deles, seja, sobretudo, o capital econômico – nas suas diferentes espécies -, o capital cultural e o capital social e também o capital simbólico, geralmente chamado prestígio, reputação, fama etc.. que é a forma percebida e reconhecida como legítima das diferentes espécies de capita. Pode-se assim construir um modelo simplificado do campo social no seu conjunto que permite pensar a posição de cada agente em todos os espaços de jogo possíveis

(dando-se por entendido que, se cada campo tem a sua lógica própria e a sua hierarquia própria, a hierarquia que se estabelece entre as espécies do capital e a ligação estatística existente entre os diferentes haveres fazem com que o campo econômico tenda a impor a sua estrutura aos outros campos (BOURDIEU, 1989, p. 134).

O acelerado crescimento da população idosa brasileira vem exigindo a construção de estratégias e políticas visando à promoção do envelhecimento saudável e a garantia dos direitos humanos, uma vez que o envelhecimento torna mais visíveis problemáticas antes consideradas “silenciosas”, como o fenômeno da violência contra a pessoa idosa. Não obstante, constata-se uma enorme diferença entre aquilo que assegura a Constituição de 1988 e o Estatuto do Idoso. A integralidade de direitos constitucionais já deveria ser suficiente para assegurar os direitos dos idosos, porém fez-se necessário incluí-los na política de proteção integral e um estatuto próprio, visto a incipiência no cumprimento das leis (STEPANSKI et al., 2013).

A violência contra o idoso é um problema que remonta a tempos passados e sempre esteve presente em todos os tipos de sociedade. E é uma ilusão pensar que as sociedades de qualquer tempo tratavam bem essa população, pois a história não mostra isso na maioria dos casos. Preconceito e discriminação são as formas mais antigas, comuns e frequentes de violência contra os idosos. Os jovens e adultos, nos mais diferentes contextos históricos, tenderam a desvalorizá-los e a tratá-los como descartáveis, inúteis e sem função social. Esse comportamento estimula a depressão, o isolamento e, em muitos, o desejo de morte por parte do idoso (SOUZA, 2004).

Tanto quanto a violência, o próprio envelhecimento é tratado de forma diferenciada de acordo com a sociedade analisada. Historicamente, envelhecer era sinônimo de vida abastada, pois os pobres raramente chegavam à velhice. Os esquimós, por exemplo, trabalhavam até não conseguirem mais manter, sozinhos, a própria sobrevivência e, nesse momento, cometiam suicídio, pois, nessas sociedades, pessoas incapacitadas para se auto-proverem deveriam desaparecer. No Himalaia, as famílias são patriarcais, respeitadas, possuem papéis multigeracionais bem definidos e zelam por seus idosos, sobrevivem de seu trabalho na lavoura e sabem ler. No entanto, os idosos sem filhos e analfabetos são desprezados pela sociedade, contando apenas com o apoio dos parentes consanguíneos para sobreviver. Entre os cunas, no Panamá, o marido da irmã mais velha atua como chefe de família, mantido enquanto tiver capacidade para tal, pois o fator idade não proporciona nenhum posto de autoridade ou benefícios diferenciados entre os membros da família. A inteligência e a experiência são os determinantes primordiais (SOUSA, 2004).

Os incas permaneciam ativos até os 50 anos, podendo ser recrutados para o exército ou serviços comunitários. A partir dos 80 anos, passavam a executar tarefas de pequeno porte, mas continuavam a ser temidos e obedecidos por todos, tendo poder, inclusive, para castigar crianças desobedientes. Cabia ao Estado fornecer-lhes gratuitamente comida, roupa, remédios e moradia até a sua morte, além de não lhes cobrar impostos. As famílias dos vikings eram trigeracionais, conviviam em grupos e se ajudavam mutuamente. No entanto, em situações de crise, idosos e recém-nascidos eram abandonados, pois os provimentos existentes eram destinados aos mais jovens e saudáveis, mantenedores dos grupos. Entre os balineses os papéis eram bem definidos, mas com o passar do tempo, as tarefas dos idosos aumentavam devido ao respeito e à experiência que acumulavam: as mulheres cuidavam da família, os homens não exerciam trabalhos físicos, mas assumiam papel de médico e contador de histórias, eram sacerdotes honorários dos templos e opinavam sobre o rumo da aldeia. As mulheres idosas, sem qualquer direito à herança, dirigiam as tarefas domésticas e as dividiam com as mais jovens. Os árabes idosos da civilização islâmica eram respeitados como mestres por sua consciência, alto padrão moral e conhecimento profundo dos assuntos da sociedade. Entre os índios Caiapós, no Brasil, o “Conselho dos Velhos”, identificado pelo uso do botoque (disco labial de madeira), tem como principal tarefa estabelecer regras para o comportamento político e social da comunidade (SOUSA, 2004).

A partir do reconhecimento de que as expressões da violência são, em sua maioria, perpetradas no domicílio do idoso, vale ressaltar a ação profissional diante desse âmbito familiar, uma vez que muitas famílias encontram-se sobrecarregadas nas suas funções visto a ausência do Estado em ampará-las na responsabilização conjunta. Com a redescoberta da família como mecanismo de proteção social, a mesma passa a ser reconhecida como um espaço de proteção, cuidado, constituição e desenvolvimento dos sujeitos e alvo de constantes políticas sociais. Como consequência há, primeiramente, a responsabilização das famílias na garantia do bem-estar de seus membros e, quando não há tal resposta, tais políticas sociais são acionadas. A maioria das queixas de violência contra idosos refere-se à violência praticada por familiares, 90% dos casos ocorrem no interior dos lares; 2/3 dos agressores são filhos homens, noras, genros e cônjuges; e há uma forte associação nos casos em que o agressor físico e emocional usa drogas (MINAYO, 2004).

Contribuem para a maior vulnerabilidade os seguintes fatores: o agressor viver na mesma casa que a vítima; existirem relações de dependência financeira entre pais e filhos; o ambiente de pouca comunicação, pouco afeto e vínculos fragilizados na família; o isolamento social da família e da pessoa idosa; haver história de violência na família; o cuidador ter sido

vítima de violência doméstica; e a presença de qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico. Cerca de 50% dos agressores demonstram problemas com bebida alcoólica; os agressores físicos e emocionais usam álcool e drogas numa proporção três vezes maior que os não agressores; e a presença de depressão ou outros sintomas psiquiátricos está associada à transformação do cuidador em maltratante e agressor. No Brasil, vive-se uma realidade diferente para as diversas camadas da população, havendo de um lado, um oásis de cidadãos plenos, com direitos resguardados, aposentadorias, férias diferenciadas, acessos a serviços e benesse que o Estado pode comprar. De outro lado, há cidadãos com direitos restritos à mercê da previdência básica que o Estado oferece (KALASHE, 2012).

Não obstante, constata-se uma enorme diferença entre aquilo que assegura a Constituição de 1988 e o Estatuto do Idoso. No Brasil um acentuador da busca desenfreada de enriquecimento da população, em muito é a “suposta” precariedade dos serviços públicos. Assim, o cidadão almeja enriquecer para comprar um carro para fugir do coletivo lotado, almeja pagar um plano de saúde pela precariedade do sistema público, morar num condomínio pela falta de segurança, uma escola particular pela deficiência do ensino público. O que se vê em países desenvolvidos econômica e socialmente, os cidadãos almejam a classe média porque o Estado supre as necessidades do cidadão. Com os idosos se reproduz a violência estatal ao não garantir os direitos e o poder aquisitivo de que precisam, visto que na velhice os gastos se acentuam, com novos medicamentos e consultas médicas constantes, que às vezes o sistema público não garante. A confiança no sistema financeiro não existe e muitos montepios e fundos de pensão faliram no decorrer dos anos, vitimados pela instabilidade da moeda, monetária e a desconfiança nos gestores, além dos desfalques públicos e notórios. Pode-se perceber as discrepâncias entre direito formal e o direito real vivido na dinâmica da vida do idoso, especialmente ao constatar que a atenção e proteção se realiza como um processo excludente, pautado em novos conceitos que o legitimam. O idoso é violentado e violado de múltiplas maneiras, desde a estrutural – questão social, velhice pobre, desprotegida e abandonada –; institucional e familiar – desatenção, negligência e maus tratos –; e estatal – descumprimento das leis e ausência de políticas e ações –, até as expressões de violência física no ambiente doméstico dos lares e nos espaços urbanos (MINAYO, 2004).

No Brasil, o nível de esperança de vida ao nascer dobrou em relativamente poucas décadas, numa velocidade muito maior que nos países europeus que levaram cerca de 140 anos para envelhecer. No caso brasileiro, as violências contra a geração a partir dos 60 anos se expressam em tradicionais formas de discriminação, como o atributo que comumente lhes é impingido como “descartáveis” e “peso social”. Por parte do Estado, o idoso hoje é

responsabilizado pelo custo insustentável da Previdência Social e, ao mesmo tempo, sofre uma enorme omissão quanto a políticas e programas de proteção social específicos. A violência contra a pessoa idosa está situada nesse contexto de negação da vida, de destruição da legitimidade do direito, seja pela transgressão da norma e da tolerância, seja pela transgressão da confiança intergeracional, pela negação da diferença, pela negação das mediações do conflito e pelo distanciamento das realizações efetivas dos potenciais dos idosos ou ainda pelo impedimento de sua palavra, de sua participação (FALEIROS, 2004).

Para o sistema capitalista, e sua lógica empresarial, pautada na produtividade e competitividade, um desempregado com 40 anos, já se torna obsoleto e mais caro do que um empregado jovem. No mundo pós-industrial, a temporalidade mudou de configuração, não dependendo da ação do tempo sobre as coisas e a vida, mas das próprias coisas e da vida programada para um determinado tempo. (PAZ et al., 2012).

### **3.2 As principais expressões de violência contra idosos**

Considerando-se as diversas classificações utilizadas por distintos autores para caracterizar a tipologia ou as expressões de violência contra o idoso, nesse contexto, optou-se por descrever aquelas mais comumente identificadas, tendo em vista a ação profissional dos (as) assistentes sociais. Nessa perspectiva, destacam-se as seguintes expressões da violência:

- **Abuso físico:** uso de força física que pode resultar em dano, dor ou prejuízo físico e até mesmo a morte. Os abusos físicos constituem a forma de violência mais visível e costumam acontecer por meio de empurrões, beliscões, tapas, ou por outros meios mais letais como agressões com cintos, objetos caseiros, armas brancas e armas de fogo. O lugar onde há mais violência física contra a pessoa idosa é sua própria casa ou a casa da sua família, vindo a seguir, as ruas e as instituições de prestação de serviços como as de saúde, de assistência social e residências de longa permanência. Às vezes, o abuso físico resulta em lesões e traumas que levam internação hospitalar ou produzem como resultado a morte da pessoa, outras vezes ele é constante, não deixa marcas sendo quase invisível (BRASIL, 2014).

Frequentemente a pessoa idosa se cala sobre os abusos físicos que sofre e se isola para que outros não tomem conhecimento desse tipo de violência, prejudicando assim sua saúde mental e condições de vida. As estatísticas mostram que, por ano, cerca de 10% dos idosos brasileiros morrem por homicídios, e a incidência comprovada no mundo inteiro é que de 5% a 10% dos idosos sofrem violência física visível ou invisível e que pode ou não provocar a

morte. Das denúncias recebidas pelo “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos”, as agressões físicas correspondem a 34% do total das queixas, vindo em quarto lugar, depois das negligências, dos maus tratos psicológicos e dos abusos econômico, financeiros e patrimoniais (BRASIL, 2013).

- Abuso sexual: contato sexual não consensual de qualquer pessoa com um idoso, práticas eróticas e pornográficas impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Vítimas de abuso sexual costumam sofrer também violência física, psicológica e negligência. Tendem a sentir muita culpa e a ter baixa autoestima e a pensar mais em cometer suicídio que pessoas que não passaram por essa cruel experiência. Uma forma pouco comentada é a violência dos filhos contra seus pais e mães idosos para que eles não namorem ou não tenham relações sexuais. Esse tipo de violência ocorre também em instituições de longa permanência. Há uma ideia muito comum na população de que os velhos são ou deveriam ser assexuados, o que é comprovado preconceito social e abuso de poder. Muitas vezes, atitudes repressivas dos filhos impedem seus pais de terem uma vida afetiva saudável. Ocorre, segundo estudos internacionais (TEASTER et al., 2003) e nacionais (MELO et al., 2006), com menos de 1% das pessoas idosas. Desse total, um décimo ocorre em casa e os abusos são cometidos por pessoas da família e o restante em residências geriátricas. A maioria, cerca de 95%, envolve mulheres com problemas em pelo menos dois de três domínios cognitivos: tempo, espaço e nível pessoal, que vivem em instituições de longa permanência e são agredidas, com mais frequência, por outros residentes (FALEIROS, 2007).

- Abuso emocional ou psicológico: definido como infligência de angústia ou dor emocional. O abuso psicológico corresponde a todas as formas de menosprezo, de desprezo e de preconceito e discriminação que trazem como consequência tristeza, isolamento, solidão, sofrimento mental e, frequentemente, depressão. Ocorre quando é dito à pessoa idosa, expressões depreciativas que causam tristeza e baixa autoestima. Estudos mostram que o sofrimento mental provocado por esse tipo de maltrato contribui para processos depressivos e autodestrutivos, por vezes levando à ideação, tentativas de suicídio ou mesmo ao suicídio consumado (MINAYO; CAVALCANTE, 2010), sendo que os muito pobres e os que têm dependência financeira, física e mental em grau elevado são os que mais sofrem. Isso ocorre, no caso dos doentes, porque eles não podem dominar seu corpo ou sua mente; e no caso dos muito pobres, porque não têm dinheiro para se sustentar, sendo considerados como um peso para muitas famílias ou instituições. Assim, o idoso se depara com problemas de rejeição da autoimagem e tende a assumir como verdadeiros os valores da sociedade que o marginaliza. Em geral, a população idosa considera que a comunidade não se importa com o que acontece

com ela. No “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos” da Secretaria de Direitos Humanos, de 2010 a 2012, a segunda causa de violência mais denunciada foi o abuso psicológico, com 59,3%, vindo depois apenas das negligências, com 69,7% (BRASIL, 2013).

- Exploração financeira ou material: uso ilegal ou impróprio dos bens/ativos de idosos que se refere, principalmente, às disputas de familiares pela posse dos bens ou a ações delituosas cometidas por órgãos públicos e privados em relação às pensões, aposentadorias e outros bens da pessoa idosa. Pesquisas mostram que no mundo inteiro os idosos são vítimas de abusos financeiros. No Brasil, diferentes estudos mostram que mais de 60% das queixas de idosos às delegacias de polícia ou ao Ministério Público tiveram essa causa. O “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos” da Secretaria de Direitos Humano mostra que entre 2010 a 2012 esse tipo de violência foi responsável por 40,1% das denúncias, vindo atrás apenas das negligências e dos abusos psicológicos.” Esse tipo de agressão é cometida, particularmente, por familiares em tentativas de forçar procurações para tutelar a pessoa idosa, para retirar seu acesso aos bens patrimoniais e para vender seus bens e imóveis sem o seu consentimento” (MINAYO, 2014, p. 42).

- Abandono: deserção do idoso por um indivíduo que teve custódia física ou tinha assumido responsabilidade por prover cuidado pelo mesmo. O abandono é uma das maneiras mais perversas de violência contra a pessoa idosa e apresenta várias facetas. As mais comuns que vêm sendo constatadas por cuidadores e órgãos públicos que notificam as queixas são: retirá-la da sua casa contra sua vontade; trocar seu lugar na residência a favor dos mais jovens, como por exemplo, colocá-la num quatinho nos fundos da casa privando-a do convívio com outros membros da família e das relações familiares; conduzi-la a uma instituição de longa permanência contra a sua vontade, para se livrar da sua presença na casa, deixando a essas entidades o domínio sobre sua vida, sua vontade, sua saúde e seu direito de ir e vir; deixá-la sem assistência quando dela necessita, permitindo que passe fome, se desidrate e seja privada de medicamentos e outras necessidades básicas, antecipando sua imobilidade, aniquilando sua personalidade ou promovendo seu lento adoecimento e morte (BRASIL, 2013).

- Negligência: recusa ou fracasso em cumprir obrigações ou deveres para com um idoso. É outra categoria importante para explicar as várias formas de menosprezo e de abandono de pessoas idosas. Pode-se iniciar pela negligência que os serviços públicos cometem, na área da saúde, o desleixo e a inoperância dos órgãos de vigilância sanitária em relação aos abrigos e clínicas. Embora hoje haja normas e padrões da Vigilância Sanitária para seu funcionamento, não há fiscalização suficiente, permitindo que situações de violência

institucional se instalem e se perpetuem. Os casos mais comuns são de inadequação das instalações, do isolamento das pessoas idosas em seus aposentos, da falta ou precariedade de assistência à sua saúde. Em instituições de longa permanência e clínicas, frequentemente as pessoas idosas são maltratadas, despersonalizadas, destituídas de poder, inclusive sobre elas e seus bens, faltando alimentação, higiene e cuidados médicos adequados. Há ainda vários tipos de negligências que ocorrem cotidianamente no atendimento dos serviços de saúde. É o caso das longas filas de espera para consultas e exames, marcados com intervalos de meses, quando o estado de saúde da pessoa idosa vai piorando e se degradando pela falta de atenção devida (MINAYO, 2006). O campeão das reclamações da população idosa é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), seja pela demora na concessão dos benefícios seja pelo descaso e indiferença com que são tratadas. As várias formas de negligência dos serviços públicos têm por base a impessoalidade no trato na prestação de serviços (SDH, 2013).

- Auto-negligência: caracterizada como o comportamento de um idoso que ameace sua própria saúde ou segurança. A definição de auto-negligência exclui uma situação na qual uma pessoa mais velha mentalmente competente ou que entende as consequências de suas decisões, toma uma decisão consciente e voluntária de se ocupar de atos que ameaçam sua saúde ou segurança (BRASIL, 2014).

- Violência medicamentosa: quando há a supressão dos medicamentos necessários, à manutenção da saúde do idoso ou a má distribuição por parte do familiar ou cuidador do idoso (BERZINS, 2007).

À parte toda a complexidade da violência, a Constituição Federal de 1988 reitera que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1998, art. 230). A criação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), foi a maior conquista nesse sentido, tendo o intuito de regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Embora as leis existam, ainda há muito que se elaborar na questão da violência contra a pessoa idosa, pois considerando que, na maioria das vezes, os agressores são os elementos familiares, pode ser muito angustiante para o idoso denunciá-los. A família é uma criação do ser humano que requer a manutenção de uma relação profunda de plena reciprocidade entre os diferentes elementos e gerações. Isso, porém, nem sempre está presente. A questão da denúncia do agressor familiar, no entanto, continua não sendo abordada em todas as suas facetas. São muitos os casos de omissão ou negligência que ocorrem pela exclusiva falta de orientação adequada dos familiares. Nesses casos, punir pode, muitas vezes, significar o afastamento da única pessoa que poderia cuidar do idoso:

E aí alguns questionamentos se impõem: dada a centralidade das famílias na execução das políticas sociais e as mudanças demográficas em curso, quem assumirá o encargo de cuidar das pessoas que moram sozinhas? Quem cuidará das pessoas que moram sozinhas? Com a queda da natalidade, quem contribuirá para o financiamento da Previdência Social? A questão é que, mesmo com a tão propalada centralidade da família nas políticas sociais, o Estado vem se desvencilhando já há mais de trinta anos de uma série de responsabilidades e as vem repassando para as famílias, e isso ao despeito do aumento da vulnerabilidade das mesmas, e não há sinais de que estejam sendo construídos sistemas de proteção sólidos para as gerações futuras. (MIOTO et al., 2015, p. 142).

a violência institucional se destaca, pelos abusos financeiros e econômicos, que constituem a queixa mais comum nas delegacias e em promotorias especializadas do Ministério Público. Referem-se sobretudo, a disputas pela posse de bens dos idosos ou dificuldades financeiras das famílias em arcar com a sua manutenção. Geralmente são cometidos por familiares, em tentativas de forçar procurações que lhes deem acesso, na realização de venda de bens ou imóveis sem o seu consentimento, na ocupação ou posse de imóvel e no confinamento em aposento mínimo em residências que lhes pertencem, dentre outras formas de coação (BRASIL, 2014).

Por parte do Estado acontece quando frustra expectativa de direitos ou se omite na garantia dos direitos sociais. Os exemplos mais comuns são as dificuldades relacionadas à aposentadoria, pensões e concessões devidas, ocorrendo também em prestadoras de serviços, bancos, lojas, sendo os planos de saúde o maior de todas as reclamações, pelo aumento abusivo por faixa de idade, falta de cobertura para muitos procedimentos decorrentes da idade como serviços essenciais, abusos de estelionatários em virtude da vulnerabilidade física do idoso em agências bancárias, caixas eletrônicos, ruas sem sinalização ou tempo adequado para passagem com pessoas com dificuldade de locomoção, roubo de talões de cheque, dinheiro e objetos de forma ilícita.

A violência estrutural, que vitimiza o idoso, resultante da desigualdade social, da penúria provocada pela miséria e discriminação também se expressa em múltiplas formas. Cerca de dois terços dos idosos vive com um salário mínimo de aposentadoria, sendo a maioria deles pobre e muitos são miseráveis. Embora a questão social seja um problema amplo que aflige os idosos, eles são o grupo mais vulnerável, por causa das limitações da idade, pelas injunções de perdas e danos e por problemas de saúde e dependência, situações agravadas na velhice. Idosos com problemas de saúde sofrem mais pelo difícil acesso à saúde decorrentes das limitações físicas da idade. Muitas vezes o abandono ou falta de assistência de que são vítimas os idosos, têm como causa principal a pobreza e a miséria das famílias, sem

condições de propiciar o apoio que necessitam em coisas básicas, como o transporte ou alimentação adequados (BRASIL, 2014).

No tocante a gênero, as pesquisas apontam que no interior da casa, as mulheres, proporcionalmente, são mais abusadas que os homens, diferentemente da rua, onde os idosos masculinos são mais vulneráveis. Às condições de desemprego somam-se à situação de precariedade das condições de vida e a impossibilidade de traçar projetos em longo prazo, condições que podem gerar a insatisfação e a procura de refúgio no álcool e outras drogas, ou mesmo a atitude agressiva como forma de expressar sua insatisfação. Nesse contexto, o sujeito mais frágil no cenário familiar é percebido como o “bode expiatório”, para quem as insatisfações são dirigidas em forma de violência (BRASIL, 2014).

Negar ao cidadão o direito de possuir uma casa, de ter trabalho e acesso à saúde, é negar-lhe o direito à vida na sociedade. Nessas circunstâncias, o sujeito passa a sentir-se um corpo estranho no cenário social, sendo atingido na sua existência enquanto ser social, já que para ele viver é, sobretudo, lutar com suas próprias forças para sobreviver. Assim, como assinalou Faleiros (2007) a violência familiar se processa em articulação com a violência social. Reduzir a velhice ao processo orgânico ou à doença, considerá-la como a decadência do ser humano, e interpretá-la como problema, constituem evidente que há sim um desgaste do corpo no envelhecer. Mas há uma distorção da realidade quando se trata o envelhecimento como doença, uma vez que ele pode ser vivido de forma saudável, como tem acontecido com a maioria das pessoas idosas. Algumas culturas separam os idosos e os segregam e, real ou simbolicamente, decretam a sua morte. Em sociedades como a brasileira, esse desejo social de morte dos idosos se expressa numa visão estereotipada de “descarte” levando a conflitos intergeracionais, maus tratos e negligências em cuidá-los. A visão da pessoa idosa como descartável reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz e quando se aposenta ou sai do sistema produtivo formal é considerada inútil (FALEIROS, 2007).

Numa sociedade que elegeu o jovem como ideal de beleza e de vida, nem a discriminação pela idade, nem o preconceito do “descarte”, condizem com o que a realidade brasileira apresenta atualmente, tendo em vista que a maioria da população idosa brasileira é saudável, ativa, trabalha, chefia família ou contribui para sua manutenção e participa intensamente da vida social, econômica, cultural e política. Isso contradiz as expressões banalizadas de que os idosos “são improdutivos”; “doentes”; “gastam muito”; “os recursos para suas aposentadorias seriam mais bem utilizados se fossem destinados aos jovens”.

A velhice, quando definida cronologicamente é sempre inadequada. Tem pessoas que com 60 anos estão em pleno vigor, com energia. E temos pessoas que chegam aos 80 anos e continuam muito ativas. Chegamos a uma etapa da vida humana em que o envelhecer deixou de ser a exceção. Quando as Nações Unidas começaram a apresentar estatísticas sobre o envelhecimento, eles definiram como velho as pessoas com mais de sessenta anos. Para os países desenvolvidos e, cada vez mais, para uma parcela importante da população brasileira, ter 60, 70 anos não significa nada. Então a gente tem que procurar outras formas de conceituar a velhice. Outra ideia consagrada liga a velhice à idade em que a pessoa se aposenta. Então a aposentadoria define quem deixou de estar na força produtiva de trabalho. Hoje utilizamos o mesmo marco cronológico para aposentadoria que na época do chanceler alemão Otto von Bismarck, que, no final do século XIX, criou a aposentadoria aos 65 anos. Naquela época fazia sentido, porque poucas pessoas chegavam aos 60, a medicina não dava conta das doenças. E a pessoa quando aposentava, tinha poucos anos de vida pela frente. O que não faz sentido é que 130 anos depois a gente continue com esses mesmos marcos e critérios. A melhor forma, mas que é difícil de ser implementada na prática, é definir a velhice do ponto de vista funcional: se você perdeu a capacidade de trabalhar, ficou dependente, então esse é um novo patamar da vida. (KALACHE, 2017, pg 03).

O preconceito mais comum, é considerar a pessoa idosa como um problema. Essa ideia negativa atravessa todas as classes sociais e tem três focos principais: a família, a instituição médica e os governos. A família, embora seja o espaço de aconchego e onde hoje estão morando mais de 90% das pessoas idosas, vive uma situação contraditória. A elevada expectativa de vida às vezes junta num mesmo lar até quatro gerações. Falta espaço físico e, na maioria das vezes, os membros da família têm compromissos fora de casa: trabalho, estudos, lazer. Além das dificuldades cotidianas, há ainda conflitos de valores, de mentalidades e de comportamentos. Quando a pessoa idosa está doente ou tem múltiplas dependências, a situação piora muito na administração familiar, sobretudo se a família é pobre. Frequentemente os cuidadores, ou melhor, cuidadoras, pois, a maioria responsável pelo cuidado são mulheres, não têm a quem recorrer para aliviar seu trabalho. Faltam equipamentos sociais e ações concretas para apoiar os familiares, num país que reconhece todos os direitos da pessoa idosa dependente, mas ainda não criou instrumentos eficazes para assegurá-los (MINAYO, 2014).

A área de medicina e de saúde pública também costuma ver a pessoa idosa como problema, apesar de ter havido uma sensível redução na proporção das que poderiam ser consideradas vulneráveis física, mental ou socialmente, isto é, sem autonomia para desempenhar as atividades básicas cotidianas ou sem rendimentos para se manter (CAMARANO; 2004), os planejadores e gestores se preocupam com a sustentabilidade do sistema de saúde. O custo social da população idosa é três vezes mais elevado do que o da população em geral, por causa do aumento e em muitos casos da simultaneidade de doenças crônicas, infecciosas, respiratórias, osteomusculares e mentais (VERAS, 2007). Até na

formação dos médicos atualmente, é reduzida a formação de geriatras, muitas vezes em decorrência da associação que a sociedade e o médico fazem com doenças, morte e perdas funcionais. Em países como a Inglaterra, a medicina geriátrica fica destinada a médicos estrangeiros, pois não inspira vontade entre a classe médica o tratamento de idosos (KALASHE, 2012).

Muitas pessoas idosas internalizam o imaginário negativo que a sociedade projeta sobre elas e acabam vivendo atormentadas pela sensação de que não tem mais lugar no mundo. Não se conformam com as rugas que lhes mostram claramente que já não são jovens ou as debilidades físicas e mudanças do corpo. Outras não aceitam largar o poder para as novas gerações, se deprimem e se isolam enclausurando-se. Essa situação tem levado uma parcela considerável, sobretudo de homens, a pensar em antecipar seu fim, por meio de ideações, tentativas e suicídios consumados (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

O idoso sofre um processo de pauperização violenta quando se depara com a proximidade da aposentadoria no Brasil. Apenas 25% ganha mais de dois salários mínimos e a maioria orbita no salário mínimo, tendo o governo nos últimos anos corrigido na integralidade da correção cambial apenas o da faixa menor. A dificuldade de sobrevivência humana tem se intensificado consideravelmente entre os indivíduos e as famílias por diversas razões e há que se destacar as transformações no mundo do trabalho e no processo de acumulação do capital, tais como a financeirização da economia, o desemprego, a precarização do trabalho, dentre outras. Em razão dos limites impostos pela dinâmica global e por sua crise estrutural (MÉSZÁROS, 2002), sob a lógica das políticas neoliberais e de retração do crescimento econômico, a consequência desse fato é que os membros da família, inclusive os idosos, buscam diversas alternativas para a manutenção e sobrevivência. Diante das separações, divórcios e recasamentos e outros problemas familiares [...], “frequentemente são os pais idosos que se vêem diante da necessidade de ajudar seus filhos adultos, o que faz com que os pais continuem no lugar de cuidadores e provedores, mesmo na velhice” (SARTI, 2001, p. 3).

Com as profundas mudanças sociais, a família e os indivíduos, enquanto partes constituintes da sociedade, também se encontram sob a pressão de diversos problemas sociais. A família adere a novos modelos e com a complexidade de membros que vai se integrando a mesma, a dificuldade de sobrevivência aumenta, onde frequentemente é o idoso que continua como provedor de todos os membros, muitas vezes apenas com a aposentadoria. Ao idoso aposentado, as restrições de sobrevivência se encontram pela dificuldade de acesso ao mercado de trabalho ou do acesso a trabalhos informais e precários; em razão dos baixos

valores pagos pela aposentadoria; e pelo comprometimento de sua renda com a própria família. Ao idoso pauperizado, sem nenhum benefício previdenciário lhe cabe depender da Política de Assistência Social com suas regras e concessões, que no cenário das políticas neoliberais são focalistas e seletivas. O trabalhador idoso, em muitas famílias ainda é considerado arrimo de família. Para uma parcela ainda expressiva da sociedade, resta o trabalho continuado, mesmo depois da aposentadoria (MUNIZ; BARROS, 2014).

A maioria dos aposentados recebe proventos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), recebe valores baixos, que vão diminuindo a cada ano, porque a atualização desses valores não corresponde à inflação real e vão perdendo seu poder aquisitivo. Só quem ganha o salário mínimo tem seu valor atualizado, as demais faixas de aposentadoria estão desvinculadas do salário mínimo e vão ficando defasadas. Não resta ao aposentado outra saída, a não ser tentar engajar-se novamente no trabalho: formal, de preferência, ou informal, se não houver outra alternativa. O aspecto ainda mais grave é que várias famílias possuem como principal renda familiar a aposentadoria do idoso, que também não é suficiente para a sobrevivência de todos os membros que a compõem. Partindo desse pressuposto, o idoso busca retornar ao mercado de trabalho, para acrescentar a renda familiar, sendo que em algumas famílias a única fonte de renda é a do trabalhador idoso. Não são poucas as pessoas que não param, mas são paradas antes e depois de se aposentar, por contingências alheias a sua vontade (BRASIL, 2014).

A infantilização do idoso parece ser também algo recorrente, como se tivesse o retorno à infância, desconstruindo a cidadania e o respeito próprio, onde a sociedade e a família tutela forçosamente o idoso, tirando-o da condição de responder por sua vida e suas necessidades. Um desafio que tem algo de paradoxal, que poderia ser chamado de “minoridade dos velhos”. Não seria exagero dizer que é infantilizada na população idosa a condição de vítima, excluída, discriminada, carente, pobre, dependente, sem escolaridade, sem voz, nem vez, etc. Sem dúvida, uma parcela importante da população idosa no Brasil vive em condições de vulnerabilidade social e não se pode minimizar isto. Porém, tratar a população idosa como vítima, carente, etc., faz dela mais um objeto de assistência do que segmento social. Ao tratar os idosos desse modo, ainda que seja com a intenção positiva de valorizá-lo, procede-se uma redução que produz e, o que é mais grave, reproduz uma visibilidade social deteriorada, atribuindo-se uma minoridade aos idosos (RIFIOTIS, 2007).

## **4 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL: QUALIDADE DE VIDA E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS**

Nesta seção será abordada a caracterização institucional do campo de estágio em Serviço Social, relatando-se a experiência com um grupo de idosos sujeitos do projeto interventivo que possibilitou a problematização sobre envelhecimento e qualidade de vida, proporcionando a socialização de conhecimentos sobre vários elementos importantes no processo de envelhecimento.

### **4.1 Caracterização institucional do campo de estágio**

O Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) caracteriza-se como uma instituição pública, pertencente à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e integrado à Pró-Reitoria de Extensão (PROEX), no Campus Reitor João David Ferreira Lima. A UFSC tem sede em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina (SC), foi fundada em 18 de dezembro de 1960, com o objetivo de promover o ensino, a pesquisa e a extensão. É uma universidade pública e gratuita. Sua comunidade é constituída por, aproximadamente, 50 mil pessoas, entre docentes, técnicos administrativos em educação e estudantes (UFSC, 2017).

A história do NETI começa em março de 1982, quando surgiram as primeiras idéias sobre o trabalho com pessoas idosas. Estas ideias foram apresentadas pelas professoras Neusa Mendes Guedes e Lúcia Hisako Takase Gonçalves à UFSC. A criação oficial do NETI deu-se em 03 de agosto de 1983, através da Portaria 0484/GR/1983 do Reitor Ernani Bayer. A partir deste momento, a UFSC começou a demonstrar seu interesse em participar efetivamente do esforço nacional em prol do envelhecimento, pela produção de conhecimentos da gerontologia, pela valorização do potencial dos idosos socialmente produtivos, pela promoção de idosos que adquirem e transmitem conhecimento à sociedade.

Por meio do NETI, a UFSC passa a desencadear um processo educacional em que o idoso é protagonista de seu próprio envelhecer. Em 2011, a coordenação passou a ser desenvolvida por Jordelina Schier, enfermeira Doutora em Enfermagem, que permanece no cargo até a atualidade. No decorrer desses 35 anos, o NETI estabeleceu como princípios: a valorização da pessoa idosa inserindo-a no contexto acadêmico e comunitário e o

compromisso de lutar pelo desenvolvimento de políticas de atenção a pessoas idosas e de formar profissionais na área de gerontologia (UFSC, 2017).

O NETI desenvolve ações com base na educação permanente de pessoas idosas e serve de referência para estudos de graduação e pós-graduação. O público-alvo das atividades desenvolvidas são pessoas com 50 anos ou mais provenientes da Grande Florianópolis/SC, de ambos os sexos. Idosos com deficiências também são acolhidos e participam das atividades. Quando a atividade é desenvolvida em outro espaço da Universidade é pensado na acessibilidade para os idosos. Para as atividades desenvolvidas com relação a línguas estrangeiras são utilizados espaços específicos junto ao Centro de Comunicação e Expressão (CCE). Os grupos de apoio às pessoas com doenças de Parkinson e de Alzheimer (HU) também são acolhidos junto ao NETI, bem como desenvolvem-se programas de apoio a familiares.

Os idosos chegam ao NETI espontaneamente e também por encaminhamentos gerais, de profissionais do Hospital Universitário, associações comunitárias, equipes de saúde e de assistência social dos municípios da Grande Florianópolis e/ou buscas espontâneas. Os objetivos institucionais são: ampliar e sistematizar o conhecimento da gerontologia; formar recursos humanos nos diversos níveis; manter atividades interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão; divulgar e desenvolver ações institucionais e interinstitucionais; assessorar entidades na organização de programas de valorização do idoso; oferecer subsídios para uma política de resgate do papel do idoso na sociedade brasileira; e realizar capacitações, palestras e consultorias na área gerontológica. O objeto institucional é desmistificar a ideia que a sociedade e os próprios idosos têm do que é envelhecer e todas as questões pertinentes a este tema (UFSC, 2017).

As possibilidades de aprendizagem na velhice não dependem da idade, mas, sim, das condições que se realizam. Promover ambientes educativos estimulantes ao pensamento original e crítico permite assegurar a qualidade de aprendizagem das pessoas idosas. Oferece os seguintes princípios: ter uma concepção realista da velhice e de suas peculiaridades do curso de vida; os idosos são os verdadeiros sujeitos do próprio processo educativo e, com sua experiência, podem ser atores da transformação de sua realidade histórico-social; entender a educação de idosos como um sistema com fundamentos, princípios e finalidades específicos; promover valores humanizantes sem cair no assistencialismo e na tutela política dos idosos. (CACHIONI; NERI, 2003, p. 101).

Os programas e projetos que o NETI desenvolve são: Curso de Especialização em Gerontologia; Curso de Formação de Monitores da Ação Gerontológica; Cine debate em Gerontologia I e II; Curso contadores de história; Leitura e escrita para pessoas idosas e

adultas; Curso de língua alemã para a terceira idade; Curso de inglês, francês, espanhol, esperanto, italiano; Cultura e arte italiana; Grupo de encontro; Oficina de auto conhecimento; Oficina de informática para terceira idade; Oficinas de criação literária; Oficina de audição de música popular e criação poética; Oficina sabedoria, Saúde e movimento pela tradição chinesa; Oficina de práticas energéticas; Seminário de Gerontologia Aplicada; Oficina de dança e movimento na terceira idade; Oficina de meditação e memória; Oficina qualidade de vida; Nutrição na Terceira Idade (NUTI); Projeto Intercâmbio Comunitário em Gerontologia; Grupo de convivência 5 de Maio, Programa Grupo de apoio aos portadores da doença de parkinson e seus familiares. Estes dois últimos são atividades de extensão do curso de Enfermagem e de Fonoaudiologia, para os quais a instituição disponibiliza espaço e público alvo (NETI, 2012).

O NETI desenvolve ações com base na educação permanente de pessoas idosas e serve de referência para estudos de graduação e pós-graduação. A equipe que atua na instituição é multiprofissional, envolvendo profissionais das áreas de: Pedagogia, Filosofia, Nutricionista, Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Medicina, dentre outros.

A gerontologia é vasto campo disciplinar, do qual faz parte a educação gerontológica. Esta se ocupa da educação dos idosos e da formação de profissionais para este fim. No Brasil, a construção da educação gerontológica avança principalmente a partir da educação de cursos de pós graduação em gerontologia e é fortalecida pela criação de universidades da terceira idade, importante lócus de programas de idosos, de pesquisa e de formação de recursos humanos, embora nelas ainda predominem ações pedagógicas não-especializadas. (CACHIONI; NERI, 2003, p. 99).

Não dispõe de um serviço institucionalmente instalado de Serviço Social na modalidade assistencial, diferindo dos demais campos de estágio que mantém um fluxograma de serviços de atendimento social. O Serviço Social está à frente da equipe multidisciplinar, utilizando “[...] um grande número de técnicas diferentes, pois historicamente se apropriou de várias técnicas de outras áreas de atuação, como a medicina, a sociologia, a comunicação social, a psicologia, a educação, etc.” (BISNETO, 1993, p. 104).

Nesse sentido, a atuação do Serviço Social está em coordenar, planejar e implementar ações na área da educação permanente, priorizando a mediação do idoso com a Universidade, traduzindo-se como suporte teórico metodológico para o desenvolvimento das ações.

O idoso permanece até que sua atividade na instituição encerre. Há atividades que encerram em um semestre, outras levam dois e outras um pouco mais. Quando o idoso participa de alguma atividade e necessita do Serviço Social, ele é encaminhado pelo monitor da atividade para o profissional competente. O esforço do NETI está baseado em identificar o

envelhecimento como uma demanda social e tratá-la como tal, assim, podendo-se afirmar que o profissional de Serviço Social tem como foco a mediação do controle social e atuação pautada nas legislações representadas por: Constituição Federal 1988, Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, dentre outras, assim como orientar outros profissionais sobre a temática do envelhecimento.

As capacitações têm por objetivo difundir os conhecimentos da gerontologia social. Mantém um convênio com a Federação Catarinense de Municípios (FECAM) por meio de capacitação sobre envelhecimento para profissionais que atuam junto ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para que as equipes de referência da proteção social básica do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), estejam preparadas para acolher, de forma diferenciada, os idosos com demanda sócio-assistencial e/ou familiar, a fim de garantir os seus direitos (NETI, 2012).

O termo gerontologia provém do grego e é formado pela palavra *geron* que significa velho e *logia* que diz respeito ao conhecimento ou estudo. Assim, a gerontologia é o estudo do envelhecimento.

A gerontologia social é uma disciplina focada na saúde de pessoas idosas, não só a partir de uma perspectiva médica, mas também pela concepção social do indivíduo. Esta especialidade abrange o envelhecimento das pessoas de forma globalizada. Entender o processo do envelhecimento humano e elaborar pontos de diversas áreas que contribuem para esse fenômeno tão natural e inevitável é o que propõe. A gerontologia social procura abordar uma realidade que afeta a maioria dos países: o envelhecimento da população e suas consequências, foca também a relação do indivíduo com o seu ambiente e todos aqueles aspectos que lhe atingem: a situação econômica e familiar, a participação na sociedade, o atendimento domiciliar, as relações humanas e a aposentadoria. (MENDES, 2013, p. 2).

Sobre a divulgação de conteúdos acerca da gerontologia, alguns municípios costumam solicitar encontro com os idosos através do Projeto de Intercâmbio Comunitário (PICG), o qual conta com idosos egressos do Curso de Formação de Monitores da Ação Gerontológica (CFMAG). Estes idosos monitores atuam como voluntários em grupos de convivência de idosos da Grande Florianópolis/SC, abrangendo também o estado quando solicitados por outros municípios, escolas e espaços que favorecem ações socioeducativas e de convívio. O PICG figura como um dos projetos de extensão e foi criado em 1993 com o objetivo de contribuir com a mobilização e implementação de programas gerontológicos junto às Prefeituras Municipais catarinenses quando ainda não existiam políticas de atenção à pessoa idosa no Brasil. Tais ações eram escassas ou inexistentes, pois o envelhecimento populacional

não era visto ou analisado com a mesma repercussão que obteve nas décadas seguintes (NETI, 2012).

Atualmente, como pré-requisito para participar do PICG, é necessário ser egresso do Curso de Formação de Monitores da Ação Gerontológica (CFMAG). Tem como objetivo “qualificar pessoas idosas em gerontologia proporcionando o desenvolvimento de novos conhecimentos e estimulando a prática do voluntariado nas comunidades”. Os monitores atuam como multiplicadores, difundindo um novo papel social do idoso na comunidade catarinense. A ação multiplicadora está embasada na valorização da pessoa idosa pelo reconhecimento de seu potencial e incentivo ao seu engajamento responsável e participativo na sociedade, bem como despertar o idoso para a ação renovadora na área gerontológica transforma-o em agente por excelência para ajudar a equacionar as questões sociais brasileiras (NETI, 2012).

A assistente social orienta os idosos monitores no planejamento das ações, faz mediação com as capacitações oferecidas pelo NETI e desenvolvidas pelos idosos e orienta na avaliação das mesmas. Cabe ao Serviço Social criar vínculo com os usuários para que os mesmos sintam-se à vontade para trazer as demandas que lhe afligem na sociedade e em família. Mas essa relação só ocorre quando o vínculo entre profissional e usuário tem como alicerce a confiança. Os requisitos básicos necessários ao assistente social para que se estabeleça o relacionamento com o usuário são: ausência de preconceitos; habilidades de ouvir e observar; habilidade de seguir o ritmo do usuário; dentre outros. No entanto, o que vai realmente fundamentar o relacionamento, são: individualização, expressão de sentimento tendo em vista um objetivo, empatia, atitude de não julgamento, autodeterminação e discrição (SARMENTO, 1990).

#### **4.2 Principais elementos estruturantes do projeto de intervenção**

Entendendo o envelhecimento como um processo que busca a otimização das oportunidades para a saúde, a participação, a segurança, dentre outros, tendo como elemento central melhorar a qualidade de vida à medida que o indivíduo envelhece, o mesmo deverá permitir que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, fazendo com que participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidade, protegendo-as e providenciando segurança e cuidados quando necessários. Considerando as transformações demográficas iniciadas no último século e que

permitem observar uma população cada vez mais envelhecida, identificou-se a importância de estudar as possibilidades do Envelhecimento Ativo (OMS, 2002), junto aos idosos integrantes do Programa de Alfabetização de Idosos denominado Ensino de Jovens e Adultos (EJA), evidenciando a importância de garantir um melhor enfrentamento frente às expressões de garantia e negação de direitos sociais relacionadas à pessoa idosa.

O Projeto Leitura e Escrita do NETI ocorre em parceria com o EJA e em parceria com a Secretaria Municipal de Educação de Florianópolis, que oferece suporte metodológico, material didático e professores. O EJA destina-se a jovens e adultos que não puderam efetuar os estudos na idade própria. Prevê oportunidades educacionais adequadas às características, interesses, condições de vida e de trabalho mediante cursos e exames de conclusão do Ensino Fundamental e do Ensino Médio. Voltado para a garantia de formação integral e alfabetização às diferentes etapas da escolarização ao longo da vida, pauta-se pela inclusão e pela qualidade social (BRASIL, 2017).

Dessa forma, requer tanto um modelo pedagógico próprio que permita a apropriação e a contextualização das Diretrizes Curriculares Nacionais, quanto a implantação de um sistema de monitoramento e avaliação e uma política de formação permanente de seus professores (BRASIL, 2017). O NETI oferece as instalações para as aulas. São oferecidas salas amplas, com refeitório apropriado na área contígua, com disponibilização de lanches, banheiros adaptados aos portadores de deficiência motora.

Para tanto, em cumprimento às exigências do Estágio Curricular Obrigatório II do Curso de Serviço Social da UFSC no segundo semestre de 2016, propôs-se a realização do projeto de intervenção intitulado “As possibilidades do envelhecimento com qualidade de vida junto aos integrantes do Programa de Alfabetização de Idosos do EJA/NETI/UFSC (MACHADO, 2016). Teve como objetivo geral compreender o processo de envelhecimento, identificando as principais demandas e os benefícios vivenciados pelos idosos integrantes do Programa de Alfabetização de Idosos do EJA/NETI/UFSC, operacionalizado no período de 01/11/2016 a 08/11/2016. Como objetivos específicos definiram-se: contextualizar a questão do envelhecimento populacional, especialmente no cenário nacional; analisar as mudanças e as influências no processo de envelhecimento; identificar as necessidades de programas e serviços que os idosos e suas famílias apresentam através de questionários; apontar os principais benefícios percebidos pelos idosos inseridos em programas e serviços que possam vir a beneficiar um enfrentamento frente ao envelhecimento (MACHADO, 2016)

A importância em identificar as principais demandas e os benefícios vivenciados pelos idosos orientou-se na necessidade de conhecer as condições da população referida e gerar

dados que possibilitassem à instituição campo de estágio contribuir na melhoria da sua qualidade de vida no processo de envelhecimento. Cabe ressaltar que o tema de 2016 no EJA foi “Qualidade de Vida”, aspecto que levou à escolha do tema do projeto interventivo proposto. Para acessar o público alvo do projeto de intervenção, cujas atividades foram desenvolvidas junto ao NETI/UFSC, obteve-se autorização junto à Secretaria Municipal de Educação de Florianópolis/SC, à professora responsável e aos responsáveis pelo NETI/UFSC, vide Anexo 1.

Baseado na Política de Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), realizou-se a oficina sobre “Qualidade de Vida e Envelhecimento” com os idosos participantes do EJA/NETI/UFSC. Como há muita subjetividade no conceito, sendo muito particular o seu entendimento e reconhecimento por parte dos diversos sujeitos, no primeiro contato com os participantes, elaborou-se através de respostas espontâneas, um conceito sobre o tema. As respostas variaram como: “estar bem consigo mesmo”, “família”, “ir e vir”, “boa saúde mental”, “boa condição financeira”, “ter amigos, cuidar dos animais de estimação”, “respeito ao próximo”, “fé”, “fazer o que gosta” e “alimentação, saúde e exercício”.

A intenção em obter uma resposta espontânea foi o receio de que houvesse replicação de algum conceito pré-exposto e visto que o grupo já vinha de uma situação de negação de direitos, no caso, a não alfabetização ou a ausência de acesso à educação, procurando conhecer e obter empatia, conhecendo-os melhor. Todas as respostas trazidas pelo grupo, se alinhavam na perspectiva dos direitos sociais, traduzidas em necessidades humanas básicas.

As necessidades humanas básicas, como, segundo Doyal & Gough (1994, p.14) sustentam, que todos seres humanos, em todos os tempos, em todas as culturas, têm necessidades básicas comuns. Embora a satisfação das necessidades humanas básicas possa variar, essas necessidades não são passíveis de variação. Baseados nessa convicção, afirmam que há um consenso moral, perfeitamente detectável, em diferentes visões de mundo, de que o desenvolvimento de uma vida humana digna só ocorrerá se certas necessidades fundamentais (comuns a todos) forem atendidas. A chave da distinção entre necessidades básicas e as demais categorias confere a elas (e somente a elas) uma implicação particular: a ocorrência de sérios prejuízos à vida material dos homens e à atuação destes como sujeitos (informados e críticos), caso essas necessidades não sejam adequadamente satisfeitas. As necessidades básicas são objetivas, porque sua especificação teórica e empírica independe de preferências individuais, e são universais porque a concepção de sérios prejuízos, decorrentes da sua não satisfação adequada, é a mesma para todo o indivíduo, em qualquer cultura. São eles: saúde física e autonomia. Estas necessidades não tem um fim em si mesmo, mas pré-condições para se alcançarem objetivos universais de participação social. (PEREIRA, 2005, p. 57).

Para o grupo de ajudadores que compunha-se de quatro monitoras do PICG mais duas estagiárias de Serviço Social do NETI, foi formulado um material e em duas reuniões efetuou-

se a proposta de intervenção. Também foram pesquisadas referências teóricas sobre o tema e autores que o definiam.

Segundo o Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento Humano (PNDU), em seu Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH-90), o acesso à renda é apenas um dos componentes do desenvolvimento, e, por isso, não é considerado um fim em si mesmo, mas um meio de adquirir bem-estar humano, que inclui: uma vida prolongada, conhecimento, liberdade política, segurança pessoal, participação cumulativa e direitos humanos garantidos. Assim, embora possam ser infinitas e mudar com o tempo, as três oportunidades essenciais para todos os níveis de desenvolvimento são: desfrutar uma vida prolongada e saudável, adquirir conhecimentos e ter acesso aos recursos necessários para obter um nível de vida decente. Se estas oportunidades essenciais não existirem, outras alternativas serão inacessíveis. Como elementos constitutivos são a liberdade política, econômica e social, possibilidade do indivíduo ser criativo e produtivo, respeito a si próprio e garantia de direitos humanos. Como indicador chave da longevidade, o RDH estabeleceu a “esperança de vida ao nascer”, dado ao peso deste indicador na crença comum de que uma vida prolongada é valiosa em si mesma e o fato de vários benefícios indiretos, como nutrição e boa saúde, estarem estreitamente relacionados com esta oportunidade (PEREIRA, 2005).

Qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 2005). Os conceitos da turma, se alinhavam via de regra com os conceitos elencados. Na Política de Envelhecimento Ativo, o “capital social”, ou a rede social, a família e os amigos constituem-se em ativos que vão mais tarde definir o envelhecer melhor para as pessoas. É preciso relacionar-se com pessoas de diferentes gerações, interagindo com os mais jovens, quebrando barreiras e preconceitos que isolam o idoso. Nessa perspectiva, abordou-se sobre como a possibilidade das escolhas e eventos podem determinar positivamente na chegada à velhice, que os determinantes genéticos respondem por apenas 20% pela longevidade, que pode ser construído um processo de envelhecimento com escolhas adequadas, olhando a vida como um copo cheio, numa visão propositiva (KALACHE, 2012).

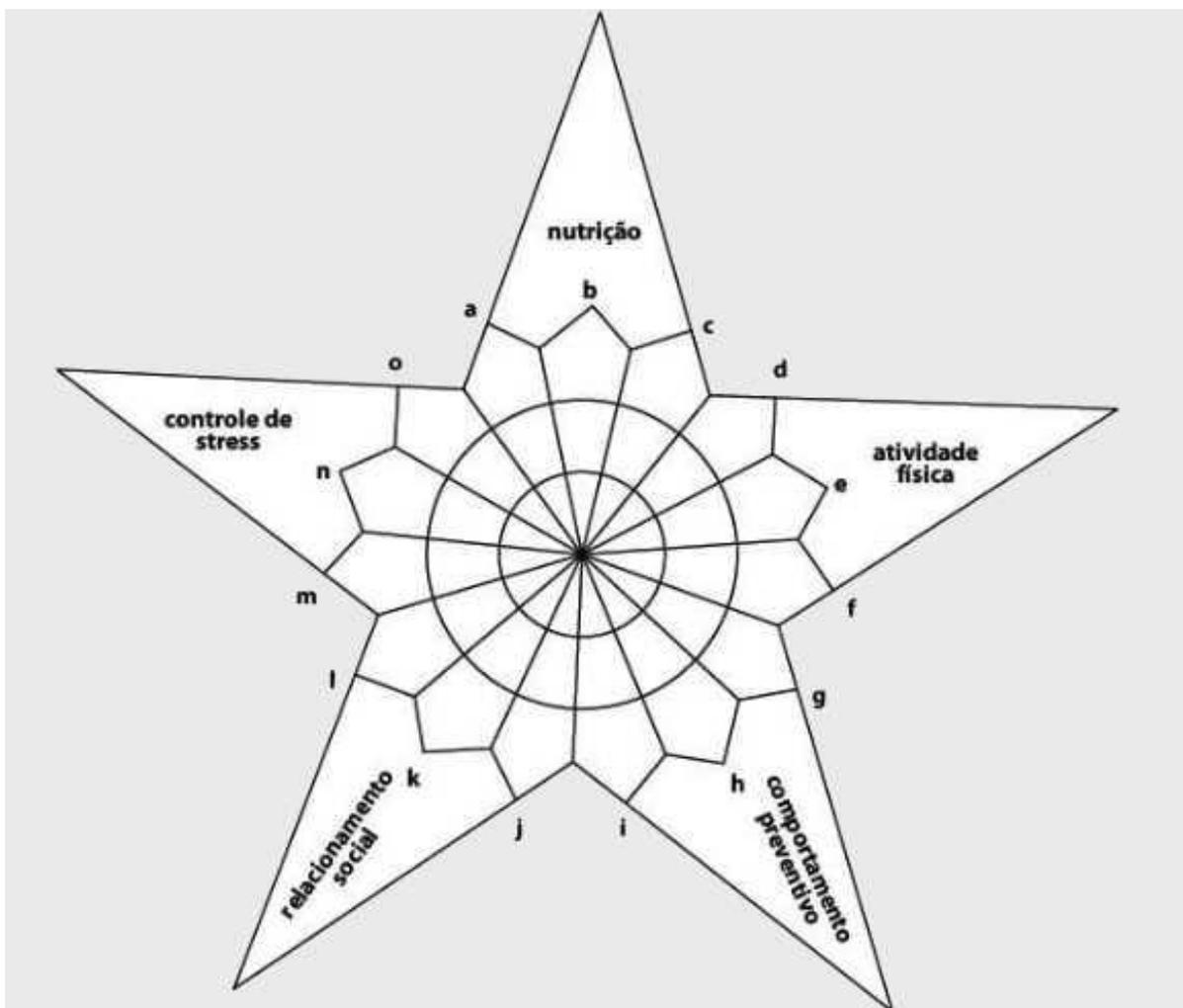
### **4.3 Qualidade de vida e processo de envelhecimento em idosos conforme o Pentágulo do Bem Estar**

A oficina sobre “Qualidade de Vida e Envelhecimento” proposta, foi aplicada em dois encontros, onde no primeiro foi realizado um “quebra gelo” e a confecção do conceito do grupo sobre qualidade de vida, discutindo-o e problematizando-o. Posteriormente, ainda no primeiro dia, socializou-se alguns conceitos trabalhados por diversos autores e um vídeo sobre Envelhecimento da Prefeitura Municipal de São Paulo (SP), que mostrava na prática os efeitos da Política de Envelhecimento Ativo (OMS, 2002) em uma população assistida. Por fim e em consenso, apresentou-se como conceito base para discussão os conceitos sobre qualidade de vida da OMS (2002) e Rios (1994, p. 39), que a define como: “[...] o bem-estar através de dimensões como: saúde, nível de educação, situação econômica, relações sociais e familiares, moradia, atividades recreativas, auto-estima, crenças religiosas, autonomia, domínio ambiental metas de vida e grau de desenvolvimento pessoal”.

No segundo encontro, já com o conceito do grupo colocado num cartaz, com o apoio das monitoras do PICG e as estagiárias de Serviço Social, abordou-se sobre a aplicação do Pentáculo do Bem Estar (NAHAS, 2000). A partir da exibição de um baner expositivo, explicou-se como deveria ser preenchido o instrumento, auxiliando os que apresentavam algum problema de comunicação, auditivo ou comunicativo. Os participantes foram quinze (15) idosos com faixa etária de 60 a 80 anos

O intuito de aplicação do instrumento foi expor uma possibilidade de melhoria no processo de envelhecimento, condições de melhorar hábitos e assim a qualidade de vida na velhice, visto que na perspectiva da Política de Envelhecimento Ativo da OMS (2002), a vida foge da lógica etapista de “nascer, crescer-instruir, trabalhar e morrer”, sendo apregoado que a vida é um “curso”, como um rio, onde a pessoa pode aprender a qualquer momento de sua vida, nunca sendo tarde para melhorar em algum aspecto da vida, desde que esteja ao seu alcance e seja da sua vontade..

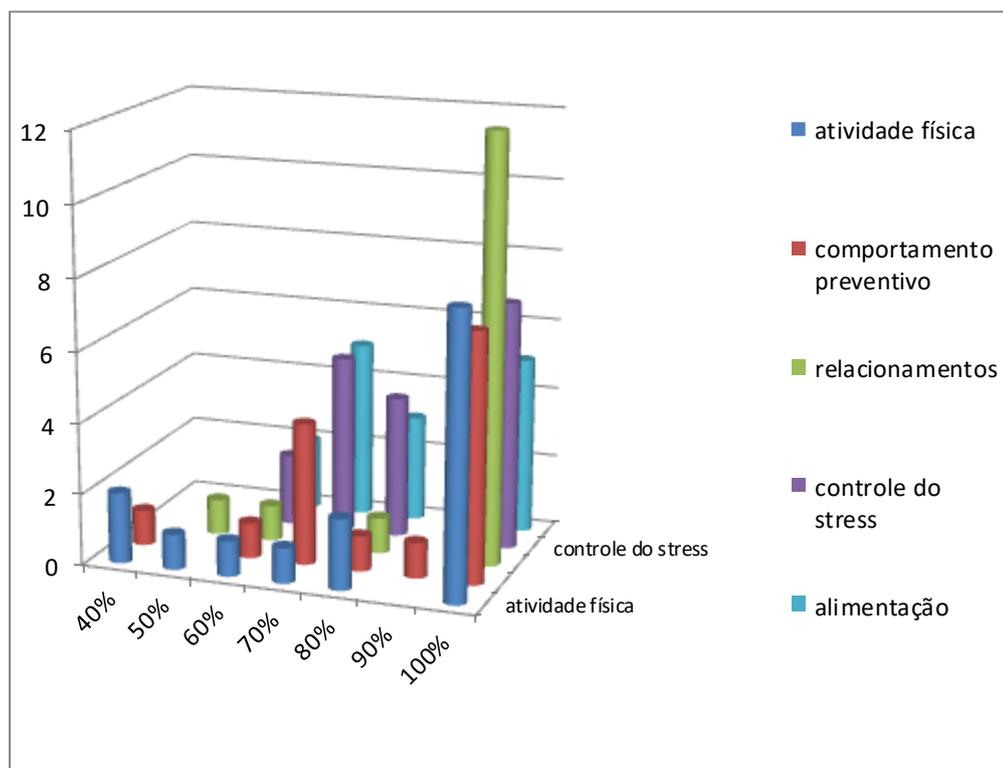
O Pentáculo do Bem Estar é um modelo para avaliação e promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo cinco (05) dimensões: atividade física, alimentação, controle do estresse, comportamento preventivo e relacionamentos proposto por Nahas (2000), vide Figura 1. Derivado deste modelo, desenvolveu-se o instrumento referido como Perfil do Estilo de Vida Ativo (PEVI), de fácil interpretação. A atividade consistiu de um Pentáculo do Bem Estar com cinco (05) dimensões pertinentes ao envelhecimento, composto por quinze (15) perguntas – vide Anexo 2 –, que geram uma cor a ser preenchida numa estrela em que pela disposição das cores consegue-se visualizar e demonstrar ao participante, possíveis desequilíbrios que podem comprometer sua qualidade de vida (NAHAS et al, 2000).

**Figura 1** – Pentáculo do Bem Estar

**Fonte:** Nahas (2000).

O universo do instrumento foi de quinze (15) participantes, dos quais dois (02) homens e treze (13) mulheres, numa faixa etária de 60 a 80 anos. Os vértices do Pentáculo do Bem Estar compreendiam cinco (05) elementos com três (03) respostas cada uma, abrangendo cinco (05) áreas: alimentação, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos e controle de estresse. Os dados apresentados pelo grupo estão disponíveis na Figura 2. Além do banner expositivo, foi apresentado ao grupo o questionário com as perguntas a serem respondidas e material para colorir seus pentáculos.

**Figura 2** – Resultados dos vértices do Pentágulo do Bem Estar aplicado aos idosos

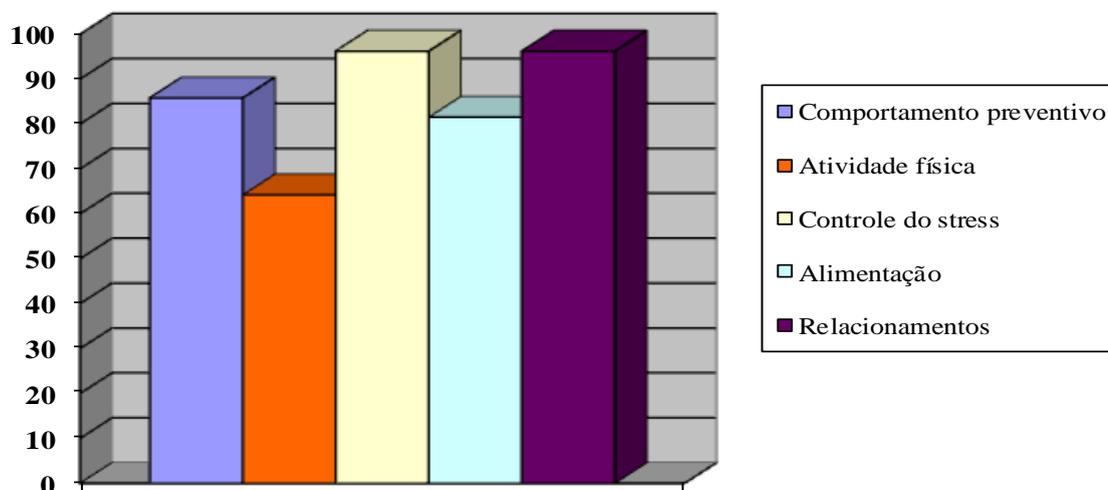


**Fonte:** Sistematização do autor (2017).

Observa-se nos dados informados pelo grupo, o alinhamento com o que apregoa o instrumento como condições para um processo de envelhecimento com qualidade de vida, não havendo desta maneira, necessidade de uma possível sugestão ou encaminhamento às redes de apoio e proteção, por se tratarem de idosos que já se encontram participando de atividades socioeducativas na UFSC, NETI e outras.

De acordo com Nahas (2000), cinco (05) elementos representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual: nutrição, controle do stress, atividade física, relacionamento social e comportamento preventivo. Houve respostas positivas pelas respostas apresentadas pelo grupo, que demonstrou equilíbrio em todos os vértices do Pentágulo do Bem Estar. Até aqueles idosos que apresentavam problemas de expressão, mantinham uma vida ativa, fazendo via de regra o uso que as instituições da rede sociassistencial ofereciam, como dança, teatro, música, ginástica, canto e outras atividades afins, como mostra a Figura 3.

**Figura 3** – Resultados encontrados no Pentáculo do Bem Estar dos idosos



**Fonte:** Sistematização do autor (2017).

A nutrição refere-se à alimentação, afirma que deve-se obter um peso compatível com a composição física pessoal, limitar a ingestão de gorduras, reduzir as gorduras trans, aumentar o consumo de frutas e hortaliças, legumes, cereais integrais. Também, deve-se limitar a ingestão de açúcares livres, sal e dar preferência a ingestão de sal iodado (OMS, 2005). Neste vértice, os resultados do grupo foram muito bons, onde a maioria conhecia os benefícios de uma dieta balanceada e nutritiva, da necessidade de água todos os dias em quantidade suficiente e de ter pratos coloridos.

Na questão do controle do estresse, no caso dos idosos com a nova vida de aposentado, com a baixa no padrão de vida decorrente da aposentadoria, o sustento familiar, dentre outros, acabam sendo refletidas na vida pessoal, prejudicando o bem-estar e manifestando reações que podem ser relacionadas ao estresse (REI, 2014). O grupo mostrou ter conhecimento nestas questões e todos conseguiam gerir bem seus níveis de estresse com atividades que iam da dança, teatro, vôlei, oficinas diversas, jardinagem e outros.

Quanto à atividade física, dentro das proposições de mudança de hábitos, ela é elencada como o principal elemento na importância desses novos hábitos, revertendo quadros depressivos, estimulando a auto-estima e funções cognitivas. O exercício físico é fator primordial para a saúde, a qualidade de vida e o bem estar, sendo o exercício fundamental principalmente no aumento da idade (KALACHE, 2012). O grupo demonstrou conhecimento

e pratica a atividade física regularmente, mesmo aqueles mais idosos conseguem se manter ativos de alguma forma.

O relacionamento social é citado na Política do Envelhecimento Ativo como um “capital social” que deve ser estimulado e acumulado no decorrer do curso de vida (OMS, 2005). Ele é um dos componentes mais importante de vida, visto que a vida do [ser humano é feita de relacionamentos, e sentir-se bem é cultivar os relacionamentos adquiridos ao longo da vida, para assim viver com qualidade, reduzindo a probabilidade de ocorrências indesejadas para si e para os outros (LAAR, 2011). Este item do pentágulo foi percebido pela turma com tranquilidade, aqueles que perderam os vínculos familiares, criaram outros em associações, grupos de dança, igreja e outros.

O comportamento preventivo está relacionado à capacidade que o indivíduo tem de identificar e controlar os riscos presentes em uma atividade, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrências indesejadas, acidentes, cuidados com o corpo, padrões de saúde e bem-estar saudáveis (VICENTE, 2009). O cenário nacional e mundial, demanda a publicização desse assunto, tendo em vista a prevenção junto à população idosa. Este vértice também apresentou resultados bons, onde o grupo em geral sabia dos perigos das armadilhas em casa, atravessava na faixa de segurança e adotava um comportamento preventivo positivo.

A natureza abstrata tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. É por isso que há inúmeras conceituações de qualidade de vida, talvez cada indivíduo tenha o seu próprio conceito. Qualidade de vida pode ser entendida e percebida de maneiras diversas, principalmente pelos idosos, que nesta etapa da vida passam por inúmeras limitações. A realidade encontrada na experiência de estágio, vai na contramão daquilo que acontece com a maioria dos idosos no Brasil, na qual passam por variadas formas de negação de direitos, conforme problematizado e descrito anteriormente. Os idosos participantes do projeto de intervenção, apesar da negação de direitos no que diz respeito à educação, visto virem em busca da alfabetização, construção de conhecimento e informação, estão alinhados às ideias inclusivas das instituições EJA/NETI/UFSC.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi refletir sobre o processo de institucionalização e negação dos direitos do idoso no Brasil, tendo em vista apresentar uma proposta para qualificar as condições necessárias ao envelhecimento, tendo como sujeitos os participantes do Núcleo EJA no NETI/UFSC. Por meio de uma retrospectiva sócio histórica e especialmente brasileira, depois com uma proposta de oficina de qualidade de vida com o grupo de idosos, foi possível destacar o processo de institucionalização dos direitos e também de negação dos direitos desses sujeitos.

Na oficina de qualidade de vida procurou-se, através do Pentágulo do Bem Estar (NAHAS, 2000), observar a condição de usar o instrumental do Serviço Social, neste caso a entrevista e a escuta qualificada para propor uma intervenção para melhoria no processo de envelhecimento do grupo. A proposta interventiva de estágio não foi fazer uma pesquisa, tendo em vista o tempo exíguo e a condição da não replicação possível, mas a condição de interação, criação de vínculos e escuta qualificada dos idosos, que proporcionaram uma percepção mínima favorável a proposta interventiva de estágio.

A instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações. Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adequam às condições existentes, transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho. (GUERRA, 2009, p. 2).

As três dimensões profissionais do Serviço Social estiveram presentes no estágio e no desenvolvimento do projeto de intervenção visto que a velhice no Brasil é envolve uma série de expressões da questão social traduzidos em negação de direitos que se manifestam em expressões como a violência e não alfabetização ou ausência de acesso à educação, idoso brasileiro, via de regra, faz parte da legião de invisíveis, na ótica capitalista, sua força de

trabalho está diminuída, não tendo mais “vida útil” nem a beleza estereotipada na jovialidade e vigor. As três dimensões que devem ser de domínio do assistente social: competência ético-política, competência teórico-metodológica, competência técnico-operativa as quais não devem ser desenvolvidas separadamente para que não se caia nas armadilhas da fragmentação e da despolitização (IAMAMOTO, 2004).

A dimensão teórico metodológica, tendo em vista as demandas da população no projeto interventivo, se baseou no Estatuto do Idoso (2003), Política Nacional do Idoso (1996), Constituição Federal de 1988, Política de Envelhecimento Ativo (OMS, 2005), referências recomendadas pela supervisão de campo e acadêmica, dentre outros.

A dimensão técnico-operativa esteve presente na medida que o Serviço Social, por ser uma profissão interventiva, que visa promover mudanças no cotidiano das pessoas com ações práticas esteve presente e a escuta qualificada, entrevistas e exposição de novos saberes foram usadas continuamente. A discussão do envelhecimento suscita espaço de grande contradição e reflexo da precarização das respostas sociais e políticas públicas a estas demandas, onde a pessoa que não dispõe do instrumento da leitura e principalmente do conhecimento encontra dificuldades de reconhecimento como pessoa, como cidadão, como sujeito político e protagonista da sua própria vida.

O Serviço Social tem um compromisso ético-político com o idoso. Através do seu conhecimento teórico e metodológico deve contribuir para a consolidação de políticas públicas de proteção ao idoso em todos os espaços onde atua. Não se pode perder de vista que o idoso de hoje, em sua grande maioria, com doenças crônicas, as tiveram instaladas em decorrência de condições adversas de vida, de trabalho e acesso aos direitos sociais. Novas demandas acontecem nos dias hodiernos nas expressões da questão social no Brasil e no mundo, como o aumento do índice de violência contra idosos e o grande índice de analfabetismo ainda entre a população idosa. No atual contexto, o projeto capitalista neoliberal que almeja suprimir tudo o que limita seu livre desenvolvimento e valorização, tem sido a proposta que sustenta os processos de privatização e mercantilização da vida social. Para tanto, o neoliberalismo tem investido no enfraquecimento dos movimentos sociais, trabalhistas, sindicais, de modo que sua ascensão vem em razão direta à regressão e fragilidade das formas de organização dos trabalhadores via sindicatos, partidos e outras instituições democráticas (GUERRA, 2007).

A investida contra os direitos do idoso é certa e o contexto é de avanço sistemático a qualquer benefício social que possa ser revertido em acumulação de capital. A estratégia para resposta a essa situação é a educação e formação cultural, política e crítica da população

idosa, para que não seja usurpada pela avançada neoliberal que se avizinha. Levar uma proposta de qualidade de vida tornou-se um desafio até pela dificuldade de definir um tema tão subjetivo, visto que é um conceito temporal, dinâmico, pessoal, de conteúdo idiossincrático denso e pessoal, porém a via para esta demanda ainda é o conhecimento e a participação, possibilitando que o idoso seja protagonista do seu próprio envelhecer.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, Maria J.S., **Passo e Compasso nos ritmos do envelhecer**, Porto Alegre, Edipucrs, 2003

BERZINS, Maria Anselmo da Silva-**violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. **Envelhecimento Populacional: Uma conquista para ser celebrada**. In: Serviço Social nº 75, p. 19 – 33. 2003 BOBBIO, Norberto. *Dicionário de política*. Brasília: Editora da UNB, 1993. 2000 .

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Trad. De Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde – Política Nacional de **Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Revista Saúde Pública.[serial online][cited2000jan15]: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n4/2545.pdf>

BRASIL, 2003 **Estatuto do Idoso**. : [http://pt.wikipedia.org/wiki/Estatuto\\_do\\_idoso](http://pt.wikipedia.org/wiki/Estatuto_do_idoso).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL-A **Política Nacional do Idoso: Um Brasil para Todas as Idades**. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/env02.htm>>

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, JAN. 1994.

BRASIL. **Projeções Atuariais para o Regime Geral de Previdência Social – RGPS**. Ministério da Previdência Social – MPS [Secretaria de Políticas de Previdência Social –

BRASIL. **Lei 8.842**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Janeiro de 1994.

BRASIL, 1988- **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 1988.

BRASIL, 1993. Apresenta a Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, **Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS**, com anotações informativas de outras leis, decretos e resoluções que têm conexão com os artigos desta lei. Secretaria Nacional de Assistência Social. Edição de 2009. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília (DF), 1993.

BRASIL- **Estatuto do Idoso. Dignidade como foco**. Daizy Valmorbidia Stepanski, Waldir Macieira da C.Filho, Neiza Pivatto, Brasília, de Direitos Humanos)-SDH2013.

BRASIL, 2003. **Estatuto do Idoso**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados: Edições Câmara, 2003.

BRASIL, 2011. **Instrução Normativa RFB nº 1.131, de 21 de fevereiro de 2011**. Receita Federal. Diário Oficial da União: D.O.U, 22/02/2011. Disponível em <http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/Ins/2011/in11312011.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, 1994. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, JAN. 1994.

BRASIL. **Projeções Atuariais para o Regime Geral de Previdência Social – RGPS**. Ministério da Previdência Social – MPS [Secretaria de Políticas de Previdência Social – SPS]. Brasília, março de 2012.  
<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/orcamento>

CACHIONI & NERI, M - **Velhice e sociedade**, 1999.

CANCHIONI M.. - **Envelhecimento Bem-sucedido e a Participação numa Universidade para a Terceira Idade** 1997

CALDAS, Célia Pereira. **Introdução à Gerontologia**. In: Renato Veras; Roberto ,Unati, 2006.

CHAUI, M. **Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas**. 11 ed (Cortez). São Paulo: Cortez, 2006.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados**. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. In: CAMARANO, Ana Amélia. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CAMARANO, A. A. (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. In: CAMARANO, Ana Amélia Rio de Janeiro 2006.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. R. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 24, v. 3, p. 597-605, mar. 2008.

CARVALHO, J. A. M. de; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, mai-jun, 2003, p. 725-733.

CAVALLI, Michele , 2009-inicial > Vol. 5, No 5 (2009) >Cavalli**Violência Estrutural Enfrentamentos para o Serviço Social:**Disponível em: [www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos\\_revistas/153.pdf](http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/153.pdf).

CERQUEIRA, M. B. R. **Envelhecimento populacional e população institucionalizada – um estudo de caso dos asilos do município de Montes Claros.** Dissertação de Mestrado, UFMG/Cedeplar, 2003.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento.** São Paulo: Universidade de São Paulo, Fapesp, 2004.

FALEIROS Vicente de Paula. **Cidadania e Direitos da Pessoa Idosa.** Universa, 2006

FALEIROS V.P. **Violência Contra A Pessoa Idosa: Ocorrências, Vítimas E Agressores.** Brasília: Universa; 2007

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista.**São Paulo 2008.

FALEIROS, V. P. e **Os conselhos do Idoso: controle social e democracia participativa-Desafios do Envelhecimento.** Vez sentido e voz. Brasília: Universa, 2006

FERNANDES M. G. M; SANTOS, S. R. dos. **Políticas Públicas e direitos do idoso: Desafios da agenda social do Brasil contemporâneo.** Acheegas. net:, v. 34, p. 49-60, 2007.

GIOVANNI, G. D. **Políticas Públicas e Política Social.** [Sociólogo do Instituto de Economia da Universidade de Campinas – Unicamp]. Publicado em 22 de agosto de 2008.<http://geradigiovanni.blogspot.com/2008/08/polticas-pblicas-e-poltica-social.html>.

GUERRA, Yolanda- **O Projeto Profissional Crítico,** 2007. GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social.** São Paulo, Cortez, 1995

GUERRA, Yolanda-**Serviço Social, Temas Textos e Contextos, Coletânea Nova de Serviço Social,** Lumen, 2010 .

GOLDSTEIN, L. L.; NERI, A. L. **Tudo bem, graças a Deus: religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice.** In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Papirus, 2000.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase- **O Campo da Gerontologia e Seus desafios,** 2003.

HADDAD, E. G. de M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social.** 2.ed. São Paulo, Cortez, 2001

KALASHE-<http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/noticia/2016/04/alexandre-kalache-o-brasileiro-e-preconceituoso-com-a-velhic5784325.html>

KAPLAN, Daniel C., <http://www.msmanuals.com/pt/casa/quest%C3%B5es-sobre-a-sa%C3%BAde-de-pessoas-idosas/quest%C3%B5es-sociais-que-afetam-os-idosos/religiosidade-e-espiritualidade-em-idosos>, 2016.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade..** - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE: população Brasileira envelhece em ritmo acelerado.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [Comunicação Social]. Novembro, 2008.. Disponível <http://www.ibge.gov.br/home/IBGE>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [Comunicação Social]. Julho, 2002. <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidhtm>.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística -. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050.** Revisão: 2008.

IMAGINÁRIO, C. **O idoso dependente em contexto familiar.** Coimbra: Formasau, 2004.

KALASHE, Alexandre ,Universo,61,2017Univesp <http://pre.univesp.br/a-revolucao-da-longevidade#.WUmpWOvyt0w>

KALASHE, Alexandre-**Café Filosófico** <https://www.youtube.com/watch?v=taksjh>.

KALASHE, Alexandre. **Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade** ILC, 2012.

LEGISLAÇÃO brasileira para o serviço social: **coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) assistente social / organização Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo**, Diretoria Provisória-2.ed.ver., ampl. e atual. até dezembro de 2005-São Paulo: O Conselho, 2006.

LEI 8742. **Lei Orgânica de Assistência Social.** Brasília, 1993. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8742.htm>> SIMONE Alex de Oliveira. **A Importância das Relações Sócio-Familiares na Promoção da Qualidade de Vida do Idoso**. Monografia (2009)

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. **Saúde pública e envelhecimento.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, mai/jun, 2003.

LOAS **Lei Orgânica de Assistência Social, com anotações informativas de outras leis, decretos e resoluções que têm conexão com os artigos desta lei.** Secretaria Nacional de Assistência Social. Edição de 2009. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília (DF),

LOURENÇO. (ORG). **Formação Humana em Geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar.** Rio de Janeiro, RJ / UnATI/UERJ, 2006, v., p.18 -21

MENDES, Márcia R.S.S. Barbosa Mendes<sup>1</sup>, Josiane Lima de Gusmão<sup>2</sup>, Ana Cristina Mancussi e Faro<sup>3</sup>, Rita de Cássia Burgos de O. **A Situação Social Do Idoso No Brasil: Uma Breve Consideração. 2004**

MINAYO, Cecília de Souza. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: **manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar.** / Secretaria de Direitos Humanos. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza - **Violência contra idosos: relevância para um velho problema, 2003** MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais, Brasil, 2003.**

MINAYO, MCS., and COIMBRA JUNIOR, CEA. orgs. **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 209 p. ISBN: 85-7541-008-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo>

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.

MIOTO, Regina Célia T., Cássia Maria Carloto, Marta Silva Campos ; **Familismo-Direitos e Cidadania, Contradições da Política Social,** Cortez, 2015.

NAHAS, M.V.B. e Françalacci, v.l. **O Pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 5(2), 48-59, 2000. MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In:

NERI, A. L.; FREIRE, S.; ANETO, E. V. **O Brasil está envelhecendo,** 2005 <[http://www2.brasilrotario.com.br/revista/materias/rev976/e976\\_p6.htm](http://www2.brasilrotario.com.br/revista/materias/rev976/e976_p6.htm)

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia.** Campinas: Alínea. 2005.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice.** Campinas: Papyrus, 2000. Social]. Novembro, 2008. [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272).

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia.** Campinas: Alínea. 2005.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice.** Campinas: Papyrus, 2000.

NETTO, J.P. Capacitação à distância. Brasília: UNB/CFESS, 2000. Mod. 1. **Os Idosos no Brasil.** Disponível em: <http://www.serasa.com.br/guiaidoso/18.ht>

OLIVEIRA, L. R. de. **A previdência social brasileira e o LOAS como políticas públicas: a questão da sua efetividade.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, 90, 01/07/2011

[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=9799](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9799)

OMS. **Promoción de la salud: glosario**. Genebra: OMS, 1998.

O ENVELHECIMENTO na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia: Campinas, N. 25, v.4, p.585-593, outubro – dezembro, 2008.

ONU. **Organização das Nações Unidas. Declaração Universal de Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: [http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php).

PIRES, L.P.D.E.; MATIELLO, E.M.; GONÇALVES, A. **Alguns olhares sobre aplicações do conceito de qualidade de vida em educação física/ciências do esporte**. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Campinas, v.20, n.1, p.54-7, 1998. [ Links ]

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Índice de Desenvolvimento Humano**. Brasília: PNUD, 2006. [relatório]. Disponível em: <[www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br)>. Acesso em: 9 nov. 2006.

RBCEH- **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Editora UPF, 2004.

REI, Revista de Educação do Ideau Vol.9, nº19- junho 2014. **Estilo de Vida: Uma visão de Complementaridade**.

REVISTA PORTAL de Divulgação, n.22, Ano II, jun. 2012: 39-49. ISSN 2178-3454 <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>

RIOS, L.F. (1994) - Manual de Psicologia Preventiva. Madrid: Siglo Veintiuno de España Ed

RODRIGUES, N. C. PNI: **Retrospectiva da Política Nacional do Idoso**. Revés do Avesso, 14, São Paulo: CEPE, 2005. p.84-90. In: LIMA, Cláudia Regina Vieira. Políticas públicas para idosos [manuscrito]: a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal. (Monografia), 2011.

SANTIN, Janaina <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wpcontent/uploads/filebase/artigos/JANAINASANTIN>

SANTOS, S. S. C. **Envelhecimento: visão de filósofos da antiguidade oriental e ocidental**. Rev. RENE. Fortaleza, v.2, n.1, p. 9-14, jan./jul./2001.

SCHIRRMACHER, F. **A revolução dos idosos: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha**. Rio de Janeiro: Elsevier, SEIFFERT, Nelson Frederico Seiffert- Seminário de gerontologia Ambiental Aplicada, Sessão 01, 2015.

SILVA, M.A. **Boom da população de idosos: impacto frente ao mundo do trabalho**. III Jornada Internacional de políticas públicas. São Luis-MA, 28 a 30 de agosto de 2007.

SOUZA, D. J. M. de. **Serviço Social na Terceira Idade: Uma Práxis Profissional**. Disponível em: <[www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos\\_revistas/153.pdf](http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/153.pdf)> Acesso em: 02 out. 2009

VELAZCO, M. M., ROMERO, M. C. **Nueva visión del adulto mayor. La Habana, perspectiva y realidad, 2000**. In: CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T.. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292. NERI, A. L.

VERAS, R. P. **Considerações acerca de um jovem país que envelhece**. Cadernos de Saúde Pública, v. 4, n. 4, p. 382-397, 1988.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A.. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas**. Rev. bras. estud. popul. [online]. 2006, vol.23, n.1, pp. 5-26.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000. ALMEIDA, A. C.S. **Ética e Moral**. Presidente Prudente, 2009. ALVES, A. P. S. G. **Anotações de aula de Fundamentos Históricos e Teórico-Metodológico do Serviço Social II**. Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo”. Presidente Prudente, 2008.

**Anexo 1 – Carta de autorização para a execução do projeto de intervenção**

22  
de  
Outubro  
2016



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Extensão**

**Núcleo de Estudos da Terceira Idade**

**Curso de Formação de Monitores da Ação Gerontológica**

Campus Prof. João David Ferreira Lima-CEP 88040-900

Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | [www.neti.ufsc.br](http://www.neti.ufsc.br) / +55 (48) 3721-2980

**Florianópolis, 13 de Outubro de 2016**

A

Secretaria Municipal da Educação da Prefeitura do Município de Florianópolis

GEPE

Prezados Senhores :

O Núcleo de Estudos da Terceira Idade- Neti, órgão vinculado a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, vem por meio da Assistente Social Sra. Maria Cecília Antonia Godtsfriedt (CRESS/SC1552), apresentar o acadêmico do curso de Serviço Social, Sr. Nestor MACHADO, Matrícula 12201644, CPF 335337760/34, RG274811 SSP-SC., o qual esta em estagio Obrigatório II em nossa unidade institucional.

O referido estagiário, tem como proposta de estagio, um projeto de intervenção (segue em anexo a este) dentro da disciplina Supervisão de Estágio II, DS55127, do curso já elencado. O estudante manifestou o interesse de vir aplica-lo na turma do EJA, que acontece junto ao NETI, para esse semestre, com a turma do período vespertino.

Informamos que já foi feito contato, anteriormente com as Profas MARI E REGINA, as quais nos orientaram de encaminhar esse ofício, via email para a vossas ciência. Informamos que estaremos encaminhando copia do referido plano bem como a metodologia que será empregada junto aos referidos alunos do EJA/NETI

Agradecendo a atenção e aguardando o seu retorno, colocamo-nos a disposição de quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários. Sendo o que tinha para o momento, subscrevo-me ensejando protestos de estima e respeito

Atenciosamente.

Maria Cecília Antonia Godtsfriedt

Assistente Social FEESC/NETI

**Anexo 2 – Perguntas do Pentáculo do Bem Estar (NAHAS, 2000)**

Os itens a seguir representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Responda cada questão de acordo com o seu perfil, seguindo as indicações:

[0] nunca = absolutamente não faz parte do seu estilo de vida;

[1] raramente = às vezes corresponde ao seu comportamento;

[2] quase sempre = quase sempre verdadeiro no seu comportamento;

[3] sempre = a afirmação é sempre verdadeira no seu dia-a-dia; faz parte do seu estilo de vida.

**Nutrição**

a. Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções diárias de frutas e verduras?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

b. Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

c. Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

**Atividade física**

d. Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas ou intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

e. Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

f. No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

**Comportamento preventivo**

g. você conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

h. Você NÃO FUMA e ingere álcool com moderação (menos de 2 doses ao dia)?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

i. Você sempre usa cinto de s

egurança e, se dirige, o faz respeitando as normas de trânsito, nunca ingerido álcool, se vai dirigir?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

### **Relacionamento Social**

j. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

k. Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo ou participação em associações?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

l. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

### **Controle do Estresse**

m. Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

n. Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado?

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]

o. Você procura equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer?[ 0 ]

[ 1 ] [ 2 ] [ 3 ]