

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

MARIANA ALONSO SILVEIRA DE SOUZA

**O ALZHEIMER SOB A ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL:  
uma reflexão sobre as possibilidades de intervenção com idosos portadores da  
doença de Alzheimer**

Florianópolis, fevereiro de 2020.

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

MARIANA ALONSO SILVEIRA DE SOUZA

**O ALZHEIMER SOB A ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL:  
uma reflexão sobre as possibilidades de intervenção com idosos portadores da  
doença de Alzheimer**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para a obtenção do  
título de bacharel em Serviço Social pela  
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Mariana Pfeifer

Florianópolis, fevereiro de 2020.

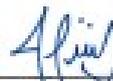
MARIANA ALONSO SILVEIRA DE SOUZA

**O ALZHEIMER SOB A ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL:  
uma reflexão sobre as possibilidades de intervenção com idosos portadores da  
doença de Alzheimer**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado como requisito parcial para a  
obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa  
Catarina.

Monografia aprovada em 05/04/2020

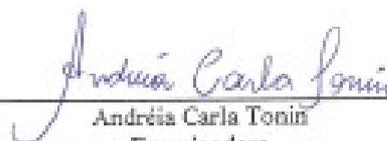
Banca Examinadora



---

Prof. Dra. Mariana Pfeifer  
Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina



---

Andréia Carla Tonin  
Examinadora

Instituição de Longa Permanência para Idosos - SEOVE



---

Prof. Dra. Inez Rocha Zacarias  
Examinadora

Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico às minhas avós que já partiram e deixaram muitas saudades.  
Dedico a todos idosos do Brasil e com um carinho especial às idosas da  
SEOVE, que me inspiraram a escrever este trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Tatiana e Mauro, que de formas diferentes contribuíram para a formação do meu ser e que sempre me ajudaram e me apoiaram em todas as minhas decisões;

Ao meu parceiro Gabriel, por fazer parte da minha vida e compartilhar tanto momentos de felicidade quanto momentos de angústia;

À minha tia Doca, que sempre me cuidou, me ajudou e me inspirou de todas as formas com muito carinho e paciência;

À minha supervisora de campo Andréia, que foi muito além de uma supervisora para mim e que será um eterno exemplo de mulher, mãe e assistente social comprometida com o Projeto Ético-Político da profissão;

Aos meus irmãos, Íris e Artur, que me inspiram a ser melhor a cada dia;

Ao sol, ao mar e aos meus cachorros, que me deram a força e a energia que eu necessitava para continuar seguindo o meu caminho;

*É PRECISO AGIR*

*Primeiro levaram os negros  
Mas não me importei com isso  
Eu não era negro  
Em seguida levaram alguns operários  
Mas não me importei com isso  
Eu também não era operário  
Depois prenderam os miseráveis  
Mas não me importei com isso  
Porque eu não sou miserável  
Depois agarraram uns desempregados  
Mas como tenho meu emprego  
Também não me importei  
Agora estão me levando  
Mas já é tarde.  
Como eu não me importei com ninguém  
Ninguém se importa comigo*

*Bertold Brecht*

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo discutir sobre a prática do assistente social junto das pessoas idosas com Alzheimer nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A pesquisa é qualitativa e de natureza exploratória, em consequência de existir pouca literatura sobre a temática dentro do Serviço Social. Diante do crescimento da população idosa brasileira e do processo de envelhecimento acarretar, muitas vezes, no desenvolvimento de doenças mentais, o Alzheimer tem sido considerado a maior causa de demência entre este segmento. Serão apresentadas informações para o debate sobre a doença, trazendo elementos acerca do cuidado do idoso adoecido. Em seguida, é feita uma retrospectiva histórica dos direitos e políticas referentes às pessoas idosas e, especificamente, aos idosos com Alzheimer. Por fim, será realizada uma análise a partir dos dados obtidos através da aplicação de questionário com três assistentes sociais que trabalham nas ILPIs conveniadas com o Poder Público Municipal de Florianópolis (SC), a fim de entender como funciona a atuação profissional com idosos acolhidos portadores do Alzheimer. A partir dos dados levantados, concluiu-se que não existe um trabalho específico das assistentes sociais junto das pessoas idosas acolhidas com Alzheimer, sendo importante a construção de uma intervenção própria às demandas delas, que articule a rede de serviços socioassistenciais, promovendo o atendimento às necessidades dos idosos e de suas famílias.

**Palavras-chave:** Alzheimer; Envelhecimento; Serviço Social.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Distribuição da população por sexo e grupo de idade em 2017.....	15
FIGURA 2 - Modelo de ação com as pessoas portadoras de Alzheimer.....	20
QUADRO 1 – Evolução da legislação relativa ao BPC.....	29
TABELA 1 – Idosos que receberam medicamento do SUS para tratamento da Doença de Alzheimer.....	36
GRÁFICO 1 – Composição percentual do financiamento das ILPIs por natureza jurídica (2007-2009).....	40
TABELA 2 – Rede Cofinanciada – Serviço de acolhimento para idosos.....	45
TABELA 3 – Equipe de Referência para atendimento nas ILPIs .....	48
TABELA 4 – Caracterização dos idosos com Alzheimer .....	51

## LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ANG	Associação Nacional de Gerontologia
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CF	Constituição Federal
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DA	Doença de Alzheimer
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IQ-CODE	Questionário do Informante sobre o Declínio Cognitivo do Idoso
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MOPI	Movimento Pró-Idoso
MS	Ministério da Saúde
NETI	Núcleo de Estudos da Terceira Idade
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG's	Organizações Não Governamentais
PAG/PNI	Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso
PAI	Programa de Assistência ao Idoso
PAPI	Projeto de Apoio à Pessoa Idosa
PcD	Pessoa com Deficiência
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPD	Pessoa Portadora de Deficiência
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SEOVE	Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna
SERTE	Sociedade Espírita de Recuperação, Trabalho e Educação
SESC	Serviço Social do Comércio
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISAP-Idoso	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<u>1 INTRODUÇÃO.....</u>	<u>10</u>
<u>2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O IDOSO COM ALZHEIMER.....</u>	<u>12</u>
<u>2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....</u>	<u>12</u>
<u>2.2 O IDOSO COM ALZHEIMER E SUAS DEMANDAS POR CUIDADO.....</u>	<u>17</u>
<u>3 DIREITOS, POLÍTICAS DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À POPULAÇÃO IDOSA</u> <u>.....</u>	<u>24</u>
<u>3.1 DIREITOS E POLÍTICAS DE PROTEÇÃO DOS IDOSOS.....</u>	<u>24</u>
<u>3.2 POLÍTICAS DE ATENDIMENTO AO IDOSO COM ALZHEIMER.....</u>	<u>35</u>
<u>3.3 REFLETINDO ACERCA DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA COM ALZHEIMER</u> <u>.....</u>	<u>37</u>
<u>4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM OS IDOSOS PORTADORES DE</u> <u>ALZHEIMER.....</u>	<u>42</u>
<u>4.1 INDICAÇÕES METODOLÓGICAS DA PESQUISA.....</u>	<u>42</u>
<u>4.2 IDENTIFICAÇÃO DAS ILPIs ESTUDADAS.....</u>	<u>44</u>
<u>4.3 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</u>	<u>46</u>
<u>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</u>	<u>58</u>
<u>REFERÊNCIAS.....</u>	<u>60</u>
<u>ANEXO 1 - Questionário.....</u>	<u>65</u>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho se propõe a aproximar o debate do Serviço Social à temática da doença de Alzheimer, trazendo uma reflexão sobre as possibilidades de intervenção com idosos portadores de Alzheimer. A escolha desse tema surgiu a partir da vivência de estágio realizado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) de Florianópolis, na qual despertou a atenção a presença do Alzheimer em idosas acolhidas.

O tema é de extrema relevância diante do crescimento da população idosa brasileira e do aumento da incidência e prevalência da doença entre os idosos, para que o debate se expanda dentro do Serviço Social e das políticas públicas que atendem este segmento. De acordo com Argimon e Trentini (2005), junto do processo de envelhecimento existe um aumento da possibilidade de desenvolvimento de doenças mentais, sendo a demência uma das mais relevantes e o Alzheimer a causa mais comum de demência nas pessoas idosas, atingindo cerca de 1% a 6% da população a partir dos 65 anos e 50% em idosos com 95 anos ou mais (VIELA; CARAMELLI Apud TAYLOR; DELLAROZA, 2010). É importante para o Serviço Social discutir sobre a temática, pois a população idosa apresenta grandes demandas por cuidado e com as transformações sociais, como diminuição da taxa de natalidade e inserção da mulher no mercado de trabalho, existem cada vez mais idosos sem famílias, devendo existir programas e políticas que atendam às necessidades do idoso com Alzheimer. Para aqueles que possuem família, é necessário uma rede assistencial aos familiares que prestam os cuidados aos idosos adoecidos, por se tratar de uma doença desgastante devido a desorientação e extrema dependência do idoso.

Ao elaborar este trabalho se enfrentou a dificuldade de encontrar literatura especificamente sobre o Alzheimer na perspectiva do Serviço Social, localizando somente textos que tratam da questão do envelhecimento e das políticas, sendo necessária a busca em outros campos de conhecimento, como na Psicologia e na Enfermagem.

Neste sentido a pesquisa é de natureza exploratória devido à não se ter encontrado trabalhos sobre o trabalho do assistente social junto a pessoas com Alzheimer. A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de questionário com três assistentes sociais que trabalham em ILPIs conveniadas com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, estado de

Santa Catarina, abarcando os seguintes eixos: caracterização das profissionais, condições de trabalho, caracterização dos usuários e da instituição e trabalho profissional.

O objetivo geral deste trabalho é: analisar o trabalho dos assistentes sociais com pessoas idosas portadoras de Alzheimer em ILPIs e os objetivos específicos são:

- Identificar o processo do envelhecimento e as novas demandas que são colocadas como consequência deste processo que nunca havia sido vivenciado pela humanidade, tendo em vista que nunca se viveu tanto na história.
- Compreender as políticas e direitos da população idosa enquanto fruto de intensa mobilização social, entendendo historicamente como se deu a construção da legislação atual referente aos idosos.
- Identificar e analisar elementos do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social nas ILPIs junto aos idosos portadores da doença de Alzheimer.

No primeiro capítulo, foi necessário explorar o fenômeno do envelhecimento populacional para permitir uma compreensão total sobre o contexto em que se insere a doença de Alzheimer. Em seguida, foi apresentada a referida doença, suas principais características e sintomas, formas de diagnóstico e tratamento, além de debater sobre o cuidado deste idoso adoecido e a centralidade da família na realização deste cuidado, mesmo havendo mudanças nas configurações familiares na sociedade atual.

No segundo capítulo é discutido a questão dos direitos e políticas de proteção e atendimento à população idosa através de uma retrospectiva histórica desde sua origem até os dias atuais. Também é apresentado alguns dados sobre as políticas de atendimento ao idoso portador de Alzheimer, explorando aspectos como o familismo e a institucionalização.

Por fim, no terceiro capítulo, será debatido o trabalho do assistente social com idosos portadores de Alzheimer a partir dos dados coletados através da aplicação de questionário junto a assistentes sociais que trabalham em ILPIs filantrópicas conveniadas com o Poder Público Municipal de Florianópolis.

## **2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O IDOSO COM ALZHEIMER**

Neste capítulo será abordada a questão do envelhecimento populacional e como o processo de envelhecimento interfere na saúde mental do indivíduo. O envelhecimento populacional é um fenômeno novo para a humanidade devido ao aumento da expectativa de vida, que envolve vários fatores como a redução da taxa de mortalidade infantil, o desenvolvimento de vacinas e antibióticos e melhoria no saneamento básico. Porém, mesmo com todos esses avanços, quanto mais as pessoas envelhecem, mais altas são as taxas de doença mental. A Doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum de demência entre os idosos. Neste sentido, serão expostas informações acerca dessa doença, como sintomas, diagnóstico, tratamento e cuidado de idosos adoecidos, trazendo para o debate a importância da criação de políticas e programas que atendam às necessidades deste segmento.

### **2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL**

A velhice, também conhecida como terceira idade, significa no dicionário a qualidade do que é velho, isto é, algo antigo ou alguém com idade avançada. Esta fase da vida pode ser caracterizada pela degeneração do organismo. São sintomas da velhice a perda da capacidade auditiva, aparecimento de rugas e cabelos brancos, alteração dos reflexos, entre outros. Existem várias terminologias para estas pessoas que alcançam a terceira idade, são elas: ancião, velho, idoso, sábio, antigo, ancestral etc. Segundo Santos, Karsch e Montañés (2010, p. 366), a velhice é complexa e “deve ser vista de formas diferentes num país com expectativa de vida de 37 anos, como Serra Leoa, ou de 78 anos como o Japão”. O tratamento da pessoa idosa varia de acordo com os diferentes tipos de sociedades, por exemplo, na sociedade japonesa os idosos são extremamente respeitados e idolatrados, pois existe uma compreensão de que eles foram responsáveis por grande parte da cultura do país. Em outras sociedades, o idoso é desprezado devido a compreensão de que eles não têm mais utilidade, pois são incapazes e improdutivos.

No Brasil, segundo o art. 1º do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a sessenta anos. Já nos países desenvolvidos, de

acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado idoso todos aqueles com sessenta e cinco anos ou mais. Na realidade brasileira, pode-se dizer que o processo de envelhecimento é heterogêneo, isto é, envelhece-se de diferentes maneiras e em diferentes condições, pois os aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos são os mais variados e determinam o acesso a bens e serviços sociais necessários ao atendimento das demandas deste segmento. Em relação ao aspecto social, no passado, como poucos alcançavam uma idade avançada, o respeito pela pessoa idosa era maior. No que diz respeito ao aspecto cultural, menosprezar a fase da terceira idade é algo que é tão natural na sociedade atual que até o próprio idoso não entende isto como algo prejudicial a ele. A população idosa é estigmatizada e sofre com as desigualdades sociais, sendo imprescindível a erradicação das múltiplas formas de discriminação para com esta população.

Nessa direção é fundamental a compreensão da velhice enquanto uma construção social e histórica revestida do caráter da heterogeneidade. Nesse sentido, sobressai o entendimento de que envelhecemos de diferentes maneiras e em diferentes condições. Considerando os critérios de gênero, raça e etnia, verificaremos que a velhice é uma experiência que se processa de forma diferente para homens e mulheres, para brancos, negros e indígenas, tanto nos aspectos sociais, econômicos, quanto nas condições de vida. (SILVA, 2016, p. 225-226)

O fenômeno do envelhecimento e da longevidade da população é algo que a humanidade não havia vivenciado tal como se apresenta na atualidade e que se dá de diferentes formas: enquanto nos países desenvolvidos o fenômeno ocorre de forma gradual e lenta há mais de um século, associado ao progresso socioeconômico e a melhoria das condições de vida, nos países em desenvolvimento esse fenômeno se dá de forma rápida e há menos tempo. De acordo com Berzins (2003, p. 22-23), “na França foram necessários 115 anos, de 1865 a 1980, para que a proporção de idosos duplicasse, passando de 7% do total da população para 17%. O Brasil levará 20 anos (de 1996 a 2016) para passar de 7% para 14%”.

Segundo Areosa (2008, p. 147), “enquanto os países desenvolvidos enriqueceram antes de envelhecer, os países em vias de desenvolvimento estão envelhecendo rapidamente antes que se produza um aumento considerável da riqueza”. Conforme constata Silva (2016), as características demográficas brasileiras da população idosa variam conforme a região do país, ou seja, na região Sul e Sudeste, os índices de envelhecimento são semelhantes aos dos países desenvolvidos; já na região Norte e Nordeste, os índices se assemelham aos dos países subdesenvolvidos.

A expectativa de vida sempre variou de acordo com as condições da época e dos lugares. Berzins (2003) traz uma linha do tempo muito interessante em seu artigo: na pré-história, a idade média das pessoas era em torno dos 25 anos; no século XVII alcançou os 30 anos; somente na metade do século XIX que subiu para 35 anos, ou seja, para elevar a expectativa de vida em 10 anos levou-se aproximadamente dois mil anos. Nos anos seguintes, a expectativa de vida aumentou de forma muito mais rápida: nos países industrializados, entre 1900 e 1915 teve um aumento de uma década, isto é, a idade média aumentou para 45 anos e em 1950 subiu para 65 anos.

Em relação à expectativa de vida no Brasil, entre 1940 e 2017, houve um aumento de 30,5 anos. Em 2017, a maior expectativa de vida era em Santa Catarina (79,4 anos) e a menor era no Maranhão (70,9 anos). A expectativa média de vida era de 76 anos, sendo 72,5 para os homens e 79,6 para as mulheres (IBGE, 2018a). De acordo com Veras (2003), estes dados expressam a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade aliado a progressiva incorporação da mulher à força de trabalho e as mudanças dos padrões socioculturais.

Este aumento da expectativa de vida deve-se principalmente à redução da mortalidade infantil, desenvolvimento de vacinas e antibióticos, hábitos alimentares apropriados, melhora da saúde pública, avanço no tratamento e prevenção de doenças cardíacas e cerebrais. No entanto, apesar de todos estes avanços, o grupo de pessoas com idade acima de 65 anos, encontra-se suscetível ao risco elevado de desenvolver doenças neurodegenerativas ou demências. (AVILA, MIOTTO, 2003, p.3)

Segundo Neumann (2010), no Brasil, até 1930, grande parte dos óbitos ocorreu devido à doenças infecciosas e foi somente a partir da década de 1940 que as taxas de mortalidade diminuíram, com a utilização de antibióticos e melhoria do saneamento básico, associado à conscientização da população em relação à higiene. Com o aumento da expectativa de vida, o processo de transição demográfica começou, levando, no final da década de 1960, ao processo de envelhecimento da população. Entre 1960 e 2018, a realidade brasileira demonstra um aumento significativo no número de pessoas com mais de sessenta anos: passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, totalizando 19 milhões em 2018. A Figura 1 a seguir traz os percentuais por sexo e faixa etária da população brasileira em 2017. Conforme Veras (2003, p.6):

A partir dos anos 1960, quando até então todos os grupos etários registravam um crescimento quase igual, o grupo de idosos passou a liderar este crescimento; as projeções indicam que, num período de 70 anos, (1950 a 2020), enquanto a população brasileira estará crescendo 5 vezes, a população de idosos estará se ampliando em 16 vezes.

Figura 1 – Distribuição da população por sexo e grupo de idade em 2017



Fonte: IBGE, 2018b.

Segundo Lima (2006), existe uma estimativa de que o Brasil, em 2025, ocupará a sexta posição mundial em número de idosos. Motta (Apud NEUMANN, 2010, p. 18) relata que “a previsão da ONU é de que o país tende a ser o mais envelhecido da América Latina em poucas décadas”. Em 2060, de acordo com o IBGE (2018c), um quarto da população brasileira deverá ter mais de 65 anos de idade (58,2 milhões de idosos) levando a uma modificação da pirâmide populacional e exigindo políticas que atendam as necessidades da população idosa e que proporcionem um envelhecimento ativo e saudável.

É interessante acrescentar que a população muito idosa, como 80 anos ou mais, também continuará aumentando, havendo uma diferença significativa referente à expectativa de vida entre os gêneros, o que ocorre também em outros países, pois se observa uma feminização do envelhecimento. (NEUMANN, 2010, p. 18)

Neumann (2010) indica que essa feminização do envelhecimento pode ser explicada devido a prevenção das mulheres em relação às doenças, pois utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Além disso, o sexo masculino adoece mais e tem uma propensão maior em se envolver em acidentes, homicídios e suicídios. Também existem diferenças significativas no consumo de tabaco e álcool entre homens e mulheres. Em contrapartida, as doenças crônicas e incapacitantes predominam no sexo feminino. Para Neumann (2010, p.19), um conjunto de fatores tornam as idosas mais frágeis e suscetíveis à vulnerabilidade social:

Além disso, alguns aspectos sociais podem levar a mulher idosa à condição de pobreza ou à institucionalização durante a sua velhice. Fatores como a viuvez ou renda reduzida, somados aos longos períodos de doenças crônicas, torna as idosas mais frágeis e mais suscetíveis à tríade pobreza, doença e solidão. (PAPALÉO NETTO; YUASO; KITADAI, 2005)

O envelhecimento populacional é considerado um problema de saúde pública. Quando comparado com outras faixas etárias, a população idosa utiliza mais os recursos de saúde e permanece mais tempo ocupando leitos (NEUMANN, 2010). Segundo Caramano e Pasinato (Apud NEUMANN, 2010), em 2002, ocorreu a Segunda Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), para definir algumas diretrizes para o século XXI. Neste sentido, foi aprovado um Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento, em que mais de 160 países firmaram o compromisso de incorporar o envelhecimento em suas políticas de desenvolvimento socioeconômico. Além disso, se comprometeram a acabar com as discriminações contra os idosos e a eliminar todas as formas de negligência, abuso e violência.

O desafio é e será incluir na agenda de desenvolvimento socioeconômico dos países políticas para promover o envelhecimento ativo, possibilitando qualidade aos anos adicionados à vida. Criar condições para fortalecer as políticas e programas para promoção de uma sociedade inclusiva e coesa para todas as idades, reconhecendo o direito à vida, à dignidade e à longevidade deve ser objeto de preocupação dos governantes (BERZINS, 2003, p. 20).

O processo de envelhecimento traz consigo inúmeras doenças e transtornos psíquicos que acometem a saúde mental do indivíduo como a depressão, a ansiedade e as demências. Através de estudos, observou-se que as taxas de doença mental se elevam com o avanço da idade. Segundo Bagnati (Apud ARGIMON, TRENTINI, 2005, p.100), há um aumento da expectativa para o desenvolvimento de doenças mentais “de 34% aos 61 anos para 67% aos 81 anos. Entre os transtornos psiquiátricos comuns na terceira idade a demência é um dos mais relevantes, com 3-5% dos indivíduos sendo afetados após os sessenta anos e 20-40% após os oitenta anos”.

De acordo com Viela e Caramelli (Apud TAYLOR, DELLAROZA, 2010, p.72), “a doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência em idosos, e atinge cerca de 1% a 6% da população a partir dos 65 anos e 50% em indivíduos com 95 anos ou mais”.

A doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência (LOPES e BOTTINO, 2002; RODGERS, 2004) e foi descrita pela primeira vez em 1906, por um psiquiatra alemão chamado Alois Alzheimer, que identificou em uma de suas pacientes, a senhora August D., um quadro de déficit de memória, alterações comportamentais e incapacidade de realizar atividades rotineiras. A essa descrição ele adicionou duas alterações anatômicas que encontrou ao examinar o cérebro da senhora August, após sua morte (LIMA, 2006, p. 472).

Diante desta realidade do aumento da população idosa e das altas taxas de doença mental neste segmento, sendo o Alzheimer a forma mais comum de demência, o próximo

item trará dados sobre essa doença, abordando suas principais características, sintomas, diagnóstico e tratamento. Será debatido o cuidado deste idoso adoecido e como o foco permanece no suporte familiar, ignorando o fato de que uma parcela significativa de idosos não possuem vínculos familiares e manifestam dificuldades para viver e proporcionar uma qualidade de vida conforme as reais necessidades.

## 2.2 O IDOSO COM ALZHEIMER E SUAS DEMANDAS POR CUIDADO

A doença de Alzheimer (DA) é uma doença crônica neurodegenerativa. É considerada uma síndrome de demência que compromete a memória e outro domínio cognitivo, interferindo diretamente na autonomia do indivíduo. Phaneuf (Apud ANTUNES, 2011, p.3-4) explica o conceito de demência:

A demência é um dano no funcionamento intelectual acompanhado de uma perda importante de memória, de mudanças da personalidade e da afectividade, mas também no plano do reconhecimento das pessoas, de desorientações temporal, espacial e de uma incapacidade de resolver problemas ou de manifestar os comportamentos apropriados às situações. Para que haja verdadeiramente demência, a deterioração, deve durar mais de seis meses e ser bastante marcada para perturbar as actividades diárias da pessoa.

Segundo Argimon e Tretini (2005, p. 100), “estima-se que 2-4% da população com mais de 65 anos apresentem demência do tipo Alzheimer, aumentando a prevalência conforme o aumento da idade, particularmente após os 75 anos”. Porém, existem limitações para estabelecer estimativas reais, por conta da semelhança dos sintomas do Alzheimer e dos sintomas do envelhecimento normal como, por exemplo, a perda de memória e de outras funções cognitivas, levando a uma demora dos familiares em procurar os serviços de saúde. Outras possíveis alterações em decorrência do Alzheimer são distúrbios motores, sensoriais e comportamentais (sintomas psicóticos, alterações do humor e da personalidade).

Apesar do crescente interesse dos meios de comunicação pelo mal de Alzheimer, alguns fatores ainda causam atraso na detecção da doença, como, por exemplo, medo do estigma, expectativas reduzidas com relação à capacidade cognitiva dos idosos e tentativas de subjugar os sintomas para preservar a dignidade da pessoa. Quanto mais cedo os sintomas forem associados à doença, maiores serão as chances de se fazer intervenção eficaz e dar apoio apropriado nas questões sociais, legais e financeiras, de forma a educar as pessoas envolvidas e evitar, assim, consequências mais graves (RODGERS; BARKER et al. Apud LIMA, 2006, p.475).

De acordo com Lima (2006), o envelhecimento associado à genética é o maior fator de risco da Doença de Alzheimer observando-se herança familiar em um terço dos casos. É possível identificar algumas perturbações cognitivas nas pessoas portadoras de Alzheimer,

como a agnosia que é a incapacidade de identificar objetos ou pessoas e a afasia que é a perda parcial ou total da capacidade de expressão e compreensão da linguagem falada ou escrita. Outra perturbação bem comum nos idosos adoecidos com a doença é a apraxia que é a incapacidade de realizar movimentos, mesmo que a pessoa saiba e queira fazer o movimento e que seus músculos estejam funcionando normalmente. Os sintomas iniciais do Alzheimer costumam aparecer após os 65 anos. Primeiramente, fica evidente a dificuldade do paciente em pensar com clareza e de desempenhar tarefas complexas, além de serem recorrentes os lapsos de memórias recentes. Durante este processo de adoecimento, observa-se a perda da autonomia expressa nas dificuldades para efetuar tarefas mais simples e inicia-se a dependência diária de um cuidador. Conforme relatam Abreu, Forlenza e Barros (2005), o quadro é agravado quando são desenvolvidos sintomas psicóticos ou alterações comportamentais que levam ao desgaste do idoso e sobrecarga do cuidador. Normalmente, o óbito ocorre após dez a quinze anos de evolução da doença devido a complicações clínicas.

Existem vários déficits cognitivos na Doença de Alzheimer, porém o comprometimento da memória tem destaque. De acordo com Abreu, Forlenza e Barros (2005), existe uma relação entre os conceitos de memória e autonomia, pois se entende a autonomia como a capacidade individual de cuidar de si mesmo e isto só é possível devido a uma memória íntegra. Sendo assim, os autores discutem a existência de duas categorias de idosos dependentes: “um grupo com perda da capacidade de se cuidar, mas com preservação cognitiva e outro grupo com perda da capacidade de se cuidar e com deterioração da capacidade cognitiva” (p. 134-135). Conclui-se que o primeiro grupo possui mais autonomia em relação ao outro, pois a autonomia é entendida mais como uma maior aptidão cognitiva do que motora. De acordo com os autores, a qualidade de vida na velhice é vinculada ao conceito de autonomia, ou seja, a qualidade de vida é indicada pela capacidade que o idoso tem de desempenhar sozinho atividades básicas da sua vida diária.

As crenças culturais da nossa sociedade, ao preconizar valores de autonomia, podem ocasionar uma diminuição na autoestima e um forte impacto emocional negativo naqueles idosos que, por perda da saúde, se veem obrigados a depender e a receber ajuda da família para manter as atividades do seu dia a dia. Também se sabe que seus hábitos de higiene vão se modificando, e isso pode traduzir-se em rechaço e isolamento social, inclusive de sua família, a qual lhe presta ajuda e apoio (ARGIMON; TRENTINI, 2006, p. 103).

Para diagnosticar a Doença de Alzheimer é realizada uma avaliação médica, pois não existe um exame específico para diagnóstico da doença. Os exames de sangue e imagem

servem apenas para excluir a possibilidade de outras doenças. Assim, é feita uma avaliação cognitiva e funcional do indivíduo portador de Alzheimer. Para a avaliação cognitiva são utilizados testes cognitivos, como, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), o teste cognitivo de Cambridge, a Escala de Blessed para demência, Avaliação Cognitiva de Montreal e a Escala para Avaliação da Doença de Alzheimer. Em relação à avaliação funcional, são várias as escalas que podem ser utilizadas para avaliar o déficit cognitivo, como, por exemplo: Questionário do Informante sobre o Declínio Cognitivo do Idoso (IQ-CODE), que avalia a cognição a partir de entrevista com o cuidador ou pessoa próxima do idoso através de 26 questões, no intuito de comparar o desempenho atual com o desempenho anterior do portador de Alzheimer; a Escala Bayer de Atividades da Vida Diária, que avalia o desempenho atual do idoso em atividades da vida diária e o Índice de Katz, que também avalia o desempenho em atividades da vida diária e classifica se o idoso é independente, dependente ou necessitado de assistência. Essa avaliação funcional e cognitiva, além de ser fundamental para o diagnóstico do Alzheimer, contribui para monitorar a progressão da doença.

Os questionários respondidos pelos informantes sofrem influência de fatores não-cognitivos, tais como o estado afetivo do paciente e do informante e o grau de proximidade entre eles. Segundo Loewenstein (1995), os familiares fornecem respostas mais acuradas no que tange a capacidade funcional do paciente, mas podem sub ou superestimá-la, de acordo com sua percepção do problema, o grau de estresse e sobrecarga, ou até mesmo suas características de personalidade e capacidade cognitiva (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005, p. 133).

Segundo Gutierrez et al. (2014), nos países em desenvolvimento, os custos dos cuidados com a doença de Alzheimer estão aumentando de forma rápida devido ao progressivo aumento do número de pessoas com a doença. É fundamental pensar na reorganização dos serviços e na redução dos gastos associados à assistência aos idosos com Alzheimer, auxiliando a família e os cuidadores no manejo da doença. Essa redução dos custos pode ser viabilizada através de “intervenções que melhorem ou preservem a independência ou, ainda, atrasem e retardem o declínio funcional desses pacientes” (GUTIERREZ et al., 2014, p. 4481).

Atualmente, os gastos com serviços de enfermagem nos Estados Unidos chegam a 20 bilhões de dólares anuais com cuidados destinados a pacientes portadores de demência. Além dos gastos relacionados ao tratamento, a importância das demências no contexto farmacoeconômico é ilustrada pelo fato de que mais de 50 milhões de dólares são gastos anualmente em pesquisas sobre demência, apenas nos Estados Unidos (COSTA Apud ABREU, FORLENZA, BARROS 2005, p.132).

O tratamento farmacológico tem se mostrado eficaz na prevenção e controle dos sintomas da doença. Os medicamentos mais utilizados são Rivastigmina, Galantamina e Donepezil, ambos inibidores das colinesterases de segunda geração (TAYLOR; DELLAROSA, 2010). Porém, de acordo com Lima (2006), o tratamento do Alzheimer vai além da administração de medicamentos, sendo muito importante a estimulação das habilidades cognitivas preservadas, a reeducação daquelas que estão em declínio, incentivando o convívio social e as atividades de lazer. Neste sentido, ganham destaque os métodos de intervenção neuropsicológica, sendo a atividade mental um agente importante contra o declínio da memória, treinando e estimulando as habilidades que restaram de forma a compensar o déficit da doença. Foi elaborado um modelo de ação pela *Alzheimer's Disease International*, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos com Alzheimer e seus familiares. A Figura 2 a seguir ilustra este modelo que compreende etapas importantes para o desenvolvimento dos serviços às pessoas portadoras de Alzheimer.

**Figura 2 – Modelo de ação com as pessoas portadoras de Alzheimer**



**Figura 1.** Abordagem gradual para o desenvolvimento de serviços a pessoas com demência.

Fonte: Traduzido World Alzheimer Report "Alzheimer's Disease International". 2009.

Fonte: GUTIERREZ et al., 2014, p. 4482.

Segundo esta metodologia, é necessário estimular a sensibilização e compreensão da sociedade em relação a doença de Alzheimer, inclusive e principalmente, dos gestores dos serviços de saúde, para que seja desenvolvida uma capacitação dos profissionais de saúde sob a ótica da prevenção desta doença desde os serviços primários, incentivando a comunidade a praticar exercícios físicos, a manter a interação social e a se alimentar adequadamente. Esta capacitação deve se estender também para os familiares e cuidadores das pessoas portadoras de Alzheimer, no sentido de retardar os avanços da doença e proporcionar qualidade de vida para o idoso adoecido.

Lima (2006) ressalta que é crescente o número de técnicas do método de intervenção neuropsicológica e que elas podem ser divididas em três grupos, são eles: estimulação cognitiva, reabilitação neuropsicológica e treino cognitivo. Em relação à estimulação cognitiva, o objetivo é reduzir a desorientação e confusão mental através da apresentação de dados da realidade ao idoso com Alzheimer, por exemplo, onde ele está, o dia e a hora, ou seja, todo e qualquer contato entre o idoso e seu cuidador é repleto de informações. Já a reabilitação neuropsicológica engloba cinco elementos: reabilitação cognitiva, psicoterapia, estabelecimento de ambiente terapêutico, trabalho com família e trabalho de ensino protegido com pacientes (PRIGATANO Apud LIMA, 2006). O objetivo da reabilitação é recuperar algumas capacidades perdidas e prevenir a perda das capacidades preservadas. Por fim, o treino cognitivo que tem como objetivo exercitar funções da vida diária para trabalhar a memória, a atenção, a linguagem e a própria execução da função.

A manutenção de uma rede social na terceira idade pode reduzir o impacto do declínio das funções cognitivas ao estimular processos mentais. Acredita-se que, dessa forma, é acumulada uma reserva cognitiva para a velhice (SACZYNSKI et al., 2005). Um estudo longitudinal com 89 sujeitos encontrou evidências de que a extensão das redes sociais proporciona uma reserva cognitiva que reduz os efeitos degenerativos da DA. (LIMA, 2006, p. 48-49)

Neste contexto, insere-se a família que passa a ser o principal apoio aos idosos com Alzheimer, exigindo algumas mudanças na rotina. Este cuidado do familiar adoecido é comumente acompanhado de um desgaste e sobrecarga da família, que se reestrutura para conseguir dar suporte ao idoso, mas nem sempre obtêm sucesso. Neste sentido, é fundamental a assistência profissional interdisciplinar ao idoso portador de Alzheimer e sua família, intervindo de forma a melhorar a qualidade de vida e autoestima dessas pessoas. Além disso, é imprescindível um rodízio entre os familiares para cuidar do idoso para não sobrecarregar somente um membro da família.

Seja o paciente cuidado em casa, por familiares, seja em instituições, o fardo de se lidar com um idoso desorientado, confuso, com dificuldades de memória e até com comportamentos desagradáveis é bastante “pesado”. Frequentemente, os familiares responsáveis pelo idoso demonstram uma reestruturação e uma modificação dos papéis de seu grupo familiar: novos horários organizados, atividades e cuidados. Isso muitas vezes pode levar a uma sobrecarga de reações de fadiga e tensão, com consequentes repercussões negativas na sua saúde e satisfação (SILVA, 2016, p.6).

O Alzheimer traz questões psicológicas complexas para o indivíduo e sua família, pois no estágio avançado da doença, o idoso adoecido pode não reconhecer mais seus familiares. Há estudos que indicam o adoecimento dos familiares cuidadores de idosos com Alzheimer,

sendo a depressão o transtorno que prevalece entre eles, interferindo diretamente na qualidade de vida do idoso adoecido. Argimon e Trentini (2006, p. 103), sugerem uma intervenção através de grupos abertos com familiares (cuidadores), cujos objetivos seriam: informar sobre a doença de Alzheimer e trocar experiências, diminuindo a ansiedade e criando estratégias de “proteção” frente à exaustão. Neste processo, é fundamental a presença de um terapeuta para trabalhar as questões psicossociais e subjetivas.

Observando-se e escutando os pacientes portadores de doenças degenerativas e seus familiares, encontramos com frequência a expressão “morte em vida” para definir uma nova modalidade de velhice. Aqui, processos mórbidos degenerativos aceleram a decadência psíquica e funcional do indivíduo, comprometendo sua qualidade de vida e apresentando uma modalidade de morte que destrói o sujeito, sem, contudo, ceifar, efetivamente, a sua vida (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005, p.132).

O cuidado do idoso com Alzheimer além de desgastante, é inviável financeiramente para muitas famílias, instaurando uma nova rotina que inclui a realização regular de exames e consultas médicas e, muitas vezes, inclui também o pagamento de um cuidador para este idoso, explicitando a falta de outras alternativas para as famílias. Esta falta de alternativas se expressa na pequena escala de criação dos equipamentos da proteção social básica, como os Centros de Convivência e Centros de Cuidados Diurnos e fica evidente o enfoque, por parte dos municípios e governos, na criação e manutenção de equipamentos da proteção social especial, como as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Pacientes com DA (doença de Alzheimer) no estágio da doença moderada e grave são candidatos prováveis para a institucionalização. No entanto, as intervenções eficazes podem minimizar o avanço da incapacidade física, retardar a piora do déficit cognitivo e resultar no atraso de provável institucionalização (GUTIERREZ et al., 2014, p. 4482.).

Silva (2016) destaca que essa ênfase no suporte familiar deve ser revista, pois o conceito de família é complexo e vem sofrendo alterações por conta das transformações sociais, expressas na redução do número de filhos, inserção da mulher no mercado de trabalho e instabilidade nas relações conjugais. De acordo com Gutierrez et al. (2014, p. 4481):

[...] existe uma parcela considerável de idosos com declínio cognitivo que moram sozinhos, chegando a 22,6% do total dos que participaram do projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). Entre esses idosos que moravam sozinhos, 65,1% referiram que não recebiam auxílio para realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) [...]. Esses resultados nos alertam quanto à provável dificuldade que esses indivíduos desamparados têm no seu dia a dia para conseguir manter sua capacidade funcional preservada ou mesmo sobreviver com suas incapacidades tentando manter uma qualidade de vida digna.

Neste sentido, Silva (2016) alerta para a importância de discutir o tema do envelhecimento sob uma perspectiva crítica e politizada, entendendo as dificuldades que fazem parte deste processo como expressões da questão social, diante de um contexto de modernização do Estado e enxugamento da máquina pública, que levam ao aprofundamento de desigualdades. Este aumento expressivo da população idosa deve ser acompanhado de um redimensionamento das políticas públicas destinadas a este segmento, incorporando a garantia de um envelhecimento digno, sustentável e ativo, que proporcione qualidade de vida aos idosos.

No próximo capítulo, será abordado o envelhecimento com dignidade como um direito humano básico e como este direito se concretiza através das políticas públicas. A criação do Estatuto do Idoso e da Política Nacional do Idoso demonstra um grande avanço em busca de uma sociedade igualitária e inclusiva, porém, “entre o marco legal e as medidas de efetivação existe uma grande distância a ser percorrida e ações a ser concretizadas” (SILVA, 2016, p. 223).

### **3 DIREITOS, POLÍTICAS DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À POPULAÇÃO IDOSA**

O presente capítulo tem como objetivo realizar uma breve retrospectiva histórica dos direitos e políticas destinadas a população idosa brasileira. Traz elementos anteriores e posteriores à Constituição Federal de 1988, destacando a importância da luta e mobilização social para a criação da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso. Em relação ao Alzheimer, são apresentadas informações sobre a política de atendimento ao idoso portador da doença. A discussão sobre o cuidado deste idoso também é trazida para o debate como elemento de fundamental importância para a compreensão de como as políticas destinadas aos idosos são desenhadas.

#### **3.1 DIREITOS E POLÍTICAS DE PROTEÇÃO DOS IDOSOS**

A proteção social brasileira tem seus marcos iniciais a partir da década 1930 do século XX, quando foi introduzida a legislação social trabalhista, criada para regulamentar as relações de trabalho, reconhecendo direitos aos trabalhadores. Ainda que a proteção social fosse extremamente focalizada nas pessoas que trabalhavam com vínculo formal, com o passar do tempo e através de um conjunto de lutas sociais, houve um processo de conquista e de responsabilização do Estado para com o conjunto de segmentos sociais, como os trabalhadores informais e desempregados “através da criação e ou regulamentação de órgãos de assistência social às necessidades desse público e também dos considerados indigentes” (SILVA; YAZBEK, 2014, p. 104). O sistema de proteção social brasileiro teve seu marco histórico com a promulgação Constituição Federal de 1988, que incorporou a perspectiva de proteção e seguridade social, ampliou direitos sociais nas áreas da educação, previdência social, assistência social, entre outros, e universalizou o direito saúde.

De acordo com Neumann (2010, p. 21), “até a década de 90 não existia nenhuma política de âmbito nacional que fosse destinada às pessoas idosas, existindo apenas alguns Decretos e Leis”. Até então, o trabalho desenvolvido com a população idosa era realizado por organizações religiosas e filantrópicas. Na década de 1960, foram criadas duas iniciativas que

impactaram no desenvolvimento das políticas destinadas aos idosos. A primeira foi a criação, em 1961, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), cujo objetivo era a estimulação e apoio à iniciativas de amparo à velhice. A segunda, em 1963, foi a criação de uma ação do Serviço Social do Comércio (SESC) que tinha como objetivo o trabalho de assistência social ao idoso. Foi a partir da década de 1970, com o aumento significativo dessa população que começou a se esboçar uma preocupação por parte do governo e do setor privado, preocupação esta forçada pela organização social dos idosos e pela pressão da sociedade civil. Em 1972, foi criado o Movimento Pró-Idoso (MOPI) com o objetivo de desenvolver ações de promoção do bem-estar para a população idosa. Dois anos depois, criou-se a Renda Mensal Vitalícia (Lei nº 6179/1974) que pagava metade do salário-mínimo às pessoas sem renda com 70 anos ou mais. No ano seguinte, foi criado o Programa de Assistência ao Idoso (PAI) operacionalizado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este programa, de abrangência nacional, “consistia na organização e implementação de grupos de convivência para idosos previdenciários, nos Postos de atendimento desse Instituto” (RODRIGUES, 2001, p.150). Em seguida, no ano de 1976, foram realizados três seminários regionais e um nacional, no intuito de expor linhas fundamentais de uma política de assistência e promoção social do idoso. A partir das informações geradas nesses seminários, criou-se, alguns anos depois, um documento de extrema importância, contendo algumas diretrizes para uma política social destinada à população idosa. Além da criação deste documento, a realização destes seminários proporcionou a expansão da discussão sobre o envelhecimento. Em 1977, com a reforma da Previdência, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Neste momento, o PAI passou a ser realizado pela Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) que atuava em dois níveis:

- a) direto: que se realizava nas suas próprias instalações e com seu pessoal técnico. Naquele ano contava com cerca de 2.000 unidades em todo o Brasil. Eram centros sociais, postos de distribuição de material, alimentos, etc., e os núcleos de voluntariado. O atendimento às pessoas idosas era feito de duas maneiras:
  - de forma individual - concessão de prótese, órtese, documentos, ranchos, etc;
  - de forma grupal, nos grupos de convivência (nucleação e manutenção dos grupos);
- b) indireto: a LBA - Legião Brasileira de Assistência - realizava convênios com asilos, pagando um per capita x, por um certo número de vagas para idosos, que ela, através de seus técnicos selecionava e os encaminhava aos asilos conveniados, que eram supervisionados por Assistentes Sociais da LBA. (RODRIGUES, 2001, p. 150-151)

Através da reestruturação da LBA em 1987, o PAI transformou-se em Projeto de Apoio à Pessoa Idosa (PAPI). O objetivo do PAPI era proporcionar oportunidades de maior participação das pessoas idosas, desenvolvendo a discussão sobre suas reivindicações e direitos enquanto cidadãos. Com o aumento da demanda pelos grupos de convivência, surgiu uma parceria com entidades privadas que já atuavam com idosos ou que pretendiam atuar, para que fossem criados novos grupos. Essa parceria resultou no Projeto CONVIVER, onde a LBA pagava um valor per capita pelos idosos participantes desses grupos novos, que continuavam sendo supervisionados pelos seus técnicos. De acordo com Rodrigues (2001), com a criação deste Projeto, reduziu-se o atendimento direto ao idoso e ampliou-se o indireto.

Em 1982, ocorre a Assembleia de Viena organizada pelas Nações Unidas, que foi o primeiro fórum de âmbito mundial centrado na questão do envelhecimento populacional. Nesta Assembleia foi aprovado um plano global de ação, tendo como objetivo a garantia da segurança econômica e social da população idosa, identificando espaços para sua integração no processo de desenvolvimento dos países. Segundo Camarano (2016, p.18), “embora naquele momento, o foco da atenção tenha sido os países desenvolvidos, desde a Assembleia, a agenda política de países em desenvolvimento passou a incorporar progressivamente essa questão”.

Até então, as discussões focalizavam mais o aspecto econômico do que propriamente o social e, nesse sentido, parte das recomendações orientavam para a promoção da independência, autonomia física e, principalmente, financeira da pessoa idosa estimulando o estabelecimento de políticas fortemente fundamentadas no mundo do trabalho. (PESSOA, 2009, p. 133)

Ainda em 1982, foi realizado o I Encontro Nacional de Idosos, que reuniu pela primeira vez organizações e movimentos de pessoas idosas do Brasil. Foi a partir deste ano que as universidades brasileiras iniciaram o desenvolvimento de atividades de extensão voltadas às pessoas idosas. O Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi a primeira ação desenvolvida neste sentido, criado em 1983. O II Encontro Nacional de Idosos ocorreu em 1984, em que foi produzida a “Carta de Declaração dos Direitos dos Idosos Brasileiros”. O III Encontro foi realizado em 1987 com o objetivo de discutir os direitos da pessoa idosa a serem incorporados na Constituição Federal de 1988 (PESSOA, 2007).

É a partir da década de 1980 que começam a se estruturar os Conselhos do Idoso, a nível estadual e municipal. Os primeiros Conselhos Estaduais do Idoso foram em São Paulo

(1984), Rio Grande do Sul (1988) e Santa Catarina (1990). Em 1985, surge a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) de abrangência nacional e de extrema importância para a população idosa brasileira, pois sua finalidade era a melhoria de condições de vida dessa população. Em 1989, a ANG realizou três seminários regionais e um nacional, atualizando informações sobre a temática do idoso que culminou na elaboração do documento “Recomendações de Políticas para a Terceira Idade nos Anos 90”.

Foi neste contexto de intensa luta e mobilização social que os idosos foram contemplados pela primeira vez, através da Constituição Federal de 1988, conforme promulga o “Art. 230: a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988).

Foi introduzido o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania. O resultado foi que o Brasil passou a ser um dos pioneiros na América Latina na implementação de uma política de garantia de renda para a população trabalhadora. Acesso à saúde e educação também foram garantidos para toda a população pela CF/1988, bem como a assistência social para a população necessitada. (CAMARANO, 2016, p. 22)

Em 1993, foi instituída a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742/93, que define a assistência social como um direito do cidadão e dever do Estado, garantindo às pessoas com deficiência e às pessoas idosas (a partir dos sessenta e cinco anos) o Benefício de Prestação Continuada (BPC) de um salário-mínimo mensal, desde que as mesmas comprovem não possuir outros meios de prover o seu sustento. A LOAS é considerada um avanço de extrema importância no âmbito das políticas sociais, pois significou a transformação do conceito de assistência social assistencialista em política pública, sob a ótica do direito social.

O BPC é uma transferência de renda garantida pelo art. 203 da Constituição Federal de 1988, “que integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em consonância com o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS)” (IVO; SILVA, 2011, p. 33).

No Brasil, a nova Constituição (1988) garantiu as pensões não-contributivas e isso representa importante parte do sistema de seguridade brasileiro e uma forma de melhorar as condições de vida das pessoas e particularmente dos idosos. Assim, pode-se citar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é um ingresso mensal que todos os idosos de 65 anos ou mais têm direito. Esse benefício garante suas

necessidades básicas, seu sentimento de auto-suficiência e/ou ajuda a buscar sua participação e integração na comunidade. (AREOSA; AREOSA, 2008, p. 147)

O direito a garantia de um salário mínimo mensal para pessoas com deficiência ou pessoas idosas com 65 anos ou mais foi estabelecido na Constituição Federal de 1988, porém esse direito só foi regulamentado em 1993, com a criação da LOAS, sendo efetivado apenas em 1996 devido a dificuldades orçamentárias e de gestão (IVO; SILVA, 2011). É importante destacar que houve alguns avanços e retrocessos na legislação relativa ao BPC conforme demonstra o Quadro 1, tanto no que se refere à redução da idade para acessar o benefício como na redefinição do conceito de família e de deficiência. Primeiramente, a idade mínima para acessar o benefício estipulada pela LOAS era 70 anos e a família era tida como unidade mononuclear, isto é, todos que viviam sob o mesmo teto. Ainda na LOAS, a deficiência era considerada como incapacidade para a vida independente e para o trabalho e era necessária a avaliação por equipe multidisciplinar do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do INSS. Com o Decreto 1.744 de 1995, a idade mínima para acesso ao BPC passou de 70 para 67 anos. Em relação à deficiência, o Decreto restringiu o conceito de incapacidade previsto na LOAS e passou a considerar a deficiência como resultado de anomalias ou lesões irreversíveis que impedem atividades da vida diária e do trabalho. Em 1998, foi promulgada a Lei 9.720 que realizou algumas alterações na LOAS, tais como a não incorporação de membros, como filhos e irmãos com mais de 21 anos, no cálculo da renda per capita. Outra alteração foi a restrição da avaliação médica aos serviços de perícia médica do INSS. Foi com a criação do Estatuto do Idoso em 2003, que a idade mínima para acessar o benefício passou de 67 para 65 anos. Em seguida, em 2007, com o Decreto 6.214, retorna-se ao conceito original da LOAS, substituindo o termo Pessoa Portadora de Deficiência (PPD) por Pessoa com Deficiência (PcD), menos restritivo.

Quadro 1 – Evolução da legislação relativa ao BPC

	Objeto	Idade mínima	Conceito de família	Caracterização de pessoa portadora de deficiência
LOAS 8.742/93 de 7 de dez. 1993	Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências	70 anos, com previsão de revisão do limite após dois anos, até chegar aos 65 anos.	Unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes.	Reconhece a deficiência (incapacidade para a vida independente e para o trabalho), condicionada à avaliação por equipe multidisciplinar do SUS ou do INSS.
Decreto 1.744/95 de 8 de dez. 1995	Regulamenta o BPC quanto à pessoa portadora de deficiência (PPD) e ao idoso, conforme LOAS.	Reduz a idade mínima de acesso, de 70 para 67 anos (a partir de 1º.01.1998) e prevê a 2ª alteração para 65 anos, em 1º.01.2000. <sup>7</sup>		Restringe o conceito de incapacidade da LOAS, considerando-a como resultado de anomalias ou lesões irreversíveis que impedem atividades da vida diária e do trabalho.
Lei 9.720/98 de 30 de nov. 1998	Dá nova redação aos dispositivos da LOAS, com novas alterações e regras do Programa.		Adota a definição da Lei 8.213/91, que afeta o cálculo da renda, por não incorporar membros, como filhos e irmãos com mais de 21 anos, potencialmente detentores de renda.	Restringe a avaliação médico-pericial apenas aos serviços de perícia médica do INSS, e não mais às equipes multiprofissionais do SUS.
Lei 10.741 de 1º out. 2003	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.	Concretizou a 2ª redução na idade mínima de acesso ao benefício para os idosos – 65 anos.	Mantém o conceito de família. Retira do cálculo da renda familiar <i>per capita</i> o valor do benefício anterior concedido a idosos.	
Decreto 6.214 de 26 set. 2007 (vigência atual)	Regulamenta o BPC da assistência social, quanto a PPD e ao idoso, da LOAS, de 7 dez.1993, e do Estatuto do Idoso, de 1º out. 2003.			Retorna ao conceito original da LOAS, substituindo o termo PPD por “pessoa com deficiência” (PcD), menos restritivo, referindo-se à limitações para atividades, participação e integração social.

Fonte: Brasil (1993, 1995, 1998, 2003, 2007a), elaboração Alessandra Buarque de A. Silva.

Fonte: IVO; SILVA, 2011, p.35.

O financiamento do BPC utiliza recursos da seguridade social, que são alocados no Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e o responsável pela operacionalização do benefício é o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Atualmente, esse benefício deve ser solicitado no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) mais próximo da residência dos usuários e o procedimento é se inscrever no Cadastro Único, caso o usuário já estiver inscrito, é necessário agendar um horário no INSS. Se o requerimento for BPC para pessoas com deficiência, a seleção dos beneficiários “é feita por médicos-peritos da previdência, que avaliam o grau de incapacidade para a vida independente e para o trabalho dos requerentes” (BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016, p. 115). O BPC é concedido a partir de alguns requisitos e condições, isto é, só é possível acessar o benefício aquelas pessoas cuja renda familiar *per capita* seja inferior a um quarto do salário mínimo vigente. Portanto, levando em consideração que no ano de 2019 o valor de um salário mínimo é R\$ 998,00 e um

quarto desse valor equivale a R\$ 249,50, ou seja, para os idosos acima de 65 anos ou pessoas com deficiência terem acesso ao BPC, a renda familiar per capita deve ser inferior a R\$ 249,50. Em 2018, segundo o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso), aproximadamente 2.039.943 idosos receberam BPC, sendo o Sudeste a região com a maior parcela de beneficiados, totalizando 823.761 e em seguida a região Nordeste, com 645.247 idosos.

Políticas de transferência de renda, tal como o BPC, caracterizam-se por movimentar volume substancial de recursos e serem destinadas a parcelas pobres da população. Nesse sentido, a aplicação de recursos do BPC deve buscar ser a mais eficaz possível no sentido de fazer chegar recursos escassos a parcelas vulneráveis da população (BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016, p. 115).

Uma contradição inerente ao BPC é que ele é considerado um benefício de caráter temporário, porém pessoas com deficiência permanente ou com 65 anos ou mais, que estão em situação de pobreza, dificilmente saem da condição de beneficiário (BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016). Existe também um forte caráter de seletividade da proteção, deixando de fora um grande contingente de cidadãos, seja pelo critério da idade ou da composição da renda familiar ou da avaliação médica da deficiência. Por este motivo, cresce o movimento da judicialização devido às altas taxas de indeferimento do BPC, onde os requerentes do benefício, diante da negativa do INSS, recorrem ao Poder Judiciário para que seus direitos sejam efetivados.

Após a criação da LOAS, diante de um contexto de redemocratização do país e intensas mobilizações da população, foi instituída a Lei nº 8.842, em janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). A PNI começou a ser desenhada no início da década de 1990. Durante o governo do Presidente Fernando Collor foi lançado o Projeto Vivência, que visava o desenvolvimento de ações na área da saúde, educação, cultura, lazer e assistência social para a pessoa idosa. Para que ele fosse implementado, foi publicada a Portaria Interministerial nº 252, em 16 outubro de 1990, que instituiu um grupo com representantes dos Ministérios da Ação Social, da Justiça, da Educação, do Trabalho e da Previdência Social, da Marinha, Exército e Aeronáutica e das Secretárias de Governo dos Desportos e da Cultura. Este grupo deveria analisar o documento “Políticas para a 3ª Idade” elaborado pela ANG e apresentar propostas de políticas e programas para as pessoas idosas. Em 1991, foi apresentado o Plano Preliminar para a Política Nacional do Idoso, que tinha como objetivo geral a promoção da autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na

sociedade. Foi somente em 1994 que a PNI foi aprovada, sendo regulamentada apenas em 1996 pelo Decreto nº 1.948.

A PNI tem como objetivo definir quem é o idoso, identificando-o como pessoa maior de sessenta anos de idade, e assegurar os direitos sociais dessa parcela da população, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Política visava a consolidação do idoso enquanto sujeito de direitos, devendo atender às suas necessidades de forma integral, ou seja, ir para além da tríade da seguridade social, reconhecendo a importância das outras políticas voltadas a este segmento. A família, o Estado e a sociedade são colocados como responsáveis por assegurar à população idosa a participação efetiva na comunidade, defendendo seu direito à dignidade e bem-estar. Essa divisão de responsabilidade no atendimento às necessidades da pessoa idosa, busca reduzir os gastos públicos, desresponsabilizando o governo pela execução das políticas sociais.

Essa perspectiva de divisão de responsabilidades no trato da questão social, à medida que reduz a demanda do Estado e restabelece os laços de solidariedade direta, têm seduzido conservadores e ‘progressistas’, e está relacionada ao *mix* público/privado, com a participação da sociedade civil (incluindo o mercado) na provisão de bens e serviços, restringindo o Estado ao papel de normatizador, fiscalizador e, em alguns casos, financiador. Trata-se de uma nova modalidade de proteção social, agora sob a rubrica de pluralismo de bem-estar, ou bem-estar misto, como alternativa, que mantém os sistemas públicos de intervenção social, mas sob novas bases, mais restritivas – focalizadas e seletivas (TEIXEIRA, 2007, p. 57).

Segundo Teixeira (2007, p. 157), a PNI “passou não apenas a regular as diversas iniciativas privadas e públicas de ações de proteção ao idoso, [...] mas também a legalizar formalmente e incentivar essas instituições privadas como executoras da política”. Apesar dessa diversidade em instituições de atendimento ao idoso, as diretrizes da PNI priorizam a família na realização deste atendimento. Portanto, o Estado limita-se a atuar apenas em casos de extrema pobreza e abandono através da política asilar, porém, mesmo nestes casos, a atuação do Estado não é exclusiva e por escassez de recursos, as instituições asilares passam a ser mantidas pelos municípios ou pelas Organizações Não Governamentais (ONG’s).

A Política Nacional do Idoso prevê as diversas competências dos órgãos e entidades públicas. Vale destacar o conteúdo da alínea “b” do artigo 10 que visa “estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros” (BRASIL, 1994). Para a viabilização desses espaços alternativos de atendimento ao idoso também são feitas parcerias com as ONG’s. A redução da atuação do Estado se dá não

somente no aspecto administrativo, como também no aspecto de ausência de profissionais qualificados expressa na precarização dos serviços.

Como forma de supervisionar, coordenar e avaliar a PNI, “a lei estabeleceu a criação de conselhos nacional, estaduais e municipais do idoso, órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por organizações governamentais e não governamentais” (ALCÂNTARA, 2016, p. 362). Porém, a criação do Conselho Nacional do Idoso foi inviabilizada devido aos vetos, sendo criado apenas em 2002, inicialmente com caráter consultivo. Somente em 2004 passou a ser uma instância deliberativa, podendo participar dos processos de decisão das políticas destinadas aos idosos.

Os conselhos são, entretanto, espaços contraditórios. Vinculam-se às iniciativas da classe trabalhadora, referentes à democratização e universalização das políticas públicas. Constituem-se em espaços de expressão política, na luta pela garantia de meios à própria reprodução social, mas também aos objetivos neoliberais de descentralização e partilha do poder. Objetivos esses integrados às estratégias de desregulamentação do papel do Estado na economia e na sociedade, podendo, nesse caso, desenvolverem-se como mecanismos privilegiados de manifestação dos interesses dominantes, e do exercício do controle social pelo capital (ABREU, 1999 Apud TEIXEIRA, 2007, p. 159).

Com a falta de efetividade da Política Nacional do Idoso, sentiu-se a necessidade de começar a estruturar um Estatuto específico para as pessoas idosas. A partir da mobilização da sociedade civil foram instituídos os Fóruns Permanentes da Política Nacional do Idoso, sendo um nacional e cinco regionais (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste), “os quais se constituíram em verdadeiro espaço público das discussões sobre a implementação e a esperada efetividade da PNI” (PESSOA, 2007, p. 166). Em 1997, surgiu o primeiro projeto apresentado pelo deputado Paulo Paim, do estado do Rio Grande do Sul. Em 1999, surgiu o segundo projeto proposto pelo deputado Fernando Coruja, do estado de Santa Catarina.

Em 2001, a Câmara dos Deputados constituiu uma comissão especial, composta de vários deputados pertencentes a vários partidos políticos, para examinar as propostas ou projetos de lei, que tratavam do Estatuto do Idoso. [...] O movimento social do idoso foi convidado pela comissão para participar dos debates. Diante dessa mobilização social, foi organizado em Brasília um seminário sobre o Estatuto do Idoso, que contou com cerca de 500 participantes e resultou em rica contribuição ao projeto do senador Paulo Paim, considerado o mais pertinente com os interesses dos idosos. Desse modo, somados todos esses esforços, o projeto foi aprovado, em outubro de 2003, após dois anos de tramitação no Congresso, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2004. (ALCÂNTARA, 2016, p. 364-365)

Simultaneamente a esta mobilização nacional em prol da construção do Estatuto do Idoso, foram lançadas duas medidas no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso. A

primeira medida foi a formulação do Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (PAG/PNI), em 1997. O objetivo do PAG/PNI era a promoção de ações setoriais integradas para viabilizar a implementação da PNI, definindo ações de cada órgão setorial, negociando recursos financeiros entre as três esferas de governo, acompanhando, controlando e avaliando o conjunto de ações, a partir das diretrizes pautadas na PNI. A segunda medida foi a elaboração da Política Nacional de Saúde do Idoso, em 1999, devido à ausência de efetividade do PAG/PNI e fruto da pressão e mobilização de sociedade. Foi através da Portaria 1395/GM que se criou essa política cujo objetivo era:

a implementação de ações destinadas a adiar o máximo possível os efeitos deletérios do envelhecimento humano, defendendo tanto a minimização do impacto financeiro do envelhecimento populacional sobre a área da seguridade social, como a melhoria da qualidade de vida da população idosa. Com essa idéia a PNSPI contemplava tanto os interesses do Governo como os dos grupos sociais que lutavam pelos direitos da população idosa e da comunidade internacional que defendia o paradigma do envelhecimento saudável. (PESSOA, 2007, p. 187)

Na sequência, em 2002, foi realizada a II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, em Madrid, com a participação de 150 países. O foco foi direcionado para a realidade das sociedades periféricas, reconhecendo o envelhecimento populacional como um fenômeno mundial. Foi aprovado o Plano de Ação Internacional cujo objetivo era responder aos desafios do envelhecimento das populações, promovendo o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades. Este Plano foi dividido em três eixos de prioridades, sendo o primeiro eixo chamado “Pessoas idosas e o desenvolvimento”, que consiste na inclusão do envelhecimento em todas as políticas setoriais. O segundo eixo intitulado “Saúde e bem-estar na velhice”, destacou ações direcionadas para a saúde e bem-estar físico e mental da população idosa. O terceiro e último eixo denominado “Criação de ambiente propício e favorável” tinha por objetivo a criação de espaços de inclusão social da pessoa idosa (PESSOA, 2007).

O Estatuto do Idoso é construído diante dessa intensa mobilização nacional e mundial acerca do tema do envelhecimento. De acordo com Pessoa (2007), é importante observar que tanto a PNI quanto o Estatuto do Idoso, trazem valores e princípios essenciais que regem a política pública destinada à população idosa, como: a participação, o controle social e a gestão participativa, que são fundamentais para que os idosos sejam protagonistas na construção das

políticas destinadas a eles; a intersetorialidade, que reconhece que a promoção dos direitos da pessoa idosa não pode ser reduzida a uma determinada área, isto é, as políticas setoriais devem se articular, para que juntas possam garantir os direitos deste segmento; a descentralização político-administrativa, no sentido de formular e implementar ações mais próximas da realidade da população idosa, fortalecendo o poder local para agir em prol da garantia dos direitos; a divisão de responsabilidades entre Estado, família e sociedade, princípio esse que possui uma base neoliberal, na medida em que diminui a responsabilização do Estado e aumenta a responsabilidade da família e da sociedade, ou seja, princípio que se contrapõe à universalização dos direitos e que reforça a fragmentação das políticas e a dificuldade de identificar os problemas sociais do ponto de vista de responsabilidade pública.

Por mais que tenham muitos elementos em comum, é fundamental destacar uma diferença de suma importância entre o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, que é o estabelecimento de sanções ao descumprimento das normas (FALEIROS, 2016) previsto no Estatuto. Este foi um dos principais avanços em relação a PNI, no intuito de fortalecer concretamente a efetivação dos direitos dos idosos brasileiros. Neste sentido, foi através do Estatuto do Idoso que se criou o sistema de garantias de direitos da pessoa idosa que “é composto pelas seguintes instituições/órgãos: Conselhos do Idoso; SUS; Sistema Único de Assistência Social (SUAS); Vigilância em Saúde; Poder Judiciário; Defensoria Pública; Ministério Público; e Polícia Civil” (ALCÂNTARA, 2016, p. 366).

Neumann (2010) destaca também a existência de avanços na área da saúde no Estatuto do Idoso, instituindo alguns direitos para a população idosa no Capítulo IV – Do Direito à Saúde, como: atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos; atendimento domiciliar para aquele que necessitar, inclusive para idosos abrigados ou acolhidos em Instituições de Longa Permanência para Idosos públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos; fornecimento gratuito de medicamentos e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação e reabilitação. Ainda em relação à saúde, em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) através da Portaria nº 2.528, pois era necessária uma atualização da política de saúde destinada a pessoa idosa. Porém, de acordo com Torres (2008), o que preconiza a legislação em vigor é incompatível com a realidade:

Um outro aspecto que merece destaque refere-se à pequena resposta dada por meio das políticas sociais em relação a inclusão da população idosa nos programas e serviços que garantam sua qualidade de vida. O Brasil é um país que apresenta dificuldade em equacionar problemas na área da proteção básica como o acesso à

saúde, à educação, à habitação. Em nossa sociedade, atender as necessidades decorrentes do tratamento das doenças crônicas, degenerativas, da cobertura da seguridade social, é quase impossível para quem não tem acesso a plano de saúde e previdenciário. Pode-se dizer então que as condições de atenção à velhice não são condizentes e compatíveis com o que preconiza a legislação em vigor. (TORRES, 2008, p.3-4)

Apesar dos avanços na legislação, há contradições implícitas na essência dessas leis como, por exemplo, definir o idoso como pessoa maior de sessenta anos e criar o BPC, que atende somente idosos a partir do sessenta e cinco anos de idade, demonstrando a falta de assistência aos idosos entre sessenta e sessenta e cinco anos que não possuem renda.

Cabe, portanto, ao governo e à sociedade, implementar políticas abrangentes, não só no que diz respeito à infra-estrutura de saúde e assistência social ao segmento idoso, como de uma aposentadoria mais digna e oportunidades para melhor explorar suas potencialidades, seja no trabalho ou no desempenho de novos papéis, bem como políticas de inclusão no mercado de trabalho para as populações mais jovens. (AREOSA; AREOSA, 2008, p. 143-144)

Diante do fenômeno do envelhecimento populacional e do aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas degenerativas, é necessária uma atualização da política para que as novas demandas da população idosa sejam atendidas, respeitando os princípios e valores estabelecidos na PNI e no Estatuto do Idoso. Neste sentido, no próximo item será abordada mais especificamente a política de atendimento ao idoso com Alzheimer, trazendo a legislação referente a esta temática, apresentando dados sobre a quantidade de idosos que recebem medicamento pelo SUS para tratamento da doença de Alzheimer.

### 3.2 POLÍTICAS DE ATENDIMENTO AO IDOSO COM ALZHEIMER

A primeira legislação referente ao idoso com o Alzheimer foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS), através da criação de duas portarias de extrema importância para este segmento. Sendo uma delas, a Portaria MS nº 703 (2002) que dispõe sobre a instituição, no âmbito do SUS, do Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer, com as seguintes disposições:

Art. 2º Definir que o Programa ora instituído será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em cooperação com as respectivas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e seus Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Parágrafo único. Os Centros de Referência integrantes da Rede mencionada no caput deste artigo são os responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores e o que mais for necessário à adequada atenção aos pacientes portadores da Doença de Alzheimer.

Os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso são mecanismos que foram criados para organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, através da Portaria MS nº 702 (2002). Esta mesma Portaria estabelece o número máximo de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso por estado. Em Santa Catarina são previstos pela Portaria apenas dois Centros. No Brasil, totalizam setenta e quatro.

§ 3º Entende-se por Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso aquele hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos.

A outra portaria importante para os idosos com Alzheimer é a Portaria nº 255 (2002), que dispõe sobre o acesso dos pacientes do SUS aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer, através do Programa de Medicamentos Excepcionais. Foram incluídos os medicamentos Rivastigmina e Donepezil. Segundo a Tabela 1 abaixo, em 2018, 107.846 idosos receberam medicamento do SUS para tratamento da doença de Alzheimer.

**Tabela 1 - Idosos que receberam medicamento do SUS para tratamento da Doença de Alzheimer**

<b>Total de Idosos</b>						
	<b>2008</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2018</b>
<b>Brasil</b>	68748	103795	118469	120108	116756	107846
<b>Idosos do sexo masculino</b>						
	<b>2008</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2018</b>
<b>Brasil</b>	23248	35035	40093	40188	39491	36991
<b>Idosos do sexo feminino</b>						
	<b>2008</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2018</b>
<b>Brasil</b>	45500	68760	78376	79920	77625	70855
<b>Idosos por região</b>						
	<b>2008</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2018</b>
<b>Norte</b>	1048	1203	1367	1509	1338	1094
<b>Nordeste</b>	14467	19796	20052	18465	16807	16879
<b>Sudeste</b>	41921	66402	79209	82316	79798	71637
<b>Sul</b>	8857	12414	13540	13860	14716	14390
<b>Centro-oeste</b>	2455	3980	4301	3958	4097	3846

Fonte: SISAP-Idoso (2019). Elaborado pela autora.

Analisando os dados da Tabela 1 acima, nota-se o crescimento do número de idosos que receberam este medicamento entre 2008 a 2014. Porém, a partir de 2014 até 2018, há uma tendência de diminuição deste número, o que se contrapõe ao fato de que há um aumento da população idosa brasileira e como foi dito no primeiro capítulo, é inerente ao processo de

envelhecimento, o aumento do desenvolvimento de doenças mentais, tais como o Alzheimer. Observa-se também que a região com a maior parcela de idosos que recebeu medicamento do SUS para tratamento do Alzheimer foi a região Sudeste (71.637 idosos), seguida da região Nordeste (16.879).

Também se pode destacar a partir da observação da Tabela 1, que existe uma diferença significativa entre os gêneros. Em 2018, enquanto 70.855 idosos do sexo feminino receberam medicamento do SUS para tratamento da Doença de Alzheimer, apenas 36.991 idosos do sexo masculino acessaram este direito, ou seja, quase o dobro de mulheres em relação aos homens. Isto representa o fenômeno da feminização do envelhecimento já citado anteriormente e conforme constatou Neumann (2010), as mulheres utilizam mais os serviços de saúde que os homens e também as doenças incapacitantes ou crônicas são predominantes no sexo feminino.

### 3.3 REFLETINDO ACERCA DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA COM ALZHEIMER

Segundo Hedler et al (2016), existem várias concepções acerca do que significa cuidado da pessoa idosa. Há quem diga que cuidar é melhorar a qualidade de vida do idoso dependente, há quem diga que cuidar da pessoa idosa é ajudá-la a realizar tarefas que já não consegue desempenhar sozinha, tarefas como higiene pessoal, mobilidade física, ingestão de alimentos e medicamentos entre outros. De acordo com Duarte, Berzins e Giacomini (2016, p. 460), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define o cuidador como:

a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das suas atividades de vida diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicações de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços que requeiram no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem (BRASIL, 2006b)

Segundo as autoras, o Ministério da Saúde define o cuidador como:

uma pessoa que cuida de pessoas idosas com dependência, desenvolvendo ações que promovam a melhoria da sua qualidade de vida em relação a si, à família e à sociedade. Suas ações fazem interface principalmente com a saúde, a educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade, compaixão, paciência e pelo equilíbrio emocional (DUARTE Apud DUARTE; BERZINS; GIACOMINI, 2016, p. 461).

O cuidado é cotidiano e pode ser formal, isto é, exercido por um profissional ou pode ser informal, realizado por familiares e amigos. O cuidado informal carrega um aspecto de obrigação, mas também traz o aspecto do afeto, proteção e reciprocidade. É fundamental

destacar que com a redução do número de filhos e da taxa de fecundidade aliada ao aumento da longevidade, novos arranjos familiares são formados e, diante de situações de pobreza, não existem condições objetivas para o exercício desse cuidado na realidade de em muitas famílias. A família tem um papel importante na sociedade, na medida em que cobre as deficiências das políticas públicas:

Segundo Miotto (2010), uma das críticas a respeito da centralidade familiar, como provedora de proteção aos seus membros, está relacionada ao retrocesso da atuação do Estado nas garantias de direitos sociais, quando a política pública de caráter universal passa a ser uma política pública focalizada, fortalecendo a atuação do mercado como provedor da proteção social, com objetivo de cobrir a sua falta na garantia dos direitos sociais (HEDLER et al, 2016, p. 144).

Na realização do cuidado informal, existem algumas características predominantes, como o fato de geralmente este cuidado ser realizado por apenas uma pessoa, sendo esta pessoa normalmente uma mulher. É extremamente importante que haja uma divisão de tarefas para não sobrecarregar o cuidador, pois isto pode adoecê-lo e conseqüentemente refletir no cuidado do idoso. Neste sentido, é necessário auxílio do Estado e de profissionais de forma multidisciplinar, “oferecendo suporte, orientação bem como alternativas de descanso e revezamentos para seus cuidadores” (NERI; SOMMERHALDER Apud HEDLER et al, 2016, p. 146).

As desigualdades de gênero e a desigualdade das distribuições das tarefas condicionam a realidade do cuidado familiar. A quase totalidade do cuidado está em mãos de mulheres com menor nível educacional, sem emprego e condição social subalterna (KRMPTIC; DE IESO, 2010). O cuidado familiar é atribuído às mulheres, seja o cuidado das crianças, de pessoas dependentes, de idosos ou de pessoas deficientes, pois a maternagem é naturalizada como capacidade feminina. [...] Quem geralmente assume essa responsabilidade são as filhas, esposas, noras, irmãs etc. (HEDLER et al, 2016, p. 146)

Este cuidado familiar é acompanhado de um desgaste do cuidador devido a sobrecarga de funções e falta de auxílio por parte do Estado, que se contradiz quando estabelece a divisão de responsabilidades na Política Nacional do Idoso entre família, sociedade e Estado, isto é, a família passa a ser a principal responsável pelo cuidado do idoso e não há contrapartida efetiva do Estado. Esse desgaste do cuidador, muitas vezes atrelado à ausência de programas de capacitação para este segmento, leva ou a institucionalização ou uma possível situação de negligência da pessoa idosa.

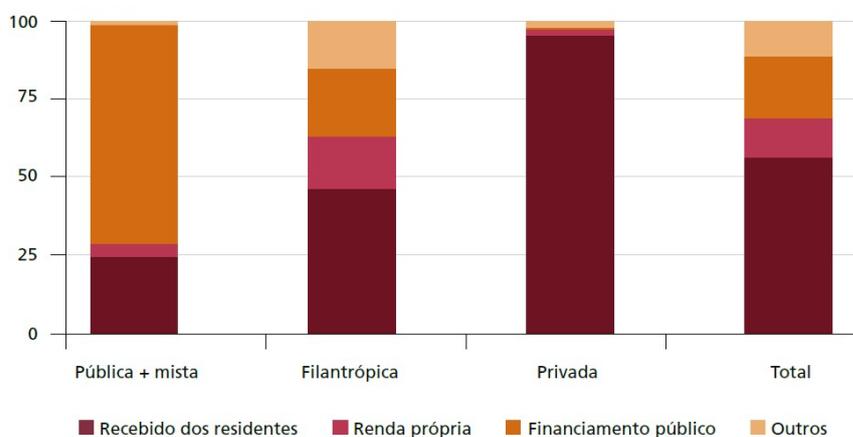
Para Born (2001), na sociedade brasileira, os asilos são associados a pobreza, negligência e abandono do idoso pelas famílias. Sentimentos recorrentes de culpa e fracasso são enfrentados por parentes que levam seus idosos para residir neste tipo de instituição (Camarano e Scharfstein, 2010). Como consequência, as famílias

somente buscam uma instituição para seus familiares quando esgotam a sua possibilidade de cuidar (CAMARANO; BARBOSA, 2016, p.479)

Diante do contexto de envelhecimento populacional associado às novas configurações familiares e redução do número de filhos, a demanda por ILPI tende a crescer. Porém, de acordo com o artigo 4º da seção II da Política Nacional do Idoso, deve-se priorizar o atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, ou seja, as ILPIs deveriam ser consideradas como o último recurso, isto é, quando todas as outras possibilidades já tivessem sido esgotadas ou quando os vínculos familiares fossem rompidos. O Estatuto do Idoso também reforça esta ideia de considerar a institucionalização apenas para quem realmente necessita no inciso V do artigo 3º, afirmando a priorização do atendimento do idoso por sua própria família. Atualmente, os residentes de ILPIs representam menos de 1% da população idosa brasileira (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

De acordo com Camarano e Barbosa (2016), a partir da pesquisa *Condições de Funcionamento e de Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil* elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) entre 2007 e 2009, foram identificadas 3.548 instituições, sendo a maioria filantrópica. As privadas representam aproximadamente um quarto do total. As instituições públicas ou mistas são a minoria (6,6% do total). Essa pesquisa também identificou que as ILPIs brasileiras são de pequeno porte, onde 38% abrigam menos de vinte residentes e somente 15,1% contam com cinquenta ou mais. Outro elemento importante é que os residentes das ILPIs são predominantemente do sexo feminino, totalizando 57,6%. As mulheres predominam em instituições privadas e os homens em instituições públicas. Segundo a Pesquisa IPEA, são 100.251 pessoas residentes em ILPIs, sendo 12% não idosos, apesar de que essas instituições são legalmente apenas para idosos. Em relação ao financiamento das ILPIs, o Gráfico 1 abaixo ilustra por natureza jurídica:

**Gráfico 1 – Composição percentual do financiamento das ILPIs por natureza jurídica (2007-2009)**



Fonte: CAMARANO; BARBOSA, 2016, p. 506.

Nas instituições públicas ou mistas a maior fonte de renda é o financiamento público. Já nas instituições filantrópicas e privadas a maior fonte de renda é a contribuição feita pelos residentes. Nas filantrópicas o valor desta contribuição equivale até 70% do valor que o idoso recebe (seja aposentadoria, pensão ou BPC), segundo prevê o Estatuto do Idoso, no parágrafo 2º do artigo 35, localizado no Capítulo III (Assistência Social).

A opção do Estado em oferecer financiamento para colaborar com as Ilpis deve-se à maior facilidade que ele encontra em transferir renda em vez de oferecer serviços. Seria necessário que o Suas estabelecesse mecanismos de maior controle da gestão dos recursos aplicados nas instituições. Se, por um lado, a filantropia alivia as demandas da comunidade, por outro, ela impede a construção de uma política pública adequada de cuidados e o reconhecimento do cuidado como um direito social. (CAMARANO; BARBOSA; 2016, p. 507)

Como foi dito, de acordo com a PNI e Estatuto do Idoso a institucionalização deve ser o último recurso a ser acionado e para isto é importante lutar e dar visibilidade para dispositivos que priorizem a inserção dos idosos na sociedade e na família como os Centros-Dia e os Centros de Convivência, pois, “além de demandar pouco recurso, traz um ótimo resultado para a grande maioria da população idosa. Esses espaços podem realizar a promoção dos idosos, através de ações integradas com as políticas públicas, assistência social, educação, saúde, entre outras.” (MARTINS, 2011, p. 173). O Centro-Dia é um serviço de proteção social previsto na PNI, cujo objetivo é oferecer atendimento multiprofissional para idosos a partir dos sessenta anos que necessitam de cuidados durante o dia e que a noite possam voltar para suas casas, mantendo vínculos familiares e sociais. São desenvolvidas atividades de

promoção e proteção de saúde, além de promover a socialização de seus frequentadores. Já nos Centros de Convivência, o único objetivo é promover a interação entre os idosos contribuindo para a elevação da autoestima e proporcionando uma melhor qualidade de vida:

Nos Centros de Convivência, o convívio social é a possibilidade dos idosos diminuírem o seu isolamento, e, com isso, desenvolver novos laços de amizade, onde nesta perspectiva restitui o seu sentido de pertencer. A vida de cada ser humano ganha mais significado quando compartilhado com outro, e esta é uma das condições indispensáveis para o envelhecimento bem-sucedido. (MARTINS, 2011, p. 174)

Portanto, diante das informações apresentadas, é necessário lutar pela efetividade das legislações referentes à população idosa, pois de nada adianta viver mais se esses anos acrescidos não forem vividos com qualidade e dignidade. No próximo capítulo, será abordada a questão do trabalho do Serviço Social junto aos idosos com Alzheimer dentro das ILPIs a partir do ponto de vista de assistentes sociais que trabalham em ILPIs filantrópicas conveniadas com o Poder Público, através da Prefeitura Municipal de Florianópolis, mais especificamente da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS).

## **4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM OS IDOSOS PORTADORES DE ALZHEIMER**

Neste capítulo será abordada a metodologia da pesquisa, bem como será realizada a análise dos dados coletados através da aplicação de questionário com as assistentes sociais que trabalham nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) conveniadas com a Prefeitura de Florianópolis, Santa Catarina. O objetivo da pesquisa é compreender quais as especificidades do trabalho do assistente social com idosos institucionalizados portadores de Alzheimer.

### **4.1 INDICAÇÕES METODOLÓGICAS DA PESQUISA**

A presente pesquisa é de natureza qualitativa, pois não há como quantificar o objeto de estudo que se constitui enquanto possibilidades de intervenção das assistentes sociais com pessoas portadoras da doença de Alzheimer nas ILPIs. Esta pesquisa também pode ser considerada de natureza exploratória, por existirem poucos estudos que abordam esta temática. Segundo Minayo (2009, p. 21), “o universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos”. As ciências sociais se encarregam de estudar os fenômenos e processos sociais, ou seja, seu objeto é histórico e essencialmente qualitativo. De acordo com Minayo (2009, p. 12),

[...] as sociedades vivem o presente marcado por seu passado e é com tais determinações que constroem seu futuro, numa dialética constante entre o que está dado e o que será fruto de seu protagonismo. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características de qualquer questão social.

Outra particularidade das ciências sociais é a identidade entre o sujeito e o objeto, isto é, há uma identificação do pesquisador com seu objeto de pesquisa que envolve imprescindivelmente o ser humano. Isto leva à ausência de neutralidade e, conseqüentemente, à adoção de uma concepção teórica que expresse a visão de mundo e a forma de pensar deste pesquisador, guiando todo o processo de conhecimento, desde a escolha do objeto a ser pesquisado até os resultados da pesquisa propriamente dita. Portanto, a teoria “é um discurso

sistemático que orienta o olhar sobre o problema em pauta, a obtenção de dados e a análise dos mesmos.” (MINAYO, 2009, p. 18) e possui um papel fundamental na qualidade da pesquisa. Outro elemento importante no trabalho científico são os conceitos utilizados que devem expressar fielmente as concepções teóricas adotadas:

[...] o conceito é delimitador e focalizador do tema em estudo. Costumamos aconselhar aos que se aventuram a fazer um projeto de pesquisa que, quando formulam um objeto de estudo, a seguir, conceitue, detalhadamente, cada um dos termos que o compõem.[...] Quando delimitado, todo conceito deve ser valorativo, pragmático e comunicativo. Valorativos, no sentido de que o pesquisador precisa explicitar a que corrente teórica os conceitos que adotou estão filiados. Pragmáticos, no que se refere a sua capacidade de serem operativos para descrever e interpretar a realidade. Comunicativos, ou seja, claros, precisos, abrangentes e ao mesmo tempo específicos para serem entendidos pelos interlocutores da pesquisa. (MINAYO, 2009, p. 19-20)

Esta pesquisa utiliza o método dialético para compreensão da realidade social, pois entende-se a realidade como histórica, dinâmica e contraditória. De acordo com Lima e Miotto (2007, p. 40), “o método dialético implica sempre em uma revisão e em uma reflexão crítica e totalizante porque submete à análise toda interpretação preexistente sobre o objeto de estudo.”, possibilitando o desvendamento do real mediante aproximações sucessivas.

De acordo com Lima e Miotto (2007, p.39), a metodologia pode ser considerada “a forma de discurso que apresenta o método escolhido como lente para o encaminhamento da pesquisa.”, isto é, na escolha de uma concepção teórica está implícita uma concepção de mundo e de valores.

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador. A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas. Dizia Lenin (1965) que "o método é a alma da teoria" (p. 148), distinguindo a forma externalizada com que muitas vezes é abordado o processo de trabalho científico. [...] Na verdade a metodologia é muito mais que técnicas. Ela inclui as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade. (MINAYO, 2009, p. 14-15)

A metodologia utilizada para elaboração do presente trabalho foi a pesquisa de campo, e os dados primários foram coletados através da aplicação de questionário junto a três assistentes sociais que trabalham em ILPIs, escolhidas de forma aleatória e segundo sua disponibilidade em participar da pesquisa, a partir do levantamento das ILPIs conveniadas com a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Inicialmente seriam realizadas entrevistas com as mesmas, porém devido à sobrecarga das profissionais não foi possível

utilizar esse instrumental. O roteiro inicial elaborado para a entrevista foi transformado em questionário e enviado por e-mail para as profissionais, por indicação das mesmas. Segundo Gil (2008, p. 126), “a construção do questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos”. O autor coloca algumas regras práticas tais como: a pergunta não deve sugerir respostas e devem se referir a uma única ideia de cada vez; a pergunta deve possibilitar uma única interpretação e deve-se iniciar com as perguntas mais simples e finalizar com as mais complexas. O questionário elaborado foi dividido por eixos, são eles: caracterização das profissionais; condições de trabalho; caracterização dos usuários e instituição; e trabalho profissional, contando com um total de vinte e seis perguntas. O questionário encontra-se no Anexo 1.

Na sistematização e análise dos dados coletados presentes no item 4.3 deste trabalho, optou-se por subtrair o nome das profissionais entrevistadas, assim como omitir a identificação da sua inserção sócio ocupacional, de modo a garantir o sigilo e o anonimato. Deste modo, foram utilizados os termos Assistente Social 1, Assistente Social 2 e Assistente Social 3 para referenciar-se a cada uma e todas a partir do gênero feminino.

## 4.2 IDENTIFICAÇÃO DAS ILPIs ESTUDADAS

A partir de levantamento realizado com a leitura do Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021, identificou-se três ILPIs conveniadas com o poder público do município de Florianópolis, são elas: Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna (SEOVE); Sociedade Espírita de Recuperação, Trabalho e Educação (SERTE); e Cantinho dos Idosos. Todas elas são entidades filantrópicas, que participam da política pública de assistência social e estão inseridas na proteção social especial dentro da alta complexidade, realizando o serviço de acolhimento institucional. Como Florianópolis não possui uma ILPI pública, a PMF formaliza um Termo de Colaboração com instituições que prestam este tipo de serviço e que estão inscritas no Conselho Municipal de Assistência Social e no Conselho Municipal do Idoso. Através deste convênio com a Prefeitura, a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) encaminha para as ILPIs os usuários que necessitam de acolhimento institucional. De acordo com o Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021, o município firmou o Termo de Colaboração com essas três entidades socioassistenciais e o cofinanciamento

funciona conforme a Tabela 2 abaixo. O repasse anual é feito a partir dos graus de dependência dos idosos, sendo repassado, em 2017, R\$1.536,53 para idosos dependentes e R\$1.311,33 para idosos independentes, valores estes estabelecidos na planilha de cofinanciamento aprovada pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

**Tabela 2 – Rede Cofinanciada – Serviço de Acolhimento para Idosos**

Entidades	Endereço	Meta Cofinanciada 2017	Vagas idosos com dependência*	Parcelas em atraso de 2016 pagas em 2017	Nº Parcelas 2017**	Repasse Anual
Instit. Caridade e Apoio ao Desamparado - Cantinho dos Idosos	Estrada Intendente Antônio Damasco, nº 679 – Ratores Tel: 3266-8866	46 idosos(as)	31	2	10	R\$ 807.665,76
Sociedade Espírita de Recuperação, Trabalho e Educação	Rua Leonel Pereira, nº 604 – Cachoeira do Bom Jesus. Tel: 3284-5249	57 idosos(as)	48	3	9	R\$ 1.026.722,52
Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna	Av. Pequeno Príncipe, nº 721 – Campeche. Tel: 3237-4123.	27 idosos	17	2	10	R\$ 470.832,12
<b>TOTAL</b>		<b>130</b>				<b>R\$ 2.305.220,40</b>

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2017, p. 309.

Segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o serviço de acolhimento institucional acolhe:

idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. (BRASIL, 2009a, p. 45-46)

No próximo item será realizada a análise dos dados coletados através da aplicação de questionário com as assistentes sociais das ILPIs conveniadas com a Prefeitura de Florianópolis. O objetivo desse questionário é trazer e analisar os elementos do trabalho profissional junto dos idosos acolhidos com Alzheimer.

A SEOVE é uma instituição filantrópica de amparo à velhice, fundada em 1972. Atualmente atende vinte e sete idosos e todas as vagas são conveniadas com o Poder Público. A SERTE é uma entidade filantrópica criada em 1956 que ampara cinquenta e sete idosos e dez crianças em período integral. O Cantinho dos Idosos foi fundado em 2006 e atualmente abriga quarenta e seis idosos, de ambos os sexos.

#### 4.3 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O questionário para a coleta de dados foi dividido em quatro eixos. No primeiro eixo é feita a caracterização das profissionais. As Assistentes Sociais 1 e 2 se formaram na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2004 e 2005, respectivamente. Já a Assistente Social 3 se formou, em 2013, pelo Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN), onde o curso de serviço social é realizado de forma online (Ensino à Distância). As três assistentes sociais possuem pós-graduação: a Assistente social 1 possui especialização em violência doméstica contra crianças e adolescentes; a Assistente Social 2 realizou pós em Gerontologia e a Assistente Social 3 possui pós-graduação em Docência do Ensino Superior. A Assistente Social 1, tem 36 anos, exerce a profissão há 15 anos e trabalha na ILPI há 4 anos. A Assistente Social 2, 54 anos, exerce a profissão há 12 anos e desde então trabalha na ILPI. A Assistente Social 3, 41 anos, exerce a profissão há 5 anos e trabalha na ILPI por este mesmo período.

O segundo eixo da pesquisa buscou identificar as condições de trabalho. Verificou-se que todas as assistentes sociais são profissionais celetistas, já tiveram estagiárias e trabalham 30 horas semanais, direito este conquistado com muita luta, que possibilita a diminuição da carga do trabalho sem redução salarial.

Em relação percepção que as profissionais têm acerca das condições da infraestrutura oferecidas pela instituição para desenvolver o trabalho do Serviço Social, a Assistente Social 1 colocou que apesar de a ILPI ser filantrópica e de cunho religioso, sem fins lucrativos, a infraestrutura é adequada para o atendimento das idosas acolhidas, porém, em 2020, serão feitas readequações na estrutura física seguindo o que é recomendado pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 de 2005, que estabelece padrões mínimos de funcionamento das ILPIs, como a quantidade máxima de quatro idosos por dormitório. A Assistente Social 2 respondeu de forma semelhante, ou seja, considerando que a ILPI é uma instituição filantrópica que sobrevive de doações e do cofinanciamento público, a infraestrutura para o desenvolvimento do trabalho do Serviço Social é boa e a profissional busca sempre melhorar o atendimento ao idoso, respeitando e garantindo seus direitos. A assistente social 3 afirmou que as condições são ótimas.

Acerca das condições institucionais para a garantia do sigilo profissional, todas as assistentes sociais entendem que as condições existem e o sigilo das informações é garantido, conforme preconiza o Código de Ética do Assistente Social. A assistente social 1 colocou que os atendimentos e intervenções são realizadas na sala do Serviço Social, único espaço físico, além dos banheiros, que não possui câmeras para favorecer a segurança dos atendimentos e o sigilo das informações. De acordo com a Resolução CFESS N°556/2009, entende-se por material técnico sigiloso todas as informações sigilosas que estejam contidas em relatórios de atendimentos, entrevistas, estudos sociais e pareceres, cuja divulgação comprometa as pessoas envolvidas. O Código de Ética (CFESS, 1993) considera o sigilo profissional tanto como um direito como um dever do assistente social, sendo a quebra do sigilo admissível apenas em situações cuja gravidade prejudique o usuário ou terceiros.

Outra questão foi em relação a autonomia para o desenvolvimento do trabalho do Serviço Social na instituição. Entende-se por autonomia profissional, a liberdade de agir e de fazer escolhas profissionais. Porém, não significa que o sujeito que possui autonomia tenha liberdade irrestrita para agir (PFEIFER et al, 2016):

E, ainda, as profissões podem se estabelecer socialmente como portadoras de menor ou maior autonomia no conjunto das categorias profissionais e na divisão social do trabalho. O *status* que dada profissão detém em uma sociedade pode fazer com que ela tenha maior autonomia em suas relações de trabalho. Outras categorias profissionais precisam de um enorme esforço social para garantir direitos e determinadas condições de campos, competências e atribuições específicas e/ou privativas, enquanto outras já se inserem nas relações de trabalho de forma elitizada e gozando de mais “privilégios”. (PFEIFER et al, 2016, p. 152)

A Assistente Social 1 afirmou que o Serviço Social foi conquistando autonomia dentro do espaço institucional e possui suas competências e atribuições muito bem definidas, seguindo uma direção social crítica. Coloca também que a atuação profissional é pautada na defesa de um Projeto Ético-Político profissional guiado pelos princípios da liberdade, da justiça social, da defesa dos direitos humanos e do aprofundamento da democracia. O Projeto Ético-Político ao qual se refere, foi historicamente construído pela categoria a partir da década de 1970, período marcado pelo enfrentamento do conservadorismo profissional. Foi a partir deste momento que os assistentes sociais desenvolveram sua capacidade crítica, vinculando-se a um projeto de uma nova sociedade, “respaldado na defesa da emancipação e autonomia dos homens enquanto sujeitos individuais e coletivos, numa defesa intransigente dos direitos

humanos que recusa todas as formas de autoritarismos e cerceamento da democracia e da liberdade” (NOSSWITZ, 2008, p. 75).

A Assistente Social 3 afirmou que existe autonomia para o desenvolvimento do trabalho do serviço social na ILPI em que trabalha. Já a Assistente Social 2 colocou que a autonomia é relativa diante das particularidades e limitações da instituição. De acordo com Pfeifer et al (2016), a autonomia relativa do assistente social é devido ao profissional ser trabalhador assalariado, isto é, ser inserido na divisão sociotécnica do trabalho, subordinando-se às condições e relações de trabalho colocadas pelos seus empregadores, ao mesmo tempo em que realiza o enfrentamento das sequelas da questão social através de ações norteadas pelo Projeto Ético-Político.

Faleiros (2014) propõe que, sendo o assistente social um trabalhador assalariado tal como a classe sobre a qual incide sua ação, ele se inclui nessa categoria e, para ampliar a autonomia, deve fortalecer o poder dos sujeitos usuários e dos profissionais mediante uma estratégia de articulação de ambos, ou seja, o fortalecimento dos oprimidos através de um processo de articulação entre profissional e usuário. (PFEIFER et al, 2016, p. 161-162)

Para finalizar o eixo sobre as condições de trabalho das assistentes sociais, perguntou-se quais e como são os recursos materiais e humanos existentes na instituição para a realização do trabalho do Serviço Social. Em relação aos recursos humanos, de acordo com Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS), a equipe de referência para atendimento nas ILPIs é composta conforme a Tabela 3 abaixo:

**Tabela 3 – Equipe de Referência para atendimento nas ILPIs**

PROFISSIONAL / FUNÇÃO	ESCOLARIDADE
<b>1 Coordenador</b>	nível superior ou médio
<b>Cuidadores</b>	nível médio
<b>1 Assistente Social</b>	nível superior
<b>1 Psicólogo</b>	nível superior
<b>1 Profissional para desenvolvimento de atividades socioculturais</b>	nível superior
<b>Profissional de limpeza</b>	nível fundamental
<b>Profissional de alimentação</b>	nível fundamental
<b>Profissional de lavanderia</b>	nível fundamental

Fonte: BRASIL, 2009b, p. 23.

A Assistente Social 1 colocou que na ILPI em que trabalha a equipe técnica é formada por uma assistente social e estagiária da UFSC, uma enfermeira, 12 técnicos de enfermagem,

dois estagiários da área e uma nutricionista. Os recursos materiais são adquiridos através da subvenção encaminhada pela PMF e também de parcerias com a iniciativa privada.

Apesar das limitações, a Instituição oferece ambiente acolhedor e agradável, que propicia a acolhida de visitantes, voluntários e familiares, bem como o desenvolvimento de diversas atividades por parte de voluntários. O Serviço Social é um setor de referência para as idosas, familiares, voluntários e por muitas vezes colaboradores da instituição. (ASSISTENTE SOCIAL 1)

Na ILPI da Assistente Social 2, a equipe conta com duas assistentes sociais que atuam em turnos diferentes, integrando uma equipe interdisciplinar composta por duas enfermeiras, uma nutricionista, um fisioterapeuta, um médico geriatra e um terapeuta. Relata que o trabalho é realizado de forma integrada e que semanalmente a equipe se reúne para discutir sobre o quadro de saúde dos idosos para que todos os profissionais possam ter conhecimento e trocar informações com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos. Em relação aos recursos materiais, coloca que a sala do Serviço Social é bem equipada e possui acessibilidade como todos os ambientes da instituição, sendo o setor de referência para os idosos. A Assistente Social 3 disse que a sala do Serviço Social é equipada e mantém os arquivos chaveados, bem como conta com uma equipe interdisciplinar formada por médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista e cuidadores. Identificou-se o entendimento segundo o qual o trabalho em equipe se dá de forma conjunta, onde um profissional auxilia o outro e todos possuem como ideal o bem-estar dos idosos institucionalizados. Entende-se por interdisciplinariedade:

um processo dinâmico, consistente e ativo, de reconhecimento das diferenças e de articulação de objetivos e instrumentos de conhecimento distintos, que contribui para a superação do isolamento dos saberes. A interdisciplinaridade é um processo de trabalho recíproco, que proporciona um enriquecimento mútuo de diferentes saberes, que elege uma plataforma de trabalho conjunta, por meio da escolha de princípios e conceitos comuns. Esse processo integra, organiza e dinamiza a ação cotidiana da equipe de trabalho e demanda uma coordenação, a fim de organizar as linhas de ação dos profissionais em torno de um projeto comum (MDS Apud SANTIAGO, 2014, p. 31)

Do ponto de vista conceitual, as equipes interdisciplinares buscam a articulação dos saberes com o intuito de construir novas estratégias a partir da integração entre os diferentes saberes, ou seja, pretendem superar a visão fragmentada do conhecimento. Portanto, as diferenças entre as diversas áreas são reconhecidas, pois se entende que elas se complementam de alguma forma. É através do compartilhamento dos diversos conhecimentos e da interação entre eles que novos enfrentamentos de determinadas situações podem

acontecer. Segundo Ortiz (Apud SANTIAGO, 2014, p. 33), “uma atuação interdisciplinar é, portanto, aquela que possibilita a interlocução horizontal entre os diversos saberes e práticas, sem desconsiderar as particularidades de cada profissão, nem a natureza da contribuição de cada um dos sujeitos profissionais envolvidos”.

O eixo seguinte consiste na caracterização dos usuários e instituição. Em relação aos usuários, foram feitas três perguntas para as assistentes sociais e as mesmas responderam conforme a Tabela 4 abaixo:

**Tabela 4 – Caracterização dos idosos com Alzheimer**

	Quantos idosos com Alzheimer são acolhidos pela ILPI?	Faixa etária dos idosos com Alzheimer que estão acolhidos na ILPI.	Quanto tempo em média os idosos com Alzheimer permanecem na ILPI?
A.S 1	4	79 anos - 99 anos	10 anos
A.S 2	5	80 anos – 90 anos	13 anos
A.S 3	30	62 anos – 98 anos	6 anos

Fonte: Questionário (Anexo 1). Elaborado pela autora.

Em relação às causas para entrada e permanência das pessoas idosas com Alzheimer na ILPI, a dificuldade da família de manter o cuidado para com esses idosos é a principal. A Assistente Social 1 coloca que todas as idosas são avaliadas e encaminhadas pela SEMAS e por este motivo, entende-se que já foram realizados outros encaminhamentos, sendo a institucionalização a última alternativa devido a diversos elementos, como: idosos sem família; familiares ativos no mercado de trabalho, fator este que impede de manterem o cuidado integral do idoso, além das dificuldades financeiras para a contratação de um cuidador; vínculos familiares rompidos e/ou fragilizados que levam a negligência do cuidado do idoso com Alzheimer. Na ILPI da Assistente Social 2, a principal causa para o acolhimento de idosos com Alzheimer é a falta de condições dos familiares de prestar os cuidados necessários ao idoso, na maioria das vezes por terem que trabalhar, além de muitos casos com conflitos familiares, sendo a institucionalização a única alternativa para essas famílias. A Assistente Social 3 acredita que a maior causa para a entrada e permanência do idoso com Alzheimer na ILPI é a família despreparada psicologicamente para lidar com a doença. De acordo com o Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021 de Florianópolis, no que se refere aos motivos que demandaram os acolhimentos em 2016, 49,74% apresentam como motivo a família não possuir condições de atender as necessidades do idoso, seguido de

20,11% de casos de idosos que não possuem família e 13,76% o acolhimento é realizado devido conflitos familiares.

A última pergunta desse eixo pretendeu saber quais os principais serviços, projetos, benefícios e auxílios oferecidos pela instituição aos idosos com Alzheimer acolhidos. A Assistente Social 1 respondeu da seguinte forma:

Como a instituição conta com o apoio de voluntários para desenvolverem as atividades coletivas, por muitas vezes são direcionados para jogos que auxiliam na memória, dança, contação de história e demais atividades. Participação das mesmas é relativa, pois a doença possui como característica oscilação de humor, por isso quando discordam não são obrigadas a participarem das atividades.

A assistente social 2 colocou que não existem projetos específicos para os idosos com Alzheimer, pois todas as atividades propostas pela instituição são oferecidas a todos moradores da ILPI, que são diariamente incentivados e motivados para participar das atividades, independente das patologias que tenham, respeitando a vontade e limitação de cada idoso. Na ILPI da assistente social 3, também não existem atividades específicas para os idosos com Alzheimer. Observa-se que o trabalho profissional com a população idosa pode se tornar extremamente generalizado se as especificidades e demandas de cada um não forem levadas em consideração.

O último eixo se refere ao trabalho profissional. Foi perguntado sobre quais são as principais demandas das pessoas idosas com Alzheimer acolhidas na ILPI para o Serviço Social. A Assistente Social 1 acredita que a principal demanda é promover a convivência de maneira coletiva, sociável, acolhedora e segura, pois muitas vezes por conta do estado repetitivo e de esquecimento inerente ao processo de adoecimento do Alzheimer, esses idosos acabam se envolvendo em conflitos. Existe uma psicóloga voluntária, porém os atendimentos não geram resultados em decorrência do quadro de esquecimento. A Assistente Social 2 também coloca que a principal demanda para o Serviço Social dos idosos com Alzheimer é a auxiliar na convivência entre os moradores da ILPI, que são em sua maioria grau de dependência III, pois “em decorrência da dificuldade de compreensão, acabam por gerar diariamente vários conflitos entre eles e com os funcionários”. A Assistente Social 2 traz a questão do grau de dependência em sua fala e segundo a Resolução RDC nº 283/2005, são considerados idosos grau I, idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; grau II, idosos dependentes em até três atividades de autocuidado (alimentação, mobilidade, higiene) sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

grau III, idosos dependentes em todas as atividades de autocuidado e/ou com comprometimento cognitivo. Na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, a promoção da convivência mista entre os moradores de diversos graus de dependência é considerada um objetivo específico do serviço de acolhimento institucional para idosos.

Em seguida o questionamento foi para compreender quais são os principais desafios do trabalho do Serviço Social com os familiares dos idosos com Alzheimer. A Assistente Social 3 coloca que o principal desafio do trabalho do Serviço Social com os familiares dos idosos adoecidos é fazê-los entender que é o Alzheimer é uma doença. Para a Assistente Social 1, o resgate e fortalecimento de vínculos familiares é o principal desafio. Neste sentido:

São realizados atendimentos individuais colocando a real situação que as mesmas se encontram, agravos e muitas vezes estagnação da doença. Também são feitas reflexões sobre a importância das visitas serem frequentes, incentivando a levarem as idosas para passeios externos e retorno para as casas quando existe essa possibilidade. Também é solicitada a participação do responsável pela idosa em consultas e exames médicos. Além disso, são realizados encontros semestrais de famílias.

A Assistente Social 2 relata que:

O principal desafio do Serviço Social com alguns dos familiares dos idosos com Alzheimer é preservar os vínculos afetivos fazendo-os compreender da importância da visita, pois por mais que o idoso não os reconheça, eles continuam precisando de atenção e carinho dos familiares. A presença física, o toque é de grande importância mesmo que aparentemente o idoso não consiga falar ou entenda o que está acontecendo. O vínculo afetivo não se extingue com a incapacidade do idoso, ele é duradouro.

O resgate e fortalecimento de vínculos familiares é um dos objetivos do serviço de acolhimento institucional para idosos previsto na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. De acordo com Viana (2016), a fragilização desses vínculos ocorre em momentos anteriores à institucionalização. Para muitos idosos, o processo de adaptação em uma instituição “significa uma ruptura com uma comunidade e a adoção de outra” (CAMARANO Apud VIANA, 2016, p. 5), sendo imprescindível a presença da família para que este processo ocorra de forma tranquila, afastando sentimentos de solidão.

O sentimento de abandono é um dos pontos que mais contribui para a depressão e os problemas de saúde dos idosos. Por isso, são importantes as visitas periódicas dos familiares, saindo com eles sempre que for possível e mantendo o vínculo familiar. Não podemos ignorar as suas histórias de vida, que um dia também serão nossas. (COUTINHO; SALDANHA Apud VIANA, 2016, p. 7)

Outra questão colocada é em relação aos resultados do trabalho do Serviço Social especificamente juntos das pessoas idosas com Alzheimer. A Assistente Social 1 traz como

resultado do trabalho da profissional a resolução de conflitos e o contato direto com a equipe técnica para assegurar os direitos das idosas, no intuito de promover qualidade de vida dentro da ILPI. A Assistente Social 3 acredita que o principal resultado da sua atuação profissional é a melhoria na qualidade de vida dos idosos com Alzheimer acolhidos. Para a Assistente Social 2:

Em virtude do quadro de saúde dos idosos, o Serviço Social atua na busca da resolução dos problemas e conflitos diários. Não há um trabalho específico, pois são situações que demandam atendimento imediato e não há como fazer um planejamento, pois cada dia surge uma demanda diferente. O Serviço Social faz o acompanhamento diário com os idosos visando integrar e melhorar as condições de convivência e bem-estar entre eles.

No que se refere aos instrumentos de trabalho mais utilizados pelo Serviço Social junto das pessoas idosas com Alzheimer, a Assistente Social 1 relatou que os atendimentos individuais é o instrumental mais utilizado e é nestes momentos que aparecem as demandas individuais. Neste sentido, a assistente social tenta elaborar o plano de atendimento, que é sempre variável e de acordo com a capacidade de adesão de cada idosa. Já a Assistente Social 2 coloca que os instrumentos de trabalho mais utilizados com os idosos com Alzheimer são a observação e a escuta qualificada, instrumentos esses “fundamentais para intervir de acordo com o estágio da doença ou da necessidade do idoso” (ASSISTENTE SOCIAL 2). Segundo Sarmiento (2012, p.115):

A observação pode ser entendida como um instrumento importante no levantamento de dados qualitativos e que possibilita a participação conjunta dos usuários e do assistente social. Para tanto, requer do profissional clareza (acerca dos elementos teóricos com que está operando seu conhecimento) e segurança (quanto aos objetivos pretendidos) na direção que dá ao conhecimento compreensivo e explicativo que vai desenvolvendo no processo de observação.

Para o autor, os instrumentos podem ser considerados como potencializadores das intencionalidades teórico-políticas do profissional para a realização da ação, havendo necessidade de reconhecer que o exercício profissional dos assistentes sociais só é possível ser operacionalizado através de instrumentos e técnicas. A utilização de instrumentos materializa a dimensão técnico-operativa do Serviço Social. Entende-se por dimensão todos os elementos que constituem o exercício profissional e há um consenso entre os profissionais em dividi-las em três, porém entendendo a relação de unidade que possuem entre si: a dimensão teórico-metodológica, a dimensão ético-política e a dimensão técnico-operativa:

a dimensão teórico-metodológica fornece ao profissional um ângulo de leitura dos processos sociais, de compreensão do significado social da ação, uma explicação da

dinâmica da vida social na sociedade capitalista. Possibilita a análise do real. A dimensão ético-política envolve o projetar a ação em função dos valores e finalidades do profissional, da instituição e da população. É responsável pela avaliação das consequências de nossas ações – ou a não avaliação dessas consequências. São as diferentes posições e partidos que os profissionais assumem. Já a dimensão técnico-operativa, é a execução da ação que se planejou, tendo por base os valores, as finalidades e a análise do real. (SANTOS, 2013, p. 26)

No que diz respeito à caracterização das particularidades do trabalho do Serviço Social junto às pessoas idosas com Alzheimer acolhidas na ILPI, a Assistente Social 1 afirma que a capacitação e o conhecimento são fundamentais para o acolhimento de idosos com Alzheimer. Coloca que muitos idosos já diagnosticados com a doença são acolhidos e outros desenvolvem a doença depois de entrarem na ILPI. Para garantir a qualidade de vida para os acolhidos, é de extrema importância a articulação entre os profissionais da equipe interdisciplinar, onde as ações e decisões são tomadas conjuntamente de forma integrada, sendo que algumas informações são mantidas pelo Serviço Social conforme ética e sigilo profissional. Para a Assistente Social 2:

As particularidades do Serviço Social com os idosos com Alzheimer são caracterizadas como um grande desafio que exige do profissional além do conhecimento, criatividade para as ações interventivas afim de garantir a efetivação dos direitos bem como a construção de vínculos afetivos para agregar nas relações, facilitando e melhorando a convivência e o atendimento diário.

A Assistente Social 3 colocou que trabalhou 11 anos como agente de saúde e que adentrando no serviço social, para ela é difícil olhar apenas o lado social: “olhamos o lado humanizado do ser humano, da velhice das doenças, mas tentamos trabalhar fazendo sempre o outro pensar que um dia ele pode estar no outro lado” (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Em relação a articulação com a rede de serviços socioassistenciais no trabalho junto às pessoas idosas com Alzheimer, a Assistente Social 1 relata que não existe um trabalho em rede efetivo e sim algumas parcerias, como com o médico geriatra da Policlínica. Para a Assistente Social 2, a articulação em rede se dá com o CRAS da região, havendo um trabalho de respeito e parceria entre as instituições. A Assistente Social 3 coloca que articulação ocorre sem dificuldades junto ao posto de saúde que faz encaminhamentos para tratamentos e medicamentos. A garantia de direitos é de responsabilidade de várias instituições e é através da ação integrada entre elas que se torna possível efetivar direitos previstos na Constituição Federal e leis complementares. De acordo com Baptista (2012, p. 187), as “ações têm sido historicamente localizadas e fragmentadas, não compondo um projeto comum que permita a

efetividade de sua abrangência e maior eficácia no alcance dos principais objetivos por elas buscados”.

Um princípio norteador da construção de um sistema de garantia de direitos é a sua transversalidade. [...] A organização e as conexões desse sistema complexo supõem, portanto, articulações intersetoriais, interinstâncias estatais, interinstitucionais e inter-regionais. Supõem também ausência de acumulação de funções — o que exige uma definição clara dos papéis dos diversos atores sociais, situando-os em eixos estratégicos e inter-relacionados; integralidade da ação, conjugando transversal e intersetorialmente as normativas legais, as políticas e as práticas, sem conformar políticas ou práticas setoriais independentes. (BAPTISTA, 2012, p. 188)

A articulação entre as políticas é uma estratégia que tem tomado espaço nas discussões para melhoria do acesso aos direitos, visto que as políticas setoriais não solucionam tudo e precisam se comunicar entre si para que haja identificação das necessidades da população. Segundo Nascimento (2010, p. 96):

A intersetorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução das mesmas. Deste modo, a intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil

Para encerrar o questionário foi perguntado para as assistentes sociais se elas participam de organizações de participação e controle social. As Assistentes Sociais 1 e 2 participam do Conselho Municipal do Idoso e a Assistente Social 3 participa do Conselho Municipal de Assistência Social e do Fórum de Políticas Públicas. Os conselhos surgiram no contexto da redemocratização do Brasil, na década de 1980. Estes espaços de controle social estabelecem novas formas de participação da população, sendo de suma importância a presença dos assistentes sociais neles. Segundo Nosswitz (2008), a atuação desses profissionais deve envolver as competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa articulada a um processo reflexivo sobre o ato de planejar, implementar, executar e avaliar as políticas sociais públicas:

As condições dadas por estes novos espaços requerem um assistente social atuando não somente na execução, mas também na gestão, na formulação e no controle das políticas públicas, cujas diretrizes e princípios (participativos e democráticos) – agora garantidos estatuto legal – possibilitam um exercício profissional voltado para a efetivação de tais direitos, com um firme conteúdo emancipatório, consonante com o Projeto Ético Político Profissional. (GOMES Apud NOSSWITZ, 2008, p. 71)

De acordo com Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993), são competências do assistente social: “II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil” (CFESS, 2011, p. 44). As ações profissionais dentro dos conselhos de direitos e de políticas sociais devem ser guiadas pelos princípios do Código de Ética dos Assistentes Sociais, tais como: “I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central[...] II. Defesa intransigente dos direitos humanos [...] III. Ampliação e consolidação da cidadania [...] com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 2011, p.23). Ainda no Código de Ética, art.5º, é considerado dever do assistente social: “a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais;” (p. 29). Bravo (Apud NOSSWITZ, 2008, p. 69) relata que:

A ampliação da municipalização e a descentralização das políticas públicas requisitam um profissional capaz de formular projetos de trabalho... A criação dos conselhos de políticas sociais (saúde e assistência) e de direitos (criança e adolescente, idoso, mulher, deficiente...) exige do assistente social, potencializar sua contribuição no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas sociais e na garantia e ampliação dos direitos conquistados.

Bravo (2011) destaca que nos espaços dos conselhos, os assistentes sociais podem ter uma dupla inserção, isto é, participar como conselheiros ou desenvolver ações voltadas “a assessoria dos conselhos ou de seus segmentos (usuários, trabalhadores e poder público)” (p. 61), caracterizando um novo espaço sócio ocupacional para os profissionais. Gomes (Apud NOSSWITZ, 2008, p. 76) acredita que:

[...] o requisito preponderante para a intervenção dos assistentes sociais nesses espaços, é a capacitação continuada e a investigação sistemática, buscando uma participação profissional qualificada a fim de contribuir para que tais instâncias se tornem de fato o lugar do interesse público e de resistência à redução dos direitos.

O Conselho Municipal do Idoso de Florianópolis foi criado em 1998 através da promulgação da Lei nº 5.371 e desde então atua ativamente na defesa e garantia dos direitos da pessoa idosa. A inserção dos assistentes sociais neste espaço deve contribuir para o exercício da cidadania desse segmento, tornando o idoso o protagonista de sua própria luta, estimulando sua autonomia e participação em espaços de deliberação das políticas públicas.

Portanto, a atuação do Serviço Social deve estar presente tanto na execução quanto na gestão e planejamento das políticas públicas destinadas ao idoso, e buscando levar as demandas desse segmento, assim como apontando as particularidades do idoso com

Alzheimer visando a qualificação e ampliação dos serviços prestados, pois a elaboração destas requer uma qualificação teórico-crítica e um compromisso ético-político. Os assistentes sociais devem ter condições para intervir de modo a garantir à pessoa idosa o atendimento de suas necessidades e o acesso à qualidade de vida, viabilizando os direitos previstos na legislação específica referente aos idosos.

A partir dos dados coletados, pode-se dizer que nas ações profissionais do assistente social nas ILPIs não existe um trabalho específico junto dos idosos acolhidos com Alzheimer. O trabalho profissional com estes idosos compreende a importância da articulação em rede para atendimento das demandas e do resgate e fortalecimento de vínculos, processo este que ameniza os impactos da institucionalização, visto que sentimentos de abandono influenciam diretamente na saúde do idoso. Também tem destaque a inserção das três assistentes sociais em conselhos de direito e de políticas públicas e por este motivo estão sempre atualizadas no debate relacionado aos idosos e a assistência social de Florianópolis, compreendendo a relevância do serviço que efetuam em um contexto de retrocessos e enxugamento da máquina pública, realidade que limita a atuação profissional e dificulta a articulação em rede tão necessária para a garantia de direitos dos usuários. Mais do que nunca, é imprescindível que as ações profissionais sejam guiadas pelos princípios do Código de Ética e do Projeto Ético-Político dos assistentes sociais, para que não se transformem novamente em ações assistencialistas, que entendem o direito sob a ótica da caridade e da solidariedade.

Levando em consideração que quase 50% dos acolhimentos em ILPIs de Florianópolis foi devido à falta de condições da família em cuidar de seus idosos, pode-se interpretar este fato como ausência de efetividade e eficácia de projetos e programas destinados à população idosa por parte do Estado, deixando a família à sua própria sorte, sendo a institucionalização a única opção, em muitas situações. Em alguns casos, quando existe condição financeira, as famílias são obrigadas a recorrer à iniciativa privada para a contratação de um cuidador, porém, muitas vezes, a falta de recursos leva a negligência do cuidado com a pessoa idosa. Portanto, a defesa dos direitos deve ser inerente ao trabalho do assistente social com idosos acolhidos portadores de Alzheimer, mas também deve-se lutar e dar visibilidade para outras alternativas de cuidado com os idosos para suas famílias.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do processo de envelhecimento da população e das novas demandas que são apresentadas por ele, como a incidência da doença de Alzheimer, é necessário refletir sobre a atuação profissional dos assistentes sociais junto aos idosos que possuem a doença e que estão acolhidos nas ILPIs, a fim de minimizar seus impactos, proporcionando qualidade de vida e dignidade para eles. A discussão realizada nesta pesquisa buscou incentivar e ampliar o debate sobre o tema, aproximando-o da perspectiva do Serviço Social.

É importante lutar pela efetivação do Estatuto do Idoso e da Política Nacional do Idoso, pois, como foi dito, de nada adianta viver mais se esses anos acrescidos não forem vividos com qualidade e se os direitos conquistados não forem respeitados. Apesar dos marcos legais que criam políticas públicas de atendimento da população idosa, o Estado responsabiliza a família pelo cuidado do idoso, independentemente das condições estruturais, financeiras e psicológicas que esta família esteja inserida. De acordo com o Plano Municipal de Florianópolis de 2018-2021, a institucionalização se dá em grande parte pela falta de condições das famílias em cuidar do idoso, além da ausência de alternativas ofertadas pelo Estado, ou seja, dispositivos como Centros-Dia e Centros de Convivência acabam existindo apenas no papel e as famílias não conseguem acessar essas políticas, sendo a ILPI a única opção. Neste sentido, se faz necessário reforçar a importância da presença e participação dos assistentes sociais que trabalham nas ILPIs nos Conselhos atuando na gestão, formulação e controle das políticas públicas, contribuindo para o fortalecimento do Código de Ética e do Projeto Ético-Político da profissão. Diante do contexto de desfinanciamento, precarização e enxugamento da máquina pública que leva ao aprofundamento das desigualdades sociais, estes espaços de controle social exigem dos assistentes sociais capacitações qualificadas e investigação sistemática da realidade que está posta, fazendo com que o profissional esteja sempre atualizado e lutando pela ampliação e reafirmação dos direitos.

A partir dos dados analisados, observa-se que não existe um trabalho específico dos assistentes sociais com as pessoas idosas portadoras de Alzheimer, sendo importante a construção de uma intervenção própria às demandas delas. Intervenção essa que deve articular e integrar a rede de serviços socioassistenciais, promovendo o atendimento aos idosos e suas

famílias, que necessitam de capacitação e auxílios, na medida em que o cuidado do idoso com Alzheimer pode ser extremamente desgastante e levar o próprio cuidador a adoecer. O acompanhamento familiar, nos casos de acolhimento dos idosos com Alzheimer, se torna parte essencial do processo de adaptação à nova rotina. A experiência de estágio, bem como dados advindos da pesquisa revelou que é através dos contatos familiares, do fortalecimento dos vínculos, da socialização com parentes e do trabalho interdisciplinar da equipe técnica que a qualidade de vida da pessoa idosa com Alzheimer é garantida.

Torna-se necessário a existência e funcionamento de uma rede de atendimento capacitada, através de serviços propostos e executados pelo Estado. É fundamental pensar em formas de operacionalização das políticas existentes para o fortalecimento de um sistema de garantia de direito do qual tanto se preza no Estatuto do Idoso e na Política Nacional do Idoso.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Izabella Dutra de.; FORLENZA, Orestes Vicente; BARROS, Helio Lauer. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 131-136, 1 jun. 2005.
- ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. Da Política Nacional do Idoso ao Estatuto do Idoso: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 359-378
- ANTUNES, Ana Margarida Jesus. **Serviço social: o desafio da intervenção na doença de Alzheimer**. Lisboa: ISCTE, 2011. Dissertação de mestrado. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10071/4866>](http://hdl.handle.net/10071/4866). Acesso em: 10 nov. 2018.
- AREOSA, Silvia Virginia Coutinho; AREOSA, Antonio Luiz. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre v. 7, n. 1, p. 138-150, jan./jun. 2008.
- ARGIMON, Irani de Lima; TRENTINI, Clarissa Marceli. A presença da doença de Alzheimer e suas repercussões na dinâmica familiar. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, 98-105- jan/jun.2006.
- AVILA, Renata; MIOTTO, Eliane. **Funções executivas no envelhecimento normal e na doença de Alzheimer**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v.52, p.53-62, 2003.
- BAPTISTA, Myrian Veras. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. **Revista Serviço. Social & Sociedade.**, São Paulo , n. 109, p. 179-199, Mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Dec. 2019.
- BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento Populacional: uma conquista para ser celebrada. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 75, p. 19-34, 2003.
- BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; GIACOMIN, Karla Cristina; CAMARANO, Ana Amélia. Assistência Social na Política Nacional do Idoso. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (Orgs). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 107-133.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: 1988. Disponível em:< [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 16 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.842. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.** Brasília, 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm)>. Acesso em: 16 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.741. Estatuto do Idoso.** Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 16 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social.** Brasília, 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm)>. Acesso em: 16 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS NOB/ RH/SUAS.** Brasília, DF, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Brasília: MDS, 2009a.

BRAVO, Maria Inês. Potencialização das Representações do Conjunto CFESS/CRESS nos Conselhos de Políticas e de Direitos. **Seminário Nacional “O Controle Social e a Consolidação do Estado Democrático de Direito”.** Brasília: CFESS, 2011.

BRUNO, Marta Regina Pastor. Cidadania não tem idade. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 75, p. 74-83, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia. Introdução. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (Orgs). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 15-47

CAMARANO, Ana Amélia; BARBOSA, Pamela. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 479-514

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social e Lei 8.662/93.** 10ª edição. Brasília: CFESS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFESS nº 556.** Procedimentos para efeito da Lacração do Material Técnico e Material Técnico-Sigiloso do Serviço Social. Brasília: CFESS, 2009.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; GIACOMIN, Karla Cristina. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 457-478

FALEIROS, Vicente de Paula. A Política Nacional do Idoso em questão: passos e impasses na efetivação da cidadania. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (Orgs). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 537-572.

FIOCRUZ. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (ICICT). **Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso)**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://sisapidoso.iciet.fiocruz.br/>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello; SILVA, Henrique Salmazo da; GUIMARÃES, Cristina; CAMPINO, Antonio Carlos. Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos? In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11. Rio de Janeiro: 2014. p. 4479-4486

HEDLER, Helga Cristina et al. Representação Social do cuidado e do cuidador familiar do idoso: debate necessário. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 143 - 154, jun. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Em 2017, a expectativa de vida era de 76 anos**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23200-em-2017-expectativa-de-vida-era-de-76-anos>> Acesso em: 29 jun. 2019. a  
\_\_\_\_\_. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>> Acesso em: 19 out. 2019. b

\_\_\_\_\_. **Projeção da população em 2018**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>> Acesso em: 16 set. 2018. c

IVO, Anete Brito Leal; SILVA, Alessandra Buarque de A.. O hiato do direito dentro do direito: os excluídos do BPC. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 32-40, maio 2011.

LIMA, Juliane Siveira. Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso? **Revista de Ciências Humanas**, EDUFSC, n. 40, p. 469-489, outubro de 2006.

LIMA, Telma Cristiane Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**. 2007, p. 37-45.

LOPES B. DE CARVALHO, Maria Irene. Ética, Serviço Social e “responsabilidade social”: o caso das pessoas idosas. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 239-245, jan. 2011.

MARTINS, Luciana de Oliveira. A contribuição do trabalho do assistente social em centro de convivência para idosos: limites e possibilidades. **Revista UNIABEU**, v. 4, n. 8. Belford Roxo: 2011. p. 163-178.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria 703, 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a necessidade de adotar medidas que permitam organizar a assistência aos portadores da Doença de Alzheimer, em todos os aspectos nela envolvidos. DOU, 16 de abril de 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 255 de 16 de Abril de 2002. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria 702, 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implementação de Redes Estaduais de Assistência à saúde do idoso.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, Mar. 2010.

NEUMANN, Solange Maria Freire. **Doença de Alzheimer na família: repercussões sobre o seu funcionamento**. 2010. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2010.

NOSSWITZ, Juliana Nosswitz. **A atuação do Assistente social nos Conselhos Municipais de Políticas Públicas – uma análise da região da AMPLASC**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2008. Orientadora: Dr<sup>a</sup> Ivete Simionatto.

PESSOA, Izabel Lima. **O Envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações**. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

PFEIFER, Mariana et al. Esforço de conceituação da autonomia relativa do assistente social. In: MANFROI, Vania Maria; MOSER, Liliane (orgs). **Serviço Social: questão social e direitos humanos**, volume III. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. p. 147-165

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021**. SEMAS: Florianópolis, 2017.

RODRIGUES, N. C. Política Nacional do idoso - retrospectiva histórica. **Revista do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 3, p. 149-158, 2001. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/4676/2593>>. Acesso em: 02 nov. 2019.

SANTIAGO, Amanda dos Santos. **Interdisciplinaridade na política de assistência social: desafios no atendimento às demandas socioassistenciais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). UFSC, Florianópolis, 2014.

SANTOS, Álvaro da Silva; KARSCH, Úrsula Margarida; MENENDEZ MONTANES, Concha. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil). **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 365-386, Junho 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282010000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2019.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. In: **Revista Conexão Geraes**, Minas Gerais, n. 3, p. 25-30, 2013.

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. Instrumental Técnico e o Serviço Social. In SANTOS, CM.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (orgs) **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora/MG: Editora UFJF, 2012.

SILVA, Maria Aldemira da. **A doença de Alzheimer e o impacto na família**. II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2016.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 126, p. 215-234, Junho 2016.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e; YAZBEK, Maria Carmelita. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 102-110, jun. 2014.

TAYLOR, Lilian de Oliveira; DELLAROZA, Mara Solange Gomes. A realidade da atenção a idosos portadores da doença de Alzheimer: uma análise a partir de idosos atendidos em serviços públicos. **Semina: Ciências Biológicas da Saúde**, Londrina, v. 31, n. 1, p. 71-82 jan./jun. 2010.

TEIXEIRA, Solange Maria. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 154-163, maio 2007.

TORRES, Mabel Mascarenhas; SÁ, Maria A. Ávila dos Santos. Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer. In: **Revista Ciências Humanas**, v. 1, n.2. Taubaté: 2008. Disponível em: <<https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/203/109>> Acesso em: 16 set. 2018.

VERAS, Renato. A longevidade da população: desafios e conquistas. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 75, p. 5-18: 2003.

VIANA, Daniela Corrêa. O fortalecimento de vínculos familiares com o idoso. In: **Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**, 4, 2012, Belo Horizonte.

## ANEXO 1 - Questionário

### a) Caracterização das profissionais

Por qual a universidade em que se formou?

Ano de formatura?

Possui alguma pós-graduação?

Qual sua idade atual?

Há quanto tempo exerce a profissão de assistente social?

### b) Condições de trabalho

Há quanto tempo trabalha nesta ILPI?

Qual sua carga horária semanal e horário de trabalho?

Qual o tipo de vínculo empregatício? (CLT, concurso, contrato, etc)

Tem ou já teve estagiária neste espaço sócio ocupacional?

Como são as condições da infraestrutura oferecidas pela instituição para desenvolver o trabalho do Serviço Social?

Existem condições institucionais para a garantia do sigilo profissional?

Há autonomia para o desenvolvimento do trabalho do Serviço Social na instituição?

Quais são e como são os recursos materiais e humanos existentes na instituição para a realização do trabalho do Serviço social?

### c) Caracterização dos usuários e da instituição

Quantas pessoas idosas com Alzheimer estão acolhidas na sua ILPI?

Qual a faixa etária das pessoas idosas com Alzheimer que estão acolhidas na sua ILPI?

Quanto tempo em média as pessoas idosas com Alzheimer permanecem na instituição?

Quais são as principais causas para entrada e permanência das pessoas idosas com Alzheimer na ILPI?

Quais são os principais serviços, projetos, benefícios, auxílios oferecidos pela instituição as pessoas idosas com Alzheimer acolhidas?

### d) Trabalho profissional

Quais as principais demandas das pessoas idosas com Alzheimer acolhidas na ILPI para o Serviço Social?

Como é e quais são os principais desafios do trabalho do Serviço social com os familiares destes idosos com Alzheimer?

Quais os instrumentos de trabalho mais utilizados pelo Serviço Social especificamente com junto as pessoas idosas com Alzheimer

Quais são os resultados do trabalho do Serviço Social especificamente com junto as pessoas idosas com Alzheimer?

Como você caracterizaria as particularidades do trabalho do Serviço Social junto as pessoas idosas com Alzheimer acolhidas na ILPI?

A equipe técnica/interdisciplinar é formada por quais profissionais e como se dá o trabalho na equipe?

Como se dá a articulação com a rede de serviços socioassistenciais no trabalho junto as pessoas idosas com Alzheimer?

Você participa de organizações de participação e controle social voltadas a sua área de atuação ou outras áreas? Quais?