

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

Kamilla Rosa Gomes

Idoso e uma visão sobre o envelhecimento nas políticas de proteção social

Florianópolis - SC

2019

Kamilla Rosa Gomes

Idoso e uma visão sobre o envelhecimento nas políticas de proteção social

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social
Orientador: Profa. Edilane Bertelli, Dra..

Florianópolis - SC

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Gomes, Kamilla Rosa
Idoso e uma visão sobre o envelhecimento na política de
proteção social / Kamilla Rosa Gomes ; orientadora, Edilane
Bertelli, 2019.
67 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Idosos. 3. Transtorno Mental. 4.
Envelhecimento. I. Bertelli, Edilane. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III.
Título.

Kamilla Rosa Gomes

Idoso e uma visão sobre o envelhecimento nas políticas de proteção social

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Serviço Social” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social

Florianópolis, 18 de dezembro de 2019.

Profa. Dilceane Carraro, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profa. Edilane Bertelli, Dra.
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Beatriz Augusto de Paiva, Dra.
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Simone Sobral Sampaio, Dra.
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho aos meu amados pais, Sr. Ademir e Sra. Luzia, que sonharam os meus sonhos e idealizaram esse momento comigo; e ao meu companheiro da vida, Filipe, que me trouxe sorte e muito amor.

AGRADECIMENTOS

Gratidão primeiramente a Deus, a todos os seres de luz, pela energia, força e coragem recebida durante toda essa caminhada da vida. Por serem meus guias, socorro presente nas horas das angústias e incertezas.

Aos meus incansáveis pais, Ademir e Luzia, que foram essenciais para esta conquista. Sinônimos de incentivo, apoio, alicerce. Base para que tudo se tornasse possível. Obrigada por me ensinarem que família e educação são a verdadeira base de tudo. Meu amor por vocês é incondicional!

Aos meus amados irmãos, Ednei e Emerson, homens da minha vida. Seres humanos inspiradores, donos dos corações mais lindos que já conheci. Tudo isso é por vocês também.

Ao meu companheiro, amor da minha vida, meu Fif, que mesmo chegando na reta final dessa trajetória, foi um presente, que fez toda diferença. Me dando confiança e força para seguir adiante nos dias difíceis; incansável na parceria e paciência. Amo você!

A minha madrinha Adriana, minha “Mana”, mulher guerreira, linda, generosa e dedicada comigo. Quanta admiração por esse exemplo de mulher. Gratidão por te ter tão presente em todo esse processo e em todas as fases da minha vida. Meu amor por ti é eterno.

As minhas parceiras Sá e Mel. Que bom saber que tenho vocês e que juntas, temos uma vida inteira de histórias para contar. As conquistas de uma, são de todas. Eu amo vocês.

Aos meus “migos” do Crossfit, que nem imaginam estar sendo citados nessas linhas, mas que fizeram e fazem toda diferença no meu dia a dia. São aquela válvula de escape necessária em meio a toda tensão e preocupações que a vida nos impõe. Meus seres humanos de luz, gratidão por vocês existirem: Ênio, Louise, Nil, Mini e Bia. Eu amo vocês.

Aos amigos que a UFSC me presenteou, em especial as lindas Gabi Nagel, Ana Camargo, Ana Paula Barth, Ana Carolina Brito, Aline Holanda, Silvana Antonioli, que foram fundamentais nessa caminhada, que fizeram parte de um longo e árduo processo de desconstrução e reconstrução, companheiras de eternas aulas, de palestras, seminários, mas também de longas risadas, experiências, encontros e encantos. De vocês, as lembranças mais lindas. Orgulho em tê-las como amigas da vida e amigas de profissão.

Agradeço imensamente ao corpo docente por compartilharem seus conhecimentos, por fortalecerem a importância de um posicionamento crítico e político para desvelar a realidade, e ao Departamento de Serviço Social. Esse processo talvez não se concretizasse sem o auxílio e contribuição de vocês.

A vida é feita de ciclos e eu estou imensamente realizada por ter fechado mais um ciclo tão grandioso, repleto de pessoas, momentos e aprendizados inesquecíveis.

A melhor coisa da vida é termos certeza de onde queremos estar, fazer o que queremos fazer, e ser quem quisermos ser!!!

GRATIDÃO!!!

“Que minha coragem seja maior que meu medo, e minha força seja tão grande quanto a minha Fé.” (Salmo 121)

RESUMO

Desde meados do Século XIX até o Século XX, a população idosa deixou de ser vista como uma parcela que poderia ser deixada à margem do restante da sociedade – a vida política, os assuntos comunitários e o mercado de consumo -, para que se desenvolvesse, cada vez mais, a conceituação de terceira idade, cujos membros, em idade mais avançada, deveriam poder aproveitar os resultados de uma vida de trabalho e esforços para construção das famílias, das comunidades e da sociedade. Assim, foram criados os benefícios previdenciários e uma série de iniciativas para que os idosos pudessem desfrutar dessa fase da vida, como atividades comunitárias, programas de inclusão em universidades e no mercado de trabalho. Contudo, mesmo a promulgação de uma legislação cada vez mais protetiva das necessidades específicas dos idosos, no Brasil, a realidade dessa parcela da população continua muito difícil, problema acentuado quando se trata de idosos portadores de algum transtorno mental – por dificuldades legítimas, ou por decidirem que os idosos significam muitas despesas e esforços da família, preferem e incentivam a institucionalização dessas pessoas – o que, além de não ser uma decisão tomada levando seus melhores interesses, pode prejudicar ainda mais sua saúde física e psicológica. O trabalho analisa as responsabilidades legais para o cuidado de idosos com transtorno mental, desde a atual legislação brasileira.

Palavras-chave: Idosos. Transtorno Mental. Envelhecimento.

ABSTRACT

Since the middle of the 19th and through the 20th Century, the elderly stopped being understood as part of the population that could be left in the fringes of society – and not participate in the political issues, in the community and in the consumer market -, for the development of a conception according to which the elderly people should be granted the opportunity of enjoying the results of a lifetime of work and efforts in the development of families, communities and the society. Therefore, the retirement payments were created, as well as other initiatives to include the elderly in community activities, universities and in the job market. However, even the promulgation of laws protecting the elderly's specific needs, in Brazil, the reality of most of these people still very difficult, and an even more serious problem concerns the elderly people who suffer from mental disorder - either due to legitimate difficulties, or because they have decided that the elderly member of the family demands too much emotional or financially. Most of people decide to institutionalize these members of the family -, which can make their physical and mental health even worse, and is not decided according to the elderly best interest. This work analyses the legal responsibilities for the elder suffering from mental disorders, according to the current Brazilian legislation.

Keywords: Elder. Mental disorder. Elder laws.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UBS	Unidade Básica de Saúde
OS	Pronto Socorro
PA	Ponto de Acolhimento
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Equipe de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde Família
NIR	Núcleo de Regularização
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
NOB/SUAS	Norma Operacional Básica da Assistência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
PNI	Política Nacional do Idoso

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFLEXÕES SOBRE A VELHICE	15
2.1	A Gerontologia e a Geriatria.....	16
2.2	A qualidade de vida e a vida ativa dos idosos	17
2.3	A prevenção e a promoção da saúde.....	20
2.4	A autonomia na terceira idade	22
3	A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE IDOSOS	24
3.1	Direitos e políticas sociais a partir da CF/88 e medidas legais.....	29
3.2	Das políticas públicas	33
3.3	Serviços de atendimento à violação de direitos dos idosos	35
3.4	Serviço social como mediador de direitos e trabalhos sociais desenvolvidos.....	38
3.5	A descentralização da assistência social e a participação da sociedade e da família na garantia dos direitos dos idosos – desafios da implementação e da garantia dos direitos dos idosos no atual contexto brasileiro	45
4	A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ATUAL E O CUIDADO COM O IDOSO COM TRANSTORNO MENTAL.....	54
4.1	A saúde mental do idoso no Brasil	58
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
6	REFERÊNCIAS.....	63

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho visa abordar debates e questões importantes relacionadas ao envelhecimento, com ênfase nos aspectos que se relacionam aos idosos com transtornos mentais, para identificar como as responsabilidades de lidar com os cidadãos idosos nessas condições estão contempladas pela legislação brasileira.

Nos dias de hoje, vemos, com mais clareza, políticas públicas, novos mercados de consumo e novas formas de lazer direcionadas a uma população que se limitava a viver somente no ambiente familiar, com suas perdas e dependências. Essas eram questões tão somente de família, e ninguém se preocupava em oferecer serviços especiais à população idosa e experiente dos países.

O idoso, antes considerado um cidadão vulnerável, passou a ter capacidade de responder a quase todas as necessidades de prevenção e controle de suas doenças, promovendo, assim, uma inserção em uma qualidade de vida mais ativa e saudável.

Entretanto, a existência dessas possibilidades não significa, necessariamente, que todos os cidadãos idosos possam desfrutar delas. Os impedimentos para tanto podem ser da ordem econômica, psicológica ou outros.

O que é de extrema relevância, para os cidadãos seniores e para toda a sociedade, é identificar quais sejam esses contratempos, para que se possa formular estratégias de combate a isto, proporcionando a eles uma qualidade de vida condizente com a determinação constitucional de proteção à dignidade da pessoa humana.

É sabido que às dependências não ocorrem por questões somente individualistas. Existem fatores que contribuem para essa ocorrência e elas são cada vez mais recorrentes. Visto isso, muitos acabam se sabotando e se entregando às dependências, quando poderiam obter novos ensinamentos, novas maneiras de se cuidarem, ganhando qualidade de vida fazendo exercícios, participando de grupos de idosos com os mesmos interesses? Para quê viver uma vida reclusa em seus lares, esperando a morte chegar, se lá fora o mundo continua em evolução, e a população idosa pode aprender mais e mais a cada dia?

A tecnologia veio em seu favor; embora alguns ainda tenham “receio”, muitos utilizam formas modernas de comunicação, participam de aulas e cursos de aperfeiçoamento de técnicas de artesanato, fazem aulas de dança, estudam e se formam, cuidam da sua saúde e da sua aparência de forma a ganharem autoestima e relevância em vista das perdas da velhice. Há muito que fazer, para quem deseja viver. E estes idosos vivem além das expectativas.

Às dificuldades que já se apresentam em decorrência do envelhecimento, em geral, podem se somar aquelas específicas que decorrem de, também, desenvolverem algum transtorno mental.

Mesmo os cuidados para pessoas de outras faixas etárias que são portadoras de transtornos mentais vêm sendo modificados, desde que se iniciou a psicologia nos termos mais modernos – especialmente, desde o começo do século XX, com a publicação dos trabalhos de Sigmund Freud.

Se, antes, a segregação com transtornos mentais era uma política amplamente utilizada para lidar com esses cidadãos, com as institucionalizações sendo algo muito comum nesses casos, muitos fatores vêm influenciando para que a prioridade seja sempre dada à manutenção do cotidiano da pessoa com transtornos mentais e sua vida em sociedade, desenvolvendo-se o seu tratamento concomitantemente ao restante de suas atividades – moradia com a família, atividades profissionais, de lazer e de convívio social, entre outros aspectos.

Entre outras condições que apontam a prejudicialidade da abordagem de internações com transtornos mentais, como a exposição muito próxima e constante a outras pessoas em estado de sofrimento mental extremo, consolidou-se o entendimento de que as internações consistem em uma forma de controle social:

O movimento da luta antimanicomial traz em seu bojo os princípios de Honneth quando busca, de forma ativa, trazer à consciência da população as situações de desrespeito às quais são submetidos os portadores de transtorno mental, quer no convívio com a sociedade, quer na atenção à saúde mental. Ainda ressalta o sentimento de injustiça, ou seja, a privação de direito como um fator importante na luta por reconhecimento. (BARBOSA et al, 2012, p. 46)

Ainda, a legislação atual brasileira sobre os cidadãos idosos, em consonância com a Constituição Federal de 1988, adota a descentralização da definição de alguns aspectos das políticas públicas que objetivam garantir os direitos dos cidadãos idosos, bem como da implementação dessas políticas. (TEIXEIRA, 2007)

Intentada com o objetivo de aproximar as decisões políticas dos cidadãos, aumentando, assim, o acesso dos efetivos titulares do poder do seu exercício, a descentralização, por si, não garante, contudo, que esse objetivo seja alcançado. Teixeira (2007, p. 157), por exemplo, aponta que essa descentralização pode contribuir para a privatização de assuntos públicos, como parte da agenda neoliberal para mitigação das conquistas sociais, inclusive com a transferência de recursos públicos para a iniciativa privada que acaba por substituir o Poder Público na garantia desses direitos.

A análise de como os cidadãos idosos portadores de transtornos mentais devem ser cuidados, portanto, perpassa por uma identificação da normativa sobre o tema, bem como sobre como essa normativa vem se efetivando na sociedade atual do Brasil.

Este trabalho foi construído a partir de estudos sobre o tema e pesquisa documental acerca das políticas sociais voltadas ao idosos, revisão bibliográfica qualitativa para identificar suas demandas, bem como para expor acerca dos principais questionamentos sobre a efetivação dessa normativa.

Assim, concluir-se-á sobre a distribuição das responsabilidades na atenção ao cidadão idoso portador de transtornos mentais, definindo-se sobre quais funções são incumbidas ao Estado, à família e à comunidade, bem como as problematizações apresentadas por estudiosos sobre essa distribuição.

2 REFLEXÕES SOBRE A VELHICE

O processo de envelhecimento faz-se presente de acordo com cada etapa da vida, cada pessoa tem sua história, seus vínculos e sua vivência. Cada qual passa por problemas de saúde, ou problemas sociais, ou, também, financeiros, e tudo isso causa desgaste.

É um acometimento do tempo, cercado de perdas, que, com a chegada do século XXI, pode ser amenizado através de programas sociais de inclusão e políticas públicas. O idoso passou a ter uma sobrevida, com o passar do tempo, que antes não tinha em grande parte das sociedades.

Muitas reflexões foram feitas por autores a respeito da velhice, dentre as quais algumas mais relevantes a este trabalho foram selecionadas.

Erminda (1999, p. 43) fala a respeito do envelhecimento: “o envelhecimento é um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”.

E complementa com a seguinte citação:

[...] o envelhecimento pode ser dividido em três dimensões: biológica, cronológica e social. A dimensão cronológica é mensurada pelo calendário católico romano. A pessoa idosa é aquela de 60 anos ou mais, que nos países em desenvolvimento entre eles o Brasil, está em conformidade com o critério da Organização das Nações Unidas (ONU, 1982). A dimensão biológica se expressa pela alteração estrutural e funcional, a qual nem sempre coincide com o avanço cronológico e a perda social. Já na dimensão social têm-se papéis e hábitos que a pessoa, ao longo do seu ciclo vital, assume na sociedade e na família a partir de um padrão culturalmente estabelecido. (ERMINDA, 1999, p.43)

A poetisa Cecília Meireles (1958) com toda intensidade declara sobre a chegada da velhice:

[...] No poema Retrato: Eu não tinha este rosto de hoje, assim calmo, assim triste, assim magro, nem estes olhos tão vazios, nem o lábio amargo./Eu não tinha essas mãos sem força, tão paradas e frias e mortas;/eu não tinha este coração que nem se mostra./Eu não dei por esta mudança, tão simples, tão certa, tão fácil:/Em que espelho ficou perdida a minha face? (Meireles, 1958, p.10)

Cada um, em seu processo de envelhecimento, procura um sentido que o faça enxergar através do tempo até a sua finitude. Isso é mostrado por meio de sinais, dos reflexos, da perda das capacidades. Na introdução do livro *A velhice*, de Simone de Beauvoir, a autora usa uma expressão de Proust, quando diz que o homem recusa-se a reconhecer nele a possibilidade de ser velho: “de todas as realidades, a velhice é, talvez, aquela de que conservamos, por mais tempo, ao longo da vida, uma noção puramente abstrata” (BEAUVOIR, 1990, p.10-11).

As perdas são sempre difíceis, ou seja, há ainda uma forte resistência no idoso em admitir que, com a idade, surgem os limites e, muitas vezes, nesta consciência, existem perspectivas que os fazem mudar o modo de ver a vida, de ver o mundo, de ver os outros, e isto interfere na maneira em que estabelece suas relações pessoais e interpessoais. Há um estranhamento, mas a disseminação sobre os padrões de qualidade de vida do homem moderno o faz se empenhar para sempre viver saudável. Diante da percepção da finitude, vemos o seguinte:

[...] vendo a morte de perto, pouco a pouco, dia após dia, as pessoas que viveram nas sociedades tradicionais absorveram uma verdade importante: morrer faz parte do viver. À medida que a morte cada vez mais foi se tornando um fenômeno do final da idade adulta passou a ser “invisível e abstrata”. (Fulton; Owen, 1987-1988 apud PAPALIA; FELDMAN, 2013, p.637)

O que faz saber é que o envelhecimento passou a ser uma conquista populacional, trouxe benefícios e cresceu, com relação à longevidade. Melhorou os cuidados, aumentou a qualidade de vida e supriu vários desafios, de acordo com as devidas transformações nos modos de ser e de agir dos idosos. Hoje, há inúmeros esforços para combater o preconceito e oferecer o respeito necessário a este sujeito perante a sociedade.

Na perspectiva do Estatuto do Idoso, a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, o termo idoso se refere a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. O Estatuto ainda dispõe em seu artigo 8º: “que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da Legislação vigente”. (BRASIL, 2003, p.10).

Do ponto de vista do desenvolvimento humano, há uma diversidade de definições e conceitos que compreende o estudo sobre envelhecimento, em que se situa o ser idoso em um enfoque tanto psicológico, quanto social. E há especialidades, também, que demonstram uma atenção especial sobre esta fase da vida, a gerontologia e a geriatria.

2.1 A GERONTOLOGIA E A GERIATRIA

A Gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento humano com atenção às necessidades físicas, emocionais e sociais que surgem com a idade, planejando e organizando projetos que visam o bem-estar do idoso e a melhoria da sua qualidade de vida. Ela dimensiona os problemas e assiste as pessoas da terceira idade, combatendo o preconceito e os atos inapropriados das famílias. Afirma Zimmerman (2000, p. 27) sobre o conceito de

Gerontologia: “a gerontologia é a ciência que estuda o envelhecimento e seus processos, envolvendo o acompanhamento das mudanças que ocorrem nesta etapa”.

A Geriatria é o ramo da medicina que estuda a prevenção e o tratamento de doenças relacionadas à velhice, objetivando o prolongamento da vida do paciente. Portanto, pode-se ver que a gerontologia e a geriatria caminham juntas no processo biológico de envelhecimento, cuidando da qualidade de vida dos idosos e levando em conta aspectos ambientais, sociais e culturais.

Ainda em Zimerman (2000, p. 27):

[...] o envelhecimento está também cerceado de aspectos sociais, tais como modificações referentes ao “status velho” e nos relacionamentos desses indivíduos com outras pessoas. Pressupõe que essas alterações ocorrem em função de alguns elementos, como crise de identidade, mudanças e adaptação de novos papéis, aposentadoria, perdas diversas e diminuição dos contatos sociais.

A prevenção de doenças em idosos pode ser conseguida através de mudanças feitas nos hábitos de vida como, por exemplo: uma alimentação adequada, atividades físicas, busca do equilíbrio emocional, o controle do tabagismo, da obesidade e do uso abusivo de drogas.

Como já vimos anteriormente neste estudo, são considerados idosos indivíduos acima de 60 anos, para países em desenvolvimento, e acima dos 65 anos, para os países desenvolvidos. Mas vimos, também, que tudo depende da história, dos vínculos e das vivências de cada indivíduo.

A Geriatria é uma especialidade médica que independe das outras especialidades, pois ela entende que o organismo do idoso apresenta características próprias, que o estado catabólico faz com que o idoso seja portador de comorbidades e que, ainda, se encontre em condições naturalmente crônicas. O papel do geriatra é amenizar os problemas que acometem a velhice, fazendo com que ela seja mais tranquila e que cause menos desconforto, trazendo uma vida saudável e feliz.

2.2 A QUALIDADE DE VIDA E A VIDA ATIVA DOS IDOSOS

Atividades que, antes, eram somente dedicadas aos jovens, agora são reivindicadas, também, pelos idosos, como por exemplo: dançar, praticar esportes, viajar, reunir-se com os amigos, fazer trabalho voluntário e, se relacionar maritalmente. Isso proporciona qualidade de vida. E os idosos de hoje não abrem mão de uma vida ativa e proveitosa.

A população mundial está vivendo mais, segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2016). Eles apontam que o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos vai mais que dobrar, no mundo, no ano de 2050. Por este motivo que é de grande importância a busca por uma maior longevidade, uma conquista de uma vida interessante e que promova a alegria de viver sem pensar nas limitações.

Segundo dados do IBGE (2016), a expectativa de vida do brasileiro aumentou em 30 anos, mas não é o aumento no número de anos que ainda devem ser vividos, somente, que tem grandes implicações sobre toda a sociedade e sobre o indivíduo – pois, apesar da longevidade humana ser uma conquista do século XXI, viver mais já não basta aos idosos.

Eles querem e devem requerer seus direitos. A qualidade de vida engloba diversos fatores e não somente os aspectos físicos. O bem-estar físico é uma característica do bem viver, mas o bem-estar psicológico envolve as amizades, o lazer, a independência, a autonomia. Também se caracteriza pela afetividade e demais sentimentos vivenciados na religião, e do foco da sua vida nos hábitos saudáveis.

A qualidade de vida supõe “um elemento básico e interligado com todos os outros, que é a capacidade de realizar movimentos corporais de forma eficiente” (TOSCANO e OLIVEIRA, 2009, p.17). Portanto, ainda que a qualidade de vida não se resume às questões físicas, a autonomia sobre o próprio corpo pode contribuir, muito, para que se desenvolvam os outros aspectos que compõem a qualidade de vida.

O envelhecimento saudável baseia-se em pilares como dieta saudável e controle de doenças, prática de atividade física regular, inserção social e saúde emocional. Nas academias, a modalidade dos exercícios em grupo estimula o idoso a ser o agente de sua própria mudança, além de propiciar um aprendizado interpessoal a partir do contato com o outro.

Além da própria atuação do idoso, fatores como o avanço da ciência e a melhoria da assistência à saúde contribuem para o aumento da expectativa de vida. A possibilidade de um diagnóstico precoce e a melhoria nos tratamentos evitam que patologias como hipertensão e diabetes tenham complicações.

A alimentação saudável reduz a obesidade e isso contribui para uma melhor saúde da população em geral. O envelhecimento saudável também assume uma conceituação ampla e maior do que a ausência da doença, pois é considerado um processo de adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida, que permite aos idosos manterem seu bem-estar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1990) em sua perspectiva de envelhecimento saudável adotou o termo “envelhecimento ativo”, conceituado como um processo que busca

aperfeiçoar as oportunidades contínuas de saúde, com a finalidade de que a qualidade de vida das pessoas idosas melhore no decorrer dos tempos. Essa “ativa idade” do idoso não depende só da sua capacidade física, como, também, é composta da sua participação contínua na sociedade.

De acordo com a afirmação de Carvalho (1999): “a velhice traz consigo a diminuição das aptidões físicas, o declínio das capacidades funcionais, o aumento do peso, maior lentidão e doenças crônicas”. No entanto, para que o idoso não se sinta incapaz, a medicina, em geral recomenda a atividade física como destaque na prevenção de doenças relacionadas ao envelhecimento. E isso aumenta a expectativa de vida desta população.

A importância da ação preventiva deverá ser baseada na boa alimentação, na prática contínua de exercícios físicos, os quais são essenciais no processo e no tratamento das doenças relacionadas ao envelhecimento.

Vimos, a partir destas considerações, alguns benefícios como: a redução do risco de quedas, melhor flexibilidade e boa forma, além dos aspectos sociais e psicológicos, que são considerados fatores muito importantes na vida dos idosos.

Ogden (2004, p. 208) afirma, a respeito do exercício físico: “um movimento corporal planejado, estruturado e repetitivo executado para melhorar ou manter a boa forma física”. Ainda de acordo com o autor, a atividade física é “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte num consumo de energias”.

Sobre a longevidade, Barata e Altri (1997, p. 233) afirmam: “a longevidade é um conceito influenciado pelo exercício, pelos níveis de condição física e por outros comportamentos que constituem o estilo de vida do indivíduo”.

Em vista destas afirmações, pode-se destacar, neste trabalho, que a prática constante de exercícios físicos por idosos desencadeia reações positivas em suas atitudes, e influencia grandemente seu bem-estar psicológico. Desenvolve uma acentuada alteração no seu estado de espírito e provoca uma melhor capacidade de socialização.

Ligados a estes valores, também estão as questões da vaidade, que proporcionam procedimentos como: o corte dos cabelos, uma leve maquiagem, um barbear perfeito aos homens idosos, unhas aparadas - quando mulheres, esmaltadas -, procedimentos estes que elevam a autoestima.

A atividade física está relacionada à promoção da saúde e, também, à qualidade de vida que o idoso tanto procura. Melhora as funções orgânicas, proporcionando energia e vitalidade.

De acordo com Mota *et al* (2006), com Rocha *et al* (2009) e com Toscano e Oliveira (2009): “todos esses benefícios atuam em prol do indivíduo idoso, considerando a importância destes para que as suas atividades diárias sejam realizadas de forma mais eficiente, influenciando diretamente na qualidade de vida”.

As atividades de lazer também estão relacionadas à qualidade de vida ativa da população idosa, pois, para a terceira idade o lazer é como se fosse um fenômeno social, tão significativo que, muitas vezes, é alcançado pela aposentadoria.

O idoso possui um tempo ocioso maior, devendo ocupar esse tempo da melhor maneira possível. As atividades de lazer favorecem a sociabilização e a autoestima dessas pessoas; estimula a criatividade, o bem-estar mental e físico. As pessoas se sentem mais confiantes e lidam melhor com situações de conflito que caracterizam essa etapa da vida.

Por meio de dinâmicas de grupo, oficinas de jogos, atividades manuais, vivências lúdicas e outras atividades, observamos o aumento na força muscular, na mobilidade articular, no equilíbrio, melhorias na coordenação, na capacidade aeróbica e respiração. A realização de atividades sem obrigatoriedade e, acima de tudo, de livre escolha, auxilia o idoso na manutenção de seu equilíbrio físico e social, afastando-o do processo de isolamento, da vulnerabilidade a doenças.

2.3 A PREVENÇÃO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2015), a prevenção da saúde se faz em três níveis, são estes:

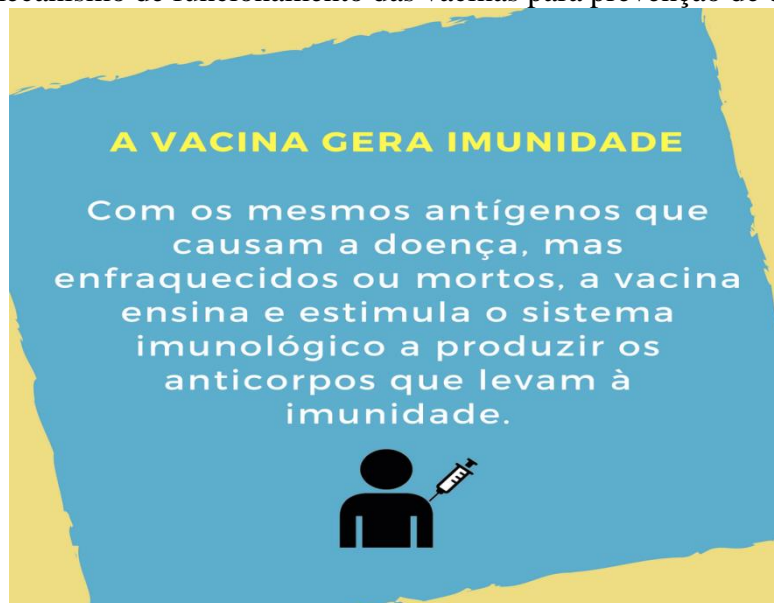
a) a prevenção primária, que é tudo que fazemos no intuito de remover causas e fatores de risco de um problema de saúde, antes que a doença ocorra. Inclui a promoção da saúde e a proteção específica contra certas doenças (ex: imunização e exercícios físicos);

b) a prevenção secundária, que são as ações que visam detectar um problema de saúde em seu estágio inicial, muitas vezes subclínico, facilitando o diagnóstico definitivo e seu tratamento (ex: rastreamento de câncer de mama, estratificação do risco cardiovascular);

c) a prevenção terciária, que são as ações que visam reduzir os prejuízos funcionais consequentes a um problema agudo ou crônico, incluindo as medidas de reabilitação (ex: reabilitação de um infarto, ou após um acidente vascular cerebral).

É importante a imunização dos idosos, também, com vacinas - as de campanha e as necessárias para que não haja nenhum tipo de problema de saúde, durante esta prevenção.

Figura 1- O mecanismo de funcionamento das vacinas para prevenção de doenças.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde de A à Z: Vacinação.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao#>>. Acesso em 12 de nov. de 2019

As vacinas recomendadas para a imunização do idoso são:

Hepatite B - 3 doses (verificar situação vacinal anterior);

Febre Amarela – dose única (verificar situação vacinal anterior);

Dupla Adulto (dT) - (previne difteria e tétano) – Reforço a cada 10 anos;

Pneumocócica 23 Valente (previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo) – reforço (a depender da situação vacinal anterior) - A vacina está indicada para população indígena e grupos-alvo específicos, como pessoas com 60 anos e mais não vacinados que vivem acamados e/ou em instituições fechadas;

Influenza – Uma dose (anual).

Nos anos 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a promoção da saúde dos idosos da seguinte forma: “o processo que permite os idosos a adquirir maior controle sobre sua saúde e ao mesmo tempo, melhorar essa saúde”. Na mesma linha dos precursores do conceito, a visão ampliada dos recursos fundamentais à saúde, e sua aproximação à temática da qualidade de vida, fomentaram uma concepção mais abrangente de intervenção em saúde. Os campos da Promoção da Saúde são, assim, definidos como estratégias que englobariam todos os seus determinantes, ou seja, todos os fatores que influenciam na saúde.

Segundo Buss (2003, p.26), podem ser assim sintetizados:

1 - Políticas públicas saudáveis: reconhecimento que decisões políticas têm influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde, e que esta deve ser priorizada como critério de governo; importância das ações intersetoriais que apontem para maior equidade;

2 - Criação de ambientes favoráveis à saúde: reconhecimento da complexidade de nossas sociedades e da interdependência entre diversos setores. Proteção do meio ambiente e acompanhamento dos impactos das mudanças sobre a saúde. Conquista de ambientes favoráveis à saúde (trabalho, lazer, escola, cidade, etc.);

3 - Reforço da ação comunitária (incremento do poder técnico e político das comunidades): *empowerment* como resultado do acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população; possibilidade de atuação na definição de prioridades, tomada de decisões e implementação de estratégias para alcançar melhor nível de saúde;

4 - Desenvolvimento de habilidades pessoais favoráveis à saúde em todas as fases da vida: resgate da Educação em Saúde como responsabilidade das diversas organizações. Também é relacionado ao *empowerment*, no plano individual, como processo de capacitação e consciência política;

5 - Reorientação dos serviços de saúde: avanço além da assistência; impõe a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médico curativa como foco essencial da intervenção. Implica transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas, assim como nas práticas e na formação dos profissionais.

2.4 A AUTONOMIA NA TERCEIRA IDADE

A autonomia do idoso é encarada, muitas vezes, pelos familiares, como teimosia. Na verdade, não passa de um processo de mudanças comportamentais, muitas vezes causadas pelo cansaço de toda uma vida ativa. O idoso pode, sim, tomar suas decisões, mas é difícil nesta fase que ele execute tais tarefas com as habilidades que antes ele tinha. Seus movimentos já estão mais lentos, seu temperamento mudado e suas atitudes são tomadas com mais vagar. As escolhas e preferências ainda precisam ser respeitadas. Os valores e o respeito são primordiais, também.

Muitas famílias colocam seus idosos em clínicas por não saberem lidar com suas atitudes, escolhas e novas preferências. Mas tudo o que o idoso quer é preservar sua autonomia, ser respeitado e cumprir suas tarefas até o ponto que dê.

A autonomia, como falado anteriormente, diz respeito à capacidade do idoso de tomar decisões. A independência, por sua vez, está mais relacionada a um efeito prático: significa dizer que seria a condição de capacidade de realizar atividades do dia a dia sem o auxílio de terceiros, ou com uma interferência mínima destes.

É possível que um idoso tenha autonomia, mas uma independência limitada. Da mesma forma, ele pode ter ambos, ser apenas independente ou ser somente autônomo.

Isso também não implica na redução da sua capacidade de decidir por si mesmo e de expressar suas vontades. Em vez de tratar o idoso como incapaz, que tal dar um voto de confiança e a chance de ele fazer algumas ações do dia a dia, como tomar banho sozinho e cozinhar? Essa pequena mudança de atitude é muito importante para melhorar autoestima e preservar a autonomia do idoso.

A solidão é um dos males que mais acometem os idosos, sendo responsável, muitas vezes, pelo desenvolvimento de doenças como depressão e demência, pela ansiedade, e até mesmo pelo declínio da habilidade cognitiva na terceira idade.

É imprescindível que o idoso seja considerado, ouvido e respeitado. Lembre-se que a autonomia está relacionada à capacidade de tomada de decisões, que devem ser ditadas por aquele que será afetado por elas, e não às condições de locomoção ou ao nível de coordenação motora de cada pessoa.

O cérebro é dos órgãos que mais precisa de exercício. Tal como foi dito acima, a solidão pode levar a doenças psicológicas, como a depressão e a demência. Mas nem tudo se resolve com socialização, o cérebro precisa de outros estímulos para não perder capacidades.

Voltar a estudar pode ser uma boa opção, ingressando numa universidade sênior. No caso de o idoso não poder sair de casa, deve incentivar-se à leitura, à escrita e ao cálculo, de forma a manter certas funções do cérebro, como a lógica. É através dos estímulos cerebrais que se consegue a autonomia dos idosos. Desta forma conseguem tomar decisões por eles próprios durante muito mais tempo.

3 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE IDOSOS

A Constituição Federal de 1988 reinstituiu a democracia no país, após ao menos 30 (trinta anos) de regime militar, em que a participação dos cidadãos brasileiros nos assuntos políticos era extremamente limitada, quando não completamente suprimida.

Além de prever a volta da democracia pela escolha de representantes do povo pelas eleições por voto direto, a Carta trouxe, ainda, outros novos mecanismos de participação popular, sendo alguns deles de exercício direto do poder pelo povo.

No que concerne aos idosos, a inclusão da família e da comunidade como também responsáveis pela garantia dos direitos dessa parcela da população pode ser considerado um exemplo dessa aproximação do povo ao Poder, especialmente levando em conta as determinações para a criação dos Conselhos de garantia e implementação de direitos dos idosos, que contam com a participação de representantes da sociedade civil e de idosos, junto com representantes do governo.

O avanço da implementação do sistema capitalista culminou na criação do Estado de Bem-Estar Social, conforme explica Bertramello (2013):

Com o avanço do capitalismo, os trabalhadores viram-se compelidos a empregarem-se nas fábricas, sem garantias condignas com a dignidade da pessoa humana. A lei os considerava, patrão e operário, iguais. Igualdade que se revelou fútil e inócua, a ponto de provocar a reunião da classe trabalhadora, sob a bandeira socialista, a lutar pelo reconhecimento de direitos humanos de caráter econômico e social.

Em adição à obrigação estatal de não interferir na vida do indivíduo e nas relações sociais e econômicas, os ordenamentos jurídicos passaram a prever outras garantias aos seus cidadãos (e aos seres humanos, em geral), como um modo de se promover, também, a igualdade material de direitos, para além da igualdade formal estabelecida pela lei.

Desde então, o Estado está juridicamente obrigado a agir para garantir os direitos sociais, como explica Campos (2013), e não, somente, de se abster de certas condutas para com o cidadão e seus direitos. Como ensina Bertramello (2013):

De fato, os direitos sociais exigem a intermediação dos entes estatais para sua concretização; consideram o homem para além de sua condição individualista, e guardam íntima relação com o cidadão e a sociedade, porquanto abrangem a pessoa humana na perspectiva de que ela necessita de condições mínimas de subsistência.

Campos (2013) coloca que, formalmente, no ordenamento jurídico constitucional brasileiro, essa equivalência pode ser constatada, inclusive, pelo disposto na Constituição Federal de 1988, que determina que os direitos sociais estão previstos em cláusulas pétreas

(artigo 60, parágrafo 4º). Ainda, há uma interdependência material entre esses direitos: os direitos sociais dão suporte à própria manutenção da vida, e, mais ainda, a uma vida digna.

Ramos (2013) aborda os direitos sociais no mesmo sentido, demonstrando que os direitos sociais são essenciais para que seja possível exercer os outros direitos. O autor continua, é impossível viver se não forem garantidos a saúde, a moradia, à educação, trabalho digno de escolha da pessoa e proteção social.

Campos (2013) complementa essa linha de pensamento, defendendo que esses direitos têm aplicabilidade imediata, com fundamento no parágrafo 5º, parágrafo 1º da Carta Magna. Daí a exigibilidade desses direitos perante o Poder Legislativo quanto do Poder Judiciário.

Uma vez omitindo-se o Poder Executivo em garantir esses direitos, implementando políticas públicas, é dado ao cidadão acionar o Poder Judiciário para que obrigue o Poder Executivo a tanto, garantindo os direitos sociais e, assim, fazendo a justiça social pretendida pelo legislador constitucional originário.

Brito (2014) também aborda o tema dos direitos sociais e sua exigibilidade desde a perspectiva das cláusulas pétreas das normas constitucionais que preveem a garantia desses direitos. Ela ressalta que, por consequência dessa previsão em cláusulas pétreas, vigora sobre eles o princípio da vedação do retrocesso, que implica, ao legislador constitucional derivado, de extinguir o limitar os direitos sociais.

Essa também é a abordagem de Vanoni (2016), de acordo com quem a previsão constitucional dos direitos sociais é em cláusulas pétreas, de forma que também a autora entende que esses direitos não podem ser objeto de reforma pelo legislador constituinte derivado, seja no sentido de os retirar de seus titulares, seja para lhes minorar a extensão.

Cunha (2016) ressalta que a dupla qualidade dos direitos fundamentais, de direitos materiais e formais, dos direitos sociais, proporciona aos seus titulares o dever de postularem, ativamente, a efetivação desses poderes.

Em termos jurídicos, a falta de implementação das políticas garantidoras de direitos sociais, entre os quais estão os direitos das pessoas idosas (TEIXEIRA, 2007, p. 155), assumia a fundamentação de que as normas constitucionais que os preveem seriam “normas programáticas”, que, no máximo, obrigariam o Poder Legislativo a formular leis infraconstitucionais determinando, mais especificamente, como e quando esses direitos estariam garantidos pelo Poder Executivo.

Bertramello (2013), entende a natureza dos direitos sociais de direitos fundamentais implica em sua aplicabilidade imediata, fundamentando esse entendimento no artigo 5º,

parágrafo 1º, da Constituição Federal. Essa aplicabilidade imediata, continua ele, significa, inclusive, a possibilidade de recorrer ao Poder Judiciário, por mandado de injunção ou por ação direta de inconstitucionalidade, para que se obrigue o Poder Legislativo a agir para legislar sobre esses direitos.

Já Vanoni (2016) discute o tema dos direitos sociais a partir de sua divergência do argumento do jurista italiano Norberto Bobbio segundo o qual previsão expressa dos direitos sociais na Constituição Federal teria inutilizado discussão teórica sobre como definir os direitos fundamentais, bem como sobre uma definição dos direitos sociais e se podem ser considerados direitos fundamentais.

Como escreve Vanoni (2016):

Irrefutável que uma Constituição pluralista e democrática compromissada com a promoção da justiça social que tem no princípio da dignidade da pessoa humana seu valor axiológico supremo não pode se contentar apenas com a garantia dos direitos fundamentais liberais, uma vez que para a concretização do princípio norteador do sistema constitucional brasileiro imprescindível o fornecimento pelo Estado de condições materiais mínimas aos indivíduos expressadas no texto constitucional pelos direitos sociais.

Discutindo o direito à saúde, especificamente, mas com conclusões que podem ser extrapoladas para outros direitos sociais, Vila (2019) conclui que o Estado é obrigado a garantir o direito à saúde, em virtude do fato desse ser um direito social (artigo 6º da Constituição Federal), e, assim, um direito fundamental.

Jacob (2018) faz o mesmo, mas desde a perspectiva do direito à educação – outro direito social. De acordo com ela, o direito à educação consiste em “uma garantia individual e estrutural do Estado Democrático de Direito” porque a cidadania é um dos fundamentos da República brasileira, pelo disposto no artigo 1º, inciso III, da Carta.

Nas palavras da autora:

A educação decorre dos direitos humanos e, conseqüentemente, da dignidade inerente à pessoa humana. Dessa forma, não deve o Estado escusar-se de garantir esse direito constitucionalmente assegurado, ante a diversidade de propósitos que lhe são impostos. (JACOB, 2018)

Concluindo esse raciocínio, ela defende que o direito à educação é exigível do Estado, pelo Cidadão, tal como o são os demais direitos sociais – educação, moradia e outros. No caso específico da educação, ela aduz que a redação do artigo 205 da Constituição Federal de 1988 dispõe que o Poder Público está obrigado a proporcionar esse direito, em todos os seus níveis.

Além da classificação das normas constitucionais garantidoras dos direitos sociais como programáticas, a discussão que se colocou sobre a implementação de políticas públicas e

dos direitos sociais, em geral, outra questão que se levantava sobre a exigibilidade dos direitos sociais se referia à separação de poderes, também prevista na Carta.

Antes da positivação constitucional desses direitos, a discussão sobre sua efetivação era limitada à esfera de atuação do Poder Executivo, de forma que se restringiam ao âmbito das decisões políticas e, portanto, de valoração livre pelos escolhidos para os cargos executivos sobre as decisões de efetivá-los ou não, e sobre em qual extensão fazê-lo. A promulgação da Constituição Federal de 1988, essa garantia deixou de ser uma decisão do âmbito ideológico, para se tornar uma obrigação jurídica, e, por conseguinte, passíveis de controle Judiciário.

Decerto, a peculiaridade das normas de direitos fundamentais consagradoras de direitos sociais assenta-se precisamente em seu denominado *status positivus*. A exigência preponderante de uma prestação positiva do Estado, coloca a eficácia e efetivação dos direitos sociais na dependência dos recursos econômicos disponíveis, cogitando-se, por isso, de uma regra da relevância econômica a diferenciar os direitos individuais e políticos dos direitos de segunda dimensão. (MACEDO, 2017)

A previsão desses direitos consistiu em um desafio às categorias teóricas do direito, pois elas haviam sido desenvolvidas em conformidade com as características específicas do tipo de normas que existiam até então, ou seja, as normas que se limitavam a vedar a interferência estatal em determinados aspectos da vida do indivíduo, e da economia. (LOPES, 1994).

Entretanto, as determinações constitucionais obrigando o Estado às prestações positivas, que garantem os direitos sociais, devem ter por consequência exigir dessa atuação do Estado perante o Poder Judiciário, sob pena de restarem inúteis.

É nesse âmbito de exigibilidade que parte da doutrina buscava reconhecer a violação à separação dos Poderes, passa se configurar, teria que se concretizar em uma ordem do Poder Judiciário para o Poder Legislativo ou Executivo para agir no sentido de garantir tais direitos.

Nesse sentido, Cunha (2016) escreve que:

A política, que deveria ser tarefa do legislador, se judicializa como derradeira tentativa de efetivação dos direitos sociais, os juízes, invocando o "non liquet", vedação da não decisão por ausência de leis, criam obrigações sociais ao Estado na tentativa de dar normatividade e efetividade aos direitos prestacionais. Não raras vezes o judiciário é chamado a intervir para condenar o Estado e Particulares em obrigações de fazer consistentes em internações em hospitais públicos e privados, para efetivação do direito à saúde e o direito à vida, gerando, além da questão da judicialização, uma discussão em torno da eficácia horizontal dos direitos sociais, a vinculação de particulares à efetivação dos direitos sociais (...)

Portanto, o conceito de separação de poderes teve que ser ressignificado, ainda que esse princípio tenha sido considerado essencial para que se evitassem as arbitrariedades que caracterizaram o poder absoluto do monarca, nos ordenamentos jurídicos da ordem política combatida pela burguesia.

Ocorre que, mesmo desde a perspectiva interna do ordenamento jurídico, a inobservância das normas constitucionais que garantem os direitos sociais implica em um desrespeito a outro princípio de máxima importância para a legitimidade da ordem legal, qual seja, a da primazia das normas constitucionais sobre todas as demais. Afinal, se não obrigam a atuação estatal, as normas constitucionais não podem ser consideradas hierarquicamente superiores às demais.

Nesse contexto, as problematizações sobre a separação dos poderes e a efetivação dos direitos sociais se encontra com a pretensa classificação das normas constitucionais como programáticas. Entendendo-se que essas normas não teriam a mesma força obrigacional de outras, integravam-se as determinações sobre a separação de poderes com a força normativa da Constituição Federal.

Como explica Ferreira (2012):

As normas programáticas são as que indicam os objetivos sociais a serem atingidos pelo Estado, para melhoria das condições econômicas, sociais e políticas da população, com vistas à concretização e cumprimento dos objetivos fundamentais previstos na Constituição. São normas vagas, de grande conteúdo semântico, mas com baixa efetividade social e jurídica, sendo controversa sua vocação para gerar direitos subjetivos públicos para a população.

Contudo, a própria classificação dos direitos sociais como direitos fundamentais, conforme exposto anteriormente, justifica uma linha de raciocínio que implica na impossibilidade de se definir tais normas como programáticas.

A possibilidade de Poder Executivo e Poder Legislativo não observarem esses direitos, pela omissão em implementar políticas públicas para sua efetivação, ou outras iniciativas nesse sentido – o que ocorre, caso o cidadãos não possa pleitear esses direitos acionando o Poder Judiciário -, significa a própria desobediência às normas constitucionais, que perde, assim, sua força normativa sobre as demais normas, pelas quais devem agir legisladores e administradores.

Como escreve Real (2019), a “promessa constitucional não pode se tornar inconsequente. O princípio da reserva do possível não pode ser aplicado em detrimento aos direitos fundamentais”.

Em sentido semelhante, Campos (2013) escreve que:

Mesmo com toda a proteção atribuída pelo Ordenamento Jurídico aos direitos sociais, os mesmos ainda encontram impedimentos à sua concretização. A reserva do possível, conhecida como a realidade fática que influencia a aplicabilidade do direito, é um instrumento bastante utilizado como escusa estatal sob a alegativa de que não há como concretizar os comandos constitucionais sociais em virtude dos recursos indisponíveis.

3.1 DIREITOS E POLÍTICAS SOCIAIS A PARTIR DA CF/88 E MEDIDAS LEGAIS

Conforme abordado no Capítulo 1 deste trabalho, atualmente, o aumento da expectativa de vida da população, e a conseqüente ampliação dessa camada de faixa etária, implicam em uma abordagem política, social e legislativa que entendem a terceira idade desde uma perspectiva multidisciplinar.

A qualidade de vida é definida por outros elementos que se somam à garantia da plenitude da saúde física do idoso, passando a abranger, também, aspectos psicológicos – os quais, aliás, são de grande importância para a manutenção da saúde física.

Essa concepção de qualidade de vida significa que também a legislação que garante os direitos do idoso deve atentar para todos esses fatores, possibilitando que, no que concerne a essa população específica, estejam assegurados todos os direitos (FALEIROS, 2016) que, afinal, vão garantir a proteção à dignidade da pessoa humana para esses cidadãos.

Nesse contexto, passa-se à identificação e breve análise da legislação brasileira que se aplica aos cidadãos idosos, para, a partir dela, determinar quais regulamentações legais para lidar com a transtornos mentais de idosos.

No dia 27 de setembro de 1997, foi criado o dia do idoso, com a Lei nº 1.479, de 17 de junho de 1997. Com a criação do “Estatuto do Idoso”, podemos analisar que é lamentável a situação em que se encontra o idoso no Brasil - e não pela legislação, pois ela é farta, mas mal elaborada ou simplesmente descumprida (FERNANDES, SOARES, 2012).

É necessária a mobilização social para o devido respeito ao idoso, exigindo, principalmente do poder público, a implementação da Política Nacional do Idoso.

Na Constituição Federal de 1988, há normas que protegem o idoso, quanto aos seus direitos e atribuições. No âmbito infraconstitucional há, ainda, Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1.996, que regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1.994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.

No art. 4º e os incisos I, II, III e IV, a Lei da Política Nacional do Idoso refere-se à priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, e que compete ao governo, estado, município de realizarem centro de convivência à 3º idade para abrigá-los e desenvolver atividades aos mesmos, assim, priorizando o bem estar e até um aumento qualitativo da renda dos mesmos. .

O art. 9º e os incisos I, II, III, IV, VII, VIII, IX, XI, XII, XIII, determinam que é um dever do poder público, nos níveis federal, estadual e municipal, realizar um atendimento

específico dos idosos nas Unidades Básicas de Saúde – SUS, com uma equipe especializada em geriatria e gerontologia, tendo, assim um atendimento dotado de equidade, qualidade e humanizado. .

O artigo 17, parágrafo único, refere que o idoso tem o direito à assistência preventiva, protetiva e de recuperação por meio do Sistema Único de Saúde – SUS.

Borges *et al* (2015) ampliam a compreensão da saúde para além da prática clínica, incorporando as condições de vida geradas pelas relações sociais, como importante elemento do processo saúde-doença. Esse novo conceito introduz a ideia de que o adoecimento e a vida saudável não dependem, unicamente, de aspectos físicos ou genéticos, mas são, também, influenciados pelas relações sociais que engendram formas de acesso à alimentação, educação, renda, paz, ao trabalho, lazer e ambientes saudáveis, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida. Essa consideração requer das políticas de saúde uma abordagem mais ampla do que o modelo atual.

Portanto, a promoção da saúde do idoso depende de regulamentação e gestão de organização de saúde que satisfaça as gerações atuais, conforme enfatizam Fernandes e Soares (2012). Cabe destacar que as autoridades governamentais brasileiras só iniciaram/intensificaram sua mobilização em prol de políticas específicas para os idosos (até então esquecidos) a partir de efeitos produzidos pela organização sócio-política de cidadãos e, ainda, dado o impacto negativo, com repercussão nacional e internacional, originada pela tragédia ocorrida em 1996, no Rio de Janeiro, na Clínica Santa Genoveva (clínica privada, custeada por recursos públicos de saúde), onde ocorreu a morte de uma centena de idosos.

Desse modo, a incorporação da promoção à saúde nas políticas de gestão das empresas do setor suplementar, o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças passam a ser uma condição essencial para a sustentabilidade financeira, e não mais pode ser adiada.

A promoção deve ser implementada antes que novas doenças se instalem e, também, para, preventivamente, evitar complicações resultantes de doenças já instaladas, o que remete à ideia de integralidade, segundo a dinâmica do processo saúde-doença.

Pimenta (2012) considera que a adoção de programas de promoção e prevenção exige uma nova postura da gestão das organizações do setor de saúde suplementar. Para o autor, não se ignora a intensa fragmentação que caracteriza o setor, a possibilidade de oferta de cobertura segmentada, o que pode representar um sério obstáculo à integralidade da atenção.

Os anos de 1975 a 2025 corresponderão à era do envelhecimento, marcada pelo crescimento demográfico da população idosa, o que decorre, principalmente do controle da natalidade (IBGE, 2018).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o número de brasileiros idosos corresponde a 17% do total da população do Brasil, ou seja, 24 milhões de pessoas. A expectativa atual de vida do brasileiro é de 74,9 anos. (IBGE, 2018)

Para muitos países, como a China, o Japão a presença das pessoas idosas na população não é nenhuma novidade, portanto já estão acostumados com os problemas associados ao envelhecimento, como: aposentadoria, doenças desta fase da vida, sendo que estes geram custos altos para o Estado e também para as famílias (PONTES, 2002).

O envelhecimento é um processo que apresenta algumas características: é universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo: todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre (CARVALHO, 2009).

Qualidade de vida parece ser o foco das ciências da saúde, porém, com o crescente desenvolvimento tecnológico da área, de acordo com a OMS, Grupo WHOQOL (1998), houve a sua progressiva desumanização, como uma consequência negativa.

Uma vertente para resgatar a humanização da medicina tem a preocupação com o conceito de “qualidade de vida”, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que simplesmente o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Fica explícito que qualidade de vida vai além de viver mais, não apresentar doenças ou, ainda, ter sintomas sob controle; é necessário ter “brilho”, viver bem (PONTES, 2002).

O Estado Democrático de Direito é base para um Estado Constitucional e orienta todo o sistema jurídico. De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, inaugurou-se uma nova fase do Estado brasileiro, o Estado Democrático de Direito ou Estado Pós-Social, e fez emergir uma nova gama de direitos, chamados de direitos “fundamentais sociais”. (FERNANDES, SOARES, 2012, p.3)

A nova ordem constitucional consagrou o direito universal à saúde, e as obrigações de financiamento para cada nível de governo. Regulamentou o sistema privado, e instituiu-se, como princípio constitutivo do Sistema Único de Saúde, a participação da comunidade. Para garantir essa participação foram definidos, constitucionalmente, vários dispositivos de controle social. Como forma de dimensionar esses parâmetros, a Constituição da República estabeleceu as competências para legislar sobre proteção e defesa da saúde (BRASIL, 1988).

Os direitos sociais, diferentemente dos direitos individuais, têm por base o reconhecimento de desigualdades entre as pessoas, o que declama do Estado prestações positivas no intuito de proporcionar uma igualdade social (MEDEIROS, 2011).

No que tange ao sentido de política pública, de acordo com Bogesm *et al* (2015, p.48), “é uma certa organização de ações no tempo. Isso significa que uma política pública envolve um ou mais objetivos, órgãos para tanto, atos de planejamento e execução, tudo isso dentro de uma janela de tempo que não pode ser instantânea, mas sim com razoável regularidade”.

Da previsão constitucional desses direitos, decorrem importantes consequências, entre elas, destaca-se a aplicabilidade imediata. Por outro lado, a mera positivação desses direitos na Constituição não é suficiente para a correspondente eficácia no mundo dos fatos. Para alcançar essa realidade e, em especial, para a concretização dos direitos sociais, por vezes, a legislação dispõe sobre a implementação de políticas públicas (ANTEZANA, 2013).

As políticas públicas decorrem da transformação do Estado. Os direitos sociais surgem como resultado da ampliação dos bens jurídicos que são objeto de proteção constitucional, como consequência da transição normativa e fática do Estado Liberal ao Estado Social e, posteriormente, para o Estado Constitucional de Direito. Se o Estado, antes Liberal, era mínimo e não intervencionista, passando, depois, a ser Estado de Bem-Estar Social ou intervencionista, agora, necessário se faz repensar esse papel, de forma a perseguir uma maior eficiência na gestão dos problemas públicos (MENDES, 2012).

O objetivo era governar com técnica, determinar quais os fins públicos a cumprir, quais poderiam ser realizados, e através de quais instrumentos e opções de ação, uma vez que o Estado de Bem-Estar Social também não conseguiu oportunizar a todos os cidadãos os direitos sociais previstos constitucionalmente (AMARAL, 2001).

No Brasil, também não há um consenso sobre o conceito de políticas públicas, por este ser ainda um campo recente da ciência política. Destaca-se o entendimento de (MARIA DAS GRAÇAS RUA, 2017): “*a política compreende um conjunto de procedimentos destinados à resolução pacífica de conflitos em torno da alocação de bens e recursos públicos*”. Todos os envolvidos nestes conflitos são chamados atores políticos. Os atores políticos são diversos e possuem características distintas.

Para começar, pode-se distinguir entre atores públicos e atores privados. Os atores públicos são aqueles que se distinguem por exercer funções públicas e por mobilizar os recursos associados a estas funções. Dentre os atores públicos, por sua vez, pode-se diferenciar, grosso modo, duas categorias: os políticos e os burocratas (FERNANDES, SOARES, 2012).

[...] políticas públicas é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. O campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o ‘governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente) (ANTEZANA, 2013, p.34).

As políticas (públicas) sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais, visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. Segundo Eloisa de Matos Höfling, 2001, “*as políticas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais*”. Muitas políticas públicas adotadas no Brasil - referentes à saúde e moradia, por exemplo -, são, também sociais, especialmente ante os princípios constitucionais de erradicar a pobreza e reduzir a desigualdade social (HÖFLING, 2001, p.).

3.2 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O Governo Federal vem tomando medidas e estabelecendo políticas que ajudem a melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa. O Pacto pela Vida, de 2006, propôs, explicitamente, a questão do ciclo do envelhecimento como um tema fundamental na área de saúde, e o Estatuto do Idoso, de 2003, assegura, por exemplo, o tratamento de saúde e a assistência de um salário mínimo para todo idoso que esteja abaixo da linha de pobreza.

Os indicadores utilizados pelo Pacto consideraram quatro áreas-chave: garantia de renda, saúde, emprego e educação, e ambiente social.

Podemos identificar as seguintes políticas públicas de saúde que precisam constantemente de reconhecimento, e são objeto de nossa atenção, para o cuidado ao idoso: Política Nacional do Idoso – Lei 8.842 de 1994; Portaria 702 de 2002, que cria mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS); Portaria 703 de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer; Protocolo de Tratamento da

Doença de Alzheimer – Portaria n.º 843 de 2002; Estatuto do Idoso – Lei 10.741 de 2003, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria n.º 2.528 de 2006.

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. Trata-se de um processo de transição demográfica, caracterizado pelo aumento da longevidade da população. Em relação a esse processo, podem-se ressaltar importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento.

Enquanto nos primeiros esse envelhecimento populacional ocorreu associado às melhorias da qualidade de vida, nos segundos, esse crescimento ocorreu de forma rápida, carente de uma organização social e de saúde adequadas, suficientes para atender às novas demandas emergentes.

[...] Ao contrário do que ocorreu em diversos países, essa transição demográfica se deu, tanto no Brasil, como em outros países da América Latina, de uma maneira rápida, tornando retangular a pirâmide populacional, sem que tenha sido acompanhada de uma melhora na qualidade de vida dos idosos (COSTA E FÁVERO, 2009, p. 75).

De acordo com Costa e Fávero (2009, p.75)

[...] o envelhecimento da população brasileira tem se apresentado como um grande desafio, no que diz respeito às políticas de saúde e políticas sociais que visem preservar a saúde e a qualidade de vida da população idosa bem como atendê-la em suas doenças.

A formulação e a implantação de políticas públicas que atendam a realidade do envelhecimento em todas as suas faces, prevê que os agravos à saúde do idoso tem se mostrado um grande desafio.

A política pública, segundo Pereira (2008, p.103):

[...] compõe-se de atividades formais (regras estabelecidas) e informais (negociações, diálogos) adotadas em um contexto de relações de poder e destinadas a resolver, sem violência, conflitos em torno de questões que envolvem assuntos públicos.

De acordo com Pereira (2008, p.103), a política pública como ramo do conhecimento possui três características principais: ... É multidisciplinar, porque rompe com os estreitos limites de estudos sobre instituições e estruturas e abrange temas e questões tratados por outras disciplinas científicas, como a economia, a sociologia, a ciência política, o direito, o serviço social, dentre outras; é intervencionista, porque não se contenta apenas em conhecer o seu objeto de estudo, mas também procura interferir nele e modifica-lo; e é normativa, porque não é pura racionalidade e se defronta com a impossibilidade de separar fins e meios, bem como valores e técnicas, no estudo das ações dos governos. (Pereira,2008, pág.103)

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados com pessoa idosa esteja avançando, a prática ainda é insatisfatória. As políticas públicas voltadas para o envelhecimento, principalmente com dependência, e ao cuidador familiar, são frágeis e insuficientes, tornando o sistema público ineficaz no exercício de suas funções com resolutividade e plenitude.

O ideal de compartilhamento de responsabilidades entre o Estado, a sociedade e a família é algo bem elaborado no discurso político e legislativo; porém, mal executado na prática. Na realidade, o que se percebe é: o Estado se desonerando da sua responsabilidade em oferecer uma assistência pública qualificada e competente; e uma sociedade que anula os idosos que não se enquadram no modelo pautado na autonomia e independência.

3.3 SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À VIOLAÇÃO DE DIREITOS DOS IDOSOS

O direito à saúde constitui um direito fundamental de natureza social cujas diretrizes e garantias são estabelecidas pelo texto constitucional. A saúde institui-se como direito de todos e dever do Estado, e o reconhecimento de sua natureza advém de um longo processo histórico de avanços da sociedade no que diz respeito ao exercício da cidadania, de acordo com o artigo 5º da CF/1988 (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 consagrou o direito à saúde na categoria dos direitos sociais, disposto logo no artigo 6º de seu texto, logo início do Capítulo II.

As ações de políticas públicas voltadas à saúde, que deveriam implicar em diretrizes, estratégias, prioridades e metas a serem perseguidas de forma eficiente pelos órgãos públicos, em virtude das crescentes demandas sociais e anseios da coletividade, restam frustradas ante a ineficiência do Poder Executivo em gerir os recursos disponíveis, e do Poder Legislativo em elaborar legislações que garantam a efetividade desse direito (BARROSO, 2007).

Como acontece com os direitos sociais em geral, o direito à saúde contém duas vertentes, sendo uma de natureza negativa, e outra de natureza positiva. Pela negativa, o Estado e terceiros devem abster-se de praticar atos que prejudiquem a saúde. Já a positiva diz respeito à obrigação estatal de adotar políticas destinadas a implantação do direito à saúde (BORGES, *et al*, 2015).

Consagrado no art. 6º da Constituição brasileira, é no art. 196 e seguintes que o direito à saúde encontrou sua maior efetivação ao nível normativo-constitucional, “*para além de uma significativa e abrangente regulamentação normativa na esfera infraconstitucional, com*

destaque para as leis que dispõe sobre a organização e benefícios do SUS e o fornecimento de medicamentos". (FERNANDES, SOARES, 2012, p.45)

A saúde é um direito de todos. Nos termos do art. 196 da Constituição, é possível dizer que esse é um direito individual e coletivo de proteção à saúde. Entender que a norma desse dispositivo constitucional se consubstancia em norma programática significa negar força normativa a Constituição.

A dimensão individual do direito à saúde foi destacada em julgado do Supremo Tribunal Federal, que reconheceu o direito à saúde como um direito público subjetivo, garantido à generalidade das pessoas, que leva o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional. (MENDES, 2012)

A saúde é garantida mediante políticas sociais e econômicas. A concretização do direito à saúde é realizada por meio de políticas públicas, que podem ser definidas como programas de ação governamental que visam "*coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados*". Os poderes constituídos são obrigados a colocar à disposição das pessoas um conjunto de prestações que garantam o direito à saúde, independentemente do plano de governo ou orientação política do grupo que estiver no poder (BARCELLOS, 2008).

Sob o aspecto federativo, a Constituição brasileira conferiu competência concorrente para legislar sobre proteção e defesa da saúde à União, aos Estados e Municípios (art. 24, XII e art. 30, II). À União, cabe o estabelecimento de normas gerais (art. 24, § 1º); aos Estados, cabe suplementar a legislação federal (art. 24, §2º); aos Municípios, cabe legislar sobre os assuntos de interesse local, podendo, igualmente, suplementar a legislação federal e estadual, no que couber (art. 30, I e II).

No que se refere ao ponto de vista administrativo, a Constituição atribuiu competência comum à União, aos Estados e aos Municípios (art. 23, II). Desta maneira, os três entes que formam a federação brasileira podem formular e executar políticas de saúde (BARROSO, 2007).

A população idosa, a sociedade e os gestores em diferentes esferas governamentais precisam discutir continuamente necessidades de saúde do idoso em várias regiões brasileiras, considerando a prestação de serviços e incluindo a organização e integração de redes de atenção nos sistemas de manutenção da saúde, mas principalmente seu funcionamento (BORGES, *et al*, 2015).

Nesse sentido, modificar conceitos fixos é um dos desafios às políticas públicas, principalmente na saúde do idoso. Existe uma necessidade óbvia, e sistemática e crítica, de incorporar novas tecnologias, para aprender a falar sobre recursos financeiros, bem como aproximar coletivos de saúde a saúde do idoso (gerontologia e geriatria).

Além disso, uma rede de atendimento a idosos precisa ser construída, e políticas precisam ser desenvolvidas para responder à crescente demanda emergente decorrente do envelhecimento da população no Brasil, interconectando serviços sociais e de saúde (ANTEZANA, 2013, p.34)

Com base na realidade da crescente necessidade de cuidados e tratamento da população em processo de envelhecimento, devem ser elaboradas políticas que melhorem a saúde ao longo da vida, incluindo a promoção de vida saudável, ambientes saudáveis, doenças desenvolvimento de tecnologias de prevenção e assistência. Isso também inclui cuidados de reabilitação e serviços de saúde mental, que pode minimizar os níveis de incapacidade relacionados à velhice ao longo do tempo, considerando seu peso pesado nos orçamentos governamentais.

Aqui, cabe diferenciar entre Políticas Públicas de Estado e de Governo. Para Francisco Heidemann (2009, p.67), as políticas de Estado “*teriam caráter particularmente estável e inflexível e obrigariam todos os governos de um Estado em particular a implementá-las, independentemente dos mandatos que os eleitores lhes confiassem, em momentos históricos distintos*”.

Diversamente, as políticas de governo são aquelas que têm menor durabilidade, com institucionalização mais fraca: “dizem respeito diretamente à concretização do programa de governo vitorioso num processo eleitoral e são formuladas e implementadas diretamente pelo Executivo” (RIANI, 2013, p.12).

Estudos apontam que a origem das políticas públicas se deu nos Estados Unidos e, posteriormente, na Europa. Nos Estados Unidos, as políticas públicas começaram a ser estudadas no início dos anos 1950 (*policy science*), e, na Europa, apenas a partir dos anos 1970, em consequência da ascensão da social-democracia, quando o planejamento e as políticas setoriais foram estendidos significativamente (RIANI, 2013).

Assim, a política define diretrizes para todas as ações em setor de saúde, indicando responsabilidades para alcançar proposta, que são:

[...] promoção do envelhecimento ativo e saudável; assistência médica abrangente e integrada a idosos; estímulo às ações intersetoriais, com vistas a Cuidado holístico; instalação de serviços de atendimento domiciliar; acolhimento preferencial nos

serviços de saúde, respeitando o critério de risco; provisão de recursos capazes de garantir assistência médica de alta qualidade aos idosos; fortalecimento da participação social; educação e educação continuada para a saúde do SUS profissionais de saúde em idosos; divulgação e informações sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso para profissionais de saúde do SUS, gestores e usuários; promoção da cooperação nacional e internacional para experiências de saúde de idosos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. O PNSPI também indica estratégias para: implementação do Cartão de Saúde do Idoso; emissão e distribuição da Atenção Primária à Saúde Cartão - Envelhecimento e Saúde do Idoso, nº 19; organização do curso de educação a distância sobre envelhecimento Saúde do Idoso, elaboração do Plano Integrado de Ações de Proteção ao Idoso SUAS-SUS; emissão e distribuição do Guia Prático de Cuidadores; criação e implementação do Plano Nacional de Educação para Cuidadores a Terceiros na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS); publicação do decreto sobre prevenção e cuidados, entrega à osteoporose e quedas (Decreto nº 3.213 / GM, emitida em 20 de dezembro de 2007); estímulo ao desenvolvimento de pesquisas sobre envelhecimento e Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de apresentar as diretrizes e estratégias e abordar questões da Política Nacional de Saúde do Idoso, os objetivos essenciais propostos para o envelhecimento populacional brasileiro podem ser especificados.

Embora bastante avançada, na prática, a legislação brasileira sobre cuidados de saúde a idosos ainda é incipiente. Após a promulgação do Estatuto do Idoso, a busca contínua garantir os direitos dos idosos e a expansão da Estratégia Saúde da Família revelaram a presença idosos em famílias enfraquecidas, em situações sociais críticas situações de vulnerabilidade, apontando para a necessidade fundamental de readaptar o PNSPI.

Essa política, no entanto, representou um passo importante para a saúde de mais de 18 milhões de idosos no país, correspondentes a aproximadamente 10,5% da população brasileira (BRASIL, 2009).

3.4 SERVIÇO SOCIAL COMO MEDIADOR DE DIREITOS E TRABALHOS SOCIAIS DESENVOLVIDOS

Sendo parte do conjunto dos direitos sociais, a assistência social foi entendida e garantida como política pública efetivamente a partir da Constituição Federal de 1988, a “Constituição Cidadã”, que ampliou os direitos sociais. Essa Constituição, no Capítulo II, dos direitos sociais, artigo 6º, prevê que são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados (BRASIL, 2009).

Consta na Constituição, também, que a assistência social faz parte do tripé da seguridade social, ao lado da saúde e da previdência social, conforme o artigo 194: “A

seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2009).

A Constituição Federal em vigor, ao reconhecer a assistência social como integrante do campo da seguridade social, realiza a passagem, ainda que nos limites do texto legal, do universo das ações eventuais de ajuda para a órbita do direito e da responsabilidade do Estado (RAICHELIS, 2000, p. 163).

A partir de então, a assistência social, enquanto política pública, deve garantir esse direito social à população. Trata-se de uma política não contributiva. É um direito e pressuposto para a cidadania, que tem como função prestar atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social decorrente da desigualdade política, social, cultural e econômica expressas no empobrecimento, violência, discriminações, exclusão social, situações de exploração, dentre outras, por meio da articulação com as demais políticas sociais.

As ações de assistência social, implementadas pelo Estado, historicamente, têm sido relacionadas à intenção de minimizar as contradições sociais da relação capital-trabalho. Entretanto, ainda que persistam traços deste entendimento, a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) de 1993, a política de assistência social tem o sentido normativo de garantia de direito (BOTONI, 2014).

Nesse sentido, pode-se afirmar que a LOAS estabelece uma *nova matriz* para a Assistência Social brasileira, iniciando um processo que tem como perspectiva torná-la visível como política pública e direito dos que dela necessitam. A *inserção* na Seguridade aponta também para seu caráter de política de *proteção social* articulada a outras políticas do campo social voltadas para a garantia de direitos e de condições dignas de vida (PONTES, 2002, p. 13).

Algumas necessidades humanas devem ser providas pela assistência social, já que na sociedade de consumo há o agravamento dessas necessidades por conta da miserabilidade da população (IAMAMOTO, 2004, p. 41).

É importante entender que a Assistência Social tem um significativo impacto democratizante, no que tange à possibilidade de participação e controle social, bem como na ampliação dos direitos, pois a população passa a ter direitos a um conjunto de benefícios, serviços, programas e projetos, destinados a todos aqueles que dela necessitam (FERNANDES, 2008, p. 131).

Como política garantidora de direitos sociais, a assistência social oferece serviços, benefícios, programas, projetos, monitoramento e trabalho social que:

Previne/reduz situações de risco social e pessoal; Protege pessoas e famílias vulneráveis e vitimizadas independente de idade, sexo, raça, etnia, renda; Cria medidas e possibilidades de ressocialização, reinserção e inclusão social; Monitora exclusões, vulnerabilidades e riscos sociais da população (IAMAMOTO 2004, p. 41).

A questão demandatória dessa política centra-se nas relações sociais de exploração e exclusão do modo de produção capitalista, que causam a desigualdade social nas cidades, o não acesso aos direitos, a destituição da cidadania, a carência e a pobreza urbana.

O Assistente Social vive um dos maiores desafios na atualidade que é desenvolver a sua capacidade de ler a realidade e construir propostas de trabalho para efetivar direitos, pois as possibilidades estão no cotidiano, cabe ao profissional se apropriar dessas possibilidades, para desenvolver e transformar as demandas em projetos e frentes de trabalho de acordo com Yamamoto (2004):

As condições e relações de trabalho que se estabelecem, somadas a natureza, características e limites próprios da supervisão devem ser considerados, já que condicionam o processo: hierarquização, controle, poder, saber especializado, decisão, autoridade, padronização de procedimentos, unidade de orientação, sistematização de ações, organização e racionalização de recursos, necessidade de provocar mudanças nos sujeitos, enfoque adaptativo e no relacionamento entre os sujeitos envolvidos. (GUERRA e BRAGA, 2009, p.540)

O Serviço Social ao se constituir como mediador entre a instituição e o empregado/trabalhador se fundamenta em teorias e instrumentais técnico operativos como a categoria da mediação para a realização de seu trabalho. De acordo com Pontes (2002, p. 78) “as mediações são as expressões históricas das relações que o homem edificou com a natureza e conseqüentemente das relações sociais daí decorrentes, nas várias formações sócio humanas que a história registrou”.

A intervenção do Serviço Social na questão operária pode ser percebida desde a formação das primeiras profissionais e na inserção das mesmas em instituições particulares, estatais e entidades patronais. Por volta da década de 1940, o Serviço Social já atuava nas empresas indiretamente através da Previdência Social, dos Serviços Públicos Estatais e dos Centros Sociais, assistencialistas criados paternalisticamente pelos empregadores para assistir ao comerciário ou industriário. (CANOAS, 1982, p.70)

A inserção das assistentes sociais em instituições particulares vinculadas ao trabalho com operariado tem sua origem no ano de 1939 com a criação da Associação do Lar Proletário, o qual Lima (1983) explica ser o primeiro Serviço Social em instituição particular, tendo por finalidade oferecer proteção e apoio as famílias dos operários.

Um dos direitos sociais conquistados pela população brasileira, mas que, em muitas situações, ainda possui uma frágil noção de “direito”, é a assistência social, que está direcionada ao atendimento daqueles que mais sentem as conseqüências do modo de produção capitalista, ou seja, das vítimas do empobrecimento pelo desemprego, da violência urbana, da transtornos

mentais, etc., políticas públicas, que são gestadas em rede, para garantir o acesso aos direitos sociais, como a rede do sistema de assistência social, que envolve essa política e encaminha seus usuários para acessar outras: educação, habitação, previdência social, saúde, segurança alimentar e nutricional, e trabalho (FERNANDES, SOARES, 2012).

Pensar acerca da instrumentalidade do profissional assistente social faz-se necessário, pois além de estabelecer os objetivos da ação, a execução da prática profissional envolve o instrumental técnico-operativo profundamente estudado para a ação interventiva.

Para que se faça um bom uso desses instrumentos técnico-operativos o profissional assistente social deve ter domínio e clareza de tais, no intuito de que suas funções sejam efetivadas. Segundo Guerra (2007, p. 02):

A instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano.

No entanto, além de saber dominar e estar tecnicamente preparado para fazer uso dos instrumentos de trabalho, faz-se necessário que os profissionais tenham clareza dos três requisitos relativos à competência profissional. Iamamoto (2004), após realizar uma análise dos desafios colocados ao Serviço Social nos dias atuais, apontou três dimensões nos quais os profissionais devem ter propriedade:

- Competência ético-política – o profissional deve ter um indispensável conhecimento político necessária a sua prática, pois está sobreposto com as relações de poder e de forças sociais da sociedade. No entanto, o exercício profissional do Serviço Social não emana de si próprio e sim das relações sociais existentes na sociedade capitalista. Sendo assim, faz-se necessário que o assistente social apresente uma posição política frente às situações conflituosas que surgem na realidade social, articulando sua intervenção aos interesses da sociedade;
- Competência teórico-metodológica – o profissional deve obter novas possibilidades para o exercício profissional no campo das grandes fontes do pensamento social. No entanto, vê-se a necessidade de uma fundamentação teórico-metodológica como um percurso indispensável para constituir e inovar o exercício profissional. Para isso é preciso ter domínio na teoria crítica, da aproximação à realidade, da participação política ou de um embasamento técnico-operativo para alcançar novos rumos ao trabalho profissional;
- Competência técnica-operativa – profissional deve possuir uma gama de conhecimentos e competências para utilizar-se de instrumentos operativos, com o intuito de efetuar a ação. Sobretudo, deve-se ter habilidades (técnicas) capazes de propiciar uma atuação crítica e eficaz na intervenção profissional junto à população usuária e as instituições contratantes (IAMAMOTO, 2004, p.12).

Para efetuar os objetivos mencionados acima é preciso ter, à luz da formação profissional, a clareza das especificidades profissionais e de sua função social. A partir disso, a definição de instrumentos, ressaltando que alguns deles podem ser ou não específicos do assistente social, conduzirá a efetivação das competências definidas.

Estas técnicas, ao estarem direcionadas à última dimensão, darão efetividade à profissão, mediando a produção dos serviços que são resultados de habilidades e concepções da realidade social no desenvolver de sua prática profissional como explicitam Lewgoy e Silveira (2007, p.239).

Neste contexto, percebe-se que a funcionalidade profissional só se efetiva por meio da instrumentalidade em seu aspecto mais peculiar, onde os instrumentos técnico-operativos refletem em concretude à intervenção profissional.

Para construir as bases para implementação do SUAS (Sistema Único de Assistências Social), a Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005, aprovou a NOB/SUAS – Norma Operacional Básica da Assistência Social, que disciplina a operacionalização da gestão da política de assistência social, conforme a Constituição Federal de 1988, a LOAS (Lei Orgânica da Assistência de Social) e a PNAS (Política Nacional de Assistência Social), sob a égide de construção do SUAS.

A NOB/SUAS aborda as competências, responsabilidades e níveis de gestão das três esferas de governo; o processo de gestão e controle da política; a nova relação com as entidades e organizações governamentais e não-governamentais; os principais instrumentos de gestão e a gestão financeira (mecanismos de transferência, critérios de partilha e transferência de recursos) (BRASIL, 2006c, p. 473).

A assistência social é um direito garantido pelo artigo 6º da Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 1993. Integra a seguridade social brasileira, ao lado da saúde e da previdência social (art. 194 da Constituição Federal). A assistência social é de responsabilidade do Estado e complementaridade da sociedade civil para prover os serviços socioassistenciais, promover justiça social e equidade, descentralizar ações, estimular a participação popular e oferecer serviços com qualidade e eficiência (FERNANDES, 2008, ps. 130-132).

A Resolução nº 01, de 25 de janeiro de 2007, publicou o texto da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS, consolidando a gestão do trabalho na área da assistência social, a partir de princípios e diretrizes nacionais; princípios éticos; equipes de referência; diretrizes para a Política Nacional de

Capacitação, para os planos de carreira, cargos e salários; diretrizes para entidades e organizações de assistência social e para co-financiamento da gestão do trabalho; responsabilidades e atribuições dos gestores (nas três esferas de governo) para a gestão do trabalho no SUAS; organização do cadastro nacional de trabalhadores do SUAS; controle social da gestão do trabalho e regras de transição (BRASIL, 2009, p. 10).

Kauchakje (2010, p. 6) considera que a rede do sistema da política de assistência social está no âmbito da solidariedade política, ou seja, está “*alicerçada na concepção de direitos e cidadania*”, possui provisão estatal e é direcionada pela legislação social. Essa rede se estabelece na mediação entre aquele que tem o dever (Estado) e aqueles que têm o direito (população usuária das políticas sociais).

A Resolução nº 109, DE 11 de novembro de 2009 - Tipificação Nacional de Serviços Sócio assistenciais define os serviços da Política de Assistência Social. Na proteção Social Básica está prevista os serviços Proteção e Atendimento Integral a Família; Convivência e Fortalecimento de Vínculo e Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas, sendo de responsabilidade do CRAS o desenvolvimento desses serviços (BRASIL, 2009).

A Proteção Social Básica destina-se à população que se encontra em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e/ou se encontra com os vínculos afetivo-relacionais fragilizados. Sendo executada de forma direta nos Centro de Referência de Assistência Social, outras unidades públicas de Assistência Social e por entidades da área de Assistência Social referenciadas ao CRAS.

O CRAS atua como principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dada sua capilaridade nos territórios, e é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social.

São executados pelo Centro de Referência de Assistência Social os serviços de: 1) Proteção e Atendimento Integral à Família-PAIF, de 2) Convivência e Fortalecimento de Vínculos-SCFV e 3) de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, que compõem a Proteção Social Básica, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Res. n.109, de 11 de novembro de 2009).

Nesta perspectiva, o PAIF consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2009).

As ações do PAIF desenvolvidas com as famílias referem-se a atividades socioeducativas de troca de informações/experiências, expressão de dificuldades e reconhecimento de possibilidades “*sobre questões relativas à primeira infância, adolescência, juventude, envelhecimento e deficiências*”. (BRASIL, 2009, p. 6).

No que tange ao SCFV, este é:

[...] ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias, realizado por meio do PAIF. O SCFV possui um caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação de direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades dos usuários, com vista ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais. (BRASIL, 2014, p.2).

As ações do Serviço citado são realizadas em grupos, de acordo com as faixas etárias (de 0 a 6 anos, 6 a 15 anos, 15 a 17 anos e idosos), além de ações de caráter intergeracional, com o objetivo de fortalecer vínculos familiares e comunitários.

O Serviço no domicílio não deve ser confundido com visita domiciliar, pois suas ações são contínuas e sistemáticas, devendo ser realizadas até a superação da vulnerabilidade.

Para alcançar os objetivos proposto ao CRAS, em nenhum outro momento foi tão discutido a necessidade de aprimorar os serviços, gerando interesse no Estado, técnicos, gestores e pesquisadores, proporcionando debates sobre os desafios para aprimorar os serviços.

Inobstante tantas previsões normativas que protegem a pessoa idosa nas mais diversas esferas de expressão da dignidade humana – econômica, psicológica, física, etc. -, e determinam a atuação integrada de todos os níveis federativos, a efetivação desses direitos vem sofrendo com as demandas políticas que reivindicam o enxugamento orçamentário público.

Assim como os demais direitos sociais cuja garantia demanda prestações positivas do Poder Público, e, portanto, gastos públicos, a implementação das políticas públicas que efetivam os direitos sociais dos idosos experimenta os reveses decorrentes dos cortes orçamentários – seja para implementação de medidas que nunca haviam sido implementadas, seja pela continuidade na implementação das já vinham sendo implementadas.

A ampliação da atuação da sociedade civil é defendida, por alguns, como uma alternativa à implementação e administração dessas políticas públicas, seja desde o viés das iniciativas filantrópicas, seja pela transferência de recursos públicos para Organizações Não-Governamentais que desenvolvem atividades para a implementação dessas políticas.

Contudo, essa concepção não é pacífica entre estudiosos, como se passa a expor, para que se possa discutir como as dificuldades de idosos que sofrem de transtornos mentais devem ser abordadas.

3.5 A DESCENTRALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE E DA FAMÍLIA NA GARANTIA DOS DIREITOS DOS IDOSOS – DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO E DA GARANTIA DOS DIREITOS DOS IDOSOS NO ATUAL CONTEXTO BRASILEIRO

Em muitos aspectos, a Constituição Federal de 1988 foi considerada um avanço para efetivação do Estado de Direito, no Brasil. Promulgada após um extenso período em que a participação do povo nos assuntos políticos do país eram extremamente limitados, a Constituição instituiu um Estado democrático, determinando que poder pertence ao povo, e que seus representantes apenas exercem esse poder em nome do povo.

Mas a Carta não determina o exercício do poder, pelo povo, de forma indireta, pela atuação de seus representantes: esse poder pode, nas hipóteses ali previstas, ser exercido diretamente pelos seus titulares.

TEIXEIRA (2007, p. 154) analisa a descentralização da elaboração e da implementação das políticas públicas referentes aos idosos desde uma concepção de ampliação das formas diretas de exercício do poder pelo povo.

Contudo, a autora questiona, também, sobre a possível utilização dessa descentralização como uma forma política de desobrigar o Estado a garantir os direitos sociais envolvidos nessas políticas públicas, que se destina a atender às demandas do neoliberalismo – especialmente, em relação às demandas de cortes de despesas públicas dessa vertente política. (TEIXEIRA, 2007, p. 155)

De acordo com a autora, ainda que a Carta tenha tido o escopo de, finalmente, trazer ao Brasil o “pacto de classes” que mitigaria os conflitos entre capital e trabalho, como ocorrera em outros países, o fato é que, na década que se seguiu à promulgação da Carta, os direitos sociais, essenciais para esse pacto, não foram proporcionados pelo Estado brasileiro. (Idem, *ibidem*)

Naquele contexto histórico, conforme a autora discorre, as condições de política econômica que vigoravam à época impediam a efetivação dos direitos sociais constitucionais:

Num contexto em que o endurecimento das pressões dos credores externos, a disputa por recursos escassos, a desmobilização da sociedade e uma série de outros fatores enfraqueceram a coalização de apoio àquele ideário, modificações foram feitas separando as áreas e políticas da seguridade, além de modificações na administração, no financiamento, e inúmeras reformas na previdência social. Essas reformas são condizentes com as medidas de ajuste estrutural, impostas pelos mecanismos financeiros internacionais que desencadearam mudanças mediante políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado, condição de inserção do país na nova ordem

mundial globalizada, atingindo as políticas públicas de corte social, através das noções de redução de déficits públicos e de reforma do Estado. (TEIXEIRA, 2007, p. 155)

Para ela, as funções cada vez mais ampliadas da sociedade civil, da comunidade e da família na garantia dos direitos sociais, ainda que instituídas pela Constituição Federal de 1988 no sentido de ampliar a presença dos cidadãos na gestão da coisa pública, é utilizada, no contexto atual, para servir às demandas neoliberais de um Estado mínimo, e do privilégio do uso do dinheiro público para satisfação dos créditos concedidos pelo setor financeiro. (Idem, *ibidem*)

Em sentido semelhante, FALEIROS, 2016 (p. 547) entende que há uma tensão entre a garantia legal dos direitos sociais e as exigências de uma política neoliberal que vem sendo implementada no mundo, após os desgastes do Estado de Bem-Estar Social. (FALEIROS, 2016, 547)

No caso do Brasil, tendo esse tipo de políticas sido adotado, geralmente, após sua implementação em outros países – especialmente, no mundo desenvolvido –, sequer havia sido completada a fase de assecuração desses direitos, conforme previra a Carta, já se realizava a adoção e a prática de políticas neoliberais, no país. (FALEIROS, 2016, 547)

Iniciada no Governo Fernando Collor (1992), o primeiro a ser eleito democraticamente (voto direto pelo povo) após três décadas do regime militar, esse tipo de política perdurou, ao menos, até o governo Luís Inácio Lula da Silva.

Assim, o autor coloca que:

A proteção social se coloca como direito e garantia da longevidade e da dignidade, mas entra em contradição com o desmonte neoliberal do Estado de direito. A adequação das instituições à realidade do envelhecimento está ocorrendo de forma muito lenta e ainda faltam condições para a aplicação da legislação. Essa legislação possibilita a consciência da cidadania em todas as idades, mas precisa ser efetivada no pacto federativo e na intersetorialidade, com trabalhos em rede. (FALEIROS, 2016, 547)

Estaria garantida, assim, a prevalência dos interesses das camadas econômicas dominantes e sua hegemonia, já que os sacrifícios delas demandados no pacto definido pela CF/88 não mais se fazem necessários desde uma perspectiva legal. Tanto o trabalho, quanto os demais recursos necessários à garantia dos direitos sociais, seriam derivados da sociedade civil, diminuindo sobremaneira os investimentos do Estado para garantir esses direitos. (TEIXEIRA, 2007, p. 155)

A autora fundamenta essa conclusão, por exemplo, discorrendo sobre a Política Nacional de Proteção ao Idoso. Apesar de, nos mesmos termos da Constituição Federal de 1988,

a Lei determinar a tripartição das responsabilidades da proteção ao cidadão idoso, na realidade, apenas a família fica, efetivamente incumbida dessa proteção. (TEIXEIRA, 2007, p. 158)

Como explica a autora:

As diretrizes da PNI priorizam o atendimento do idoso na própria família. Se esse procedimento, por um lado, representa mecanismos de desinternação, desasilo dos idosos, por outro, responsabiliza as famílias e as organizações sociais não-governamentais. O Estado, ficando com sua atuação limitada a casos extremos de pobreza e abandono, deixa de fazer investimentos de porte na política asilar ou em formas alternativas de assistência. As diretrizes confirmam: (...) (TEIXEIRA, 2007, p. 158)

A autora prossegue nessa linha de raciocínio, citando os incisos III e VIII da definição da PNI, demonstrando que a tônica da responsabilidade de cuidar do cidadão idoso recai sobre a família e sobre a comunidade, a proteção estatal se limitando a casos extremos de falta de recursos econômicos do idoso ou de sua família.

Discute ainda que, na questão não da implementação, mas da definição das políticas públicas, sobre as funções dos Conselhos de proteção aos idosos, que são integrados por representantes do governo, da sociedade civil e dos idosos na definição dessas políticas.

Também esses Conselhos, mesmo previstos para também assegurar o exercício direto do poder, pelo povo, podem se prestar a atender aos interesses do neoliberalismo – o que ocorre, de acordo com ela, não pela natureza intrínseca desses Conselhos, mas em virtude com as diferentes conformações de poder em cada contexto. (TEIXEIRA, 2007, p. 159)

Como ela escreve:

Ainda assim, a institucionalização dos denominados conselhos de direitos ou conselhos gestores – órgãos colegiados, constituídos nas instâncias federal, estadual e municipal, por representação paritária da sociedade civil e sociedade política, com funções deliberativas sobre a política social –, no âmbito de cada política específica, ocorre, mas com o avanço do neoliberalismo, em um contexto de reestruturação produtiva e político-ideológica do capital, esses são redirecionados, transformam-se em colaboradores, parceiros. (TEIXEIRA, 2007, p. 159)

Faleiros, 2016 (p. 543-544) também situa as dificuldades da implementação e do funcionamento do Conselho Nacional do Idoso na questão da política neoliberal, mas também entende que há um aspecto legal que funciona em favor dessa política, ainda que isso não seja feito de forma explícita.

Ele conta que, na primeira lei que instituiu e normatizou o funcionamento do Conselho Nacional do Idoso, os artigos 11 a 18 do Projeto de Lei original foram vetados. O Ministério da Justiça, responsável pelo veto, justificou o veto com fundamento nas regras de competência constitucionais, que determinam a competência privativa do Presidente da República na

atribuição de órgãos da administração pública – o que seria desrespeitado, caso o Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos tivessem poder de decisão, já que exerceriam as mesmas atividades reservadas ao Presidente da República. (FAEIROS, 543-544)

Assim, para o autor, ainda que a Lei que instituiu o Conselho Nacional de Defesa dos Idosos tenha significado algum avanço na proteção dos direitos humanos da pessoa idosa, em termos práticos, essa proteção ainda restou bastante prejudicada.

Além da questão dos vetos, o primeiro Decreto a regulamentar a lei também significou muitos retrocessos em relação aos próprios avanços trazidos pela Lei, embora tenha trazido a previsão benéfica da diferenciação entre o acolhimento de idosos nas modalidades asilar e não-asilar:

Assim, o decreto foi, de certa forma, um retrocesso à lei de 1994. Ele, contudo, distingue a modalidade asilar e a não asilar de atendimento, legitimando o paradigma filantrópico ao afirmar que o idoso que não tenha meios de prover a sua própria subsistência, que não tenha família ou cuja família não tenha condições de prover sua manutenção terá assegurada a assistência asilar pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, na forma da lei. Na Portaria no 73, de 10 de maio de 2001, do MPAS e da Secretaria de Estado de Assistência Social (Seas), sobre as normas de funcionamento de serviços de atenção aos idosos no Brasil, há uma definição de serviços a serem prestados aos idosos, mas sem previsão orçamentária para sua execução. (FAEIROS, 2016, p. 545)

Somente em 2002 o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso foi instituído, quando foi editado o Decreto 4.227, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. O Conselho é composto por dez representantes do Poder Público e dez representantes da sociedade civil, ou seja, cidadãos.

Nesse contexto, porém, o autor argumenta que as novas políticas adotadas pelo Governo Federal já se situavam, ainda mais no âmbito da transferência das responsabilidades governamentais para o setor privado, ainda que este último as exerça desde uma denominação de participação da sociedade civil. (FAEIROS, 2016, p. 546)

No caso do Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, de 1996, o objetivo propagado seria o fornecimento de auxílio técnico ou financeiro, pelo governo (federal), às entidades da sociedade civil organizada que se propusessem a oferecer os serviços que o governo deveria, à população idosa.

Contudo, Faleiros, 2016 (p. 546) aponta duas impropriedades na execução desses serviços por organizações da sociedade civil. A primeira delas é que muitas dessas organizações exercem pressão, sobre o governo, para receber as verbas públicas destinadas à prestação desses serviços, de forma que haveria uma apropriação do dinheiro público por entidades privadas, ainda que não tenham a finalidade do lucro.

Em termos legais, essa transposição dos deveres do Poder Público ao setor privado (não-lucrativo) seria o processo de “destitularização”, ou, em inglês, “desentitlement” - o que configura a segunda impropriedade.

De acordo com o autor, a previsão legal dos direitos básicos dos idosos não impede que essas entidades, muitas vezes, instituam, ou se utilizem, de critérios mais restritos para escolher quem será beneficiado pelos serviços a serem prestados. Portanto, os idosos que não são selecionados, de acordo com esses critérios, deixam de titularizar aquele direito assegurado pelos serviços prestados pela entidade, pois não há qualquer ente que os possa garantir, além da entidade que negou a prestação de serviços a ele.

Efetivamente, essa discussão perpassa todas as reformas legais realizadas para a diminuição – ou, como se utiliza o termo, às vezes, o “enxugamento” do Estado -, em qualquer âmbito de atuação atribuído ao Poder Público.

Pois, efetivamente, se tais entidades que exercem funções públicas em nome do Estado devem se desincumbir dessas obrigações com o mesmo orçamento, sob as mesmas leis, para obtenção dos mesmos resultados, e sob as mesmas sanções em caso de descumprimento de regras ou metas, é pertinente o questionamento sobre o porquê de se entender que seriam, efetivamente, mais eficientes do que o Estado no desempenho das mesmas atividades.

Inobstante todas essas dificuldades, o autor relata que, ao menos, no ano de 2000, finalmente, a participação da sociedade civil nas políticas públicas de direitos dos idosos havia sido auxiliada pela Secretaria Nacional de Assistência Social, que havia assessorado a implementação de dezoito conselhos estaduais e oito conselhos municipais. (FALEIROS, 2016, p. 56)

No que tange à própria auto-organização da sociedade civil, o autor conta que, naquele mesmo ano, já se somavam cinco fóruns regionais e vinte e quatro fóruns estaduais de proteção dos direitos dos cidadãos idosos, como resultado da articulação própria e autônoma desses cidadãos. (FALEIROS, 2016, p. 56)

Ainda em 2000, uma Portaria daquela Secretaria previu, ainda, outras modalidades de acolhimento e atenção ao cidadão idoso:

A Portaria no 2.874, de 30 de agosto de 2000, instituiu modalidades de atendimento para a pessoa idosa, incluindo residência com família acolhedora, residência em casa lar, residência em república, atendimento em centro dia e atendimento em centro de convivência. Alguns estados implementaram programas de disque-idoso e de combate à violência intrafamiliar. O Ministério da Saúde implantou a campanha de vacinação contra a gripe e a capacitação de cuidadores, ampliando-se a discussão do Estatuto do Idoso. (Idem, ibidem)

Após seis anos de debates internos ao Governo Lula, em 2009, decidiu-se que a coordenação da Política Nacional do Idoso ficaria no Ministério do Desenvolvimento e Combate à fome, enquanto que os conselhos foram transferidos para a Secretaria de Direitos Humanos, então órgão do Ministério da Justiça.

Em 2010, finalmente, foi efetivada a primeira previsão orçamentária para implementação específica das previsões legais de proteção ao cidadão idoso. Naquele ano, a Lei 12.213 foi promulgada, criando o Fundo Nacional do Idosos – de forma que a implementação dessas medidas era feita desde recursos transferidos para as secretarias de assistência social estaduais e municipais, conforme as definições de prioridade do Conselho de Assistência Social. (FALEIROS, 2016, p. 547)

Em 2011, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados passou a apoiar a promulgação do Estatuto do Idoso, em virtude da pressão exercida por vários setores da sociedade. Em 2003, a Lei 10.741 (Estatuto do Idoso) foi promulgada, instituindo um novo modelo de proteção ao cidadão idoso.

Como explica Faleiros, 2016 (p. 548):

Em outras palavras, tem como foco a cidadanização, a ruptura com os paradigmas filantrópico e securitário, adotando a combinação do paradigma da seguridade com o do envelhecimento ativo. Aliás, no seu art. 8º, estabelece que o envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção é social, não desvinculando a singularidade da sociedade. O estatuto considera a velhice no contexto dos direitos fundamentais da pessoa humana, salientando a dignidade. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu art. 1º, já assinalava: “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (Unesco, 1998).

Já no contexto de constitucionalização de todas as esferas do direito, de forma a garantir a eficácia horizontal das previsões constitucionais, o direito ao envelhecimento é um novo direito personalíssimo – assim como a proteção aos dados pessoais coletados no uso de produtos e serviços de informática e comunicações.

Ocorre que, assim como tantos outros direitos reconhecidos já desde as reivindicações burguesas, que resultaram no Estado Democrático de Direito, esse direito não pode ser exercido caso algumas condições fáticas não estejam asseguradas ao seu titular.

O cidadão idoso guarda necessidades específicas para que possa exercer a sua cidadania de forma plena, equânime a dos demais cidadãos. A garantia da saúde, da alimentação e de outros direitos básicos da pessoa humana são imprescindíveis para que o cidadão idoso possa exercer seu direito ao voto e a ser votado, o direito de ir e vir e tantos outros garantidos a todos os cidadãos.

Nesse sentido, Faleiros, 2016 (p. 59) define que a autonomia que deve ser proporcionada ao cidadão idoso – pelos esforços colaborativos do Estado, da família e da sociedade – implica nas possibilidades de poder decidir de acordo com sua própria vontade, e buscar seus próprios interesses, bem como de participar, ativamente, dos processos comunitários e políticos dos quais queira.

As políticas públicas, portanto, são imprescindíveis para que o cidadão idoso possa ser, de fato, um cidadão – especialmente, nos casos em que for necessário lhe proporcionar o acesso a bens essenciais à sobrevivência, como os cuidados médicos e remédios; a moradia; a alimentação; entre outros, para aqueles que não possam prover para si mesmos.

Importante ressaltar que, em muitos casos, mesmo aposentado, o idoso continua responsável, no todo ou em parte, pelo sustento da família, ou de parte delas.

Em uma economia em que a segurança e a previsibilidade são quase que inexistentes, e que o custo de vida pode drenar todos os recursos obtidos com o trabalho, tantas vezes informal, da população ainda não aposentada, os recursos certos e definidos de um benefício previdenciário são a forma utilizada por parte da família para se manter.

Nesse sentido, FALEIROS, 2016 (pg. 53-55) explica que, mesmo o aumento na concessão de crédito experimentado na economia brasileira não foi suficiente para permitir que tantos cidadãos idosos gozem, plenamente, de sua aposentadoria, pois, não “raramente, o crédito (*consignado no benefício previdenciário*) serve às necessidades da família e não à dos próprios idosos.”.

Decerto, portanto, que recorrer aos serviços públicos é a única alternativa para muitos cidadãos idosos poderem ter acesso a bens e serviços básicos, ainda que sejam beneficiários da Previdência Social.

Muitas vezes, sequer seus benefícios são utilizados, por outros membros da família, mediante a sua autorização, configurando-se, assim, um tipo de violência patrimonial que exige a intervenção do Poder Público, já que perpetrada por membros da família que os deviam proteger e cuidar.

Para o autor, foi com a promulgação do Estatuto que as atribuições para efetivação dos direitos dos cidadãos idosos foram, mais definitivamente, a descentralização das políticas públicas sobre os idosos, conferindo um papel de maior importância às municipalidades – inclusive, por conta da previsão dos Conselhos Municipais.

Entretanto, o autor aponta que apenas o Decreto 5.109/2004 veio a sanar uma falha na Lei que instituiu o Estatuto do Idoso, que poderia ter determinado o caráter deliberativo

dos Conselhos responsáveis pela definição e fiscalização da implementação das políticas públicas de garantia dos direitos do cidadão idoso (os Conselhos Nacional, estaduais e municipais, conforme a redação ao artigo 7º da Lei 10.741/03). (FALEIROS, 2016, p. 549) Inobstante as determinações daquele Decreto, segundo o autor, não raro esse aspecto deliberativo dos Conselhos não é respeitado pelo governo.

O autor passa a discutir tema de grande importância à proteção dos direitos dos idosos no país, conforme exposto acima: o fornecimento de serviços de saúde públicos e sem custo para essa faixa da população. De acordo com porcentagem mencionada pelo autor, 75% da população idosa, no país, precisa recorrer ao Sistema Único de Saúde para ter acesso a serviços e remédio. (FALEIROS, 2016, p. 553)

O autor articula o desenvolvimento da normativa sobre o tema, no país:

Nos anos 2000, foram publicados três documentos de relevância para a atuação do SUS na área do envelhecimento: o Pacto de Gestão (2005), o Pacto pela Saúde (2005) e o Pacto pela Vida (2006). Em todos, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, torna-se incontornável, e mesmo crucial, para a discussão e a formulação de estratégias de ação que abranjam todo o país. A atuação em rede é novamente mencionada na Portaria no 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde, que formalizou o Pacto pela Saúde. Dessa maneira, tornou-se imprescindível a revisão das portarias nos 702/2002 e 249/2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. (FALEIROS, 2016, p. 554)

Novamente, ainda que a previsão legal possa ser um avanço na proteção dos direitos das pessoas idosas, no país, o autor entende que as atuais previsões legais ainda não são suficientes para garantir a dignidade dessa parcela da população – ou, ao menos, a efetivação dessas previsões não ocorre na extensão e que deveria para que a legislação, efetivamente, viesse a ter essa função.

Assim, por exemplo, é o caso do Pacto Pela Vida, de 2006. Como argumenta o autor, apenas duas metas foram estabelecidas nesse pacto – a de 2% de diminuição das internações por fraturas de fêmur e maior alcance da cobertura vacinal – e, nem mesmo para essas metas, foi estabelecido qualquer tipo de sanção por descumprimento.

Em relação ao abrigamento de idosos, o autor ressalta que impera o viés da filantropia na concessão desse tipo de moradia aos cidadãos idosos: de acordo com ele, apenas 5,2% das instituições que oferecem abrigamento são públicas, atendendo ao diminuto número de 1% do total de idosos no país.

Aqui, portanto, o entendimento do autor é o mesmo de Teixeira, no sentido de que a responsabilização tríplice trazida pela legislação na garantia dos direitos dos idosos acaba por

recair, preponderantemente, sobre a família, Estado e sociedade participando de forma restrita na garantia desses direitos.

Além de desatender a previsão legal que determina a responsabilidade tripartite na garantia dos direitos dos idosos, essa predominância do cuidado em família pode favorecer os processos de violência contra o idoso – não apenas a violência física, mas, também, a violência patrimonial acima mencionada.

De acordo com o autor Faleiros, 2016, p. 58, apesar das mudanças na família, as pessoas idosas com 60 anos ou mais ainda são pessoas de referência em 64,1% dos domicílios, sendo cônjuges em 23,8% e em outra condição em 12,1% (IBGE, 2010). Contudo, as mudanças na família implicam conflitos de cuidado e de orçamento do conjunto do grupo familiar. Nessas relações familiares, há o conflito entre a autonomia, como valorização da decisão do idoso, e a interferência de novas gerações que têm interesses pessoais, sem envolver os idosos.

4 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ATUAL E O CUIDADO COM O IDOSO COM TRANSTORNO MENTAL

Em relação ao idoso portador de transtorno mental, em específico, além das próprias novas diretrizes da medicina psiquiátrica que entendem que a internação deve ser um recurso utilizado apenas em casos de impossibilidade de utilização de quaisquer outros recursos, aplicam-se, também, as disposições especiais sobre os idosos, que incluem previsões acerca do idoso portador de alguma condição de saúde – não há disposições específicas sobre o idoso portador de transtorno mental, de forma que é necessário combinar as demais disposições mais gerais listadas acima.

A Lei 8.842 de 1994, já citada Lei da Política Nacional do Idoso, traz alguns dispositivos pertinentes à análise do tratamento legal dispensado ao idoso portador de transtorno mental.

Primeiro, há que se notar que é essa Lei que traz a definição legal de cidadão idoso. O artigo 2º da Lei determina que é idoso o cidadão que tenha mais de sessenta anos de idade.

Em relação às diretrizes da Política Nacional do Idoso (PNI), é especialmente relevante o inciso III do artigo 4º da Lei, que dá prioridade ao atendimento familiar do idoso, sobre o atendimento asilar.

Nesse aspecto, é importante recuperar as críticas feitas por autores, conforme exposto acima, sobre tratar-se de um dispositivo que pode acabar por gerar a falta de atuação e responsabilidade do Estado, sobrecarregando as famílias, e, não necessariamente, a permanência no núcleo familiar é a mais vantajosa ao idoso.

Assim, mais à frente, neste trabalho, serão identificadas as opções disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde para que manutenção do idoso portador de transtorno mental não resulte na sobrecarga da família, ou, mesmo, uma forma do Estado se desobrigar de prestar serviços de internação, mas que se trate, efetivamente, de uma medida que favoreça e beneficie o idoso e sua família, sem que lhe seja negado qualquer cuidado médico.

É no artigo 10 dessa Lei que estão definidas as competências na implementação da política nacional do idoso, sendo que o inciso II traz as especificações sobre o tema e relação à área de saúde.

Para este trabalho, são de maior pertinência as alíneas ‘a’, que dispõe a obrigatoriedade do Poder Público em garantir a assistência à saúde em todos os níveis do SUS, ao idoso; a alínea ‘b’, que obriga o Poder Público a “prevenir, promover, proteger e recuperar” a saúde do cidadão

idoso, além de definir como deve se dar o cumprimento dessas obrigações – a utilização de medidas profiláticas; a alínea ‘c’, que determina a definição e adoção de normas adequadas de funcionamento às instituições geriátricas, definindo, ainda, que cabe ao Poder Público fiscalizar acerca da observância dessas normas, pelas instituições; a alínea ‘d’, que estabelece o mesmo para os hospitais geriátricos; as alíneas ‘e’, ‘f’ e ‘g’¹; e a alínea ‘h’, que determina que o Poder Público deve criar serviços alternativos para atenção à saúde do idoso.

Por fim, o artigo 19 dessa Lei determina a origem dos recursos financeiros que deverão ser utilizados no seu cumprimento, definindo que cada ente federativo deve consignar, nos seus respectivos orçamentos, a quantia necessária para atender às determinações que traz.

A também já mencionada Lei 10.741/03, que institui o Estatuto do Idoso, também traz dispositivos pertinentes ao presente estudo, em específico, para uma definição de qual seja o tratamento legal dispensado ao idoso portador de transtorno mental no Brasil.

O artigo 9º define a obrigação do Estado em definir e implementar políticas públicas que possibilitem ao idoso exercer todos os seus direitos, como cidadão, em geral, e os direitos específicos garantidos aos idosos. Nomeadamente, o dispositivo cita o “envelhecimento saudável e em condições de dignidade”. (BRASIL, 2003)

O artigo 15 da Lei é específico sobre a atenção à saúde do idoso, determinando que o Sistema Único de Saúde deve proporcionar a atenção integral à saúde do cidadão idoso – que, ainda de acordo com o artigo, deve ter acesso “universal e igualitário” a tais serviços. (BRASIL, 2003)

É esse mesmo artigo que determina que as ações e serviços proporcionados pelo SUS para assegurar essa atenção devem estar integrados para que sejam prestados de forma contínua e articulada, de forma que é necessário que os próprios diversos níveis que prestam serviços aos idosos, em relação à saúde, devem se coordenar para o fazer de forma apropriada.

¹ LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994.

(...)

Art. 10 (...)

II – (...)

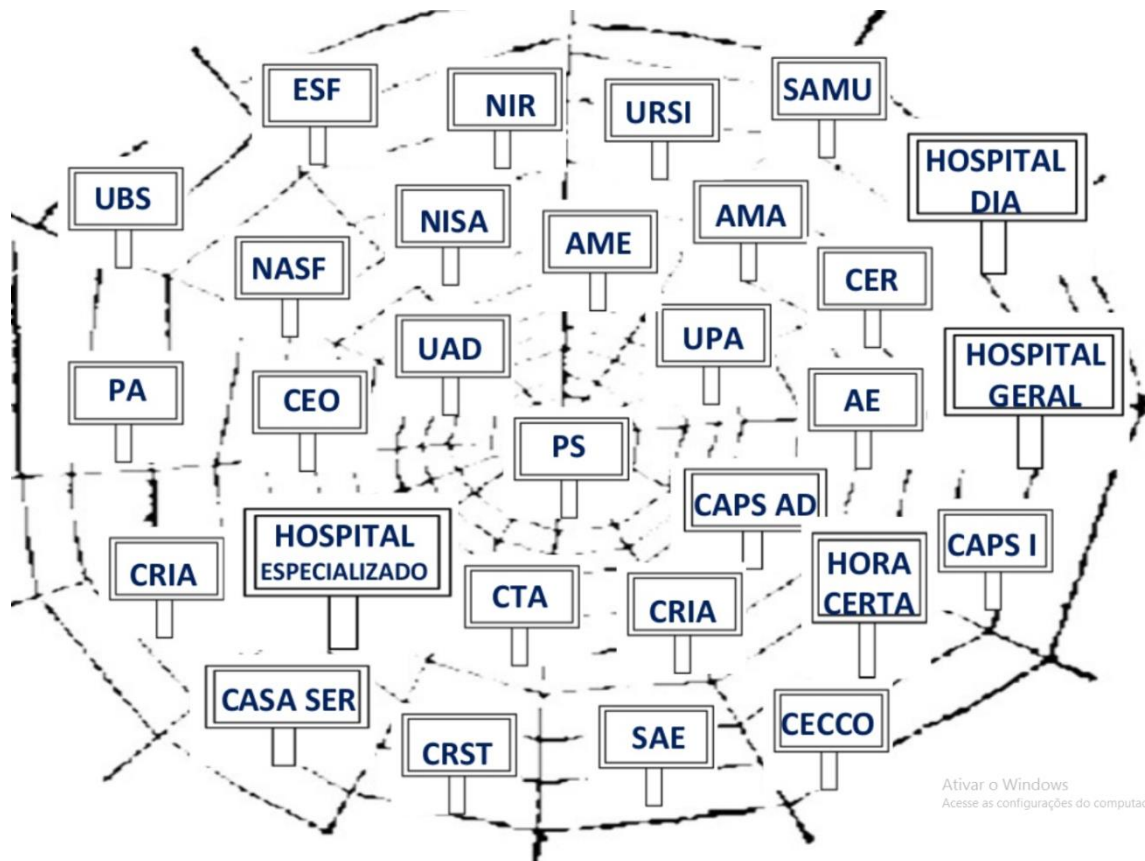
e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;

f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;

g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e

Marion (2013) esquematiza a rede que se forma entre os diversos níveis e órgãos de atenção à saúde, hoje, no país, da seguinte forma:

Figura 02 – Rede de atenção à saúde



Fonte: MARION, 2013, slide 12

O parágrafo 1º, e seus incisos², desse artigo, determinam as medidas que devem ser tomadas para que se cumpram as obrigações do Poder Público determinadas naquela Lei. Para este trabalho, é de maior pertinência o disposto no inciso IV, que institui o atendimento domiciliar aos idosos que estejam impossibilitados de se locomoverem, estejam eles na

² § 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

LEI No 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.

(...)

Artigo 15 (...)

Parágrafo 1º (...)

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatorios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia

social;

(...)

residência da família ou em instituições asilares ou de acolhimento, localizadas na área rural ou urbana.

O artigo 35 traz as especificações para as “casas-lares”, que são as entidades filantrópicas que oferecem a estadia longa aos idosos, que não estejam na residência da família ou em outras instituições – no caso do artigo anterior, “e nessas casas que devem ser atendidos os idosos que não possam se locomover, e estejam nelas instalados.

Essas casas-lares, conforme o parágrafo 1º desse artigo, podem cobrar uma quantia dos idosos nelas instalados, a título de contribuição. O montante a ser pago pelos idosos deve ser definido por cada Conselho Municipal do Idoso, mas a Lei estabelece que o máximo é de 70% do benefício previdenciário ou de assistência social que o idoso receba. (BRASIL, 2003).

É o artigo 37 dessa mesma Lei que determina que a instalação dos idosos nesses tipos de instituição é subsidiária à permanência na família original ou em família substituta, e que a separação da família deve ocorrer de acordo com a vontade do idoso.

O artigo prevê, ainda, que:

§ 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

§ 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

Por fim, importante mencionar que o artigo 79 da Lei determina que as ações de responsabilidade fundamentadas no desatendimento das determinações ali contidas são regidas pela própria Lei, de forma que ali estão previstos os legitimados para acionar, em juízo, eventuais ofensores das disposições do Estatuto do Idoso. Em específico, o inciso I prevê que esse é o caso para a omissão ou oferecimento insatisfatório de acesso às ações e serviços de saúde.

É importante ressaltar que, da legislação brasileira, depreende-se que a primeira definição a ser tomada, quando se trata de idosos portadores de transtorno mental, é a que se refere sobre onde será a moradia desse idoso – em especial, se é o caso de institucionalização em local específico para pessoas portadoras de transtorno mental.

Uma vez havendo essa definição, passa a ser uma obrigação dos serviços de saúde oferecerem quaisquer tipos de serviços e outras medidas de apoio que sejam necessárias para que a família, ou a instituição de acolhimento em que está instalado o idoso portador de transtorno mental, não sejam sobrecarregados com os cuidados a serem dispensados ao idoso.

Assim, é necessário que os serviços de saúde atentem para uma visão integrada e integradora de todo o contexto em que está esse idoso, capacitando todos os membros da família, ou funcionários e colaboradores das instituições de acolhimento, a lidarem com as consequências específicas d transtorno mental apresentado pelo idoso.

Inobstante todas as vantagens em não se institucionalizar, desnecessariamente, pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como possibilitar que a vida do idoso permaneça a mais normal possível durante a velhice, é importante observar que todo o conhecimento desenvolvido pela psicologia e pela psiquiatria, além de outras áreas do conhecimento, têm muito a contribuir para facilitar a vida do idoso e daqueles que o cercam.

Isso pode ser feito, por exemplo, pelos atendimentos psicológicos que o Sistema Único de Saúde oferece aos usuários, e deve abranger tantos os idosos portadores de transtornos mentais, como aqueles que convivem com eles – principalmente, deve abranger as pessoas mais próximas, e os cuidadores daquele idoso.

Só assim, é possível assegurar que todo o trabalho realizado por outros níveis do cuidado à saúde – os que envolvem tecnologias de exames, medicações, cirurgias e etc. – possam, efetivamente, contribuir para um resultado final que seja envelhecimento condizente com a dignidade da pessoa humana.

4.1 A SAÚDE MENTAL DO IDOSO NO BRASIL

Tavares (2009) aborda o tema da saúde mental do idoso, no Brasil, ressaltando que a análise não deve se restringir aos aspectos quantitativos do envelhecimento da população – ou seja, que a população mundial terá uma proporção de idosos cada vez maior. Para a autora, tão ou mais importante é a questão da qualidade de vida dessas pessoas, no que a saúde mental se revela de suma importância.

Como escreve Tavares (2009):

No Brasil, temos que considerar seriamente as questões psicossociais associadas às condições de vida do idoso, pois além da maior prevalência de doenças associadas à faixa etária, há dificuldades de acesso a bens e serviços e uma tendência ao empobrecimento, embora não exclusivas dessa população. Há que se considerar, inclusive, as situações recorrentes de discriminação ou mesmo humilhação sociais

enfrentadas pelos idosos, em função do preconceito com relação à velhice, ainda arraigado no cenário sociocultural brasileiro.

Assim, a autora pontua que, concomitantemente às doenças de cunho fisiológico, desenvolvem-se, na população, as doenças de cunho exclusivamente, ou predominantemente, psíquico.

Entre aquelas, estão o Mal de Alzheimer e o Mal de Parkinson – que, inobstante terem efeitos significativos na vida psíquica do indivíduo, ainda são de caráter eminentemente físico -; entre estas segundas, estão os casos de depressão, e os quadros desenvolvidos em virtude do sofrimento de abuso e violência.

A autora considera, principalmente, que a atenção dispensada ao idoso portador de transtorno mental, no país, não é suficiente para atender à população que sofre dessas condições, nem, tampouco, é adequada a legislação brasileira sobre o assunto.

Ela explica que:

Considerando a Portaria nº 2528 de outubro de 2006, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) e de acordo com o texto base da I Conferência Nacional dos Direitos do Idoso realizada em maio de 2006, a questão da saúde mental do idoso tem de ser levada em conta, pois além da alta prevalência dos transtornos mentais em idosos, constata-se a escassez dos serviços especializados oferecidos e acessíveis para a população idosa.

(...)

É claro que, em termos de políticas de saúde do idoso no Brasil e da população em geral, são priorizadas as intervenções que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças, com relação às ações de recuperação da saúde, pois essas últimas, em particular na população idosa, podem implicar em condições irreversíveis ou que exijam um tipo de assistência com alto nível de especialização e longa duração (com altos custos).

Nesse contexto, a autora menciona dois aspectos principais da legislação brasileira sobre atenção à pessoa idosa e à sua saúde: as equipes de saúde, que devem considerar a pessoa idosa em sua integralidade e em sua integração com todos os demais aspectos da sua vida; e desde a perspectiva da Estratégia de Saúde da Família, que têm a condição de acompanhar, em longo prazo, a evolução de cada indivíduo desde o início da fase idosa – ou, até, desde antes desse início -, possibilitando uma atenção individualizada que favorece a prevenção e a profilaxia.

É com essa fundamentação que a autora defende a ampliação da rede de assistência extra-hospitalar, a ser prestada por uma equipe interdisciplinar com formação específica para lidar com a população idosa.

Nesse sentido, a saúde do idoso, especialmente no que tange a garantir a sua dignidade, deve significar mais do que (embora isso não seja pouco) fornecer as tecnologias de exames e

intervenções cirúrgica, ou as medicações, para os casos em que já se verificar danos à saúde – na maioria dos casos, física – daquele idoso.

Antes, significa aumentar a sua inserção efetiva na vida cotidiana, seja no seio de sua família, seja na interação com companheiros e funcionários das instituições em que está estabelecido. Para os dois casos, ainda, na comunidade e na sociedade em que está essa pessoa.

Para que a sociedade possa, efetivamente, acolher, em toda a dignidade que merecem, os cidadãos idosos, é necessário que ela se abra para a diversidade trazida pelas pessoas diferentes que quer incluir.

No caso de idosos portadores de transtornos mentais, esse desafio pode ser duplo: além das circunstâncias colocadas pelo transtorno mental, há as circunstâncias colocadas pela condição de idoso.

Nesse aspecto, para Tavares (2009), ainda há muito o que se fazer na saúde brasileira:

Infelizmente, essa não é a prática dominante no cotidiano dos serviços de saúde mental: há escassez de equipamentos e profissionais especializados no atendimento à população idosa, daí o grifo na citação anterior. Podemos realmente afirmar que existem equipes multidisciplinares de saúde, especializadas em psicogeriatria no Brasil? Certamente existem, mas são raras. Isso sem falar da precária rede social de apoio para a melhor inserção psicossocial dos portadores de sofrimento psíquico e de seus familiares e/ou cuidadores, idosos ou não.

Ela ressalta que, além da falta de profissionais formados para trabalhar com o tema, no âmbito da saúde, de forma adequada e integrada, como o próprio tema demanda, as dificuldades apresentadas ao idoso portador de transtorno mental podem significar uma chance maior de abandono pela família, há mesmo uma falta de pessoal em muitas das equipes de atenção à saúde do idoso, que, muitas vezes, sequer contam com um profissional da saúde mental.

Infelizmente, os dados mostram que essa realidade tem prevalecido: em uma pesquisa realizada pela Ordem dos Advogados do Brasil e pelo Conselho Federal de Psicologia, foi constatado, primeiro, que sequer há dados suficientes para que seja aferida, adequadamente, a situação desses idosos, no país; e, segundo, que os dados escassos sobre essa realidade, que é bastante dura para com idosos portadores de transtorno mental.

Pesquisando 24 instituições de acolhimento, em 11 Estados do país, selecionados de forma considerada a ser representativa da realidade brasileira, o estudo apontou que os direitos dos idosos são sistematicamente violados, seja por suas famílias, seja pelas instituições que os deviam acolher e cuidar.

Realizada em 2007, a pesquisa demonstrou que:

De acordo com o relatório elaborado, após a inspeção conjunta (CF-OAB 2007/2010; Cfp, 2008), diante da ausência de fiscalização e da própria pressão de familiares interessados apenas em se "livrar" do idoso, temos uma dinâmica objetiva que vai autorizando a formação de toda a sorte de "negócios" na área. Assim, não surpreende que grande parte das instituições visitadas funcione com número absolutamente insuficiente de profissionais e técnicos habilitados para que suas instalações sejam não apenas inadequadas, mas, frequentemente, ameaçadoras à saúde e à vida dos idosos, que existam estágios irregulares, entre muitas outras situações que transitam perigosamente entre a negligência e as práticas criminosas.

A Atenção Básica e as iniciativas de médicos da família, nesse contexto, revelam-se essenciais para que seja possível que esse idoso possa ser integrado à dinâmica da família, evitando-se, assim, a sua institucionalização. Atuando como melhoradores da comunicação intrafamiliar, e como facilitadores do encontro de soluções que permitam o acolhimento das condições do idoso portador de transtorno mental na sua família, esses profissionais atuam na prevenção e na profilaxia não somente físicos, e em relação à pessoa do idoso; em termos simbólicos, atuam na prevenção e profilaxia dos aspectos que podem levar à institucionalização do idoso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inobstante a existência de uma legislação que protege valores dos mais dignos em relação à população idosa, incluindo os idosos portadores de transtornos mentais, o Brasil ainda precisa empreender muitos esforços para que essas previsões se tornem efetivas.

Da falta de assistência e auxílio às famílias, para poderem acolher os idosos nessas condições, à falta de meios mais efetivos de reivindicação legal das iniciativas que está obrigado o Poder Público no sentido de garantir o cuidado à população idosa, a triste realidade ainda é a institucionalização desses idosos, não porque seja a melhor opção para eles, mas porque é a opção mais viável e fácil para famílias e governo.

Se a inclusão dos idosos portadores de transtornos mentais pode exigir algum investimento de recursos públicos, o fato é que esse montante pode significar uma grande economia ao Poder Público, evitando a institucionalização que, tantas vezes, contribui para a manutenção, ou mesmo piora, dos transtornos.

O conhecimento é a melhor forma de possibilitar que Estado, sociedade, comunidade e família possam oferecer o tratamento condizente com a dignidade que merecem os idosos: educando e formando sobre essas pessoas, é possível construir um contexto coletivo que lhes acolha, em vez de os relegar aos muros fechados de uma instituição.

6 REFERÊNCIAS

ANTEZANA, Natália Latino. **A ambiguidade no processo de implementação de políticas públicas**. 2013. xv, 215 f., il. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13785/1/2013_Nat%C3%A1liaLatinoAntezana.pdf>. Acesso em: 07 agosto de 2019.

BARBOSA, G.C. *et al.* Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios.

BARCELLOS, BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais**: o princípio da dignidade humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista da Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 31, n. 66, jul./dez. 2007.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERTRAMELLO, Rafael. **Os direitos sociais: Conceito, finalidade e teorias**. 2015. Disponível em: <<https://rafaelbertramello.jusbrasil.com.br/artigos/121943093/os-direitos-sociais-conceito-finalidade-e-teorias>>. Acesso em 12 de jun. de 2019.

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; SILVA, L. G. de C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidade para a sociedade nas próximas décadas. In: **IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA** (Org.). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. n. 3.

BOTONI, A. L. de A. S. et al. Envelhecimento bem-sucedido e capacidade funcional em idosos. *Revista Geriatria & Gerontologia*, v. 8, n. 1, p.11-18, jan./mar. 2014.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso e das outras providências**. Diário Oficial da União, 3 de out.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Norma Operacional Básica (NOB/Suas). Brasília: MDS, 2006. p.33.

BRASIL. **Norma Operacional Básica – NOB/SUAS** – Construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social – julho/2009. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em: <www.mds.gov/suas/legislacao-1/nob> Acesso em: 30. out.2018.

BRASIL. **Pobreza brasileira** (índices). Ministério do Desenvolvimento Social. 2014. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/noticias/pobreza-extrema-atinge-menor-indice-e-brasil-ultrapassa-meta-da-onu/>>. Acesso em: 15 set. 2018b.

BUSS, PM. **Promoção de Saúde e qualidade de vida**. Ciênc Saúde Coletiva 2000;5(1):163-77

CANOAS, Jose Walter. **Por Uma Nova Presença do Serviço Social na Empresa**. São Paulo: Canoas, 1982.

CARVALHO, V. F. C., & FERNANDEZ, M. E. D. **Depressão no Idoso**. In M. P. Netto. **Gerontologia, A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada** (3a ed.). São Paulo: Edição Atheneu,1999.

COSTA, F. G.; FAVÉRO, M. H. **As transformações das representações sociais sobre o envelhecer, o envelhecimento e o idoso: uma pesquisa de intervenção**. In. ARAÚJO, L. F. de; CARVALHO, C. M. R. G. de; CARVALHO, V. A. M. de L. **As diversidades do envelhecer: uma abordagem multidisciplinar**. 1ª edição. Curitiba: Editora CRV, 2009. Capítulo 5, p. 75-86.

Desafios. In: **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan.-jun. 2012.

ERMINDA, J.G. **Os idosos: Problemas e realidades**. 1ª Ed. Editora Formasau, 1999.

FERNANDES, M. T. de O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, dez. 2012.

FERNANDES, Solange. **Estado e política de assistência social**: particularidades do trabalho do assistente social nos centros de referência de assistência social do Estado do Paraná. São Paulo, 2008. Tese. Disponível em: <<http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=38076948>>. Acesso em: 30.ago.2019.

FULTON, R; OWEN, G. **Morte e Sociedade no Século XX**. Ed. Ômega, 1987-88.

GUERRA, Yolanda. BRAGA, M. Elisa. Supervisão em Serviço Social. In CFESS. (Org.) **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 532-552.

HEIDEMANN, Francisco. Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento. In: HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco (Org.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Editora Universidade de Brasília UnB, 2009. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/10/docs/do_sonho_do_progresso_as_politicas_de_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 25 agosto de 2019.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e Políticas (Públicas) Sociais**. Cadernos Cedes, ano XXI, n. 55, nov./2001. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539> 31 mar. 2016>. Acesso em: 08 agosto de 2019.

IAMAMOTO, Marilda V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo; Cortez, 2004.

KAUCHAKJE, Samira. **Valores sobre direitos sociais e orientações de solidariedade: ambiguidades de agentes locais e internacionais.** Trabalho a ser apresentado no Colóquio Internacional: Recursos na Luta contra a Pobreza, realizado em Montes Claros – MG – Brasil, de 26 a 28 de agosto de 2010.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social.** Revista textos & contextos v. 6 n. 2 p. 233 – 251. Porto Alegre: 2007.

MEIRELES, C. (1958) **Obra Poética.** Rio de Janeiro: José Aguilar.

MENDES, MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional.** São Paulo: Saraiva, 2012.

MOTTA, A. B. **Visão antropológica do envelhecimento.** In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006. Cap. 8, p.78-82.

OGDEN, J. **Psicologia da Saúde.** Ed Climepsi. 2ª Edição. Lisboa 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Relatório Mundial. Brasília, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores.** 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

PAPALIA, D.E ; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento Humano.** 12ª ed. Ed. Artmed, 2013.

PEREIRA, P. A. P. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** In. **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, R. J. et al. **Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos.** Rev. Psiquiatr, v.28, n.1 Porto Alegre, RS, 2006.

PIMENTA RA. Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. **Rev Bras Ciências da Saúde** [internet]. 2010 Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/9687/5406>> Acesso em: 2 setembro de 2019.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social:** um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social. 3. ed. – São Paulo: Cortez, 2002.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social:** caminhos da construção democrática. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

RIANI, Frederico Augusto d'Avila. Constituições **Programáticas, Funções Estatais, Políticas Públicas e a (In)competência do Judiciário.** Sequência, Florianópolis, n. 66, p. 137-160, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/seq/n66/06.pdf>>. Acesso em: 10 setembro de 2019.

RODRIGUES, Patrícia. Estrutura organizacional dos serviços de saúde - Redes de Atenção à Saúde (RAS) <https://pt.slideshare.net/EnfPatriciaRodrigues/estrutura-organizacional-dos-servios-de-sade-redes-de-ateno-sade-ras>

TAMANZA, G. A. **Psicologia social e psicoterapia da família.** Milano: Franco Angeli, 2001.

TAVARES, Sandra Maria Greger. A Saúde Mental do idoso brasileiro e a sua autonomia. In: **BIS**, Boletim do Instituto de Saúde, n.47, São Paulo, abr. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200023&lng=pt> Acesso em 29 de nov. de 2019.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. **Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física.** Rev Bras Med Esporte, Niterói, v. 15, n. 3, p. 169-173, maio/jun. 2009.

VANONI, Daniel Bofil. “**São os direitos sociais direitos fundamentais?**”. 2016. Disponível em: < <https://jus.com.br/artigos/48969/sao-os-direitos-sociais-direitos-fundamentais>>. Acesso em 11 de jul. de 2019.

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