

**PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

Luciana de Souza Braga

**Idosos dependentes e desacompanhados em Pronto  
Socorro Público:  
Os Outros Lados do Abandono**

**MESTRADO EM GERONTOLOGIA**

**São Paulo**

**2010**

**PONTÍFICIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA**

Luciana de Souza Braga

**Idosos dependentes e desacompanhados em Pronto**  
**Socorro Público:**  
**Os Outros Lados do Abandono**

**MESTRADO EM GERONTOLOGIA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Gerontologia sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ruth Gelehrter da Costa Lopes

**São Paulo**  
**2010**

Banca Examinadora

---

---

---

Dedico este trabalho;  
Aos meus pais **Candido e Ilona**  
pela inestimável dedicação, afeto e caráter exemplar,  
que possibilitaram a construção da pessoa que hoje sou.

Ao meu companheiro **Alexandre**,  
por seu amor, carinho e compreensão, com  
profunda gratidão pelo incentivo e apoio constantes.

As minhas irmãs **Juliana e Maria Cristina**,  
e a minha sobrinha **Gabriela**,  
pela sincera amizade que sempre compartilhamos e  
pelo bom humor mesmo nos momentos mais difíceis.

## **AGRADECIMENTOS**

À **Profª. Dra. Ruth Gelehrter da Costa Lopes**, pela confiança em minhas capacidades e por ter me ensinado a ser uma pesquisadora, com o carinho e dedicação de uma amiga e o rigor e sabedoria de um grande mestre.

À **Profª Drª Elisabeth F. Mercadante**, pelo profissionalismo e exímio cuidado no trato com os alunos, e pela participação no exame de qualificação que contribuiu para a execução deste estudo com críticas e sugestões que engrandeceram o presente trabalho.

À **Profª Drª Marilia Berzins**, pela também valiosa participação no exame de qualificação e pelas especiais contribuições oferecidas a este trabalho.

Ao Programa de **Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**, pela oportunidade de realizar este trabalho.

À **CAPES**, pela concessão da bolsa de estudos que possibilitou a conclusão desta pesquisa.

Aos **idosos** sujeitos desta pesquisa por contribuírem para a realização deste trabalho, meu agradecimento especial.

Aos **colegas de trabalho** pelo apoio e compreensão dos momentos de ausência.

A todos os **amigos e familiares**, que têm me acompanhado nessa trajetória de batalhas e conquistas.

À **Deus**, por me guiar nessa jornada

A todos que, direta ou indiretamente, participaram da realização deste trabalho.

**Muito Obrigada!**

## **Resumo**

A falta de serviços de atenção ao idoso no Brasil tornou imprescindível o aprofundamento de estudos sobre as possibilidades e barreiras de contenção dos agravos das questões sociais relacionadas a idosos dependentes e desacompanhados que procuram proteção em Pronto Socorros Públicos, em especial diante do quadro político que se configura, com um Estado que se mostra inoperante com políticas recessivas, e com escassos serviços públicos e recursos para atendimento e acolhimento de idosos em situação de vulnerabilidade social. Objetivamos retratar a realidade de forma profunda e complexa com todos os seus determinantes, por meio do acesso a diferentes fontes de informação as quais se pode recorrer, a fim de desmistificar a ideia de que todos os idosos podem ser cuidados por suas famílias. Trata-se de um estudo qualitativo cujo método utilizado foi de estudo de casos, por ser um meio para investigar a realidade a partir de algumas fontes de evidência, suficientemente complexas e ricas em dados, e ser um meio capaz de examinar o contexto no qual a intervenção se deu, permitindo explorar o conjunto dos resultados. Dentre os resultados nota-se que a visão do Estado tende a homogeneizar a velhice partindo do ponto que todos constituíram famílias e que essas famílias devem e podem cuidar de seus velhos.

**Palavras-chaves:** idosos dependentes e desacompanhados, abandono, políticas sociais, gerontologia

## **Abstract**

The lack of elderly care services in Brazil has made essential the further studies on opportunities and *containment barriers* of the worsen of social issues related to dependent and unaccompanied elderly trying to get protection from the *Ready Public Aid*, particularly considering the political framework that sets, with a state that is shown inoperative with recessive policies, and with scarce public services and resources for care and accommodation of the elderly in a situation of social vulnerability. We aim to portray the reality in a deep and complex way with all its determinants, through the access to different sources of information which can be appealed in order to demystify the idea that all elders can be cared by their families. This is a qualitative study in which we used the *study of cases* method, because it is a way to investigate reality according to some sources of evidence, sufficiently complex and rich in data, and also capable of examining the context in which the intervention took place, allowing to explore the set of results. Among the results it is noticed that the vision of the State tends to homogenize the elderly presupposing that all of them constituted families and that these families should and can take care of their elders.

**Key words:** dependent and unaccompanied elderly, abandonment, social policies, gerontology

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	09
1. POLÍTICAS PÚBLICAS FAMÍLIA E ENVELHECIMENTO.....	14
1.1 Políticas Públicas.....	15
1.2 As Políticas Sociais na Atualidade.....	21
1.3 Família e Envelhecimento.....	28
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	41
3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO: RELATOS DE CASO.....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	77
ANEXOS.....	84
I. PROPRIEDADES DAS ERVAS.....	85
II. AUTORIZAÇÃO DA CONEP PARA PUBLICAÇÃO.....	87



Ter vivido em meio aos meus avós foi um privilégio, e fez parte da minha infância feliz e saudável. Por volta dos meus cinco anos idade eu tinha um amigo imaginário que se chamava José, tinha 67 anos e era meu marido; eu dizia isso para todos, e as pessoas riam do fato de eu me imaginar casada com um velho. Conforme fui crescendo meu amigo imaginário desapareceu.

Decidi que seria assistente social, pela minha proximidade com questões políticas e sociais, com a convicção que essa profissão me garantisse participação política.

Depois de formada fui para Austrália fazer intercâmbio e o contato com outra cultura me despertou para as questões do envelhecimento, fui voluntariamente num hospital a pedido de uma amiga que trabalhava numa casa de repouso para fazer os cuidados pessoais de um idoso que estava internado, e com autorização da equipe o levei para um parque em frente ao hospital e cortei seus cabelos, barba e unhas e durante esse tempo ele me contou sua história e pacientemente corrigiu meus erros de inglês, sua paciência e disponibilidade me cativaram e me despertou para o conteúdo do que era dito por idosos.

De volta ao Brasil fui chamada para trabalhar no Hospital Santa Cruz um hospital da colônia japonesa e minha função como assistente social era de desenvolver e coordenar projetos para a Terceira Idade.

Passei em um concurso público e fui trabalhar no Hospital Municipal do Campo Limpo, na periferia da Zona Sul de São Paulo, nesse local acredito que tive as experiências profissionais mais intensas da minha carreira profissional.

Desde o meu primeiro dia fui colocada na linha de frente do Pronto Socorro, atendendo às crianças vítimas de agressão, abuso sexual, mulheres na mesma situação, pessoas em conflito com a lei por razões diversas: assassinos, traficantes, ladrões e estupradores. Aprendi a não fazer julgamentos, desconsiderando suas ações e vida pregressa, e a vê-los apenas como usuários do meu trabalho.

Meu gosto por assuntos relacionados a idosos se destacou nesse hospital, pois quase ninguém gostava do assunto, mas na nossa categoria dá para entender a razão, o que faz com que se tenha tanta resistência ao assunto é a falta de recursos para dar respostas à questão do velho.

Frente aos maus-tratos a um idoso não há o que fazer, nem para onde encaminhar e, a resposta depende exclusivamente da criatividade do profissional dentro das poucas possibilidades para dar resposta ao caso.

Vendo idosos abandonados à própria sorte, me interessei em estudar questões relativas a essa realidade, inicialmente acreditava que a razão do abandono se devesse exclusivamente a falta de recursos e serviços de atenção aos idosos para de algum modo subsidiar as famílias, contudo me deparei com algo diferente. A maior parte dos abandonados tinha perdido os vínculos afetivos decorrentes de comportamentos durante a vida.

Após três anos pedi minha exoneração do hospital e comecei a trabalhar no núcleo de apoio a saúde da família NASF que é um projeto do Ministério da Saúde que visa criar equipes interdisciplinares para darem suporte ao Programa de Saúde da Família.

Ainda estou em adaptação com esse trabalho, mas já vejo várias possibilidades de pesquisas futuras, espero que bem futuras mesmo, pois agora estou concentrada em terminar essa, e o tempo é escasso.

Esse estudo foi realizado a partir de uma realidade vivida pelos profissionais de Serviço Social que diante de uma demanda crescente de questões sociais envolvendo o envelhecimento, tem buscado respostas nas políticas públicas, que não contemplam de modo satisfatório a multiplicidade de situações que envolvem a velhice, ainda sem respostas efetivas, devido a políticas sociais pontuais, residuais e compensatórias.

O estudo foi realizado no pronto socorro de um hospital de médio porte situado na periferia da Zona Sul, da cidade de São Paulo e o método escolhido

foi o de estudo de casos, e o objetivo foi desmistificar a idéia de que todo idoso deve ser cuidado pela família em caso de vulnerabilidade social.

É importante ressaltar que os usuários dos serviços sociais são também todos aqueles vulneráveis, e no caso da população idosa, frequentemente sofrem com as limitações em suas atividades de vida diária e com restrições de participação social em razão da falta de uma pessoa que os ajudem nas realizações das tarefas.

As políticas sociais brasileiras estão baseadas na matricialidade sociofamiliar. Isso significa dizer que as famílias em situações de vulnerabilidade são vistas como socialmente incapazes, portanto passíveis de intervenção. Essa intervenção ocorre apenas mediante comprovação de suas necessidades, para tanto se faz necessário expor questões da vida privada.

O Serviço Social é uma profissão que atua junto às políticas e aos direitos sociais também na questão do envelhecimento. As demandas têm aumentado consideravelmente e a dificuldade em dar respostas tem se tornado um desafio para os profissionais, que contam com poucos recursos, e muita pressão.

Um dos maiores entraves nas ações relativas às questões do envelhecimento está na tendência a homogeneizar a velhice como um processo igual para todas as pessoas a partir de uma determinada idade, descontextualizando sua história, condição social, influência cultural e escolhas pessoais.

Ao pensar em respostas governamentais seria impossível pensar em respostas individuais, mas talvez fosse indispensável ampliar os serviços para garantir condições de saúde, habitação e cidadania que atentassem para diversas especificidades.

Essa discussão será feita em duas partes, a primeira com base em um levantamento bibliográfico, e na segunda confrontada relatos de casos com o levantamento bibliográfico pesquisado.

## **1. POLÍTICAS PÚBLICAS FAMÍLIA E ENVELHECIMENTO**

## 1.1 Políticas Públicas

O Estado passou por muitas mudanças no que diz respeito às políticas sociais e na forma de ver a sociedade e suas aspirações até chegar a pensar em políticas de proteção social como nos dias atuais e neste capítulo veremos como foi à construção desse processo e porque ele se deu.

Conforme Behring e Boschetti, (2007) John Maynard Keynes, preocupado com a crise de 1929 que resultou numa grande depressão econômica com quedas drásticas da produção industrial, desenvolveu uma teoria baseada na intervenção do Estado na economia. Considerando insuficiente a lei da oferta e da procura, e tendo como base o desemprego generalizado foi colocado em questão o princípio da economia autorregulável e, na perspectiva Keynesianista, o Estado passa a ter papel ativo na regulação econômica e social, sobretudo com pessoas consideradas incapazes para o trabalho.

Impulsionado pela crise de 1929, houve no Brasil desenvolvimento do capitalismo no qual se deu o crescimento da indústria e do mercado nacional, e isso ampliou a classe trabalhadora, e resultou num processo agudo e acentuado da pobreza.

Na indústria, desde o início do século XX, houve crescimento da organização sindical, com greves que marcaram a organização política da classe trabalhadora, que passava a ter direitos políticos após um longo período escravista.

No Brasil isso ocorreu durante o governo Vargas (1930 a 1934) que visava alavancar a economia brasileira e modernizar a indústria do país. Ao regulamentar as relações de trabalho, a questão social deixou de ser um caso a ser enfrentado com força policial e passou a ser enfrentado politicamente. (BEHRING, BOSCHETTI, 2007)

Simultaneamente a isso, a classe trabalhadora passou a ter tomada de consciência de classe, e de modo organizado passou a se apropriar do cenário político e a ameaçar a ordem vigente, demonstrando as contradições e os antagonismos do capital.

Nesse sentido, as autoras afirmam que para garantir a expansão do capitalismo, foram feitos acordos trabalhistas, e a classe trabalhadora se re-posicionou politicamente, o que significou para o operariado abrir mão de ideais radicais associados ao comunismo, para conseguir conquistas mais rapidamente, como os direitos sociais e a expansão de políticas sociais. Essa opção significou melhoria das condições de vida com acesso ao consumo e ao lazer, além de certa estabilidade no emprego.

As ações do governo Vargas estavam voltadas à questão trabalhista, chegando a interferir nas organizações sindicais, e se tratava de uma estratégia para atenuar o conflito entre as classes, que vinha crescendo rapidamente, objetivando abafar e cooptar os movimentos sindicais, que ganhava espaço no cenário político.

Conforme Sposati (1995), o Estado toma a Assistência como meio de responder politicamente a questão social e, também como alternativa política para tentar amenizar as tensões sociais fruto do aumento da pauperização da classe trabalhadora.

“A Assistência Social ao ficar sob a responsabilidade do Estado, ao mesmo tempo em que aponta para a conquista de direitos, despolitiza a luta por uma sociedade verdadeiramente igualitária. Isso ocorre porque a reivindicação não contesta as raízes estruturais do sistema gerador de desigualdades. Dessa forma, ao conquistar um direito, cria-se à ilusão de que as relações, por meio da ação do Estado, passam a ser justas e igualitárias.” (RUSSO, CISNE, e BRETTAS, 2009:134)

A primeira instituição de Assistência Social no Brasil foi a Legião Brasileira de Assistência (LBA), um órgão brasileiro fundado em 1942 pela então, primeira dama Darcy Vargas, com o objetivo de ajudar as famílias dos

soldados enviados à Segunda Guerra Mundial. Com o final da guerra, se tornou um órgão de assistência a famílias necessitadas em geral.

Russo, Cisne, e Brettas, 2009, mencionam que a LBA sempre foi conduzida por primeiras damas, pois as mulheres tinham todas as características necessárias para esse papel, como habilidades e qualidades tidas como naturalmente femininas, tais como: bondade, abnegação, espírito de sacrifício, benevolência e capacidade de acolhimento. E com isso, simularia um modo de garantir o controle da questão social e, ao mesmo tempo, desresponsabilizar as estruturas de poder do capital pelas suas expressões. Muda-se o foco da questão social – a contradição entre capital e trabalho – para a responsabilização feminina com a reprodução social.

De acordo com Santos (2009) a construção dos Estados de Bem-Estar Social tem como base à divisão sexual do trabalho, na qual as mulheres são alocadas como mães, esposas, cuidadoras e trabalhadoras no lar, mesmo quando também estão inseridas no mercado de trabalho, enquanto, os homens sustentam economicamente as famílias por meio do trabalho remunerado.

O foco das políticas sociais, portanto passa a ser a família representada pela mulher, que é tida, como responsável nesse modelo de sociedade, Marcadamente isso vem se consolidando ao longo do tempo com o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) que preconiza a “matricialidade sociofamiliar” como centro da execução da Assistência Social.

De acordo com Santos (2009) a situação da mulher na sociedade tem-se modificado constantemente no que se refere à sua maior participação no mercado de trabalho, e equidade de direitos civis e trabalhistas, simultaneamente a isso ocorre à elevação do seu nível educacional e mudanças nos comportamentos sexuais, o que acarreta uma nova representação de seu papel na sociedade. Porém, isso não muda sua responsabilidade com os filhos e com o trabalho doméstico.

Essa realidade elucida que a principal diferença do trabalho para homens e mulheres está na esfera doméstica, na vida familiar onde se torna mais difícil garantir igualdade de oportunidades.

Uma alternativa está em aumentar os investimentos em políticas públicas, que tem impacto direto sobre as condições de vida das famílias, uma vez que dá mais autonomia aos membros das famílias no que se refere à vida profissional. Portanto, as políticas de gênero flexibilizam a participação das mulheres nas esferas da vida social.

“Em situações precárias, as mulheres que precisam compatibilizar a vida profissional com a doméstica, especialmente quando têm filhos ou são responsáveis por pessoas idosas ou com algum problema de saúde, apelam para diversas formas de cuidados substitutivos como creches, relações de parentesco, empregadas domésticas, clínicas, etc.” (SANTOS, 2009:112)

Embora as políticas sociais implementadas nos últimos anos tenham de algum modo atenuado a situação das mulheres, por subsidiarem as tarefas domésticas, ainda estão muito aquém de representarem uma resposta substancial. Faz-se necessário criar estratégias que diminuam a sobrecarga das mulheres revendo a divisão sexual do trabalho no âmbito produtivo e reprodutivo, considerando as necessidades pertinentes ao gênero, a fim de assegurar a equidade.

As atenções prestadas à família são práticas conservadoras e pouco eficientes, já que não são emancipatórias e não desenvolvem sua autonomia, além disso, não tem continuidade e frequentemente estão em duplicidade por não serem ações integradas. De modo geral as políticas sociais respondem de modo individualizado, descontextualizado dos demais membros da mesma família embora seja esse o foco central.

Assim o alvo das ações sociais se dirige a segmentos como criança e adolescente, violência, idoso, etc., e por este motivo não consegue dar respostas efetivas, já que esses campos se permeiam.

Um marco legal que avançou significativamente nas questões de família foi o código civil de 2003 no qual, foram introduzidos conceitos como o de poder familiar compartilhado, dando a homens e mulheres igual responsabilidade sob a guarda dos filhos e, superou conceitos vigentes até então que estavam repletos de discriminatórias de gênero.

Outro importante avanço foi o reconhecimento da assistência social como lei, que promoveu a ampla revisão das práticas assistencialistas, com programas formais e serviços mais regulares e contínuos, com acompanhamento técnico e monitoramento de avaliação, além de participação popular que legitimam suas ações.

Um entrave da assistência tem seu marco na sua construção histórica como forma de enfrentamento da questão social, pelo Estado e também pelas organizações da sociedade civil, no que se refere às respostas que inicialmente tinham caráter de ajuda, favor, benemerência, de forma paternalista e clientelista, o que deixou marcas até hoje. Vale ressaltar que a inscrição da assistência social no elenco dos direitos sociais constitutivos da cidadania é de grande importância.

Para visualizar melhor a história da Assistência Social Brasileira:

1937 A assistência social como campo de ação governamental registra no Brasil duas ações inaugurais: a criação do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS); e, na década de 40, a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA).

1977 É criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, baseado na centralidade e exclusividade da ação federal.

1988 Promulgada Constituição que reconhece a assistência social como dever de Estado no campo da seguridade social e não mais política isolada e complementar à Previdência

1989 Cria-se o Ministério do Bem Estar Social que, na contramão da Carta Magna, fortalece o modelo simbolizado pela LBA (centralizador, sem alterar o modelo já existente).

1990 Primeira redação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é vetada no Congresso nacional.

1993 Negociações de movimento nacional envolvendo gestores municipais, estaduais e organizações não-governamentais com o Governo federal e representantes no Congresso permitiram a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Inicia-se o processo de construção da gestão pública e participativa da assistência social por meio de conselhos deliberativos e paritários nas esferas federal, estadual e municipal.

1997 Editada a Norma Operacional Básica (NOB) que conceitua o sistema descentralizado e participativo, amplia o âmbito de competência dos governos federal, municipais e estaduais e institui a exigência de Conselho, Fundo e Plano Municipal de Assistência Social para o município poder receber recursos federais.

1998 Nova edição da NOB diferencia serviços, programas e projetos; amplia as atribuições dos Conselhos de Assistência Social; e cria os espaços de negociação e pactuação – Comissões Intergestora Bipartite e Tripartite, que reúnem representações municipais, estaduais e federais de assistência social.

2004 Presidente Luis Inácio Lula da Silva cria o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) que, sob o comando de Patrus Ananias, acelerou e fortaleceu o processo de construção do SUAS. Iniciou com a suspensão da exigência da Certidão Negativa de Débitos, que impedia o MDS de repassar cerca de R\$ 25 milhões por mês para os municípios. Em dezembro, após ampla mobilização nacional, editou a Política Nacional de Assistência Social.

2005 MDS apresenta proposta para a NOB 2005 em evento que reuniu 1200 gestores e assistentes sociais de todo o Brasil, em Curitiba (PR). O texto foi debatido em seminários municipais e estaduais, apoiados pelo Ministério e sua versão final foi aprovada no dia 14 de julho em reunião do Conselho Nacional de Assistência Social. A partir de agosto o Sistema Único de Assistência Social virou realidade.

(fonte: [www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br))

## 1.2 As Políticas Sociais na Atualidade

Neste capítulo faremos uma análise das políticas sociais na atualidade.

Retomemos a constituição de 1988 reconheceu a assistência social no Brasil como direito do cidadão e dever do Estado, portanto uma política pública de Seguridade Social, calcado no tripé Saúde, Previdência e Assistência.

Conforme o texto da Constituição Federal:

Art. 203 e 204 da Seção IV, integrando, juntamente com a Previdência e a Saúde, o Capítulo II, que trata da Seguridade Social:

Art. 203: A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição a seguridade social, e tem por objetivos:

I - A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - O amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - A promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - A habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

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

Art. 204: As ações governamentais na área de assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no artigo 195, além de outras fontes, e organizadas com bases nas seguintes diretrizes:

I - Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - Participação da população, por meio de representações organizativas na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

Parágrafo único - É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular a programa de apoio à inclusão e promoção social até cinco décimos por cento de sua receita tributária líquida, vedada à aplicação desses recursos no pagamento de:

I - despesa com pessoal e encargos sociais;

II - serviço da dívida;

III - qualquer outra despesa corrente não vinculada diretamente aos investimentos ou ações apoiados.

Portanto, de acordo com o pensamento neoliberal a Assistência Social foi descrita por Pereira como:

“espinha atravessada na garganta” de liberais e conservadores que, até hoje, não a reconhecem como direito devido e remando contra a corrente neoliberal dominante, a assistência social vem, desde o início da década de 1990, constituindo-se, ironicamente, em importante espaço de construção de projetos sociais contra-hegemônicos.”(PEREIRA, 2007:65)

Sobre a política neoliberal Anderson (1995) afirma que com o pós-guerra houve no mundo uma crise do modelo econômico, iniciou-se então um período de recessão que suscitou no crescimento e fortalecimento das classes operárias, com reivindicações de melhores condições, o que fez aumentar os gastos sociais, gerando o que ele chamou de “deformidade do curso normal da acumulação”.

A partir de então se começou a pensar em novo modelo de economia que foi chamado de neoliberalismo, que teve início no Brasil nos anos 80, preconizando menores gastos sociais e privatizações de setores básicos da infraestrutura da sociedade, além da redução dos níveis salariais, e da deterioração das condições de vida da população, o que acabou agravando as condições de vida das famílias.

Assim começavam os investimentos contra a social democracia, a fim de conter os gastos sociais, o que não funcionou tendo em vista que o aumento com gastos sociais decorrentes do desemprego.

Nesse sentido, Batista (1994), aponta que a proposta neoliberal norte-americana seria uma condição para que o Brasil pudesse contar com colaboração externa, também considerada sinônima de modernidade, pois o pano de fundo era o fim da guerra fria e a desintegração da união soviética, o que precipitadamente deu margem à criação de uma nova ordem internacional.

“Passou-se a admitir abertamente e sem nuances a tese da falência do Estado, visto como incapaz de se transferir essa grave responsabilidade a organismos

internacionais, tidos por definição como agentes independentes e desinteressados as quais tínhamos direito de recorrer como sócios.” (BATISTA,1994:11)

Com base neste raciocínio as questões sociais não foram tratadas, a educação, saúde, distribuição de renda e pobreza foram colocadas em segundo plano, era o chamado Estado Mínimo, com a descentralização dos recursos e as chamadas organizações não-governamentais, como disse Batista, (1994: 27) “a participação do Estado estava restrita a manutenção da ordem”.

Os resultados dessa ordem política tornaram as sociedades marcadamente mais desiguais e despolitiza às relações sociais Netto (1995) chama de “Estado abstencionista”.

O Estado passa a recomendar a participação da iniciativa privada como substituição de sua função como agente regulador, por meio de privatizações de serviços sociais, o que Pereira, (2004) chamou de “bem-estar misto” uma espécie de provisão social que foi sendo desenvolvida como resposta à nova realidade social.

Alencar (2004) definiu o resultado dessas políticas econômicas como negativo sobre as condições estruturais da produção e mercado de trabalho, o que gerou agravo nos índices de desemprego e precarização das relações de trabalho, tornando a sociedade mais desigual e excludente, com queda do padrão de vida das classes trabalhadoras.

Portanto, apesar dos avanços da Constituição de 1988, houve expansão das questões sociais, marcadas pela política neoliberal, e somente em 1993 foi promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS que consolidou a assistência social como direito, ampliada em 2004 pela Política Nacional de Assistência Social – PNAS.

No Brasil as políticas de proteção social visam atender, independente de contribuição prévia, os brasileiros em situações de vulnerabilidades sociais. A

política nacional de assistência social (PNAS-2004) descreve em seu texto uma forma de entender essa realidade “pautada na ética de incluir os invisíveis, os transformando em casos individuais, enquanto de fato são parte de uma situação social coletiva”... “entendendo que as circunstâncias e os requisitos sociais circundantes do indivíduo e dele em sua família são determinantes para sua proteção e autonomia”. (PNAS 2004)

A PNAS traz dados de 2002 que apontam para o número de famílias chefiadas por mulheres, cerca de 29% e a importância dos idosos no papel de manutenção das famílias. Dentre esses dados, de 2002, um chamava a atenção: 12,1% dos idosos que moravam sozinhos.

Segundo Di Giovanni (1998:10) apud PNAS “entende-se por Proteção Social as formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como: a velhice, a doença, o infortúnio...”

Algumas situações podem demandar acolhidas, e necessidade de separação da família ou da parentela por múltiplos motivos, como violência familiar ou social, drogadição, alcoolismo, desemprego prolongado e criminalidade. Podem ocorrer também situações de desastre ou acidentes naturais, além da profunda destruição e abandono que demandem tal provisão. (PNAS 2004:25)

A proteção social prevista na PNAS está dividida em dois níveis:

- Proteção Social Básica – que tem por objetivo prevenir situações de risco e desenvolver potencialidades estimulando os círculos familiares e comunitários, com programas e projetos destinados ao acolhimento, convivência e socialização das famílias e de indivíduos.
- Proteção Social Especial – destinada a situações que a pobreza e a exclusão social como população de rua, migrantes e idosos abandonados, o meio de ação se dá por estratégia de atenção sociofamiliar pelo fortalecimento dos vínculos.

Neste último nível trata-se de serviços de abrigo de pessoas que não contam mais com apoio da família, e que estão em risco pessoal ou social, por abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros e frequentemente dependem de decisões do judiciário, Ministério Público ou outros órgãos.

A Proteção Social Especial está subdividida em média e alta complexidade. A média se aplica a situações de violações de direitos dos quais ainda existem vínculos familiares, mas exige monitoramento, e a alta complexidade, garante proteção integral às pessoas sem referência familiar ou em situação de grave ameaça do seu núcleo familiar.

Desse modo fica evidente que matricialidade sociofamiliar é a grande norteadora das políticas sociais no Brasil.

“Por reconhecer as fortes pressões que os processos de exclusão sociocultural geram sobre as famílias brasileiras, acentuando suas fragilidades e contradições, faz-se primordial sua centralidade no âmbito das ações da política de assistência social, como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida”. (PNAS 2004:34)

Mais adiante, o próprio texto da PNAS reconhece que a família também é um espaço contraditório, marcado por conflitos e desigualdade. Ainda assim, a Constituição Federal e a Declaração de Direitos Humanos reafirmam a família como espaço de proteção do Estado, assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como a Lei Orgânica da Assistência Social e o próprio Estatuto do Idoso todos preconizam a proteção familiar como base para as ações.

Sabe-se, porém, que a família tem sido penalizada nesse processo uma vez que não raramente as famílias não têm condições para arcar com tudo que se espera, pois o grupo familiar tem diminuído, além de estarem vulneráveis às condições sociais e aos movimentos migratórios, impedindo-os de protegerem seus membros dados à fragilidade desses vínculos.

Em 1997 foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), que conceituou o sistema descentralizado e participativo, definiu as instâncias decisórias e executoras da Política de Assistência Social definindo os níveis de gestão da Política de Assistência Social.

A NOB de 1998 ampliou a regulação da Política Nacional de Assistência por meio de conceitos e estratégias, princípios e diretrizes para operacionalizar a PNAS, em especial no concerne às questões de financiamento, e a gestão do sistema descentralizado e participativo da assistência social.

A NOB de 2005 reafirmou a assistência social como direito e estabeleceu bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social — SUAS.

A NOB 2005 definiu o SUAS como:

[...] um sistema público não-contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico da assistência social no campo da proteção social brasileira [...] (p.13)

São eixos estruturantes da gestão do SUAS:

“Precedência da gestão pública da política;  
Alcance de direitos socioassistenciais pelos usuários;  
Matricialidade sociofamiliar;  
Territorialização;  
Descentralização político-administrativa;  
Financiamento partilhado entre os entes federados;  
Fortalecimento da relação democrática entre estado e sociedade civil;  
Valorização da presença do controle social;  
Participação popular/cidadão usuário;  
Qualificação de recursos humanos;  
Informação, monitoramento, avaliação e sistematização de resultados.” (p.13)

“A família é o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social.” (NOB/05, p. 17)

[...]

“A família deve ser apoiada e ter acesso a condições para responder ao seu papel no sustento, na guarda e na educação de suas crianças e adolescentes, bem como na proteção de seus idosos e portadores de deficiência.” (NOB/05, p. 17)

A Assistência, portanto não pode ser vista como mera distribuição de benefícios e serviços, já que faz parte de uma construção coletiva, elaborada a partir de estudos e planejamentos de ações.

“Mesmo que hoje tenhamos avançado e busquemos construir um novo paradigma no campo da Assistência, esta, por si só não é capaz de superar a precariedade das condições de vida da população, visto que o seu objetivo está longe de ser pautado no compromisso com a superação das desigualdades sociais. O limite da atuação do Estado por meio das políticas sociais é a amenização das sequelas mais graves da exploração, mediante a garantia de direitos que não chegam a indicar uma superação do abismo que separa as classes sociais em nosso país, ainda que apontem para a melhoria na qualidade de vida de seus/suas usuários/as.” (RUSSO, CISNE e BRETTAS, 2009:135)

Diante do exposto, paralelamente, às transformações ocorridas no modelo econômico os direitos e políticas sociais culminaram numa política reducionista e pontual. Como afirma Mito (2004) esse modelo de políticas públicas é residual, com implicações diretas nas famílias como veremos a seguir.

### 1.3 Família e Envelhecimento

Para Oliveira (2008), as políticas públicas são questões relativas à redistribuição dos bens produzidos coletivamente, pelo interesse público ou por aspirações humanas, de acordo com a participação na sociedade, o que torna a autonomia do Estado relativa, à medida que é permeada por influências externas ou mesmo internas.

Para a autora, o Estado de Bem Estar Social representava ameaça ao Estado neoliberal pelo crescimento dos movimentos sociais na década de 80, assim seria necessário enfraquecer tudo que se referia ao âmbito social e consequentemente desregular direitos, causando retrocesso social. Na redefinição do papel do Estado, os serviços sociais governamentais foram descentralizados passando para o “setor público não estatal” que na verdade é o setor privado também chamado de terceiro setor e está diretamente associado ao trabalho voluntário, com caráter solidário em detrimento ao que é constituído como direito, o que leva a desprofissionalização das ações sociais. (Oliveira, 2008)

“Desse modo, as matérias de interesse público deixam de orientar as ações do Estado, que passa a ser comandado por interesses privados, numa clara dissociação entre o poder econômico mundializado e o poder político nacional.” (OLIVEIRA, 2008: 110)

A precarização das políticas sociais estatais torna seu âmbito de atenção marginal e pontual, dirigido somente à parcela mais pauperizada da sociedade com cunho caritativo e emergencial, sem universalidade ou equidade de atendimento. O resultado desse modelo político é o aumento do desemprego que gera empobrecimento massivo da população e consequentemente o aumento das demandas por serviços sociais públicos, na contramão da ideologia que prevê redução dos gastos sociais, resultando no agravamento constante de questões já existentes.

Nesse processo Pereira (2004) afirma que:

“A família vem sendo redescoberta como um importante agente privado de proteção social. Em vista disso, quase todas as agendas governamentais provêm de uma forma ou de outra, medidas de apoio familiar, particularmente as dirigidas às crianças...” (p.26)

Conforme a autora da citação acima, essas políticas visam conciliar o trabalho remunerado e atividades domésticas no intuito de não desagregar a família, ressalva-se que famílias são culturalmente influenciadas e, portanto cheias de particularidades.

Para o Estado de Bem Estar Social as tarefas estavam divididas sexualmente cabendo aos homens o provento do lar e as mulheres as tarefas domésticas. Depois da década de 90 com a ideologia neoliberal a ideia de que as famílias devem ser coresponsáveis pelas ações do Estado tomou força, exigindo das famílias um alto grau de comprometimento.

Com aquilo que Pereira (2004) chamou de “novo pacto social” a filantropia passa a ser estratégia de marketing e o voluntariado ainda que desprofissionalizado cresce, fazendo com que a sociedade internalize a ideia de responsabilidade pelas ações sociais, ao passo que o Estado adota eixos norteadores de ações como a descentralização, participação e as parcerias, que prevêm maior articulação entre serviços públicos e privados, em regime de coresponsabilidade.

Baseado na família, o Estado vem pensando suas políticas públicas com caráter informal, levando em conta a sua dita “vocação para cuidado e proteção”. Mas a família também é o universo de repercussão das contradições sociais; se por um lado existe o cuidado e a solidariedade, por outro é também palco de violências, conflitos e rupturas, em especial nas camadas pauperizadas que são mais suscetíveis às tensões sociais.

A família tradicionalmente composta dentro do modelo nuclear, cada vez mais deixa de ser realidade. A heterogeneidade das composições familiares é crescente, dentre as razões, Pereira (2004), atribui à participação feminina no mercado de trabalho, assumindo o sustento da família. Assim sendo, a autora questiona o modelo de bem estar, que atribui à mulher o cuidado com as vulnerabilidades familiares.

“Tal diversidade, associada às significativas mudanças demográficas - que requerem maior volume de assistência a grupos específicos, especialmente idosos -, cria sérios problemas para uma definição clara do papel da família no século XXI nos arranjos plurais de bem-estar em voga. Cria também dificuldades para formulação coerente e consistente de uma política social voltada para esta instituição, pois mais do que política, é a família que vem sendo caracterizada como fenômeno plural.”  
(PEREIRA, 2004: 40)

De qualquer modo a intervenção do Estado nas famílias é uma relação ambígua, como afirma Mito (2004): de um lado tem seu caráter protetor garantindo direitos, mas por outro, a privacidade familiar pode facilmente ser invadida. Nas famílias de baixa renda em especial, frequentemente ficam na condição de suspeitas por não conseguirem manter seus membros e passam a ser passíveis de intervenção do Estado para a solução dos problemas.

Embora haja esta proteção do Estado sobre as famílias nota-se uma crescente pauperização das mesmas e, decorrente queda na qualidade de vida. A solidariedade familiar é regulada por leis que atribuem aos filhos o cuidado dos pais e vice versa, e somente quando ocorre uma falha nessa provisão é que o Estado intervém na vida privada como fonte de recurso. De modo geral, esta intervenção somente sobrecarrega ainda mais as famílias, vistas pelo Estado sempre dentro de uma visão homogênea, paralela a real diversidade que se apresenta em termos de classes sociais, influências culturais e formas de arranjos.

Mesmo com as mudanças nas organizações familiares, ainda é frequente o uso do termo “famílias desestruturadas” como define Mito (2004). O termo é freqüentemente utilizado para designar famílias que supostamente

teriam fracassado nas suas funções, e que apresentam situações como violência, negligência, abandono, alcoolismo, entre outras.

Conforme Alencar (2004) “a proteção à família se tornou uma estratégia a ser considerada pela política de assistência social, enquanto alvo privilegiado dos programas sociais...”, o que significa dizer que em função das relações de trabalho precarizadas e aumento do desemprego, a família tem sido a única alternativa de manutenção das necessidades.

Carvalho (2004) observa que desde a década de 70 as políticas sociais voltaram-se para a mulher dentro do grupo familiar, com objetivo de desenvolvê-la para a gestão doméstica. Nesta mesma década o Brasil passava por um franco processo de expansão econômica, com falta de mão de obra, promovendo sua inserção no mercado de trabalho e se emancipando economicamente e, ao final da ditadura militar culminou numa série de movimentos sociais feministas.

Já na década de 90, políticas públicas focaram-se na questão da criança e adolescente com a implantação do ECA Estatuto da Criança e do Adolescente — de forma semelhante às políticas sociais. As famílias pretendiam garantir a reprodução e proteção social, preconizando a não-institucionalização de seus membros que deveriam ser protegidos dentro da própria família.

Nesse sentido se o indivíduo possui aquilo que Carvalho (2004) denominou como “trabalho e vínculos familiares” ele está incluído na rede de proteção social, caso contrário estará exposto às vulnerabilidades sociais, ou seja, são os vínculos familiares que garantem ao indivíduo a “segurança de pertencimento social”.

Conforme Serapioni (2010) muitas propostas de políticas sociais baseadas no "cuidado comunitário" (*Community Care*), tem sido feitas, entendendo as famílias como meios informais da comunidade, como sujeitos ativos que poderiam contribuir com recursos próprios, para o processo de

produção da saúde, tendo como ideia básica a coresponsabilização e a participação da comunidade local nos problemas sociais e de saúde.

O cuidado informal é realizado pelas famílias e pelos parentes e, quase sempre, por parte da população feminina que estaria inserida geograficamente próxima, e os interesses compartilhados e laços afetivos seriam à base da relação social e do cuidado informal.

O grande entrave está em conseguir articular a rede de assistência formal e informal, para garantir um mínimo de coordenação necessária e dar suporte a quem assiste.

“Reconhece-se que o peso da assistência que recai nos cônjuges e, sobretudo, nas mulheres, é tão grande que se faz necessário dar suporte às pessoas que assistem a outros. Por isso, é necessário organizar "serviços de trégua" ou de internação momentânea do assistido numa instituição apropriada.” (SERAPIONI, 2010 web)

Outro fato importante apontado pelo autor diz respeito à dimensão moral do cuidado, isto é, a invisibilidade da função assistencial exercida pela família, no cuidado da pessoa dependente, devido ao fato de não haver nenhuma relação trabalhista.

E segue afirmando que “a valorização das redes sociais e da família é quase contemporânea ao surgimento da crise econômica e fiscal dos Estados de Bem-Estar”. Fato que implicaria em envolver a família na reorganização das políticas sociais, mas não colocar sobre ela o “fardo” da crise do Estado de Bem-Estar Social, e por consequência legitimar as políticas conservadoras e neoliberais.

“Vale ressaltar que, também dentro da cultura progressista e de esquerda, a community care tem recebido, pelo menos no passado, uma avaliação crítica, tendo sido considerada um conjunto de atividades assistenciais delegadas aos sujeitos (geralmente às mulheres) que, tradicionalmente, eram responsáveis pelo cuidado informal.” (SERAPIONI, 2010 web)

Finalmente, é importante desenvolver novas políticas sociais que reconheçam o valor do trabalho assistencial das mulheres e que, em vez de reduzir as intervenções públicas, realizem a melhor integração entre a rede de serviços públicos e as iniciativas de serviços informais e, subsidiem as famílias e grupo de apoio no papel de cuidadores.

Vale ressaltar que cada família tem seus valores culturais, econômicos e sociais que as norteiam e conduzem suas ações, e de acordo com cada sociedade a família se apresenta de uma maneira.

Essas variações culturais se alternam ainda de acordo a condição social, com a etnia e com a região do país na qual se insere. A condição social influencia fortemente o modelo familiar, pois tornam a família mais suscetível às tensões.

“Via de regra essas famílias moram em habitações inadequadas, em espaços reduzidos, com várias pessoas convivendo, sem privacidade. Na construção usam restos de materiais, e em algumas regiões, sobretudo nos grandes centros urbanos, o espaço da rua é também espaço de moradia.”

[...]

“O desemprego ou o trabalho informal percorre cotidianamente essa realidade. A rede de apoio pública é precária, assim como a rede de apoio familiar ou de vizinhança deixa muito a desejar pela impossibilidade de oferecer ajuda, tendo em vista que a maior parte vivencia a mesma situação de pobreza.” (ROSA, 2006 web)

A autora menciona ainda a família como meio de assegurar "sobrevivência" e proteção a seus membros, além de ter se mostrado dentro de uma lógica de solidariedade no conjunto de ações do grupo doméstico, a fim de otimizar os recursos que dispõem.

Ocorre que frequentemente nas famílias pauperizadas há uma limitação de recursos que pode variar e, em casos extremos inviabilizar a garantia de sobrevivência. De acordo com Yasbek (2003):

“...são pobres aqueles que, de modo temporário ou permanente, não têm acesso a um mínimo de bens e recursos sendo, portanto, excluídos em graus diferenciados da riqueza social.” (p.50)

Vale lembrar que o Brasil não é um país pobre, e sim um país marcadamente desigual, e pela estrutura de poder no país as desigualdades se acentuam, afetando as condições de sobrevivência das famílias, e reforçando sua busca pelos serviços públicos existentes.

Diante das dificuldades de acesso a tais serviços não conseguem cumprir satisfatoriamente suas tarefas básicas, se tornam vulneráveis, e colocam em risco a sustentação de seus vínculos.

Particularizaremos agora o papel do idoso na família usando alguns conceitos de Camarano (2003) no qual menciona duas tendências: os idosos estão vivendo mais e, os jovens estão adiando a idade em que saem da casa dos pais. Nesse segundo caso um dos motivos se deve a instabilidade do mercado de trabalho que, por consequência deixa os filhos economicamente dependentes de seus pais por um período maior.

O resultado desse é o convívio intergeracional, mas a coresidência não significa receber suporte de outros membros do domicílio nem tão pouco, solução para conflitos geracionais.

A coresidência, portanto não ocorre somente por necessidade dos idosos, mas conforme dito anteriormente está muitas vezes ligada à necessidade dos jovens por questões de suporte financeiro. Com isso pode-se afirmar que a renda dos idosos desempenha papel fundamental na provisão das famílias.

A diminuição da coresidência pode ocasionar o aumento da demanda por políticas sociais. Com a limitação do papel do Estado, tem cabido às famílias o cuidado com seus segmentos dependentes e vulneráveis “acredita-

se que é um grupo que tem a sua autonomia comprometida pela falta da renda e/ou de saúde.” (CAMARANO, 2003:04)

No Brasil, não há um programa governamental específico para a população idosa que desenvolve algum tipo de dependência, apesar de desde 1999 ter sido promulgado a Política Nacional de Saúde do Idoso que dispõem dos seguintes trechos em sua redação:

“Entre os serviços alternativos à internação prolongada, deverá estar incluída, obrigatoriamente, a assistência domiciliar. A adoção de tal medida constituirá estratégia importante para diminuir o custo da internação, uma vez que assistência domiciliar é menos onerosa do que a internação hospitalar. O atendimento ao idoso enfermo, residente em instituições – como, por exemplo, asilos –, terá as mesmas características da assistência domiciliar.

Deverá ser estimulada, por outro lado, a implantação do hospital-dia geriátrico, uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar.”

Embora sejam legalmente previstos esses serviços estão aquém de serem considerados efetivos ou de estarem disponíveis para a população em geral, o que ocorre é que pontualmente foram implementados enquanto serviço público com caráter experimental e sem nenhum alcance.

Num outro trecho da Política de Saúde do Idoso temos referência as situações de violência, e a situação social:

“Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que deverá sempre ser observado diz respeito à possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo desses profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco neles envolvidos. Esses maus-tratos podem ser por negligência – física, psicológica ou financeira, por abuso – físico, psicológico ou financeiro ou por violação dos direitos pessoais. O profissional de saúde, o idoso e a família, quando houver indícios de maus-tratos, deverá denunciar a sua suspeita às autoridades competentes.”

[...]

“Considerando que a vulnerabilidade à perda de capacidade está ligada a aspectos socioeconômicos, atenção especial deverá ser concedida aos grupos de

idosos que estão envelhecendo em condições mais desfavoráveis, de que são exemplos aqueles residentes na periferia dos grandes centros urbanos e os que vivem nas zonas rurais desprovidas de recursos de saúde e assistência social, onde também se observa uma intensa migração da população jovem.”

Por fim, temos um trecho sobre as responsabilidades pela garantia dos cuidados, que vem de encontro a tudo que foi estudado até aqui, e que legitima as ações do estado de atribuir o cuidado a figura feminina:

“Na cultura brasileira, são essas pessoas que assumem para si as funções de provedoras de cuidados diretos e pessoais. O papel de mulher cuidadora na família é normativo, sendo quase sempre esperado que ela assuma tal papel. Os responsáveis pelos cuidados diretos aos seus idosos doentes ou dependentes geralmente residem na mesma casa e se incumbem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias desses idosos, tais como: higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, por exemplo, ida a bancos ou farmácias.”

Trataremos então da dependência que exige cuidados e, é caracterizada por uma ajuda indispensável para a realização das atividades da vida, e tem servido como indicador para a institucionalização de idosos em especial em casos de falta de suporte familiar, já que a família tem sido a alternativa informal de suporte aos idosos.

Entretanto segundo Caldas (2003):

“É preciso destacar que, embora o cuidado familiar seja um aspecto importante, ele não se aplica a todos os idosos. Existem idosos que não têm família. Há outros cujas famílias são muito pobres ou seus familiares precisam trabalhar e não podem deixar o mercado de trabalho para cuidar deles.” (web)

Embora o idoso contribua com sua renda para o sustento da família, isso não inibe a possibilidade de conflitos, em casos de desenvolvimento de dependência ocorre um inevitável impacto na dinâmica familiar, inclusive no que concerne a economia familiar, e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados. Por outro lado, faz-se necessário refletir ainda sobre os idosos que não têm família.

A Lei 10.741, de outubro de 2003 que Dispõe sobre o Estatuto do Idoso, possui em seu texto a seguinte redação no que tange a responsabilidade pela efetivação dos direitos do idoso a família aparece em primeiro lugar, seguida pela sociedade e em última instância o Estado:

Art. 1o É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2o O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3o É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Os casos passíveis de intervenção estão abaixo relacionados conforme este outro trecho do Estatuto:

Art. 43. As medidas de proteção ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

- I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento;
- III – em razão de sua condição pessoal.

O fato é que conforme visto anteriormente nesta pesquisa o Estado tem uma política pontual, que não consegue dar respostas efetivas a essas situações haja vista, a falta de serviços públicos direcionados a parcela idosa da população, em especial em situações de que incorram na aplicação de Proteção Social de Alta Complexidade com necessidade de institucionalização.

A questão da família pobre surge de modo vil diante das expectativas criadas sobre ela, e em condições sociais de escassez, de privação e de falta de perspectivas, a dignidade humana, e os meios de sobrevivência ficam ameaçados.

O papel do assistente social enquanto profissional inscrito na divisão sociotécnica do trabalho proporciona uma condição legítima de “árbitro” para a resolução de interesses da sociedade.

De acordo com Souza (2006:60) o conflito judicializado, consiste no processo por meio do qual um cidadão em conflito ou dissídio com outro, com um grupo, uma entidade ou o próprio Estado busca a instituição judiciária com o intuito de submeter à sua vontade a de outrem.

E sobre esses conflitos afirma que impreterivelmente são de ordem social, nesse sentido, dentro da concepção sociohistórica, que acredita na sociedade como produtora e reprodutora de conflitos sociais isso seria parte da construção social.

Como em toda sociedade com normas institucionalizadas de resolução desses conflitos, utiliza-se a justificativa da “coesão social” para conter ameaças sob legitimidade do Estado, como disciplinador, regulador e controlador do comportamento dos indivíduos.

“O controle social é o conjunto de regras, valores, costumes, símbolos compartilhados por indivíduos, grupos e instituições para mantê-los em conformidade com os padrões de comportamento aceitos.” (SOUZA apud TORRE, 1971)

Trata-se de uma visão positivista que ainda constitui as bases do Direito brasileiro, que segundo o autor fortalecem a ideia de que os conflitos gerados no ambiente privado, comunitário e institucional, só se legitimam quando são administrados pelo Estado, por meio do Judiciário.

O judiciário subsidia suas decisões com base em laudos e pareceres técnicos de outros profissionais de outras áreas do conhecimento humano-social, entre os quais se encontram os assistentes sociais que assessoram e acompanham as medidas judiciais, aplicadas aos sujeitos em conflito com a lei.

A participação desse profissional fornece meios de explicitar as condições sociohistóricas, que fazem parte do complexo movimento das expressões da questão social.

Uma das características do trabalho do assistente social é o fato de atuar diretamente na resolução dos conflitos, em especial por aquilo que Souza (2006:68) chamou de “pretensa capacidade de extrair dos seus estudos sociais uma verdade dos fatos não apreendida”.

Ao falar em verdade, há de se ter cuidado e fazer uso de conhecimento sobre a vida pessoal dos assistidos pela justiça, e interpretar essa realidade dentro de seu contexto social, ciente de que não há verdade absoluta e estática.

“O processo interventivo que caracteriza o trabalho do assistente social está voltado para a busca da realidade humana e social dos seus usuários, que é essencialmente dinâmica, complexa, heterogênea e multifacetada.” (SOUZA, 2006:69)

O judiciário é um espaço no qual ocorrem averiguação, policiamento e imposição, por esse motivo é um espaço de escuta e intervenção do profissional de Serviço Social para garantia do compromisso de consolidação de direitos dos seus usuários.

Frequentemente a consulta ao assistente social feita por demanda espontânea pelo próprio usuário, em busca caminhos para a solução de conflitos, e leva o profissional a fazer encaminhamentos judiciais como resposta. As razões da consulta ao assistente social são muitas e, dentre as mais comuns Souza (2006:75) cita: conflitos familiares, alcoolismo, dependência química, desemprego, subemprego, analfabetismo, doença mental, violências, pobreza material e política, falta de informação, inacessibilidade a bens e serviços sociais, dentre outros.

A importância do assistente social como profissional, se deve dentre outros fatores aos instrumentos que usa no trabalho, que podem ser desde atendimentos individuais e familiares, às visitas domiciliares e institucionais,

além da articulação de redes sociais, e da inclusão em programas oficiais de auxílio. Por esse motivo tem uma sobrecarga de exigências, rapidez e agilidade nos procedimentos técnicos, o que acaba prejudicando a qualidade do trabalho, além de muitas vezes ser chamado a responder por procedimentos técnicos alheios à sua competência profissional.

A relação do profissional de Serviço Social no que tange aos aspectos éticos esbarra nos limites da lei que nem sempre pode ser cumprida de acordo com projeto societário que norteia a profissão.

Conforme Souza (2006) as medidas judiciais implicam na “tutela”, “fiscalização” e “policiamento”, e o assistente social aponta para o discurso da imposição, execução e acompanhamento, mas numa perspectiva de consolidação, garantia e ampliação de direitos. Chama atenção que muitas vezes é somente nessa situação que o usuário consiga ter acesso a bens e serviços que lhe seriam negados em outras esferas e circunstâncias.

O fato é que a autonomia do assistente social está diretamente relacionada a questões de natureza legal, e muitas vezes o profissional é chamado para entrar na intimidade e na vida privada das famílias, assegurado por força judicial, no entanto a realidade social na qual aquele usuário está inserido não permite que ele tenha crítica de suas próprias ações. Isso é bastante comum em situações extremas de reprodução da violência.

## **2. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Conforme destaca Minayo (1994) a metodologia é o caminho do pensamento e da prática exercida sobre a realidade, porém, nada substitui a criatividade do pesquisador. Assim, esta é uma pesquisa qualitativa, pois a realidade social é mais rica que qualquer teoria, pensamento e discurso que possamos elaborar sobre ela, aproximando sujeito e objeto e tornando as relações mais significativas.

Para proceder à pesquisa foi escolhido o método de estudo de casos, por ser um meio para investigar de modo contextualizado um fenômeno contemporâneo, com algumas fontes de evidência, tais como as ligadas a intervenções ou situações da vida real, suficientemente complexas e ricas em dados. O estudo de caso é capaz de examinar o contexto da vida real no qual a intervenção se deu, permitindo explorar o conjunto dos resultados.

Esta opção metodológica permitiu que o pesquisador se mantivesse atento a novos elementos que poderiam surgir no desenvolvimento da pesquisa e enfatizasse a interpretação contextual relacionando com as ações, comportamentos e interações entre os envolvidos e a problemática a que está ligada. Objetivamos retratar a realidade de forma profunda e complexa com todos os seus determinantes, por meio do acesso a diferentes fontes de informação as quais se pode recorrer a fim de desmistificar a ideia de que todos os idosos podem ser cuidados por suas famílias.

Fornecer diferentes perspectivas sobre uma dada situação social, é um meio de obter informações acerca do objeto da investigação e, posteriormente, fundamentar a discussão por meio de levantamento bibliográfico buscando uma produção de relevância sobre o tema pesquisado.

A pesquisa foi realizada num hospital municipal de médio porte localizado na periferia da Zona Sul do município de São Paulo.

O Hospital possui 254 leitos divididos em saúde mental, clínica médica, clínica cirúrgica, maternidade e berçário, pediatria, internação domiciliar e pronto socorro e atende uma média de 1600 pessoas por dia.

O local escolhido para a pesquisa foi o pronto socorro por ter sido a área de atuação da pesquisadora. Os casos foram selecionados a partir dos livros de registro de passagem de plantão do Serviço Social, e nos registros de prontuários feitos também pelas assistentes sociais.

Dois critérios nortearam a escolha dos sujeitos: pessoas com mais de 60 anos e com algum grau de dependência e/ou desacompanhado, que causasse impedimento para alta hospitalar.

Esses livros de passagem de plantão ficam a disposição do assistente social de plantão, mas após seu uso é encaminhado como documento para o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (Same), para que seja arquivado como documento pelo período de 20 anos. Para ter acesso ao prontuário ou ao livro de plantão, o usuário ou um procurador legalmente designado deve estar munido de documentos de identificação. Para fins de pesquisa os documentos podem ser consultados após avaliação e autorização do comitê de ética em pesquisa.

O conteúdo desses registros está distribuído ao longo de todo o período de permanência do usuário no hospital, pois eram feitas evoluções diárias tanto nos livros de plantão quanto no prontuário, a única variável estava no profissional do plantão que de acordo com características profissionais detalhava mais ou menos esses registros, algumas descreviam até emoções ao passo que outras se restringiam a dizer apenas que a equipe continuava avaliando o caso.

O período da pesquisa foi de agosto de 2006 a agosto de 2008, durante este período a pesquisadora trabalhou diariamente no pronto socorro, além de ter passado muitos finais de semana de plantão para repor as ausências por

cursar disciplinas no Pós-Graduação, exigência dos mesmos superiores que estimularam a participação na seleção.

Para preservação dos sujeitos de pesquisa, todos receberam nomes de ervas, a função dessas ervas estará no (anexo1). O conteúdo das informações da pesquisa foi previamente submetida à aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep, que autorizou em primeira instância e sem restrições de qualquer natureza (anexo 2).

### **3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO: RELATOS DE CASO**

Neste capítulo serão narradas algumas histórias de vida de sujeitos idosos que perderam seus vínculos familiares, e no final de suas vidas tiveram seus destinos decididos por uma equipe técnica ou por um juiz, haja vista que não tinham mais como exercer sua autonomia porque não eram mais considerados independentes e aptos para o exercício da vida civil.

A antropóloga Eunice Durham fala sobre a dificuldade de entender a família como algo mutável para quem não consegue avançar para além do senso comum que aceita, ou melhor, naturaliza a família baseada na sua função biológica de sexo e reprodução.

Nesse processo de naturalização trata também a divisão sexual do trabalho, na qual a mulher tem papéis de reprodução e outras funções biológicas ligadas à reprodução.

Essa divisão sexual do trabalho é inerente a todas as sociedades, de modo geral o papel do homem está ligado à vida política, ao passo que a mulher fica mais restrita a vida doméstica e privada e embora eventualmente os papéis se permeiam isso ocorre sempre de modo secundário.

Como esses papéis da divisão sexual do trabalho são universais e se baseiam nas funções biológicas que os naturalizam, faz-se preciso admitir a construção cultural como meio de modificar essas características, já que a espécie humana se difere dentre outras coisas das demais espécies animais pelo fato de ter o período mais prolongado de dependência da prole, como também pela sobreposição do nascimento de outros filhos. Isso não significa dizer ou justificar a dominância masculina na divisão sexual do trabalho ao mesmo tempo a submissão da mulher como naturais.

Pois conforme afirma Durham (2004:330) “se existisse algum grupo natural na sociedade humana, não seria a família, mas aquele formado por uma mulher e sua prole imatura”.

A reflexão segue atribuindo relações duradouras entre mães e filhos ao fato do longo período de convivência resultado da gestação, aleitamento e tempo de desenvolvimento das crianças humanas, que ultrapassam os intervalos entre outras gestações e resulta na convivência entre irmãos e consequente possibilidade de socialização. Já no caso da relação sexual apesar de fundamental para a reprodução não obrigatoriamente resulta em vínculos que se dariam por meio de representações.

Para a antropóloga o tabu do incesto consiste na apropriação de relações sexuais e, por extensão matrimoniais entre homens e mulheres relacionados por certos vínculos sociais, geralmente (mas, não exclusivamente) definido por um grau de parentesco. “Existindo em todas as sociedades humanas conhecidas, é uma criação cultural universal enquanto proibição, embora extremamente variável na amplitude e na natureza das relações às quais se aplica, e não encontra contrapartida em qualquer espécie animal”. (DURHAM, 2004:331)

Conclui-se que este conceito construído culturalmente coloca regras e limites nos impulsos naturais e de algum modo distingue os parceiros permitidos e proibidos.

A partir daí criam-se os vínculos sociais como o do casamento que embora possa variar de acordo com as sociedades, inclusive no que se refere ao número de parceiros, existe universalmente e serve como legitimação da prole que de acordo com Durham serve também para atribuir aos homens responsabilidade com a prole de cada mulher.

Portanto, o casamento é um regulador do tabu do incesto já que atribui a um homem a responsabilidade sob a prole de uma determinada mulher com a qual estabelece vínculos aos quais denominamos de famílias.

“Do ponto de vista antropológico os sistemas de parentesco devem ser concebidos como estruturas formais que consistem em arranjos e combinações de três relações básicas: de descendência (entre pai e filhos e/ou mãe e filhos) ou de

consanguinidade (entre irmãos) e de afinidade (criadas pelo casamento)". (Durham, 2004:333)

A divisão sexual do trabalho é uma referência de distribuição e complementaridade econômica, pois mesmo com um papel delimitado para o homem e outro para a mulher e a prole, a dispensa é comum, todos comem da mesma comida, naquilo que chamamos de família.

A esse grupo atribuímos o nome de família, organizada com um homem, mulher e prole temos constituído uma "unidade de reprodução, herança e descendência" (Durham 2004:336) pelo qual o pai se vincula afetivamente aos filhos e fortalece a estabilidade do casamento.

Este conceito de família limita sua aplicabilidade, pois existem inúmeros exemplos de arranjos de organização de grupos domésticos, unidades de reprodução e de parentesco nas sociedades.

"Aliança e parentesco podem ser combinadas de modo diverso, dando origem a grupos estruturalmente diferente. Famílias, enquanto grupo, é constituído por pessoas que mantêm entre si relações de aliança, descendência e consanguinidade, mas não necessariamente tem as unidades básicas de parentesco." (Durham, 2004:338)

A reprodução, contudo não é finalidade da relação sexual, mas sim aquilo que Durham denominou de "subproduto", pois a priori, a relação sexual é movida pelo prazer individual e por uma complexa construção simbólica das relações sociais, que implicam na existência de outro para sua satisfação individual.

"Por isso mesmo, talvez, as relações sexuais apresentem o constante perigo de desvelarem para o individualismo a social e carreguem sempre a possibilidade da violência interpessoal direta". (Durham, 2004:340)

A espécie humana tem a particularidade de não ter um período de cio no qual a fêmea e o macho estariam receptivos para o sexo, ao contrário a relação

sexual pode ocorrer em qualquer momento movida pelo prazer e, portanto, torna-se um meio de vinculação social.

Pode-se afirmar que não existe regra para a composição familiar, e que existem inúmeras variações de arranjos influenciados pela cultura especialmente, no que tange a questão da infidelidade, ou da tolerância da infidelidade que em algumas sociedades pode ser mais ou menos aceita, bem como a situação do incesto, portanto a cultura pode influenciar e orientar um comportamento, mas não determiná-lo.

A divisão sexual do trabalho está ligada diretamente à reprodução que por sua vez está ligada a família, contudo em nossa sociedade a divisão sexual do trabalho é cada vez menos evidente, o papel da mulher no ambiente doméstico e do homem na vida pública tende a desaparecer.

Essa liberdade dos papéis delimitados pela divisão sexual do trabalho e pela reprodução pode culminar na visão do outro como objeto exclusivo do prazer, e assim, torná-lo passível de violência.

Pela participação feminina no âmbito público foram necessárias medidas de proteção, regulamentadas por leis trabalhistas, mais a igualdade da participação feminina fora do ambiente doméstico, foi responsável também por uma nova desigualdade, a dupla jornada, o que levou a contestação feminina de uma outra questão, a da família que legitimava rígidos padrões de controle das mulheres e de sua sexualidade.

O principal problema da família passa a ser a responsabilidade com os filhos, necessários para reprodução, versus a questão do prazer individual, reforçado por eficientes técnicas de controle de natalidade.

Em nossa sociedade, a liberdade sexual é mais aceita na juventude tendo fim com o casamento e estando sujeito a desestabilização em caso de infidelidade conjugal.

A possibilidade de dissociação do sexo e da família permite a reprodução de modo permanente, sem qualquer prejuízo para seu prazer e sua sexualidade.

Como alternativa para manutenção da reprodução se recorre a uma resposta como meio de dividir essa responsabilidade pela prole com o Estado, por meio da criação de creches e outras instituições sem prejuízo da autoridade dos pais.

Vimos então que as famílias são fruto de uma construção cultural amplamente difundida, e que ao longo da história sofreu modificações sem perder algumas regras básicas que foram criadas para regulamentar a sociedade, entre as quais conforme dito anteriormente o tabu do incesto. A seguir teremos um relato de caso que vem de encontro a tudo que foi até aqui preconizado como regra fundamental para qualquer sociedade.

Senecio – homem, 68 anos

Em 13/11/06 foi comunicada a alta hospitalar do paciente Senecio na observação da clínica médica do pronto socorro, pois sua família já estava ciente de sua alta médica, mas ninguém havia vindo buscá-lo.

Por meio de informações dadas pelo próprio usuário localizamos sua ex-esposa chamada Alfazema com quem ele havia sido casado por mais de 20 anos e de quem havia se separado também há mais de 20 anos, portanto tinham laços rompidos.

Senecio havia sofrido um acidente vascular isquêmico (AVCI) e estava com sequelas motoras que comprometiam sua independência para as atividades de vida diária, estava morando sozinho e vivia com o valor de seu benefício previdenciário, mas, a partir daquele momento precisaria de cuidados.

O primeiro contato com a família foi bastante negativo, pois a ex-esposa e filhos se recusaram a recebê-lo, contudo, ele não sabia dar referências de outros possíveis cuidadores, insistia que deveríamos falar com sua ex-esposa.

Cinco dias mais tarde, Alfazema foi convencida a vir ao hospital para conversarmos e disse que ele havia sido cruel com ela durante toda a vida, que precisou assumir os filhos sozinha, portanto não achava justo dedicar-lhe tempo depois de tudo que ocorreu.

Foi feita uma consulta ao Ministério Público (MP) por meio da promotoria do idoso que foi enfática: a família teria que assumi-lo de qualquer forma, pois não havia recurso ou serviço para encaminhar o caso.

Novamente a família foi chamada e comunicada da orientação do MP e assim decidiu acatar a decisão e levá-lo, pediram alguns poucos dias para se organizarem e arrumaram um quarto de fundos que foi pintado e reformado para acomodar o idoso, que foi levado para morar com a ex-esposa, duas filhas e um neto de 26 anos chamado Hipérico.

Sua filha mais velha foi eleita a cuidadora junto com seu filho Hipérico, neto do Senecio, dois dias depois de sua saída do hospital, recebemos uma ligação dessa filha dizendo que não estava conseguindo garantir os cuidados de seu pai.

Convocamos uma nova reunião e a Alfazema voltou ao hospital e revelou uma história surpreendente.

Sua filha mais velha quando tinha 15 anos —, foi violentada sexualmente pelo pai por diversas vezes, dessa violência nasceu seu neto Hipérico agora designado como seu cuidador, assim a Alfazema se separou do Senecio mas, pouco tempo depois, ele a ameaçou e o casal reatou o casamento de onde nasceu a segunda filha.

O fato é que esse neto Hipérico, nunca soube quem era seu pai, tão pouco que seu pai era também o seu avô, por isso aceitou cuidar dele sem maiores questionamentos. Já a filha mais velha do casal nunca conseguiu se relacionar com nenhum outro homem na vida, pois sofria as consequências da violência a que tinha sido submetida durante anos, e se resignou a cuidar do filho abdicando de qualquer outra possibilidade.

Assim, para essa filha cuidar de seu algoz era reviver uma dor insuportável, em especial por ter que vê-lo nú, banhá-lo e alimentá-lo, dependendo da ajuda do fruto dessa violência que ignorava o fato.

A família solicitou que buscássemos alternativas, no entanto havia uma orientação do MP e o caso já não estava mais sob a responsabilidade do hospital, mas diante de uma história tão brutal, nos curvamos e aceitamos o usuário novamente, contrariando as orientações da diretoria do hospital.

Dois dias depois de seu retorno o usuário começou a escarrar sangue e morreu de tuberculose pulmonar dando fim ao caso, ainda foi fornecida uma declaração de testemunho da união do casal para que a família pudesse receber a pensão por morte como uma forma de minimizar as dificuldades financeiras extremas na qual viviam.

A brutalidade do ato cometido pelo usuário, guardado secretamente por essa família durante tantos anos, só foi trazida a tona para cumprir uma orientação judicial, mas a própria família já havia se organizado para se afastar daquele homem cruel que fez a todos, vítimas de sua violência. No entanto, a falta de recursos do Estado os colocou novamente na condição de vítimas, embora o seu algoz já não dispusesse mais de força física para praticar qualquer coisa contra suas vítimas, essas, novamente se expuseram e reviveram pela memória tempos que tentavam esquecer.

Tradicionalmente o indivíduo desviante tem sido encarado a partir de uma perspectiva médica preocupada e em distinguir o “são” do “não são ou insano”. (VELHO, 2003:11)

Em qualquer sociedade de acordo com a sua cultura e com seus costumes existem regulamentos e práticas que são permitidos, portanto, legítimos para todos os seus membros, no entanto eventualmente pode haver nessa sociedade indivíduos mal integrados que não praticam as normas em vigor.

Indivíduos que não estariam de acordo com as normas seriam chamados por Velho de “anômicos” e deveriam ser identificados e tratados como num processo patológico que culminaria num “comportamento desviante”, isso significa dizer que o grau de *anomie* varia de acordo com as infrações das regras que são acordadas dentro de uma determinada sociedade.

Em casos de mudanças na sociedade os conflitos podem aumentar, uma vez, novamente incorporados, essas mudanças vão sendo naturalmente aceitas e há um ajuste social para desfazer qualquer confusão que tenha ocorrido.

“A ideia de desvio de um modo ou de outro, implica a existência de um comportamento “médio” ou “ideal” que expressariam uma harmonia com as exigências do funcionamento do sistema social”. (VELHO, 2003:117)

Na cultura o limite da pluralidade é bem delimitado, e indivíduos com determinadas características de personalidade podem, numa cultura, serem considerados inadaptados, em outra valorizada de acordo com as normas vigentes em cada situação.

Ao descontextualizar o indivíduo da sociedade e da cultura incorre-se ao risco de prender-se a uma visão limitada que segundo Velho oscila entre o “psicologismo” e o “sociologismo”.

Ressalva-se que a cultura é mutável e está constantemente em construção, e dentro da cultura existe uma mobilidade que permite ao sujeito uma leitura diferente do “código sociocultural”, que dentro de uma leitura rígida

e engessada pode resultar na interpretação de um conceito de inadaptado ou de desviante.

Como a estrutura social é heterogênea, esses sujeitos são partes da complexa estrutura cultural, contraditória, nos quais uns apontam os outros de estarem quebrando o comportamento da maioria.

O desvio é criado pelos grupos que ao estabelecerem regras estabelecem por consequência desvios passíveis de consequências ao “transgressor”, e Velho (2003:24) conclui afirmando que “o comportamento desviante não é uma questão de inadaptação cultural, mas um problema político, obviamente vinculado a uma problemática de identidade”.

Faremos um outro relato de caso de um sujeito que contrariando as expectativas em relação ao seu papel social, ao invés de proteger seus filhos e lhes prover materialmente tudo que fosse preciso, os colocou em uma situação de conflito com a lei.

Aleurites – homem, 64 anos

No dia 25/05/07 começaria o maior embate ocorrido durante o período desta pesquisa entre o Ministério Público (MP) e o serviço social, pois no final daquela tarde uma mulher bateu à porta da sala do serviço social dizendo ser da Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) Morada do Sol e que trazia um idoso para avaliação médica, e que ela deveria voltar para o seu trabalho, mas que o filho desse idoso estaria vindo para o hospital buscar o pai, o Aleurites.

Por causa da demora na chegada desse filho tentou-se contato pelo telefone deixado no prontuário e esse filho identificou-se com nome errado e acusou a ILPI de estar abandonando seu pai, pois sua família estava inadimplente com a instituição. A tentativa de contato com a ILPI foi frustrada afinal, eles estavam cientes do crime que cometiam infringindo o Estatuto do Idoso e desligaram o telefone.

Diante dos fatos e não havendo justificativa clínica para a sua permanência no hospital, no dia seguinte foi realizada uma tentativa de removê-lo para a casa da família, contudo ninguém atendeu a porta, e de lá seguiu-se para o 37º Distrito Policial para registro da ocorrência de abandono, imediatamente um investigador usou de sua autoridade para fazer contato com os filhos que foram localizados e se comprometeram a comparecer ao serviço social para discutir a situação, e a equipe retornou com o usuário ao hospital.

No mesmo dia, mais tarde, veio um dos filhos acompanhado pela namorada dizendo que havia colocado o pai em uma ILPI em cumprimento a uma ordem judicial, pois seus vizinhos haviam denunciado a família por maus-tratos, porém haviam deixado de pagar a instituição por falta de recursos financeiros, mas se comprometeu a tomar uma providência no prazo máximo de uma semana sob pena de ser novamente denunciado ao Ministério Público.

Todas as tentativas de resolver o caso, amigavelmente, foram frustradas e no dia 01/06/07 o caso foi novamente notificado ao Ministério Público, e, após aquela data diariamente eram feitos contatos com o Ministério Público e no dia 18/06/07 a promotoria convocou os filhos no intuito de obrigá-los a voltar a pagar a ILPI para seu pai.

No dia 06/07/07 a equipe técnica do Ministério Público realizou visita domiciliar na casa dos familiares do Aleurites, porém não apontou nenhuma solução.

O paciente nunca esteve formalmente internado e desde o primeiro dia isso gerou um enorme conflito com a equipe médica que passou a deixar recados para a equipe do serviço social no prontuário reafirmando a alta e a necessidade de disponibilizar o leito a um paciente que de fato precisasse. A equipe do serviço social passou a ser pressionada pela diretoria do hospital, em resposta sugeriu-se comunicar o departamento jurídico que se recusou a intervir.

Durante o período de sua internação, o serviço social numa luta solitária abriu muitas frentes para tentar resolver o problema, comunicou a delegacia, a comissão municipal de direitos humanos, o centro de referência de Assistência Social e o Ministério Público, e pela pressão que a equipe sofria isso gerou conflitos e divergências com os profissionais e internos, na condução dentro da própria equipe.

E, qual teria sido o motivo do abandono do Aleurites. Qual seria seu erro para estar numa situação tão degradante?

O que foi possível compreender é que ele havia sido casado, bebia, agredia a esposa que anos mais tarde faleceu e o deixou com dois filhos, no final da adolescência. Acontece que o Aleurites fazia negócios na ilegalidade e para não ser procurado usava o nome dos filhos.

Na idade adulta esses filhos foram se lançar no mercado de trabalho e acabaram tendo problemas, pois deviam uma fortuna à Receita Federal; ainda prejuízos financeiros das ações impetradas.

A fatalidade foi que aos 64 anos aproximadamente, o Aleurites teve um acidente vascular isquêmico (AVCI) e ficou com uma sequela motora significativa que o impedia de desenvolver suas atividades de vida diária, não deambulava, não comia sozinho e passou a usar fraldas.

Os filhos passaram a deixá-lo sozinho, praticamente o dia todo até que um dia vizinhos cansados de ouvir seus gritos denunciaram o caso ao Ministério Público, que naquela ocasião obrigou os filhos a colocá-lo numa ILPI. Meses mais tarde deixaram de pagar a instituição que o “desovou” no hospital.

Ao final de 80 dias morando no hospital e de mais uma tarde fria o telefone tocou: a vaga no hospital de retaguarda D. Pedro I saiu em meio à solicitação de muitas contrapartidas, exames, horário para remoção, enxoval e relatórios de ações. Para não perder a vaga a equipe do serviço social saiu

apressada para providenciar tudo, e só ao final me lembrei que ele não havia sido comunicado de sua transferência.

Fui à beira de seu leito, uma cama no canto da parede de uma enfermaria de observação, o acordei segurando sua mão, lhe dei a notícia, ele agradeceu e caiu em prantos, chorou copiosamente por longos minutos e novamente me agradeceu.

De repente me dei conta que em 80 dias ele nunca havia sido ouvido por ninguém, discutimos muitas vezes sua situação, brigamos por ele, e esquecemos de ouvir sua opinião. Ao ouvir sua voz me agradecendo descobri naquele momento como ele mantinha sua capacidade de comunicação preservada, e questionei nossa ação profissional sempre tão elogiada pela eficiência e tão discutível nesse encaminhamento.

No dia seguinte 15/08/07 com tudo pronto para sua saída a equipe inteira, — médicos que tanto reclamaram de sua estadia no hospital, enfermeiros que tinham um acamado a mais para se preocupar, assistentes sociais que tiveram tantos atritos por este caso, auxiliares de enfermagem que faziam seus cuidados diários, faxineiras, seguranças copeiras e pacientes —, se desarmaram e junto com o Aleurites choraram na despedida.

Pouco tempo depois, em contato com o Hospital D. Pedro I soubemos que ele estava deprimido e à beira da morte.

Depois disso foi possível pensar com calma nossa ação enquanto equipe e tudo o que o Aleurites passou, abandonado, fragilizado em uma enfermaria de Pronto Socorro. com 40 leitos pouca ventilação e nenhuma privacidade, observando pacientes irem e virem, se curando ou morrendo ao seu lado sem saber qual seria o seu destino. A reflexão da equipe nos fez assumir novos compromissos éticos e humanitários independente das adversidades.

Retomando a teoria de Velho (2003) em qualquer grupo social está presente o poder que causa tensão e conflito, não somente de caráter psicológico, são uma ligação entre “o sociocultural e o psíquico”.

“ ...o problema da doença mental é percebido como relacionado a uma crise de linguagem e a um confronto entre indivíduos que ocupam posições estruturalmente desiguais”, (VELHO, 2003:25)

Assim, no âmbito microsocial há um ponto psicológico e individual que é a doença mental, onde ocorrem atos “sem significado, doente ou inadaptado”.

Pelo fato de ser algo extremamente subjetivo e carregado de preconceitos a doença mental tem sido um problema de forte impacto social, e os sujeitos com doença mental se tornam mais vulneráveis, sendo as maiores vítimas do abandono e da incompreensão. Se somarmos a doença mental à questão do envelhecimento, teremos um agravo ainda maior da falta de serviços públicos de atenção.

Como os sujeitos com doença mental apresentam comportamento diferente daqueles normalmente aceitos ou esperados pela sociedade, há a estigmatização da loucura, que segrega indivíduos do seu direito de participação social.

As doenças mentais podem ter diferentes causas segundo uma pesquisa publicada por Spadini e Souza (2006), desde de causas biológicas, as psicológicas e sociais, mas todas precisam ser tratadas de modo adequado, visando à garantia da autonomia e independência da pessoa acometida por esse tipo de doença.

Segundo as autoras a principal dificuldade de tratar a doença mental está no fato de ser vista ainda como transgressão de normas sociais, e por este motivo não é tolerada, nem mesmo pela família.

A participação da família no tratamento do doente mental é fundamental para sua recuperação, no entanto é bastante comum que a falta de informação

para familiares resulte em situações de agressões verbais, físicas e em brigas que desencadeiam o desequilíbrio do doente.

Desde a década de 70 iniciou-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, na luta contra os maus-tratos e violências aos doentes, e falta de condições de trabalho para os profissionais da área. Essa reforma preconiza uma mudança de atitude, na qual a família é parte do processo e o doente mental torna-se agente de mudanças e passa ser protagonista de sua história, e não mais um sujeito passivo, e excluído do seu direito de participação social.

A desinstitucionalização é parte da luta na reforma psiquiátrica, como parte da proposta há o objetivo de reduzir ao máximo o número de pacientes internados, bem como o período de internação, para isso propõe à participação da família e da comunidade no tratamento, além disso, foram criados novos modelos de atendimento, como serviços básicos, comunidades terapêuticas, entre outros.

O grande problema dessa proposta está, sem dúvida, mais uma vez na falta de vagas nos serviços, na sobrecarga das famílias e nas restrições impostas para inclusão nos serviços. No caso do velho, esse só poderá ser admitido se não tiver nenhuma comorbidade associada ao quadro de doença mental, isso significa dizer que não pode estar em tratamento clínico para nenhuma outra doença.

Essa situação tem se tornado muito frequente nos serviços de saúde, e a dificuldade esbarra ainda na falta de capacitação das equipes em determinar: se a doença trata-se ou não de um quadro demencial, como será referido a seguir no relato de um caso.

Jurema, mulher, 60 anos

Em 16/10/2007 deu entrada no Pronto Socorro do hospital acompanhada por policiais militares que haviam recebido chamado via 190 de moradores de uma rua próxima ao hospital.

Conforme relato dos moradores essa senhora estava perambulando pela rua há cerca de cinco dias sem destino.

Tratava-se de uma figura peculiar, uma mulher limpa apesar de tantos dias na rua, com as unhas das mãos feitas e pintadas de preto, bem como as dos pés, porém estas pintadas de azul e, trajava roupa militar dos pés a cabeça, calça e blusa camufladas, além de um quepe e uma mochila enorme usada em acampamento, também camuflada, nos pés calçava chinelos.

Na mochila o documento de identidade e muitos anéis, além dos que usava nos dedos, o que demonstrava sua vaidade, cabelos cacheados pelos bobes e tingidos de loiro.

De sua história pouco se lembrava, sabia apenas que havia sido casada duas vezes, era mãe de oito filhos e não mantinha contato com nenhum, nascida na Paraíba, referia-se a um companheiro com quem vivia.

Quanto ao motivo pelo qual estava na rua, dizia apenas que acordou com dor de barriga e resolveu procurar atendimento médico, e que do hospital seguiria para um quartel para alistar-se (daí o motivo da farda), porém se perdeu e não se lembra sequer o bairro onde morava.

Diante do exposto, os policiais a deixaram para o Serviço Social do hospital encaminhá-la, embora não houvesse nenhuma queixa clínica para atendimento hospitalar no momento.

O Serviço Social iniciou um trabalho de busca de familiares ou conhecidos da paciente ligando para todas as UBS da região, contudo pareceu não se tratar de uma moradora da área de abrangência do hospital.

Optou-se então pela sua internação na observação psiquiátrica, e após avaliação médica confirmou-se ser um caso de demência. Tentou-se ainda colocá-la em uma viatura do hospital e ir ao bairro que ela dizia ter morado, os vizinhos confirmaram que ela foi dona da casa, mas que havia se mudado para Santos há cinco anos.

Dias depois foi encaminhada para um hospital psiquiátrico, certamente se isso ocorresse alguns anos atrás, ela seria confinada até à morte, mas com o movimento antimanicomial deverá receber alta e seu futuro será incerto, pois checamos se havia algum registro na delegacia de desaparecidos, mas ninguém a procurou.

Quando falamos do fenômeno do envelhecimento temos que considerar a diversidade que compõem a sociedade, e ressaltar o fato de que do mesmo modo temos uma diversidade dentro da população idosa. Isso significa dizer que, conforme os casos descritos no decorrer deste trabalho, os sujeitos idosos têm posturas e atitudes diferentes em relação à vida.

Ao falarmos na falta de políticas públicas de atenção ao idoso e observarmos que de modo geral todas convergem para a responsabilização da família como campo de atenção, incorremos no erro de acreditar que todo velho é “frágil” ou que todo velho é “bom”, por isso seus familiares teriam obrigação de aceitá-los e de zelar por seu bem-estar.

O fato é que mesmo antes de ter se tornado velho, esse idoso já pode ter rompido seus vínculos familiares, ou ainda de acordo com Costa Lopes e Novo (2003) “há indivíduos velhos que são violentos e se manifestam de forma agressiva em suas relações” (p.9)

“Ser velho e principalmente doente pode garantir diferentes justificativas para o abuso da força nos comportamentos violentos e agressivos. É comum escutar alguns velhos dizerem: “Agora me dou o direito de falar tudo”. Em outras palavras, parece que tal condição os autoriza a exercer a maldade”. (Costa Lopes, Novo, 2003:11)

[...]

“São atitudes que mostram que na tensão agressiva e na falta do ideal de ego regulador o velho torna-se agressivo e começa a ter atitudes violentas em seu meio e contra si. Parece haver, em alguns casos, o rompimento do sujeito com seu corpo velho, o que acaba antecipando quadros patológicos, porque ignora as novas necessidades físicas que surgem com o avançar da idade”. (Costa Lopes, Novo, 2003:13)

Segundo as autoras para alguns velhos o Estatuto do Idoso, vira objeto de chantagem e ameaça, uma vez que se respaldam erroneamente nele para inibir respostas a sua agressividade, como se deixassem de ter deveres e tivessem somente direitos, cobram das pessoas que lhes atendam como empregados.

Assumem a postura de tiranos, e cobram das pessoas que os sirvam, de acordo com o filósofo (Boétie, 2001: 34) para que alguém se sujeite a vontade de outra pessoa “é preciso de duas, uma, que sejam forçados ou enganados” e “serve-se constrangido ou vencido pela força”, isso significa que esses idosos violentos assediam moralmente seus cuidadores e por vezes chegam a praticar agressão física.

A história a seguir trata da dificuldade de atender o indivíduo que está eternamente descontente com tudo que lhe é proposto, e ao mesmo tempo busca constantemente atenção e cuidado.

Nerium homem – 60 anos

O paciente Nerium de origem chilena deu entrada no hospital no dia 23/12/2007, sem queixas referentes à saúde, dizendo ser morador de rua e usuário de albergue. Foram feitos contatos com diversos albergues, porém nesta data, nenhum dispunha de vaga, foi internado por medida de proteção social.

No dia seguinte, o serviço social tomou conhecimento da existência de uma ex-esposa, Melissa e em contato com ela fomos informadas que ele havia estado internado no Hospital Regional Sul de onde teria sido encaminhado para uma casa de apoio chamada Estrela de Belém, mas ele não conseguiu se adequar ao local e saiu da casa sem dar explicações. Dias depois teria passado pelo Hospital Tatuapé e encaminhado ao Albergue Cirineu, porém, em todos os serviços apresentava dificuldade de adaptação.

A Melissa teve uma filha com o Nerium, na época com 20 anos, porém a família se recusava a vê-lo sob alegação dele ter sido elitista, agressivo e nunca ter feito nada por eles.

No dia 25/12/2007 soubemos que dada sua cidadania chilena, o consulado daquele país havia tentado ajudá-lo, contudo nenhuma ação proposta agradava aquele usuário que era poliqueixoso e se vitimizava o tempo todo em uma atitude individualista.

Mais uma vez, foi procurada vaga em albergue e por fim foi encaminhado de remoção a uma vaga de pernoite no Albergue Solidariedade Abecal.

No dia 04/01/2008, voltou ao hospital, pediu para comer, recebeu uma refeição, reclamou em seguida, exigiu com tom de arrogância providências quanto a sua situação de moradia, pois mais uma vez não se adaptou e voltou para a rua, mostrava-se uma pessoa difícil, recebeu orientações e solicitou ambulância para ir ao centro de referência da assistência, alegando que não consegue andar, contudo sempre chegou ao hospital andando para fazer suas exigências.

Clinicamente nunca teve nada que justificasse atendimento em pronto socorro, mas no dia 09/01/2008 retornou pleiteando local para ficar, então foi feito contato com a casa de apoio na qual passou, mas o responsável pelo local disse que não poderia recebê-lo tendo em vista seu comportamento e seu nível de exigências.

Tentamos novamente nos albergues, mas esses serviços também não cedem mais vaga para ele alegando problemas de comportamento, tentamos o consulado chileno que disse que esgotaram-se as tentativas, pois forneceram moradia e documentos, mas ele age conforme sua vontade e por isso o consulado não iria mais lhe dar chance.

No dia 10/01/2008 ao procurá-lo notamos que ele havia se evadido, novamente retornou no dia 14/01/2008 voltou e foi orientado a procurar o albergue de onde veio e somente voltasse ao hospital se estivesse com problemas de saúde.

Esse comportamento reforça as evidências da postura impositiva e intransigente que alguns velhos assumem e alimentam durante a vida, e a dificuldade de lidar com esse perfil de sujeito, pois sequer os profissionais técnicos conseguiram garantir um bom manejo da situação. Por esta razão é de extrema importância assimilar o seguinte conceito:

“É de extrema importância romper com a representação geral de velho, que os concebe como uma massa de iguais, dotados das mesmas qualidades, dos mesmos atributos, das mesmas potencialidades e, não diferenciados, pois sempre implica em perdas. Perdas tanto biológicas quanto sociais e as pessoas singulares que encontramos não são assim”.  
(Mercadante 2004:197)

São inúmeras as razões que levam a solidão na velhice, personalidade, falta de planejamento, opção, doenças, entre outras. Mas independente de qual tenha sido a causa não há serviço público capaz de responder dentro das particularidades de cada situação como veremos a seguir.

Artemísia – mulher, 71 anos

Foi trazida por moradoras da região por causa de uma úlcera varicosa em membro inferior.

Na reconstituição da sua história de vida nos deparamos com uma surpresa.

Informou ter sido casada com um homem muito rico, um cirurgião bucomaxilo facial e ter morado numa mansão num bairro nobre da capital paulista, além de ter frequentado altas rodas da sociedade e feito cruzeiros pela Europa.

Seu marido era pai de dois filhos do primeiro casamento, Artemísia ajudou a criá-los. Foi o marido também professor universitário e preceptor de renomados hospitais, porém adoeceu, acometido por um câncer de próstata, que após cinco anos levou-o à morte.

Durante o período da doença o patrimônio foi pouco a pouco sendo dilapidado a fim de manter o padrão de vida a que o casal estava acostumado, e sobraram apenas dívidas.

Os filhos de seu companheiro já eram adultos e sequer tomaram conhecimento da situação, pois não concordavam com a ostentação do casal.

Após 30 anos de relacionamento Artemísia se viu viúva, doente, velha e morando na rua.

No hospital chamava atenção pela postura elegante, com um coque bem feito nos cabelos, um vocabulário rico e a vergonha de ter perdido o pivô do seu dente, por este motivo ela discretamente tampava a boca com a mão para falar. Por outro lado, a vida na rua havia lhe conferido um comportamento agitado: não dormia e estava sempre em alerta.

Como detalhava bem tudo que lhe era perguntado o Serviço Social localizou o paradeiro de seus dois enteados que ignoraram o problema e se recusaram a ajudar, afirmando preferirem esquecer o passado.

Localizou-se também um irmão da paciente em São José do Rio Preto e as sobrinhas se prontificaram a acolhê-la.

Sabemos, porém que sua condição de moradora de rua já havia lhe atribuído marcas e características das quais dificilmente ela se livrará, por este motivo um dia após sua saída, seu irmão nos retornou informando que ela havia optado pela rua, e não se adaptava a rotina proposta por seus familiares.

Dentro da nova realidade de famílias já mencionadas neste trabalho, uma requer atenção especial quando falamos em envelhecimento; a das pessoas que vivem sós.

Guerreiro, em sua pesquisa realizada em Portugal em 2003, atribui o fenômeno do crescimento das unidades residenciais de pessoas sós aos avanços da modernidade, resultado de mudanças sociais ocorridas na esfera privada.

Nesta pesquisa fica claro o fato da liberdade das obrigações com a família, permitir que os indivíduos façam escolhas menos condicionadas, optem por diferentes estilos de vida, para se adequarem ao do mercado de trabalho dentro de suas exigências de flexibilidade de horários e mobilidade profissional, resultado do mundo globalizado.

Outro ponto fundamental daqueles que vivem só refere-se a ruptura da vida conjugal, a alternativa de apesar de ter uma relação conjugal optar por viver em casas separadas, ou ser fruto do aumento da longevidade e consequente envelhecimento populacional no qual muitos idosos ficam viúvos. Existe ainda uma grande parcela de pessoas que por opção, ou não, permaneceram sozinhas, as chamadas “famílias de uma só pessoa”.

Os resultados da pesquisa anteriormente citada apontam que as mulheres que vivem sozinhas representam o dobro dos homens nessa mesma condição. Nota-se que o contingente de idosos sozinhos é consideravelmente maior entre as mulheres, na maior parte com baixa escolaridade.

Os valores da sociedade moderna tornarão essa realidade cada vez mais frequente, já que os novos valores privilegiam a autonomia e a independência dos indivíduos, e dão cada vez mais possibilidades de conduzir a vida privada só.

Nesta próxima história uma realidade frequente de idosos cuidando de idosos, sendo que ambas precisavam de proteção social.

Macela, mulher – 73 anos e Angélica, mulher – 89 anos

As duas irmãs residiam sozinhas em casa própria herdada dos pais, nunca se casaram, ambas eram aposentadas e apresentam quadro de demência, em estado bem mais avançado. A Angélica, acamada, estava com aparência desnutrida e frágil, além de apresentar-se em péssimas condições de higiene.

Sua irmã Macela também estava em péssimas condições de higiene, com as unhas longas e sujas de fezes, e no que se refere ao comportamento era petulante, dava ordens aos funcionários de modo muito grosseiro sem condições de diálogo.

Chegaram trazidas pelo SAMU que descreveu a casa das idosas como inabitável e sem condições de permanência.

Essa não era a primeira passagem dessas senhoras naquele hospital, pois tinham o hábito de ir “passear” no hospital que servia chá com biscoitos de água e sal para os pacientes que aguardavam atendimento no pronto socorro. A Macela chamava um táxi ao menos uma vez por mês para vir ao hospital na hora do chá, depois chamavam outro táxi e retornavam para casa. Porém, Macela apresentou um quadro de infecção urinária e precisou ser internada e, como não havia quem cuidasse da Angélica, que é dependente, precisou de internação social.

No que se referia a existência de familiares, a Macela revelou ter irmãos e muitos sobrinhos, mas dizia que nenhum deles prestava e se recusava a dar referências para a busca do paradeiro dos mesmos.

A situação foi confirmada pela UBS de referência que é o posto de referência das duas irmãs e que realiza visitas periódicas em sua casa. A intervenção do Serviço Social inicialmente foi proposto a Macela para que aceitasse a internação da Angélica em uma instituição de longa permanência para idosos, contudo ela se julgava apta a cuidar da irmã e não tinha crítica

com relação à situação; por este motivo optou-se por adotar os meios legais para encaminhar o problema.

No dia 16/10/06 foram feitos contatos com o Conselho Estadual do Idoso e Conselho Municipal do Idoso, centro de referência do idoso, secretaria de assistência social, centro de referência de assistência social e todos esses órgãos disseram que não existem recursos para tal problema.

No dia 17/10/06 acionamos a delegacia do idoso que disse não ter o que fazer, dada à gravidade da situação foi enviado relatório social do GAPEI — Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso, do Ministério Público juntamente com os relatórios médicos com CID – Código Internacional de Doenças, que atestavam a incapacidade de ambas para os atos de vida civil e solicitando a interdição delas, bem como a nomeação de um curador para administração dos bens e acompanhá-las na internação.

A resposta foi que se trataria de um processo demorado e que as irmãs poderiam ser encaminhadas de volta ao domicílio sob os cuidados do posto de saúde até a decisão do Ministério Público.

No dia 18/10/06 foram encaminhadas para casa de remoção domiciliar acompanhadas por um vizinho que atendeu a um pedido nosso.

Desfecho: Em 2009 a pesquisadora mudou de emprego e passou a trabalhar no posto de saúde de referência dessas duas idosas e novamente teve que intervir no caso, dessa vez foi realizada visita domiciliar a casa estava em péssimas condições de higiene, havia fezes no chão, o odor era insuportável e a Angélica se encontrava numa cama na sala sobre um colchão sem forro, nua e urinada, e Macela limpava suas fezes com um pano de chão que em seguida usava como pano de boca.

A Angélica tinha hematomas e sua imagem era decrépita, acionado o SAMU foi levada ao hospital e faleceu dois dias depois sob forte suspeita de ter

sido agredida pela irmã Macela que se tornou etilista e agora passou a morar sozinha ainda aguardando a decisão do Ministério Público.

De acordo com Norbert Elias em “A Solidão dos Moribundos” a decadência dos que envelhecem é suficiente para sua separação dos que vivem, isso se justificaria pela falta de identidade entre os que ele chama de “vivos” e dos moribundos.

Embora todos os seres vivos compartilhem das fases da vida, infância, juventude, maturidade e velhice, somente os humanos têm consciência da morte, apreendida de modo variado de acordo com a cultura.

A longevidade contribui para que se pense menos na morte, e a convivência com os moribundos de certa forma leva a reflexão sobre a própria morte, e as fantasias que revestem esses pensamentos.

Antigamente a morte era tida como um aspecto animal da vida humana, era menos privada, as pessoas assistiam a morte dos moribundos. Hoje, notadamente as crianças precisam ser “poupadas” do contato com a morte, como se isso fosse lhes gerar um imensurável trauma, e por isso deve se ocultar à proximidade dos moribundos com a morte. Além disso, o fato das pessoas serem levadas para uma instituição hospitalar para morrerem, faz com que se restrinja o contato com os moribundos, ao contrário do que ocorria antigamente quando a maior parte dos indivíduos morria em casa.

Não saber como reagir, o que falar ou como se comportar diante dessas situações, gera um desconforto, em especial na hora de se dirigir ao moribundo, embora as rotinas hospitalares padronizem de certa forma essa ação.

O contato com os moribundos gera angústias individuais referentes à própria morte, embora todos saibam que a morte chegará como parte do processo natural, as possibilidades de adiá-la com a ajuda da medicina e o distanciamento da convivência com ela faz aliviar essa angústia.

Por este motivo não é incomum o sentimento ambíguo da culpa por não ficar próximo daquele que está à beira da morte e da incapacidade de se aproximar. Resultando numa cobrança exagerada dos cuidados das equipes de saúde, que aos olhos dos outros estariam “blindados” desse sofrimento, conforme a história a seguir.

Solanum – homem, 63anos

No dia 09/12/06 o Serviço Social foi acionado, pois o usuário referido estava de alta e nenhum familiar havia sido encontrado para buscá-lo, continuaram as tentativas de localizar familiares, porém no dia 11/12/06 ele começou a comer as próprias fezes e foi encaminhado para a psiquiatria. No dia 13/12/06 retornou a enfermagem da clínica médica com diagnóstico de demência alcoólica e sua alta médica foi mantida; com tentativa de vaga no Albergue Especial Zarhan. No dia 15/12/06 foi solicitada vaga em hospital de retaguarda.

No dia 18/12/2006 teve uma parada cardiorespiratória e às 15:00 horas foi a óbito e descobriu-se que tinha um C.A. de fígado.

A UBS da região onde morava foi acionada e uma sobrinha foi localizada, veio ao hospital dois dias depois fazendo muitas cobranças à equipe médica e questionando condutas, além disso, era muito religiosa, mas durante toda a internação ele nunca recebeu uma visita nem a equipe um telefonema em retorno as nossas buscas por retaguarda familiar; soubemos apenas que era etilista e agressivo.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

“Nas sociedades modernas, a velhice é sinônimo de recusa e banimento. Recusa vestida com diferentes roupagens, algumas bastante evidentes passam pela segregação e pelo isolamento social, pela ruptura dos laços afetivos, familiares e de amizade, pela segregação do direito de pensar, propor, decidir, fazer, pela expropriação do próprio corpo, outras mais sutis são encontradas no tom protetor, muitas vezes cercado de cinismo com que lidamos com nosso velhinho.” (ALMEIDA, 2003:41)

Durante a pesquisa foi possível observar alguns motivos que culminaram no abandono dentre eles a perda dos vínculos, a violência, a dependência química e a doença mental, sendo que, na maioria das vezes, os fatores aparecem associados.

A perda de vínculos está diretamente ligada a transtornos de conduta, ao mau uso da liberdade, ao comportamento egoísta e individualista, e talvez fosse necessário contextualizar melhor a vida pregressa desses indivíduos desde a infância não para justificar suas ações, mas, para entendê-las e ver se não foram fruto da reprodução daquilo que tiveram como modelo de vida.

A violência do mesmo modo não se explica por si só e comumente é a manifestação extrema do agravamento das questões sociais, ou seja, de condições precárias de acesso à moradia, educação, trabalho e saúde, que levam a marginalidade e a apartação social.

O resultado da privação social dos serviços pode ser determinante para o uso de substâncias psicoativas em geral mais frequentemente do álcool por ser lícito de baixo custo e totalmente aceito, porém não menos nocivo que outras drogas e está quase sempre presente em situações de ruptura de vínculo familiar.

O uso abusivo de substâncias psicoativas pode desencadear doenças mentais, porém, o ambiente desfavorável contribui imensamente para o agravamento dessas doenças, ou seja, se existe uma família continente ciente do problema e auxiliando no tratamento a situação pode ser controlada.

A doença mental esteve presente em quase todos os casos de abandono registrados, e no contato com as famílias desses sujeitos ficou evidente o despreparo e a privação do conhecimento para lidar com o assunto.

Várias vezes a doença mental, conforme anteriormente citado, foi o resultado de psicoses induzidas por álcool ou drogas, outras tantas de causa orgânica quando ligadas a casos infecciosos ou de demência senil o que nos leva a crer que de fato devemos estar mais preparados para trabalhar com a situação, uma vez que até mesmo os profissionais de saúde mostraram-se incapacitados para lidar com idosos acometidos por esse tipo de patologia.

A tarefa de cuidar causa um grande impacto na rotina das famílias e em suas relações e conforme descreve (Karsch, 2003:107) “Os cuidadores desenvolvidos dentro das casas, invisíveis aos olhos do público e ignorados pelas autoridades e pelas organizações que poderiam se responsabilizar por uma rede de atendimento permanecem ocultos, e, por causa disso, não são amparados por quaisquer apoios, serviços externos ou políticas e programas.” E conclui citando Sinclair 1990 apud Karsch 2003:92, em pesquisa na Inglaterra descrevendo que a função de cuidador fica muito prejudicada, quando não há laços conjugais entre cuidador e paciente, quando não moram juntos, quando vivem juntos há menos de dez anos, quando o idoso tem incapacidade grave e quando seus laços afetivos estão enfraquecidos.

Portanto, se a tarefa de cuidar já é por si só uma prática estressante, nos casos em que a ruptura de vínculos já se deu há bastante tempo podemos dizer que esse trabalho torna-se insuportável.

De nada adianta exigir de uma família sem vínculos o cuidado, embora, essa prática seja habitual e a única alternativa em um país que não dispõe de serviços, sabemos que a priori esse cuidado não será feito a contento e o idoso ficará dependendo da piedade alheia para se manter vivo.

Diante dessa condição, Debert (1999) lembra que o fato dos idosos dependerem de suas famílias, tornando-se por vezes um peso, faz com que

seu papel de membro respeitado pela sabedoria muda para o de um velho abandonado e sem significado. Muitas vezes evidenciando que os gastos com a manutenção do idoso se sobrepõem aos ganhos da longevidade considerando as precárias políticas propostas no Brasil.

Outro fator determinante no papel social do idoso, segundo a autora, está na marcação de gerações: “a juventude é a idade escolar, o mundo adulto é o trabalho, a velhice é a aposentadoria” que de modo subjetivo marcam também o fim do mercado de consumo e da definição de nossa participação política em especial quando pensamos que vivemos numa sociedade capitalista que exclui e marginaliza os que considera improdutivos.

“É necessário deflagrar uma revolução cultural que possibilite, de um lado, a efetivação de políticas públicas que respondam às necessidades do segmento, e de outro, tão importante quanto, o investimento na mudança da percepção que a comunidade familiar e social tem sobre o envelhecimento e a velhice, provocando o rompimento dos mitos e preconceitos que, ainda hoje, são maiores responsáveis pela exclusão do segmento idoso.” (BRUNO, 2003: 76)

[...]

“Um novo cenário para a velhice poderá ser construído levando-se em conta duas atitudes fundamentais: cultivar uma cultura da tolerância, onde o respeito às diferenças seja o valor fundamental e considerar o ser humano como prioridade absoluta, independente da faixa etária, na efetivação de políticas públicas que busquem garantir a inclusão social para todos.” (BRUNO, 2003: 81)

Pelo fato de não haver um modelo de envelhecimento, o debate sobre o assunto ainda gira em torno de dois eixos, de um lado a velhice bem-sucedida com idosos autônomos, participativos e socialmente ativos, de outro o idoso doente, dependente da família e do Estado, mas em ambas as situações, não há garantias de relações pessoais amistosas e harmônicas.

Ainda segundo Debert (1999:86), “pesquisas enfatizam que as relações familiares ainda são fundamentais na assistência ao idoso e nas expectativas em relação ao processo de envelhecimento.” Mas o bem-estar ultrapassa a

garantia de renda e de saúde, e contam com fatores de caráter subjetivo, ou seja, ao se pensar em políticas públicas para essa população, seria necessário considerar a diversidade dos estilos de vida, das relações familiares e das classes sociais e culturais.

O Serviço Social tem envolvimento direto com as questões do envelhecimento, no entanto não faz parte de sua formação acadêmica a discussão sobre o tema. Isso tem impacto de forma direta sobre sua atuação profissional.

Enquanto categoria profissional os assistentes sociais sofrem muita pressão para responder ao Estado ainda não deu resposta, e por vezes os profissionais ficam numa linha tênue de ação, uma vez que trabalham com situações da vida privada de seus usuários, na qual frequentemente existem interesses divergentes, vítimas e vitimizadores, e várias versões para uma mesma história.

Normalmente, essa ação evasiva dos profissionais está pautada no cumprimento da lei, e não há meio de não fazê-la, o papel investigativo não é inerente à profissão, mas sim a um estudo contextualizado e com senso crítico, que fornecem subsídios que facilitam o entendimento para ajudar e resolver questões, além de estimular a formulação de dúvidas e questionamentos de uma situação.

Temos que admitir, que esse caráter investigativo é esperado e cobrado da profissão especialmente por órgãos judiciais, e que os relatórios emitidos por assistentes sociais têm um grande peso sob qualquer julgamento, além de gerarem muita expectativa nos demais profissionais que atuam no caso, pela riqueza de detalhes e pela curiosidade por questões de foro íntimo alheio. Cabe assim ao assistente social o papel de cumprir eticamente sua ação profissional.

Portanto, faz-se necessário avaliar o sentido da intervenção e a função daquilo que se relata, de discernir entre o que é fundamental para o caso, e do

que não deve ser dito ou mexido, mas não se pode ficar indiferente a questões que têm impacto sobre a vida dos indivíduos como as questões como de violência, negligência, maus-tratos, crueldade e opressão, sempre visando uma ação emancipatória.

Podemos dizer que há de se estimular à formação de grupos organizados de forma consciente e crítica, como meio de forçar o Estado a mudar os princípios da educação e atender as demandas emergentes de questões sociais.

Segundo Lopes (2009), a questão da longevidade chegou no Brasil antes que o país tivesse criado meios para resolver seus graves problemas sociais fruto do modelo político vigente.

No caso dos problemas aqui descritos relacionados à velhice, uma possibilidade seria a criação de comunidades asilares com espaços comuns, porém com privacidade e participação na vida pública, além disso, é indispensável à existência de uma rede com vários serviços efetivos e articulados, já que a velhice de se apresenta de muitos modos diferentes e cada vez mais será uma questão expressiva considerando o aumento acelerado do envelhecimento.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Mônica Maria Torres. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: Política social, família e juventude. São Paulo: Cortez, 2004.

ALMEIDA, Vera Lúcia Valsecchi. Modernidade e velhice. Serviço Social & Sociedade, n° 75 ano XXIV . São Paulo: Cortez, set.2003.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: Pós Neoliberalismo – as políticas sociais e o estado democrático. São Paulo: Paz e Terra, 1995

BATISTA, Paulo Nogueira. Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos. São Paulo: PEDEX, 1994.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2007

BOÉTIE, Étienne de La. Discurso da Servidão Voluntária. 4.<sup>a</sup> ed., 2.<sup>a</sup> reimpressão. São Paulo: Editora Brasiliense, 2001

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Imprensa Oficial, São Paulo, 2004

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social. Lei n° 8.742, de 7 de dezembro de 1993. A organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF:2004

BRASIL. Lei n°8.662, de 7 de junho de 1993. A profissão de assistente social e dá outras providências. 3°ed. Brasília: CFESS, 1997

BRASIL. Código de Ética do Assistente Social. Brasília, DF: CFESS, 1993

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica/Sistema Único de Assistência Social Construindo as Bases Para a Implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRASIL. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Centro Gráfico; 1988.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Íntegra da Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília (DF): Centro Gráfico; 2003

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: 1999

BRUNO, Marta Regina Pastor; Cidadania não tem idade. Serviço Social & Sociedade, nº 75 ano XXIV . São Paulo: Cortez, set. 2003.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 733-781 ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300009.

CAMARANO, Ana Amélia e EL GHAOURI, Solange Kanso. "Famílias com idosos: ninhos vazios?" Texto para Discussão nº 950. Rio de Janeiro, Ipea, 2003.

CARVALHO, Aline Martins. Conselhos de Direitos: democracia e participação popular. In: Política social, família e juventude. São Paulo: Cortez, 2004.

A priorização da família na agenda da política social. In: Família brasileira, a base de tudo. 4 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, UNICEF, 2000.

CISNE, Mirla, GURGEL, Telma. Feminismo, Estado e políticas públicas: desafios em tempos neoliberais para a autonomia das mulheres. SER Social, Brasília, v. 10, n. 22, 2008

DEBERT, Guita Grin. A Reinvenção da Velhice. São Paulo: EDUSP, 1999.

DURHAM, Eunice R. Família e Reprodução Humana, in: A Dinâmica da Cultura. Rio de Janeiro, Cosac Naify, 2004

ELIAS, Norbert. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001

FOUCAULT, Michel. Ditos e Escritos: Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004, v.5

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 10ª edição.

GAMA, Andrea Sousa. As contribuições e os dilemas da crítica feminista para a análise do Estado de Bem-Estar Social. SER Social, Brasília, v. 10, n. 22, 2008

GOMES, Mônica Araújo, PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 357-363. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232005000200013.

GUERREIRO, Maria da Dores. Pessoas sós: Múltiplas Realidades, in: Sociologia, Problemas e Práticas. n. 43 , 2003

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul. Relações sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez, 1982.

KARSCH, Ursula Margarida. Cuidadores familiares de Idosos: parceiros da equipe de saúde, Serviço Social & Sociedade, n° 75 ano XXIV . São Paulo: Cortez, set.2003.

LOPES, R. G. C. ; Barroso, Áurea Soares – "Outonear": inquietações e perspectivas concernentes ao direito à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade humana no tempo da velhice. In: Maria Aparecida Gugel; Iadya Gama Maio. (Org.). Pessoas Idosas no Brasil: Abordagens sobre seus direitos. 1ª ed. Brasília: Instituto Antenas; AMPID, 2009, v. 1, p. 51-68.

MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. A Construção da Identidade e da Subjetividade do Idoso. Tese de Doutorado defendida no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1997

MINAYO, Maria Cecília S. Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade. 24 ed. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecilia de S., SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, [online]. 1993 v.9, n.3,. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1993000300002](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1993000300002). Acesso em 10 Julho 2010. doi: 10.1590/S0102-311X1993000300002.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. "Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio familiar". In: Política social, família e juventude: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

NETTO, José Paulo. Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal. São Paulo: Cortez, 1995.

OLIVEIRA, Luciana Vargas Netto. "Estado e políticas públicas no Brasil". Serviço Social & Sociedade, n° 93 ano XXIX . São Paulo: Cortez, mar.2008.

PABLO (org.) Pós Neoliberalismo: As políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: Política Social, Família e Juventude – Uma Questão de Direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Necessidades Humanas - Subsídios à Crítica dos Mínimos Sociais - 5ª Edição. São Paulo: Cortez, 2007

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. A assistência social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS. Ser Social, Brasília, n. 20, 2007.

RUSSO, Glaucia, CISNE Mirla, BRETTAS, Tatiana. Questão social e mediação de gênero: a marca feminina na Assistência Social. SER Social, Brasília, v. 10, n. 22, 2008.

SANTOS, Tânia Steren. Gênero e políticas sociais: novos condicionamentos sobre a estrutura familiar. SER Social, Brasília, v. 10, n. 22, 2008.

SOUZA, Marcos Francisco. A participação do assistente social na judicialização dos conflitos sociais. SER Social, Brasília, n. 19, 2006.

SOUZA, Ana Lúcia Marques de ; LOPES, R. G. C. . O outro lado da moeda: velhos violentos. In: Marília Viana Berzins; William Malagutti. (Org.). ROMPENDO O SILÊNCIO: FACES DA VIOLÊNCIA NA VELHICE. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2010, v. 1, p. 237-252.

ROSA, Elizabete Terezinha Silva. A centralidade da família na política de assistência social. In: I Congresso Internacional de Pedagogia Social, [online], 2006. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, Disponível em: [www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000092006000100011](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100011). Acesso em: 22 Julho. 2010.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira et al. A Assistência na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras: uma questão em análise. 6 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 87, 2006.

SERAPIONI, Mauro. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, pp. 243-253. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232005000500025.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 40, n. 1, Mar. 2006.

VELHO, Gilberto. O Estudo do Comportamento Desviante, in: Desvio e Divergência: uma crítica a patologia social. 8. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

YASBECK, Maria Carmelita. Classes subalternas e assistência social. n. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003.



## ANEXO I – PROPRIEDADE DAS ERVAS

**ALEURITES** "Aleurites fordii Hemsley" Planta tóxica. Sintomas: náuseas, cólicas abdominais intensas, vômitos, diarreia, secura das mucosas, letargia e desorientação. Nos casos mais graves, causa desidratação, midríase, taquicardia, cianose e hipotermia.

**ALFAZEMA** "Lavandula officinalis" Poderoso antisséptico, cicatrizante, estimula a circulação periférica, antidepressiva, sedativa e analgésica. É ainda desodorante, purificante e ótimo repelente de insetos.

**ANGÉLICA** "Angelica Officinalis" Planta aromática procedente do Hemisfério Norte. Muito indicada no trato digestivo e na insuficiência de suco gástrico e problemas estomocais. Não é recomendado a diabéticos

**ARTEMISIA** "Artemisia vulgaris" Planta feminina que tem ação estimulante sobre o útero e deve ser evitada por mulheres grávidas, por ser emenagoga. O CHÁ combate problemas de ovários, ciclo menstrual irregular, lombrigas e anemia (2xícaras/dia no máximo).

**HIPÉRICO** "Hipeycum perfloratum" Famoso calmante e antidepressivo, também é antiinflamatório e cicatrizante. É a hipericina a responsável pela ação calmante, que também age na insuficiência hepática, má digestão, gota e reumatismo.

**JUREMA** "Mimosa hostilis" Sintetiza uma potente substância alucinógena, a dimetiltriptamina ou DMT, responsável pelos sintomas físicos são dilatação das pupilas, suor excessivo, taquicardia e náuseas/vômitos, e alucinações.

**MACELA/FLOR** "Achyzocline satureoides" Planta aromática com inflorescências usadas em travesseiros com finalidades calmantes. Em chá é indicado para problemas digestivos, azia e para acalmar cólicas abdominais.

**MELISSA** "Melissa officinalis" Usada para insônia, enxaquecas, tensão nervosa, neurastemia, ansiedade, antiespasmódica, sedativa, estimulante do chacra cardíaco.

NERIUM “Nerium oleander L.” Contém princípios ativos tóxicos. Sintomas: náuseas, vômitos, cólicas, diarreia com muco e sangue; taquicardia, bradicardia; fraqueza, depressão, cianose, angústia respiratória, tontura, midríase, sonolência, torpor, coma.

SENECIO “ senecio brasiliensis Lessing” Planta tóxica. Causa necrose de fígado e lesões de pulmão.

SOLANUM “Solanum palinacanthum Dunal” Planta tóxica. Sintomas: intoxicações por essa planta são mais comuns em animais, provocando cólicas, tremores musculares, dispnéia, taquicardia, podendo ocorrer convulsão pela má oxigenação cerebral.

Fonte: ([www.poderesdasplantas.com.br](http://www.poderesdasplantas.com.br))


# ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DA CONEP PARA PUBLICAÇÃO

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

Página 1 de 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

<b>PROJETO RECEBIDO NO CEP</b>		<b>CAAE - 0019.0.158.000-08</b>	
Projeto de Pesquisa O outro lado do abandono			
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 28841877820	Pesquisador Responsável Luciana de Souza Braga	Assinatura	
Comitê de Ética			
Data de Entrega 04/11/2008	Recebimento:	 Assinatura 2404	

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.