

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

MARCIA QUEIROZ DE CARVALHO GOMES

**PROTEÇÃO SOCIAL À VELHICE E O CIRCUITO
DE SOLIDARIEDADES INTERGERACIONAIS**

Salvador – Bahia
2008

MARCIA QUEIROZ DE CARVALHO GOMES

PROTEÇÃO SOCIAL À VELHICE E O CIRCUITO DE SOLIDARIEDADES INTERGERACIONAIS

Tese submetida ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia, em cumprimento parcial dos requisitos para obtenção do grau de Doutora em Ciências Sociais.

Orientadora : Profa. Dra. Alda Britto da Motta

Salvador – Bahia
2008

G633 Gomes, Marcia Queiroz de Carvalho
Proteção social à velhice e o circuito de solidariedades intergeracionais / Marcia
Queiroz de Carvalho Gomes. – Salvador, 2008.
289 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Alda Britto da Motta
Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas, 2008.

1. Solidariedade. 2. Envelhecimento. 3. Relações homem-mulher. 4. Família.
I. Motta, Alda Britto da. II. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas. III. Título.

CDD – 305.26

MARCIA QUEIROZ DE CARVALHO GOMES

**PROTEÇÃO SOCIAL À VELHICE E O CIRCUITO DE SOLIDARIEDADES
INTERGERACIONAIS**

Tese submetida ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia, em cumprimento parcial dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais.

Salvador, 27 de fevereiro de 2008

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Alda Britto da Motta - Orientadora

Prof^a. Dr^a Benedita Edina da Silva Lima Cabral

Prof^a. Dr^a Maria do Rosário de Menezes

Prof^a. Dr^a Ruthy Nadja Laniado

Prof^a. Dr^a Maria Rosário Gonçalves de Carvalho

Para Milton e Maria Alice,
solidários em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Encerrado o trabalho, irrealizável sem o apoio e a contribuição direta e indireta de muitas pessoas, é o momento de reconhecer e agradecer.

Em primeiro lugar, a Alda Britto da Motta, orientadora instigante, generosa e amiga, com quem tive o prazer e o privilégio de continuar trabalhando.

À amiga Eulália Azevedo, pelo inestimável apoio e estímulo intelectual e afetivo.

À Adriana Pimentel, amiga e interlocutora atenta e afetuosa. As colegas e amigas de todas as horas, Tereza Baraúna, Sheila Araújo, Sandra Pacheco, pelo incentivo e encorajamento durante todo o percurso.

À amiga Helena Pataro, pela ajuda fundamental no trabalho de campo, “abrindo a porta” na comunidade para a realização da pesquisa.

As companheiras do NEIM, Ana Alice, Cecília, Ívia, Rita, pelo apoio, incentivo, desde o princípio, e por compreenderem minha ausência na fase final de trabalho. À Márcia Macedo, pela força emprestada nos momentos mais difíceis desta travessia.

Às Professoras Rosário de Carvalho e Ruthy Laniado, pela participação decisiva nesta fase da minha formação.

Aos dirigentes e técnicos do Abrigo que tão generosamente abriram as portas da Instituição possibilitando a realização desse trabalho.

A todos os idosos, do Abrigo e da comunidade, pelo acolhimento e colaboração prestados à pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, pelo apoio e incentivo à formação de pesquisadores.

Aos bolsistas, jovens promissores e responsáveis, pela enorme contribuição que deram em diferentes fases da pesquisa: Giselle Oliveira, Milena Araújo, Vanessa Marques, Raquel Quiroz, Diego Eiterer, Camila Castelo Branco e Bárbara Vick.

Aos meus pais, Milton e Zenilda, agradeço o apoio, o incentivo e a solidariedade, em todos os momentos, e minhas desculpas por todos os “não posso agora”, “agora não dá”, que tive de dizer durante estes anos de trabalho.

Aos queridos filhos, Milton e Maria Alice, pelo amor e compreensão incondicionais. A Milton, que, mesmo de longe, me deu apoio moral, material e afetivo indispensáveis nessa jornada. A Maria Alice que, por estar mais próxima, dividiu comigo as responsabilidades da casa e ainda ajudou nas correções finais do trabalho.

À Luiz Euclides Palmeira, pessoa especial, entrou na minha vida num momento tão difícil trazendo amor e alegria, e tem sido solidário, companheiro e amigo, sempre atento e amoroso, me impulsionando a seguir em frente.

Não posso esquecer de mencionar os meus fiéis companheiros, Bug e Belinha, que sempre me acompanharam madrugada a dentro.

RESUMO

O trabalho documenta e analisa as novas formas de solidariedade intergeracional, considerando que nas sociedades contemporâneas as relações sociais se tornaram mais complexas à medida em que as estruturas social e familiar se reconfiguraram, alterando as formas de troca entre as gerações. A institucionalização do sistema de proteção social público ou da solidariedade pública concorreu para modificar a dinâmica do sistema de proteção social familiar ou das solidariedades primárias. Tomo como campo de análise o cotidiano das trocas vivenciadas por mulheres e homens idosos pertencentes às classes populares de Salvador, em contextos relacionais distintos, ou seja, aqueles que mantêm vínculos de solidariedade primária, representados por idosos/as moradores da comunidade/bairro, e aqueles que se encontram em situação limite entre a solidariedade primária, a solidariedade secundária ou pública e a prestada por estranhos, representados por idosos/as moradores/as de asilo público. Trata-se de um estudo qualitativo, a partir da observação direta, com registro sistemático das visitas em diário de campo, e entrevistas semi-estruturadas e abertas, feitas com trinta e um idosos/as, e seis profissionais vinculados à gestão pública da velhice. Considerando que a solidariedade familiar não é dada, mas construída na dinâmica das relações de troca e ainda que as políticas sociais do Estado afetam as relações familiares, concluo que as formas de solidariedade intergeracionais na atualidade vêm se configurando como um circuito de relações de interdependência entre a solidariedade pública e a primária, imprescindíveis uma à outra, conformando novas possibilidades de troca entre as gerações.

Palavras-chave: Solidariedade. Proteção Social. Envelhecimento. Relações Intergeracionais. Família. Gênero.

ABSTRACT

This thesis is aimed at reporting and analyzing the new ways through which intergenerational solidarity takes place by taking into account the complexity of contemporary social relations as a result of the reshaping of social and family structures that alters the ways intergenerational exchanges occur. The institutionalization of the public protection system or the public solidarity has contributed to change the dynamics of the family's social protection system or primary solidarity. The everyday exchanges among low-income elderly men and women in Salvador (Bahia, Brazil) comprise the field in which two distinctive relational contexts are analyzed, namely, the one presenting primary solidarity bonds, consisting of those elderly dwelling in communities/districts, and the one presenting a borderline situation among primary, secondary/public or provided-by-strangers kinds of solidarity, consisting of institutionalized elderly in public nursing homes. This is a qualitative study based on both direct observation, systematically recorded in field journals, and open-ended and semi-structured interviews carried out among thirty-one elderly subjects and seven practitioners dealing with the public management of the elderly population. Given that family solidarity is a social construct resulting from the dynamics of the exchange relations and that social governmental policies play a role in family relationships, the ways contemporary intergenerational solidarity occurs can be concluded to comprise a set of interdependent relations between public and primary kinds of solidarity, one being vital to the other, thus presenting new possibilities for interchange between generations.

Key Words: Solidarity. Social Protection. Aging. Intergenerational Relationships. Family. Gender

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOSID - Associação Obras Sociais Irmã Dulce
ASAPREV-BA - Associação de Pensionistas e Aposentados da Bahia
AVC - Acidente vascular cerebral –
BNH - Banco Nacional de Habitação
BPC - Benefício de Prestação Continuada
Caoci - Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça da Cidadania
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEI - Conselho Estadual do Idoso
CEME - Central de Medicamentos
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CMI - Conselho Municipal do Idoso –
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
CNDI - Conselho Nacional de Direito do Idoso
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social
COBAP - Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas
CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRAS - Centros de Referência da Assistência Social
CREASI - Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CSU's - Centros Sociais Urbanos
DAB - *Departamento de Atenção Básica*
DAE - *Departamento de Atenção Especializada*
DAPE - *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*

DEATI - Delegacia Especial de Atendimento ao Idoso
DERAC - *Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas*
EMBASA - Empresa Baiana de Saneamento
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FNAS - Fundo Nacional de Assistência Social
FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menos
GEIDO - Grupo de Atuação Especial de Defesa dos Direitos do Idoso
GTI - Grupo de Trabalho Interinstitucional
IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Nacional de Geografia e Estatística
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
INSS - Instituto Nacional de Seguro Social
IPASE - Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPHAN - Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
LBA - Legião Brasileira de Assistência
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MAPS - Ministério da Assistência e Promoção Social
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MP - Ministério Público
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MPS - Ministério da Previdência Social
NIAPI - Núcleo Interinstitucional de Ação Pró-Idosos
NOB - Norma Operacional Básica
PAI - Programa de Assistência ao Idoso
PAIF - Programa de Atenção Integral à Família

PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIS – Programa de Integração Social
PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PNI - Política Nacional do Idoso
PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPA – Plano Plurianual
PROSI - Programa de Saúde do Idoso
PSF – Programa de Saúde da Família
RENADI - Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEAS - Secretaria de Estado de Assistência Social
SECOMP - Secretaria de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais
SEDES - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SEDH - Secretaria Especial dos Direitos Humanos
SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SESC – Serviço Social do Comércio
SESI – Serviço Social da Indústria
SETRAS - Secretaria de Trabalho e Ação Social da Bahia
SETRAS - Secretaria Estadual de Trabalho, Assistência Social e Esporte
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUDESCO - Superintendência de Desenvolvimento da Comunidade do Estado da Bahia
SURCAP - Superintendência de Urbanização da Capital
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. A VELHICE: de objeto de caridade a objeto de novas políticas sociais	19
1.1. Perspectiva teórica e categorias de análise	26
1.2. Itinerário da pesquisa	42
2. CAMINHOS DA PROTEÇÃO SOCIAL	49
2.1. Proteção social: perspectiva histórica	50
2.2. Proteção social no Brasil: do Estado para a Família	69
3. PROTEÇÃO SOCIAL À VELHICE	102
3.1. Políticas sociais para a velhice no Brasil	104
3.2. Políticas sociais para a velhice na Bahia	133
4. A SOLIDARIEDADE PÚBLICA E INSTITUCIONAL	143
4.1. A Instituição	145
4.2. Os idosos: quem são e como vivem	159
4.3. Os (desen)laços familiares e sociais: o asilamento	161
4.4. As relações familiares: no passado e no presente	167
4.5. A dinâmica relação de dar–receber–retribuir em família	171
4.6. Solidariedade local: “colegas” e visitantes	177
4.7. Na ausência da família só resta o Estado: políticas sociais, aposentadoria e velhice	190

5. A SOLIDARIEDADE FAMILIAR E COMUNITÁRIA	199
5.1. O Bairro	200
5.2. Os idosos: quem são e como vivem	204
5.3. A vida e a luta pela sobrevivência no passado e no presente	208
5.4. A dinâmica relação de dar–receber–retribuir em família	215
5.5. Solidariedade local: vizinhos e amigos	224
5.6. Os Companheiros	228
5.7. Na ausência do Estado só resta a família: políticas sociais, aposentadoria e velhice	230
6. SOLIDARIEDADE E RELAÇÕES INTERGERACIONAIS	238
CONSIDERAÇÕES FINAIS	249
REFERÊNCIAS	261
APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS MORADORES DO BAIRRO DE PAU DA LIMA	279
APÊNDICE B – CARACTERIZAÇÃO DAS IDOSAS ENTREVISTADAS MORADORAS DO ABRIGO D. PEDRO II	280
APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS MORADORES DO ABRIGO D. PEDRO II	281
APÊNDICE D – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS	282

INTRODUÇÃO

Compreender as mudanças ocorridas no processo histórico-social no qual se constrói a noção de velhice e os diferentes lugares que ela ocupa na estrutura social, e, principalmente, entender como vêm se dando as relações inter e intrageracionais vem sendo alvo das minhas preocupações (GOMES, 2001).

Se no primeiro momento – dissertação de mestrado – busquei compreender as novas formas de sociabilidade construídas nos grupos de convivência de idosos e como as práticas desenvolvidas ali vêm servindo para (re)fazer vínculos sociais, tanto extra como intrafamiliares, nessa etapa de pesquisa busco ampliar e aprofundar a discussão. Trago como ponto central a tensão na definição das obrigações e responsabilidades sociais para com os mais velhos na sociedade brasileira. Questão ainda muito pouco discutida no Brasil, embora, de certo modo, implicitamente colocada tanto nos textos legais quanto no discurso gerontológico. Família, Estado e Sociedade constituem-se instâncias institucionais legais de apoio e assistência às gerações mais velhas. Trata-se aqui de analisar como esta forma híbrida de solidariedade social intergeracional vem atuando, observando seu fluxo histórico e as tensões que emanam dos três setores.

O envelhecimento populacional, como um fato concreto vivido tanto por países desenvolvidos quanto por países em desenvolvimento, vem acirrando a tensão entre Estado e Família na medida em que põe em cheque, por um lado, o compromisso e a capacidade do Estado em cumprir suas obrigações junto aos cidadãos, e por outro, os limites e as possibilidades da Família em manter as relações de reciprocidade entre seus membros.

O processo de transição demográfica, fenômeno mundial sofrido no decorrer do século XX, caracterizado pela diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, provocou o aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento populacional. A velhice era até então uma experiência de poucos, seus problemas ficavam a cargo da família e a diminuição da capacidade produtiva era compensada pela experiência e transmissão de conhecimento. As trocas se davam no âmbito das relações familiares intergeracionais. Fora da família a velhice era confundida com a mendicância e assistida pelas instituições de caridade e beneficência. O aumento

substancial do número de idosos, em relação às outras faixas etárias; as transformações no mundo do trabalho, onde a experiência dos mais velhos já não é valorizada; a institucionalização do sistema de aposentadoria, que ao mesmo tempo em que dá certa autonomia econômica torna os mais velhos excluídos dos processos sociais; a intermediação e regulação das relações sociais pelo Estado; a implementação do sistema de Seguridade Social e de políticas sociais; e as mudanças na estrutura e organização familiar, todos estes fatores, produziram formas novas de relações intergeracionais, novas formas de solidariedade, como veremos.

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional vem se dando de modo rápido nas últimas décadas – diferente dos países desenvolvidos, onde este processo se deu de modo gradual – tornando-se um “problema social” a mais, que veio juntar-se aos problemas já existentes – desemprego, pobreza, desigualdade social crescente, etc. O envelhecimento aparece como um grande vilão, apontado como um dos principais responsáveis pela crise do precário sistema de proteção social brasileiro. Por outro lado, as famílias vêm enfrentando dificuldades para manter o sustento e os encargos dos membros que se encontram em situações de vulnerabilidade – as crianças, os adultos desempregados, os velhos.

Nos países centrais onde o modelo do Welfare State foi implementado - no pós-guerra -, o Estado, tendo como princípio a igualdade, buscou garantir a universalidade dos direitos sociais através da oferta de certos bens e serviços a todos os cidadãos, sem discriminação de raça, classe, crença ou posição partidária. Durante os chamados “gloriosos trinta” – época de pleno emprego e oferta de políticas sociais universais – o Estado passou a assumir funções tradicionalmente desempenhadas pela família – socialização de crianças, assistência aos idosos, prestação de cuidados a idosos e doentes, etc.- ficando esta última em segundo plano. Parecia que o Estado seria capaz de substituir a família tanto na produção como na reprodução social, ou seja, o indivíduo-cidadão poderia viver dependendo apenas do Estado e do trabalho, e não mais das chamadas sociabilidades comunitárias e familiares (CARVALHO, 2003). Com esse sistema de redistribuição acreditava-se que o Estado ofereceria uma forma de solidariedade mais ampla que a das redes primárias e mais justa que a das redes de caridade privadas (GODBOUT, 1999).

No final da década de 1970 e início da década de 1980, inicia-se a discussão em torno da crise do Estado de Bem-Estar Social, que já dava sinais de esgotamento de suas potencialidades¹. Busca-se, assim, a redefinição do papel do Estado frente às pressões políticas e econômicas neoliberais e às mudanças: as demográficas - desequilíbrio entre as gerações, ou aumento da percentagem de pessoas idosas -; as novas demandas de uma sociedade complexa; os déficits públicos crônicos; a revolução informacional; a transformação produtiva; o desemprego e a precarização nas relações de trabalho; a expansão da pobreza e o aumento das desigualdades sociais (CARVALHO,2003).

Nas propostas de reforma do Estado há uma tendência, cada vez maior, de encolhimento dos benefícios e serviços prestados por ele e o reenvio para a família e a sociedade civil mais ampla dos encargos assumidos pelo Estado. A partir dos anos 90, as buscas de alternativas para a crise têm girado em torno do compartilhamento de tais responsabilidades entre o Estado, família, iniciativa privada e sociedade civil (Welfare Mix, economia solidária, etc) .

Nos países periféricos, particularmente no Brasil, o sistema de proteção social sempre se mostrou frágil, encontrando grande dificuldade em garantir políticas sociais capazes de atender as demandas da sociedade. Por outro lado, sempre contou com uma forte participação da família e da sociedade civil na partilha de responsabilidades sociais. A ajuda familiar, intra e intergeracional, a rede de vizinhança, a amizade - e, mais recentemente, de forma mais generalizada, a ajuda entre estranhos -, sempre estiveram presentes nas práticas sociais cotidianas nas mais diversas formas.

Mas, a família também vem sofrendo intenso processo de mudança ao longo deste período, tanto na estrutura como no modo como as gerações se relacionam, destacando-se: a entrada massiva da mulher no mercado de trabalho, o aumento do número de divórcios e de re-casamentos, a diminuição do número de filhos, o aumento do número de mulheres chefes de família, a presença de várias gerações na família, dentre outras. Tais mudanças têm afetado as formas de troca e reciprocidade nas relações intergeracionais na família.

¹ Ver sobre este assunto Draibe e Henrique (1988)

Essas alterações na estrutura e nas formas de organização das famílias, juntamente com a crise do sistema de proteção social do Estado e, principalmente, o envelhecimento populacional e o alongamento da vida, tornam imprescindível a discussão acerca do sistema de solidariedade intergeracional em nossa sociedade, face às implicações sociais que este fenômeno vem ocasionando.

Nesta perspectiva, distinguimos três formas de vínculos sociais potencialmente geradores de solidariedade: a família, o Estado e a comunidade. Em primeiro lugar, a forma mais tradicional de relação social, as chamadas solidariedades primárias, entendidas como:

configurações de relações correspondentes ao nível primário de apropriação social do mundo e de constituição da identidade, que incluem rede de parentesco, co-residência, comensalidade e vizinhança, acionáveis em situações de necessidade para apoiar material ou moralmente aqueles que são reconhecidos como membros dessas redes (NUNES, 1995, p.9).

Em segundo lugar, a chamada solidariedade secundária ou pública, que se refere ao sistema de redistribuição de recursos operado através da intermediação do Estado, correspondendo ao conjunto de benefícios e serviços prestados aos cidadãos, especialmente, através do Sistema de Seguridade Social público – previdência, assistência social e saúde – tais como: transferência de recursos dos ativos para os inativos (os jovens contribuindo para a aposentadoria dos velhos), dos empregados para os desempregados (seguro desemprego), dos solteiros para os casados (salário família), transferência de recursos sociais para tratamento de saúde (FALEIROS, 1988).

Por último, a solidariedade entre estranhos, ou seja, a solidariedade prestada por pessoas ou entidades beneficentes, associações, organizações não lucrativas, ou o chamado terceiro setor.

O estudo da forma como estes sistemas de solidariedade vêm se constituindo historicamente, as transformações no processo de troca intergeracionais, as repercussões de cada um desses sistemas sobre o outro e a interdependência que se estabelece entre eles, configura-se como uma possibilidade de compreender como vêm se dando as relações entre as gerações, neste caso, tendo como foco a geração mais velha.

Deste modo propõe-se analisar essas formas de solidariedade intergeracionais, não isoladamente como, em geral, vêm fazendo os poucos trabalhos na área, mas observando seus pontos de intersecção, geradores não só de solidariedade, mas também, de conflitos. Tomo como campo de análise, o cotidiano de trocas vivenciadas por mulheres e homens idosos pertencente às classes populares, tanto aqueles que mantêm vínculos de solidariedade primária: idosos moradores da comunidade/bairro, quanto aqueles que se encontram em situação limite entre a solidariedade primária, a solidariedade secundária ou pública e a prestada por estranhos: idosos/as moradores/as de asilo público. Pretende-se assim: analisar o processo histórico-social no qual foram elaboradas as políticas de proteção social, em especial, as políticas voltadas para a população mais velha; verificar como tais políticas vêm se efetivando no contexto atual; observando, por um lado, como elas vêm repercutindo nas relações de solidariedade intergeracionais na família e, por outro, como a solidariedade pública vem atuando nos casos em que as relações familiares inexistem ou encontram-se esgarçadas ou rompidas; e, principalmente, apreender as formas de troca e solidariedade primária e secundária de que idosos em diferentes contextos relacionais - vivendo em instituição asilar e vivendo na comunidade - dispõem e fazem uso, através da percepção que os próprios idosos têm dessas relações de troca. Nesse contexto, busca-se assinalar a situação de vulnerabilidade da mulher idosa resultante das desigualdades sociais de gênero.

A seqüência de apresentação deste trabalho revela a trajetória percorrida a fim de alcançar os objetivos propostos. No primeiro capítulo traço, inicialmente, em linhas gerais, o processo de construção social da velhice, delineando assim, o campo do estudo. Na seqüência, apresento a abordagem teórica e as categorias de análise que fundamentam e dão suporte às discussões, e ainda o itinerário percorrido no processo de investigação.

O segundo capítulo revê, no primeiro momento, os principais percursos históricos nos quais a proteção social foi se constituindo, em seguida, busca-se compreender sob quais circunstâncias históricas e sociais a proteção social brasileira

foi se institucionalizando, apontando as atuais estratégias das políticas sociais públicas no reenvio para a família da responsabilidade pela proteção dos seus componentes. Esse mergulho histórico se deu pela certeza de que para compreender as práticas assistenciais atuais se faz necessário apreender o curso do seu desenvolvimento ao longo do tempo, sob dadas condições sociais.

O terceiro capítulo é dedicado especificamente às políticas de proteção social à velhice, buscando identificar os princípios que as orientam e como tais políticas vêm (ou não) se efetivando na prática, e, particularmente, como elas vêm se configurando no Estado da Bahia.

O quarto e o quinto capítulos representam o núcleo da pesquisa. Neles faço o registro etnográfico de dois contextos em que os sistemas de solidariedade – público e primário - atuam de forma mais ou menos predominante – num abrigo público e na família -, observando o circuito de trocas intra e intergeracionais no cotidiano de mulheres e homens idosos.

No sexto capítulo discuto a relação de interdependência entre a solidariedade pública e a primária, que fazem com que esse circuito de trocas se retroalimente, criando novas configurações.

Por fim, retomo alguns pontos que se mostraram mais relevantes no decorrer do trabalho.

1. A VELHICE: de objeto de caridade a objeto de novas políticas sociais

A velhice surge como “problema social” na medida em que as sociedades tornaram-se mais complexas e o sistema de solidariedade social vai tomando formas diversificadas.

Da “velhice invisível” (FERNANDES, 1997), - ou por estar assimilada pelo grupo familiar ou por fazer parte de um grupo de miseráveis, indistintamente, e nesse caso, objeto de caridade -, a velhice vai se tornando, ao longo dos últimos dois séculos, um problema social, saindo da esfera privada familiar e tornando-se público, com demandas por políticas sociais específicas.

Esse deslocamento da esfera privada para a pública se deve, principalmente, às mudanças nas formas como as gerações se relacionam, pois, como argumenta Britto da Motta (1998, p.1) “qualquer reflexão sobre a vida social dos idosos será sempre o das relações históricas entre as gerações, situadas em contextos sociais definidos”. Nesse sentido, podemos apontar três esferas nas quais estas mudanças foram ocorrendo e ao mesmo tempo produzindo efeito umas sobre as outras: alterações nas relações intergeracionais no mundo do trabalho, as transformações das relações intergeracionais na família e a crescente institucionalização das relações sociais através da intermediação e regulação do Estado culminando com a implementação de políticas sociais.

Na sociedade brasileira do início de século XIX, ainda escravista, onde o trabalho não era um valor fundamental, a velhice ou era, indiscutivelmente, responsabilidade da família – portanto não se tratava de um problema público – ou juntava-se indiscriminadamente a outras categorias sociais marginalizadas, sob a denominação de “mendigos”. Estes velhos fora do contexto familiar, juntamente com os loucos, doentes e inválidos, eram considerados pobres merecedores de assistência e da caridade cristã, e para eles reservavam-se os abrigos de mendicidade. Mas a velhice não era um problema “(...) neste momento caritativo, a velhice não é um critério definidor da assistência (...). Não existia uma problemática da velhice, pois o problema era ser pobre e estar isolado, era ser um *infeliz pária da ventura*” (SANT’ANNA, 2000, p.22).

A partir da segunda metade daquele século, duas questões foram fundamentais para reconfiguração desse quadro. Por um lado, a proibição do tráfico negreiro, gerando a necessidade de aproveitamento da mão-de-obra da população pobre livre, transformando-os em trabalhadores assalariados. Nesse contexto a pobreza começa a desvincular-se de seus aspectos morais e religiosos e surge como fator econômico (GROISMAN, 1999). Por outro lado, há a investida da medicina sobre as questões sociais, passando a normatizar e a controlar a população pobre, assim como, as instituições.

Inicia-se, nesse período, o processo de ordenação, classificação e diferenciação da mendicância, como mostra Foucault (1995), separando a população inválida daquela recuperável e apta ao trabalho. A caridade é criticada por incentivar os pobres a esmolar. O discurso filantrópico e da medicina social realizam transformações nos espaços institucionais, separando os diferentes tipos de assistidos sociais.

Surgem nesse período, final do século XIX início do século XX, instituições especializadas em assistir os diferentes tipos urbanos, segundo algumas características: crianças para asilos de órfãos, loucos nos hospícios, vadios em casas de correção e velhos para os asilos de velhos (GROISMAN, 1999).

A velhice, antes encoberta e misturada a outras populações de pobres, ganha naquele momento contornos próprios, tornando-se uma categoria distinta das demais. Essa imagem da velhice desamparada e asilada impregna até hoje o imaginário social, fazendo com que a experiência de envelhecer seja temida e indesejada. Groisman (1999) aponta este momento como um dos responsáveis pela criação de uma imagem da velhice vinculada à pobreza, à doença e à indigência. Os meios de comunicação da época, especialmente os jornais, tiveram um papel importante na veiculação de tal imagem.

As investidas do Estado nas condições biológicas da população aumentaram no século XX, na medida em que o valor do trabalho cresceu e com ele a necessidade de corpos aptos para a produção e reprodução social. Com o incremento do processo de urbanização e industrialização e contando com o apoio da medicina, biologia e da psicologia, o curso da vida foi sendo, cada vez mais, colonizado. A idade cronológica

tornou-se um importante definidor de papéis sociais a serem seguidos, meio de estabelecer direitos e deveres dos indivíduos na sociedade.

Segundo Debert (1999), a “cronologização” do curso da vida pode ser pensada tanto como resposta às mudanças na estrutura econômica – de uma economia baseada na unidade doméstica para outra, baseada no mercado de trabalho -, quanto às transformações das questões que diziam respeito à ordem privada em problemas de ordem pública, operadas pelo Estado Moderno – regulação da vida, do nascimento à morte, passando pelo sistema de escolarização, entrada no mercado de trabalho e aposentadoria.

As mudanças no sistema de produção, o controle do Estado, especialmente sobre a entrada e saída do mercado de trabalho, por um lado, e o discurso médico sobre a velhice, por outro – “fase de declínio”, “decadência física e mental”, etc. -, põem a velhice num “não-lugar” (AUGÉ, 1984). A saída do mercado de trabalho, com a aposentadoria, decretava a morte social das pessoas de mais idade, pois impossibilitadas de continuar produzindo e se reproduzindo, elas perdem o seu valor social e simbólico (BIRMAN, 1995).

Desta forma, lembra Lenoir (1996), a velhice surge como problema social, sobretudo na classe operária: “A ‘velhice’ dos operários é, então, assimilada, pelo patronato capitalista, à ‘invalidez’, isto é, à ‘incapacidade para produzir’ (...)”. A noção de velhice se associa à aposentadoria, ou seja, à decadência e à incapacidade para o trabalho. Se, por um lado, a institucionalização da aposentadoria representou a possibilidade de autonomia econômica dos velhos, por outro, fez emergir a velhice como categoria social (FERNANDES, 1997).

Lenoir (1996) nos lembra que a velhice, assim como outras fases da vida, não é uma espécie de característica substancial que acontece com a idade, mas resulta das relações de poder. A velhice é “uma categoria cuja delimitação resulta do estado (variável) das relações entre as classes e, em cada classe, das relações entre as gerações, isto é, da distribuição do poder e dos privilégios entre as classes e entre as gerações” (LENOIR, p. 71-72).

As mudanças nas relações entre as gerações, produzidas pelas novas formas de relações no trabalho, refletiram-se diretamente no modo de reprodução da estrutura social, afetando as relações entre as gerações na família.

Nesse sentido, Hareven (1999) aponta a transferência das funções tradicionalmente assumidas pela família, para instituições e pessoas especializadas, como fator importante que levou ao isolamento das pessoas mais velhas, na sociedade atual, e à perda de poder e influência destas na família. Há nesse processo o esvaziamento dos papéis dos mais velhos, na medida em que os cuidados, orientações e conselhos dados por estes às gerações mais jovens foram substituídos por serviços e instituições especializadas.

Mas a velhice só ganha verdadeiro “status” de “problema social” na atualidade. Segundo Lenoir (1996, p.84), um problema social “pressupõe um verdadeiro ‘trabalho social’ que compreende duas etapas essenciais: o reconhecimento e a legitimação do ‘problema’ como tal”. O trabalho de reconhecimento busca tornar visível uma situação em particular e a legitimação “pressupõe uma verdadeira promoção para inseri-lo [o problema] no campo das preocupações ‘sociais’ do momento”.

A velhice torna-se reconhecida como problema social a partir da década de 1960, com base nos discursos autorizados e reconhecidos das ciências: os médicos apontam o enfraquecimento orgânico; os demógrafos assinalam o crescente aumento da população idosa – o que significaria uma ameaça ao sistema previdenciário e de saúde; e os psicólogos e sociólogos enfatizam a ausência de “função social” ou a redução dos papéis sociais dos mais velhos (LENOIR, 1996).

Tais discursos, amplamente difundidos pelos meios de comunicação, acompanhados pelas mudanças nas relações entre as gerações, no trabalho e na família, e o crescente número de aposentados mais jovens e das camadas médias, provocaram uma resignificação da velhice e da aposentadoria. Constata Debert (1999, p.61) : “(...) inverte-se os signos da aposentadoria, que deixa de ser um momento de descanso e recolhimento para tornar-se um período de atividade e lazer”.

Foi a partir da década de 1960, especialmente na França, que a aposentadoria passou a ser vivenciada por pessoas mais jovens, mais saudáveis, pertencentes às

classes médias. Esse fato leva os especialistas a recategorizarem a velhice. Foi neste contexto que o termo “terceira idade” foi cunhado.

Peixoto (1998, p.76) assinala que a invenção francesa do termo Terceira Idade “é simplesmente produto da universalização do sistema de aposentadoria e do conseqüente surgimento de instituições e agentes especializados no tratamento da velhice”. Esses agentes da velhice passam assim, a prescrever “a este grupo etário maior vigilância alimentar e exercícios físicos, mas também necessidades culturais, sociais e psicológicas”.

Esta nova etapa da vida, caracterizada especialmente pelo tempo livre, exprime “uma nova realidade da velhice, realidade essa não mais associada à idéia de miséria, doença e decadência, mas a um tempo de atividades desligadas da vida profissional e familiar, um tempo específico de lazer, onde novos valores coletivos são elaborados” (GUERRERO,1996, p. 155-156).

Esses novos valores elaborados em torno da velhice, pautados nas necessidades de atividades culturais e de lazer, promovem novas representações da velhice. Este período passa a ser destinado à realização de projetos abandonados, à busca de prazer e satisfação pessoal, tornando-se um “tempo específico de lazer”.

Mas ao mesmo tempo em que homogeneízam os aposentados sob a etiqueta da terceira idade, associando-se a eles representações positivas – velhos/jovens, ativos e participativos -, há um novo recorte de idades, a quarta idade - velho/velho, pessoas com mais de 75 anos – que aproxima seus representantes da imagem tradicional da velhice, ou seja, a dependência, a incapacidade física, a decadência . . .

Essa nova classificação – quarta idade – parece ser mais utilizada, no Brasil, pela área de saúde, prevalecendo, de modo geral, o termo terceira idade para todos maiores de 60 anos que permanecem ativos, participando de grupos, independente da idade cronológica. Os que não correspondem a este modelo – incluindo aí os velhos asilados - continuam sendo os “velhos”.

A categoria terceira idade, assim, comporta uma ambigüidade, como bem assinala Britto da Motta (1997, p.133): “(...) o que a categoria terceira idade vem representando é positivo – daí a sua rápida aceitação e difusão no cotidiano e até entre os pesquisadores -, mas por trás dessa nova e boa imagem de idoso dinâmico e

saudável que ela também vem representando, estão colocados o eufemismo/escapismo negador da velhice e uma ‘indústria’ e produção de serviços, com um novo e envolvente mercado”.

A ideologia da terceira idade, ou da não-velhice, se traduziu na prática pela criação das Universidades para a Terceira Idade, dos Clubes da Maior ou Melhor Idade (que atendem, em geral, a velhos das camadas médias), Grupos de Convivência, Associações de Idosos (destinados, a maior parte das vezes, a velhos das classes populares), predominantemente freqüentados, todos eles, por mulheres.

Os velhos moradores de asilos ou, para usar um termo atual, de instituições de longa permanência para idosos - ILPI², entretanto, permanecem alijados desse processo de redefinição da velhice, continuam invisíveis.

A grande maioria dos velhos das camadas mais desfavorecidas, mesmo morando na comunidade e em boas condições de saúde, não tem acesso aos “programas da Terceira Idade”, seja porque esses serviços não estão disponíveis nos bairros onde moram, seja porque ainda desempenham atividades domésticas e de apoio familiar – preparação de alimentos, lavagem de roupa, de cuidados de netos – ou ainda por questões culturais ou religiosas. Pesquisa realizada pelo SESC e a Fundação Perceus Abramo (2007) revela que somente 3% dos idosos participam de Grupos de Convivência.

Do ponto de vista da legitimação da velhice como “problema social”, só recentemente as discussões passam do plano psicossocial para o político, econômico e legal. Nesse sentido, destacam-se três instrumentos legais de proteção à velhice instituídos nas últimas décadas - a Constituição Federal de 1988 – especialmente através do sistema de Seguridade Social -; a Política Nacional do Idoso, em 1996; e o Estatuto do Idoso, em 2003; e seus desdobramentos -, todos eles normatizam as relações do Estado, da Sociedade e da Família com os cidadãos mais velhos, transformando a velhice em objeto das novas políticas sociais. Essas novas políticas atribuem à família a maior parte da responsabilidade pelos cuidados com essa população. O conjunto de políticas sociais propostas pelo Estado tem como foco central

² Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI - é o nome genérico utilizado em documentos legais recentes para referir-se a todas as instituições destinadas à residência de idosos, tais como: Asilos de Idosos, Lar de Idosos, Abrigo de idosos, Casa de repouso, etc.

a família, transferindo para ela grande parte das suas obrigações e responsabilidades sem, entretanto, considerar os limites e as possibilidades dela para assumir esses encargos, como veremos no decorrer do trabalho.

Em síntese, todo esse processo de construção social da velhice demanda uma maior compreensão das novas formas de solidariedade intergeracionais que levem em conta as transformações e complexidades das relações nas sociedades contemporâneas, e a dinâmica da relação entre o sistema de proteção social público ou das solidariedades pública e o sistema de proteção social familiar ou as solidariedades primárias.

Os poucos estudos sobre a velhice, até aproximadamente a década de 1980, tratavam da questão a partir de uma análise neoutilitarista, reforçada pela visão biomédica, que associa esse período da vida apenas a incapacidade para continuar no sistema de produção. As análises centradas no sistema de produção capitalista vêem o velho apenas como excluído social por não ser mais produtivo. Estas abordagens utilitaristas e economicistas reduzem as relações sociais a um jogo de cálculo e interesses, deixando de lado a análise das relações interpessoais, das trocas materiais e simbólicas que circulam nas redes de sociabilidades das quais os velhos participam e também têm responsabilidade pela manutenção desses laços sociais. Só mais recentemente os trabalhos sobre envelhecimento voltam-se mais para as relações intergeracionais (PEIXOTO, 1998; LINS DE BARROS, 1987; BRITTO DA MOTTA, 1999, 2002, 2003, 2005; CAMARANO, 2003; CABRAL, 1997, 1998; ATTIAS-DONFUT, 1988, 1995, 1996). Mas, a velhice *intra-muros* e tudo que circula nesse universo foi pouco estudado, exceto pelos trabalhos pioneiros de Elias (1987), Moraes (1977), Belo (1990), Debert (1999) e mais recentemente Groisman (1999).

Mergulhar nesse universo requer uma compreensão da sociedade como um “fenômeno social total” (MAUSS, 1974), pois envolve grupos e instituições num processo contínuo de trocas, o que Mauss caracterizou como dádiva. Partindo do pressuposto de que a formação dos laços sociais está condicionada ao modo como os bens materiais e simbólicos, as dádivas, circulam entre os indivíduos no interior dos grupos sociais, definindo os lugares que os sujeitos ocupam na sociedade (MARTINS, 2001, 2002, 2004), é que busco compreender esta realidade.

1.1. Perspectiva teórica e categorias de análise

Empreender um estudo sobre formas de solidariedade social impõe, logo de saída, um desafio, mesmo considerando tratar-se de um tema que faz parte de uma longa tradição sócio-antropológica. Primeiro, porque o termo solidariedade vem sendo amplamente utilizado, tanto para se referir a projetos sociais públicos e privados – ação solidária, comunidade solidária, economia solidária, educação solidária, etc. - quanto pela mídia, para ressaltar condutas individuais ou incentivar a participação social em ações de interesse coletivo ou até mesmo de interesse do mercado. Isso torna o termo impreciso e enseja variadas conotações. Segundo, face à institucionalização das relações sociais, especialmente através da regulação pelo Estado, que tornou questões anteriormente pertencentes à esfera privada em questões públicas, como é o caso da velhice. As novas configurações da estrutura social e familiar alteraram as formas de troca intergeracional, o que concorreu para o surgimento de novas formas de sociabilidades - secundárias ou públicas – que não existiam nas sociedades tradicionais, dominadas por sociabilidades primárias (família, vizinhos, amigos) (LANIADO, 2001).

Estas sociabilidades, entretanto, não podem ser compreendidas sem que se leve em conta tanto a heterogeneidade das formas de organização, estrutura, arranjos e comportamentos dos grupos familiares, quanto das formas como o Estado responde às demandas coletivas de grupos sociais específicos (crianças, jovens, trabalhadores, mulheres e idosos, por exemplo). Ainda é preciso considerar que os sujeitos que participam desses processos são sujeitos social, biológica e temporalmente situados, o que exige que na análise dessas formas de sociabilidade – que implicam não só solidariedade, mas também conflito – haja uma articulação com outras dimensões da vida social, no caso desta pesquisa, especialmente, entre geração e gênero³. Estas categorias, por serem relacionais, permitem um maior alcance da heterogeneidade da

³ Dentre o conjunto de relações que estruturam a vida social (BRITTO DA MOTTA, 1999) destaco para fins da análise gênero e geração sem ignorar outras de grande importância, a elas relacionadas, tais como: classe social, raça, religião, etc.

realidade social, imprescindíveis para a análise das questões que envolvem os mais velhos na nossa sociedade.

Temos ainda que observar que nas sociedades modernas contemporâneas há uma ambivalência das relações sociais que faz com que elementos que fundamentam o laço social - como a reciprocidade, o interesse, a obrigação, a liberdade, a confiança e a responsabilidade -, se mesquem e produzam formas diversificadas de vínculos sociais, tanto na esfera pública como na da família.

As ciências sociais sempre se interessaram por compreender como se produzem e se mantêm os laços sociais. Durkheim (1995, p.29) via na solidariedade o fundamento da coesão social. Para esse autor “a divisão do trabalho é a fonte, se não única, pelo menos principal da solidariedade social”; a verdadeira função da divisão do trabalho é criar um sentimento de solidariedade entre duas ou várias pessoas. A solidariedade descrita por Durkheim como orgânica, típica das sociedades capitalistas, é que produz a integração do indivíduo à sociedade e assegura sua unidade. Ela se manifesta como um fato social que só pode ser conhecido por intermédio de seus efeitos sociais, que se efetivam através de rituais, valores e símbolos, gerando, assim, sentimentos de interdependência, pertencimento e reconhecimento mútuo.

Mas foi Marcel Mauss quem desenvolveu uma teoria que possibilitou uma compreensão da vida social como uma totalidade simbólica, complexa e paradoxal que, diferente de Durkheim, leva em conta as motivações e a (inter)subjetividade dos agentes que participam do circuito de reciprocidade – a teoria da dádiva.

A temática da dádiva tem ocupado um lugar de destaque nas ciências sociais, justamente pela força e inquietação que esta teoria provoca ao revelar a dimensão simbólica da realidade social, presente nas relações entre as pessoas e entre grupos sociais, ou seja, a universalidade do simbolismo que se expressa através da tripla obrigação de dar, receber e retribuir – a dádiva.

Em sua famosa obra intitulada “Ensaio sobre a dádiva: formas e razões de troca nas sociedades arcaicas”, Mauss (1974/ 1924) postula uma compreensão da vida social por um constante processo de dar, receber e retribuir, mostrando como a universalidade dessas três obrigações se dá de modo particular tanto nas sociedades tradicionais quanto nas modernas. Sua tese central é de que a dádiva produz a aliança, tanto as

alianças matrimoniais como políticas, religiosas, econômicas, jurídicas e diplomáticas. A dádiva constitui-se em regra social primeira, a base, ou o rochedo, como disse o autor, do laço social.

Mauss estudou o regime de direito contratual e os sistemas de prestações econômicas entre diversos grupos ou subgrupos das chamadas sociedades primitivas. Ele buscou investigar a natureza das transações humanas, através da descrição de fenômenos de troca e de contrato, assim como a moral e a economia correspondentes; e mostrar que esta moral e esta economia funcionam ainda hoje em nossas sociedades (MAUSS, 1974, p. 42).

Esse sistema de prestações ele chamou de “*fenômenos sociais totais*”, pois nele se exprimem “todas as espécies de instituições: religiosas, jurídicas e morais (sendo estas políticas e morais ao mesmo tempo), econômicas – supondo formas particulares de consumo, ou antes, de prestação e de distribuição -, e ainda fenômenos estéticos e morfológicos” (MAUSS, 1974, p.41).

Mauss constata que as trocas nas sociedades primitivas, mas não só nelas, operam não através do toma-lá, dá-cá, mas se refere a tudo aquilo que circula entre os sujeitos (gentilezas, hospitalidade, festas, presentes, palavras, serviços, objetos, etc.), seja através de bens materiais ou simbólicos, obrigatoriamente dados, aceitos e retribuídos. Ele destaca a existência do fenômeno de troca e de contrato nessas sociedades, ou seja, de um mercado econômico, que opera em regime de troca diferente do mercado instituído nas sociedades modernas.

Neste sistema de troca que produz o laço social, tecido no interior das práticas sociais formando um circuito de reciprocidade, a obrigação de dar tem a mesma importância que a de receber. Recusar-se a dar, deixar de convidar ou recusar-se a receber equivale a declarar guerra; é recusar a aliança e a comunhão (MAUSS, 1974). Dar e receber sela um compromisso, instaura a dívida e a confiança em uma futura retribuição. Entrar no circuito da dádiva é, portanto, reconhecer o outro e reconhecer-se como parte do grupo social, reafirmando um sentimento de pertencimento, permanentemente renovado pelas obrigações que compartilham.

Na relação da dádiva/dom, diferente da produção econômica que se vincula ao necessário, e das trocas mercantis materiais movidas por interesses individuais, o

vínculo é mais importante que a produção de bens. Podemos dizer que a dívida possui valor de relação, valor do vínculo, ou seja, “os objetos doados, aceitos e devolvidos, não se ‘trocam’ nem porque são úteis, nem por razão de sua equivalência monetária, mas porque significam simbolicamente a vontade de construir uma relação” (FRANÇA E DRIMIT, 1999, p.158-159).

Ao afirmar que a universalidade da dívida – a obrigação de dar, receber e retribuir - é anterior ao Mercado, aos interesses contratuais e às obrigações legais, Mauss faz a crítica ao pensamento utilitarista e economicista que reduz a sociedade a um jogo de cálculo, estratégias e espertezas (MARTINS, 2001, p 3).

Desse modo, evidenciam-se as diferenças entre a economia da troca-dívida e a economia do utilitarismo. A troca no sistema de Mercado funciona pelo princípio de equivalência, diferente da dívida, na qual o bem devolvido nunca tem o mesmo valor do recebido inicialmente, a devolução baseia-se não na equivalência, mas na assimetria. Um presente nunca se paga com outro do mesmo valor, nem é imediatamente retribuído sob pena de ser interpretado como uma quitação da dívida, levando à ruptura da relação. A troca equivalente e imediata é característica da relação de Mercado, que ela se fundamenta na ausência de dívida, nessas condições o indivíduo não se insere no sistema de obrigações próprias do laço social (GODBOUT,1998).

Mauss salienta que nas relações de troca-dívida as prestações nem são puramente livres e gratuitas, nem a produção e a troca são puramente interessadas na coisa útil, ou seja, há um híbrido entre liberdade e obrigação, interesse e desinteresse. As dívidas não são livres nem são desinteressadas, são contra-prestações tendo em vista não só o pagamento de serviços e coisas, mas também a manutenção de uma aliança proveitosa (MAUSS,1974, p.172-173).

Esta relação ambivalente entre liberdade e obrigação, nas sociedades modernas, parece inconciliável ou excludente, entretanto, elas se unem nas experiências que os sujeitos compartilham, seja nas sociabilidades primárias ou secundárias. Mesmo considerando a liberdade como uma percepção subjetiva, ela só se concretiza objetivamente na relação com o outro e não isoladamente. A liberdade só se estabelece em relação a um outro. Como afirma Laniado (2001, p.3) “o sentido social de liberdade

é sempre a expressão de uma relação entre os indivíduos”, e “... mesmo quando a ação dos indivíduos se dá em função de determinantes sociais obrigatórios, há níveis de escolha para os objetivos visados...”. Esta ambivalência permite afirmar que “...ambas combinam a possibilidade da liberdade encontrar limites e da obrigação permitir escolhas” (LANIADO, 2001, p.4).

Obrigação e liberdade, assim, só ganham sentido nas relações sociais. Na relação de reciprocidade, a obrigação de retribuir se dilui no espaço temporal, entre a oferta e o recebimento, como aponta Bourdieu (1996), o que torna a retribuição incerta e ao mesmo tempo torna o outro livre, e a retribuição reinstaura a dívida. Segundo Godbout (1998), em algumas relações sociais onde circula a dívida, os agentes sociais criam ou mantêm zonas de incerteza entre eles para aumentar o valor dos laços sociais. Aumentando a incerteza, tende-se a reduzir o sentimento de obrigação, ainda que este nunca deixe de existir. Os sujeitos que participam do sistema de dívida, desse modo, tendem a manter o sistema em estado de “incerteza estrutural” para permitir que a confiança se manifeste.

A confiança é fundamental para a produção de solidariedade, de reciprocidade, para a construção do laço social. Este sentimento é indispensável para a criação e manutenção do vínculo entre os indivíduos e ele permite que o indivíduo se vincule aos sistemas sociais que organizam a vida em sociedade (LANIADO,2001). Ela se fundamenta nos valores e normas compartilhados em sociedade, em determinada época. Face às condições da vida social moderna que se modificam continuamente, a confiança é indispensável, tanto no âmbito das relações interpessoais, no nível microssocial: nas relações familiares, de parentesco e de amizade, onde ela assume um aspecto de compromisso, quanto no âmbito das instituições sociais e políticas, no nível macrossocial, promovendo a participação, a cooperação, baseada em expectativas. No nível macrossocial, a confiança produz “nos indivíduos um sentimento de inclusão ou exclusão na sociedade e nos benefícios que ela provê” (LANIADO, 2000).

Luhmann (1988) assinala que nas sociedades modernas a confiança lida com expectativas em dois níveis: primeiro, a confiança em que as coisas acontecerão da forma que se espera, há uma expectativa de que não haverá desapontamento, o que o

autor chama “confidence”; segundo, a confiança de que as coisas ocorram conforme certas decisões e compromissos assumidos, o que implica em risco, neste caso, “trust”. A confiança-risco está mais relacionada às relações interpessoais, quando o sujeito decide entre várias alternativas possíveis; já no campo das relações econômicas e políticas é necessária a confiança- expectativa para o funcionamento da sociedade.

Também Giddens (1991; 2002) reconhece a confiança como condição central na constituição das relações sociais e para o funcionamento da sociedade, seja nas relações pessoais, de amizade ou intimidade, seja no que o autor chama de sistemas abstratos⁴. Para ele a confiança é “a crença em pessoas ou sistemas abstratos, conferida com base em um ‘ato de fé’ que põe entre parênteses a ignorância ou a falta de informação” (GIDDENS, 2002, p. 221). A confiança, desse modo, está na base das decisões das nossas ações cotidianas e demanda responsabilidade mútua.

A responsabilidade ocupa uma posição de destaque na modernidade, mas, embora só mais recentemente venha ganhando visibilidade no discurso político social⁵, ainda não ganhou a mesma centralidade das outras categorias – liberdade, igualdade e solidariedade (DOMINGUES, 2002). Esta categoria implica uma relação com a liberdade, obrigação e solidariedade, tanto no que tange a liberdade e obrigações individuais, quanto no trato das questões sociais mais amplas, sendo crucial para todas as áreas da vida social.

Estes elementos – dádiva, interesse, obrigação, liberdade, confiança e responsabilidade – fundantes do laço social, são indispensáveis na análise das relações de troca e reciprocidade intergeracional, sejam nas sociabilidades primárias ou secundárias.

Caillé (2002) e Godbout (1999) apontam para uma tendência, nas sociedades modernas, em fazer uma separação entre dois registros de sociabilidades. O primeiro registro refere-se à sociabilidade primária, na qual as relações interpessoais são

⁴ Os sistemas abstratos envolvem tanto as “fichas simbólicas” quanto os “sistemas especializados”. Fichas simbólicas são “meios de troca que têm valor padronizado e são assim intercambiáveis numa variedade indeterminada de contextos” e os sistemas especializados se refere ao “sistema de conhecimento de qualquer tipo, dependentes de regras de procedimento transferíveis de indivíduo a indivíduo”. Estes últimos estão presentes em todos os aspectos da vida social – em relação aos alimentos ou remédios que consumimos, aos prédios que habitamos, aos transportes que usamos, etc. (GIDDENS, 2002, p. 222-223- 24)

⁵ Especialmente da área empresarial, com o nome de responsabilidade social, que se traduz pela forma como a empresa coordena suas atividades de modo a se tornar co-responsável pelo desenvolvimento da sociedade, prática esta, entretanto, constantemente confundida com filantropia.

consideradas mais importantes que os papéis sociais que representam. Nesse plano se encontram as relações familiares, de parentesco, entre amigos ou vizinhos. O segundo é o das sociabilidades secundárias, neste registro é a funcionalidade dos atores sociais que é mais importante que a sua personalidade. Esta corresponde à esfera do Mercado, do Estado e das Ciências. Apesar dos referidos autores reconhecerem que é no registro das sociabilidades primárias que a lógica da dádiva se evidencia com clareza e se impõe sobre as outras lógicas – do Mercado ou do Estado, por exemplo – sustentam que isso não significa que a dádiva não esteja presente em todos os planos da vida social. Nenhuma administração pública funcionaria fora do espírito do serviço público, não haveria pátria se não existisse alguém disposto a morrer por ela, diz Caillé. Destacam, ainda, esses autores, a emergência na modernidade de uma forma nova de dádiva, a dádiva entre estranhos, entre desconhecidos, que amplia infinitamente as redes sociais para muito além do interconhecimento concreto.

Os estudos sobre a solidariedade entre as gerações, em geral, também fazem esta separação, privilegiando, quase sempre, as trocas efetuadas no âmbito das relações primárias, deixando de analisar, desse modo, as repercussões, as relações de interdependência e os conflitos gerados na totalidade do sistema social. Esta questão será tratada mais adiante.

Antes de adentrar nesta discussão, se faz necessário tecer algumas considerações acerca dos significados que os termos geração e solidariedade tomam ao referirem-se às diferentes esferas de sociabilidade.

O conceito de geração em Mannheim (1928) ainda é o ponto de referência sociológica dos estudos sobre gerações. Embora as contribuições posteriores, especialmente de Eisenstadt (1956), Balandier (1977), Attias-Donfut (1988), sejam particularmente significativas. Mannheim (1928, p.145) sugere “uma certa semelhança estrutural” entre as categorias classe social e geração. Enquanto a posição de classe pode ser definida “como a ‘posição’ comum que um certo indivíduo ocupa por destino na estrutura econômica e de poder de uma determinada sociedade”, passível de mudança, a geração, “é constituída essencialmente por uma semelhança de posição de vários indivíduos dentro de um todo social”. Esta semelhança de posição, entretanto, não é dada só pelo fato de indivíduos terem nascido na mesma altura do processo

histórico, mas o que faz com que haja uma semelhança de posição é o fato destes indivíduos experimentarem os mesmos acontecimentos históricos e compartilharem experiências políticas ou culturais semelhantes.

Esta formulação de Mannhiem ainda sustenta a análise sociológica das gerações, mas a polissemia do termo ainda permite outras acepções. Na tradição antropológica, como descrito por Britto da Motta (2003, p. 4), ela é “(...) expressa em termos de idade (grupos e categorias de idade), tendo como referência principal a filiação e guardando uma função classificatória de posição”. Nesta perspectiva, o indivíduo se posiciona em relação aos seus ascendentes e seus descendentes, podendo ser, deste modo, ao mesmo tempo, filho e pai, por exemplo, ou ainda filho, pai e avô, fazendo referência, neste caso, à geração na família. Mas, ela pode expressar, ainda, as “idades bio-sociais para a assunção de direitos e deveres (...) segundo as normas jurídicas do Estado”, aqui, portanto, referindo-se à ordem macrossocial. Já na referência demográfica, geração é usado no sentido de coorte, ou seja, se refere com precisão a um conjunto de pessoas nascidas em um determinado intervalo de tempo cronológico, correspondendo, portanto, à esfera macrossocial.

Observa-se, deste modo, que o conceito de geração implica tanto aspectos sócio-históricos quanto demográficos, fazendo referência tanto às relações familiares e de parentesco, quanto à organização da estrutura social. Britto da Motta (2003) assinala que além dessas diferentes acepções terem em comum o sentido coletivo, elas ainda fazem referência “a tempo – tempo de vida dos indivíduos e tempo social; a idade, considerada em atuação ou vivida em grupo; e a poder, que dinamiza todas essas relações”. A utilização deste conceito, como categoria de análise, desse modo, permite observar, além das relações de conflito, como foi sobretudo utilizado em pesquisas na década de 1960 e 1970 (IANNI, 1963; FORACCHI, 1972), também às relações de solidariedade, tanto familiar quanto pública, e mais que isso, possibilita incorporar na análise as duas perspectivas.

Neste sentido, Simmel (1983) nos lembra a importância sociológica do conflito, considerando que este também é uma forma de socialização. Em suas palavras: “ Se toda interação entre os homens é uma socialização, o conflito – afinal uma das mais vívidas interações e que, além disso, não pode ser exercida por um indivíduo apenas – deve

certamente ser considerada uma sociação” (SIMMEL, p. 122). A constituição do laço social, dos vínculos sociais, não se estabelece sem conflito, mas ele é também um modo de conseguir algum tipo de unidade.

Mauss (1974) também assinala a dimensão do conflito na sua análise das relações de troca, observando que as prestações e contra-prestações, ou seja, o sistema de prestações totais, são feitas de forma voluntária, embora sejam na verdade rigorosamente obrigatórias, sob pena de guerra privada ou pública (MAUSS, 1974, p. 45) Mauss destaca o potlatch como uma forma de “prestação total do tipo agonístico”, nela a troca assume a forma de destruição de riquezas, ou seja, tem um sentido de rivalidade, de antagonismo, e, de certo modo, a troca substitui a guerra.

Esta dimensão de conflito nas relações intergeracionais voltou com certa força nas discussões atuais, especialmente quando referidas à solidariedade pública, ou ao dever redistributivo do Estado, principalmente nos países regidos por modelos neoliberais.

Isso nos conduz a examinar as diferentes concepções que a solidariedade vem tomando na sociedade moderna. Ao longo da modernidade a solidariedade tem sido pensada e praticada de modo bastante diferente. Na modernidade contemporânea há uma crescente complexificação das instituições e das relações sociais, tornando as formações sociais mais plurais, tanto do ponto de vista das diversidades nas relações amorosas, familiares ou de parentesco, quanto no que concerne às intervenções do Estado através das políticas sociais, engendrando, assim, novas formas de solidariedade.

Domingues (2002, p. 186), analisando o imaginário e as instituições na modernidade, situa a solidariedade como uma categoria-chave na sociedade moderna, juntamente com a liberdade, igualdade e responsabilidade. Para este autor a solidariedade se refere

(...) a processos sociais específicos, por meio dos quais os indivíduos e as coletividades são reconhecidos socialmente em seus direitos e deveres justos perante outros indivíduos e coletividades; isto é, ela define, de formas extremamente variadas, o pertencimento de tais indivíduos e coletividades a um todo mais inclusivo.

Esse autor aponta como formas fundamentais de solidariedade social na modernidade avançada: os laços familiares e as relações amorosas, o nacionalismo e a classe social; a política social e o Estado do bem-estar social. Mesmo reconhecendo a importância da nação e da classe na construção das identidades sociais e, portanto, para o exercício da solidariedade, vamos discutir prioritariamente os outros dois tipos de solidariedade – família e relações amorosas, política social e Estado.

A família é tradicionalmente vista como “a viga mestra da solidariedade”, como diz Eisenstadt (1976, p.17). Segundo esse autor, as atividades instrumentais desempenhadas pela família são reguladas pelos critérios de solidariedade. Há um equilíbrio entre as relações instrumentais, solidárias e expressivas que vai além do núcleo familiar e se estende ao grupo de parentesco. No âmbito mais amplo das relações sociais, ou da coletividade, a transferência e manutenção da solidariedade efetuam-se por meio da extensão do parentesco. Tal extensão se dá, principalmente, por meio do estabelecimento do que o autor chama de “grupos incorporados”, que são mais amplos que a família nuclear, mas, apesar disso, “baseados numa descendência comum, real ou imaginária” (EISENSTADT, 1976, p. 20).

Na sociedade contemporânea, segundo Domingues (2002), a família ainda é a célula básica da solidariedade social, mas não mais na perspectiva funcionalista parsoniana, ou seja, no cumprimento do papel socializador e estabilizador, centrado no modelo de família nuclear “isolada”. A família hoje “é uma forma básica de ajuda mútua e suporte material e emocional, um local para nutrir e criar as gerações futuras” (Ibid., p.192). Mesmo em sociedade onde o modelo de família nuclear prevalece, observa-se que não só pais e filhos, mas também, outros parentes, desempenham papel importante, destacando-se aí a relação entre avós e netos. O referido autor acredita que houve um descentramento da família, fundamentalmente por duas questões: as mudanças na relação diádica e os novos modos de estruturação da família.

No que diz respeito às relações amorosas, também Giddens (1993) aponta mudanças nessa área. As transformações da intimidade, a fragmentação do amor romântico em consequência da emancipação e da autonomia sexual feminina, têm como consequência o surgimento do “relacionamento puro”, ou seja,

(...) uma situação em que se entra em uma relação social apenas pela própria relação, pelo que pode ser derivado por cada pessoa da manutenção de uma associação com outra, e que só continua enquanto ambas as partes considerarem que extraem dela satisfações suficientes, para cada uma individualmente, para nela permanecerem (GIDDENS, 1993, p. 68-69).

Das relações puras emerge o que Giddens chama de “amor confluyente”, que, ao contrário do amor romântico, “é um amor ativo, contingente, e por isso entra em choque com as categorias ‘para sempre’ e ‘único’ da idéia do amor romântico” (GIDDENS, 1993, p. 72). Há um número maior de possibilidades de relacionamentos, não mais exclusivamente monogâmico e heterossexual.

O casamento, desse modo, já não é visto pela maior parte das pessoas como eterno, mas ainda é muito forte a ideologia do amor romântico e da fidelidade. No lugar dos relacionamentos duradouros surge a chamada ‘monogamia serial’, ou seja, há uma centralidade temporária da relação dual. O divórcio e recasamentos são recorrentes e provocam mudanças na constituição da família e o seu descentramento. A formação de novos arranjos, a inclusão de novos membros, especialmente crianças, torna pouco nítidas as fronteiras da unidade familiar, dificultando a definição de papéis, levando à dispersão do poder – de quem é a responsabilidade, por quem; quem tem qual ou tal obrigação, com quem.

Conquanto a solidariedade social familiar permaneça, ela tornou-se mais dispersa e heterogênea. O descentramento da família gerou uma maior diversidade de arranjos familiares e uma crescente complexidade deste importante vetor de solidariedade. Para se falar em solidariedade neste contexto é necessário, portanto, conhecer mais profundamente essas mudanças, uma vez que há implicações diretas tanto no modo como as gerações na família se relacionam, quanto no que tange ao sistema de solidariedade social pública, ou seja, no sistema de proteção social.

Os dados demográficos, mesmo limitando as possibilidades de análise, já que não contemplam a variedade de situações sócio-familiares existentes e não dão conta das relações de troca ocorridas no seu interior, continuam sendo um bom indicador das mudanças nos padrões de organização familiar. As mudanças mais expressivas observadas nos dados das pesquisas domiciliares mais recentes (IBGE, PNAD, 2006)

referem-se, primeiro, à redução do número de membros da família⁶ em virtude da diminuição da fecundidade. Este fato, que já se verifica há mais tempo nos países desenvolvidos, pode trazer, também para o Brasil, a médio e longo prazos, sérias conseqüências para as relações intergeracionais, especialmente, com relação aos cuidados demandados pelas gerações mais velhas. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – PNAD – 2004 - o tamanho das famílias passou de 3,7 pessoas em 1992 para 3,2 pessoas em 2004.

A segunda mudança diz respeito ao crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres, em decorrência, por um lado, do ingresso massivo de mulheres na força de trabalho, o que as tornou independentes financeiramente, ampliando suas possibilidades de escolha de permanência ou não na relação conjugal e, por outro, do aumento da esperança de vida das mulheres ao nascer. Nas famílias brasileiras, 27% têm a mulher como a pessoa de referência e em Salvador este percentual é ainda maior, aproximadamente, 41,8% (IBGE,2006). Este número é crescente, principalmente para mulheres acima dos 60 anos.

O tipo de família – segundo a definição do IBGE – também vem se modificando, principalmente com o crescimento dos núcleos unipessoais, ou seja, pessoas que vivem sozinhas. Chama a atenção o fato de que do total de pessoas que moram sozinhas 41,5% têm 60 e mais anos de idade, e são em grande maioria mulheres. Isso se deve às separações e, especialmente, à viuvez, uma vez que a expectativa de vida das mulheres chega a ser 7,8 anos mais que a dos homens. Entre as mulheres de 70 anos ou mais, 19,6% moram sozinhas. O fato de morar só, pode significar dificuldade em manter um apoio familiar mais próximo, não significando, contudo, abandono ou descaso da família, ao contrário, pode significar que as pessoas estão envelhecendo com mais saúde, permanecendo mais tempo independentes e autônomas, reflexo do processo de individualização por que vem passando a família, como será discutido mais adiante.

⁶ A referência à família, aqui, corresponde à definição do IBGE na PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar, qual seja, um conjunto de pessoas ligadas por laço de parentesco, dependência doméstica ou norma de convivência, residindo na mesma unidade domiciliar ou a pessoa que mora só em uma unidade domiciliar (PNAD 1992, 1993, 1995, 1996).

A família composta de casal e filhos ainda é o tipo prevalecente, porém este tipo de estrutura familiar vem diminuindo e na última década houve um decréscimo em mais da metade. Por outro lado, aumentou a proporção de famílias compostas de mulheres sem cônjuge e com filhos.

Outro dado que vem dando impacto significativo na estrutura e organização familiar é o aumento da população idosa, que já passa de 9,7% da população brasileira. Este crescimento tem ocorrido de forma desigual entre homens e mulheres, como pode ser observado: para cada 100 mulheres idosas há 78,6 homens idosos e para maiores de 80 anos esta diferença aumenta, de 56,4 homens para 100 mulheres.

Estes dados revelam a importância da categoria gênero quando se trata de analisar as questões relacionadas ao envelhecimento e às relações de troca intergeracionais, que ocorrem tanto na família quanto através das políticas sociais, que põem especialmente as mulheres em situação de vulnerabilidade social, tornando-as, muitas vezes, dependentes das políticas públicas.

Gênero como categoria de análise, só surge na década de 1970, no processo de atuação do movimento feminista, passando a ser utilizado mais amplamente na década de 1980. Constitui-se numa categoria de análise importante na medida em que desnaturaliza as desigualdades entre os sexos, e revela as construções sociais em torno dos papéis próprios de homens e mulheres, ou seja, que as identidades subjetivas dos sujeitos são construídas socialmente e não dadas pela “natureza” dos sexos. Tratada como categoria de análise histórica, foi definida pela historiadora Joan Scott (1990, p.14) como “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos (...) é uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Gênero, diferente de sexo que expressa diretamente as diferenças biológicas, se refere ao modo como as diferenças entre os sexos são representadas e tratadas nas práticas sociais, no processo histórico. É uma categoria relacional, ou seja, que permite perceber-se que é no âmbito das relações sociais que são construídas e se reproduzem as diferenças e desigualdades entre os sexos. Por entender que essas relações se dão de modo diverso em diferentes sociedades e em diferentes momentos históricos “o conceito passa a exigir que se pense de modo plural, acentuando que os projetos e as

representações sobre mulheres e homens são diversos (...)” (LOURO, 1997, p.23). Isto significa que as idéias de relação de gênero diferem não só entre as sociedades ou os momentos históricos, mas no interior de uma dada sociedade, ao se considerarem outras dimensões e relações referentes aos diversos grupos (étnicos, religiosos, raciais, de classe, [de geração, diria!]) que a constituem.

Desse modo, a categoria gênero possibilita a articulação analítica com outras categorias relacionais, como afirma Britto da Motta (1999, p.201):

A perspectiva das relações de gênero também lembra/demonstra outras dimensões analíticas fundamentais na sociedade. Além de não ser necessariamente alternativa, mas co-extensiva à de relações de classe, também exemplifica ou enseja enfoques em outras categorias ou determinações sociais, como idade e raça, que têm diferentes dinamos.

Nessa perspectiva torna-se indispensável tratar a categoria gênero em articulação com geração, considerando o lugar que as mulheres idosas, especialmente as das classes populares, vêm ocupando nos diferentes arranjos familiares.

Todas essas diversidades de arranjos familiares apresentadas refletem na forma como as relações de troca se fazem nos vários contextos da vida social, mas são também, em grande medida, fruto das formas como o sistema de solidariedade pública, as políticas sociais, vêm atuando no processo histórico-social.

Singly (2000, 2007) traz uma grande contribuição para compreensão das transformações nas relações familiares – que não são perceptíveis nos dados estatísticos -, e sua vinculação com as políticas sociais, o que o autor chama de “duplo movimento”: uma “privatização da família”, na medida em que ela fica mais sensível à qualidade das relações interpessoais, e uma “socialização” do grupo familiar, frente à intervenção do Estado.

Esse autor considera que a família contemporânea é relacional, é individualista, é privada/ pública. Segundo ele, a família moderna no período que vai do início século XX até a década de 1960 se caracterizava como um grupo formado por pai-provedor, mãe-cuidadora e filhos, ou seja, papéis familiares bem definidos, centrada no amor e na afeição, estando os adultos a serviço do grupo, especialmente das crianças. Nas famílias atuais, o amor persiste, o casal só fica junto enquanto o amor existir, e os pais devem dar atenção aos seus filhos, entretanto, diferem da anterior na medida em que o

“elemento central não é mais o grupo reunido, são os membros que a compõem” (SINGLY, 2000, p.15). A “nova família” se distingue, assim, da anterior, pela importância que passa a assumir o processo de individualização. Esse processo de individualização tornou a família “um espaço privado a serviço dos indivíduos”.

Como esclarece Peixoto (2007, p.16), o individualismo a que se refere o autor não é visto negativamente, mas é “uma forma contemporânea de criar laços sociais, que não mais se restringem aos papéis e lugares anteriormente definidos pela família”. Desse modo, “a família mais do que nunca é relacional, ainda que inscrita num processo de individualização e autonomização dos seus membros”.

Esse “novo individualismo”, como ressalta Giddens (2005), difere daquele referido pela teoria neoliberal, o indivíduo egoísta e interesseiro. O indivíduo se distancia da tradição e dos costumes, não aceitando imposições sobre seu estilo de vida, mas está mais sensível às questões e valores morais mais globais, tais como os problemas ecológicos, dos direitos humanos ou da liberdade sexual.

Singly (2000) aponta a independência e a autonomia como duas dimensões do processo de individualização. A independência, especialmente a econômica, faz com que o indivíduo, a partir dos seus próprios recursos, dependa menos dos mais próximos; a autonomia “é o conhecimento do mundo no qual essa pessoa vive: mundo definido pela elaboração tanto de regras pessoais quanto, no caso de vida em comum, de regras construídas na negociação entre várias pessoas” (SINGLY, 2000, p.18). Essas duas dimensões juntas geram no indivíduo moderno o sentimento de liberdade, principalmente na vida privada.

Para Giddens (1993, p. 202) autonomia “significa a capacidade de auto-reflexão e autodeterminação dos indivíduos: deliberar, julgar, escolher, e agir diante de diferentes cursos de ação possível”.

A individualização, entretanto, não representa uma ameaça ao sistema de solidariedade, mas, ao contrário, ela promove relações mais igualitárias, mais eqüinâneas e democráticas na medida em que rompe as relações de dependência e subordinação, permitindo que os indivíduos façam escolhas e sejam livres para entrar no circuito de trocas/dádivas, assumindo as responsabilidades e obrigações próprias do laço social. Produzindo com isso novas formas de solidariedade.

Independência e autonomia, desse modo, constituem-se importantes categorias para compreensão das mudanças nas relações tecidas no interior da família, especialmente aquelas que envolvem as gerações mais velhas. Aliás, essas duas categorias estão sempre presentes no discurso gerontológico – referindo-se especialmente à capacidade funcional -, discurso este sempre ligado às limitações impostas (por vezes enganosamente atribuídas) pela idade, sem considerar, entretanto, que cada fase da vida implica limites variados entre estas duas dimensões.

Para as gerações mais velhas a independência e a autonomia em relação à família estão estreitamente relacionadas à solidariedade social pública.

A noção de solidariedade pública surge nas sociedades modernas, mais precisamente com a implantação dos sistemas de proteção social pelo Estado, especialmente com o sistema de aposentadoria.

Fundamentado na noção de um contrato temporal entre as gerações trabalhadoras mais novas e as mais velhas, com a intermediação do Estado, o sistema de aposentadoria é o sistema de proteção social que mais tem simbolizado a solidariedade entre as gerações. Mas as formas de proteção social desenvolvidas pelo Estado abrangem não só o sistema previdenciário, mas também a assistência social e o sistema de saúde. A ampliação do sistema de proteção social, ou sua universalização - mesmo que ainda não abarque todo o sistema -, estabelece uma relação de interdependência entre todos os sujeitos e, portanto, constitui-se um forte elemento de solidariedade.

A entrada do Estado regulando as relações sociais e provendo proteção liberou a família de certas obrigações e responsabilidades tradicionais. Entretanto, como expressam Attias-Donfut e Segalen (2007, p.56), o desencargo da família de suas funções tradicionais de assumir o peso econômico da velhice, a solidariedade pública, não suprimiu a entreaajuda entre jovens e velhos, mas mudou sua orientação, transformando o status das duas gerações. A solidariedade pública contribuiu para a emergência de novos laços, estabelecidos sobre a base da autonomia das gerações.

São essas novas formas de solidariedade que a pesquisa buscou apreender.

1.2. Itinerário da pesquisa

Partindo da compreensão da realidade como uma totalidade dinâmica em que as formas de solidariedade circulante encontram-se intimamente interligadas, distingui dois campos de investigação: o primeiro se refere ao sistema de solidariedade pública dispensada ao idoso, em especial, o idoso que por ausência da família ou por ter os laços familiares e comunitários esgarçados ou rompidos depende quase que exclusivamente desse tipo de solidariedade; trata-se, mais especificamente, do idoso que encontra-se asilado. Nesse contexto buscou-se observar também como se dão as relações de caráter intrageracional, ou seja, a circulação ou não de solidariedade, no espaço institucional, entre os idosos moradores do asilo e, ainda, a solidariedade entre estranhos, ou seja, as relações que os idosos mantêm com pessoas ou grupos não parentes que, de algum modo, participam desse circuito. O segundo campo diz respeito às relações de solidariedade primária, ou seja, a relação de troca estabelecida com a família, a vizinhança e amigos, nesse caso, trata-se de idosos moradores da comunidade/ bairro. O propósito foi circunscrever a forma mais ampla e aprofundada possível o objeto da pesquisa, qual seja: as formas de troca e solidariedade social intergeracional dispensadas ao idoso em nossa sociedade, tanto as empreendidas pelo Estado, através das políticas sociais, quanto as tecidas nas relações familiares e comunitárias.

Definidos assim o objeto da pesquisa e as categorias básicas de análise, o campo empírico da pesquisa mostrou-se naturalmente. No primeiro caso não havia escolha possível, na medida em que Salvador só dispõe de um Asilo inteiramente público: o Abrigo D. Pedro II. O referido Abrigo é uma instituição Municipal vinculada e mantida pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - SEDES. No segundo caso, as escolhas eram múltiplas. Optou-se, então, por definir um recorte geográfico, concentrando a pesquisa em um único bairro da cidade. A escolha do bairro se deu em função de alguns critérios que mais atendiam aos objetivos da pesquisa: possibilidade de acesso aos idosos e certa aproximação destes ao perfil dos idosos asilados quanto a renda, escolaridade, ocupação, enfim, idosos pertencentes às classes populares. O bairro escolhido foi Pau da Lima, que atendia a esses requisitos.

Dada a complexidade dos caminhos que as relações intergeracionais vêm tomando nas sociedades contemporâneas, fruto das rápidas transformações sociais, e para maior compreensão e aprofundamento da problemática em questão, a coleta de dados se deu em dois níveis. Por um lado, se fez necessário uma ampla revisão da literatura sobre a trajetória da proteção social pública e familiar, assim como a análise de documentos oficiais que constituem o escopo das políticas sociais para a velhice produzidos nas últimas décadas. A análise desses documentos possibilitou acompanhar o processo histórico-social no qual as políticas sociais voltadas para o idoso vêm sendo elaboradas, observando a sua efetivação no contexto das práticas institucionais e apreendendo deles as preocupações nacionais e internacionais, assim como a distribuição de obrigações e responsabilidades sociais para com as gerações envelhecidas.

Nesse sentido, também procedeu-se à análise de documentos referentes à Instituição em apreço – prontuários, trabalhos monográficos, artigos de jornais -, e alguns dados sobre o bairro – artigos, dados do IBGE, SESAB, etc..

Por outro lado, procedeu-se ao levantamento de dados primários. Para tanto, lançou-se mão de técnicas e instrumentos de coleta de dados que possibilitassem uma aproximação mais eficaz ao objeto de pesquisa: observação direta – tanto das relações dos idosos no espaço institucional quanto das relações familiares dos idosos na comunidade -, com registro sistemático das visitas em diário de campo; e entrevistas semi-estruturadas e abertas. Com relação a estas últimas, podemos considerar dois grupos de entrevistados: em primeiro lugar e mais importante, com os/as idosos/as, em segundo lugar, com profissionais vinculados à gestão pública da velhice. Foram entrevistados vinte idosos moradores do Abrigo D Pedro II - dez mulheres e dez homens -, e onze idosos moradores do bairro de Pau da Lima, nove mulheres e dois homens. Quanto aos profissionais, foram entrevistados dois Gerentes que assumiram a administração da Instituição no período da pesquisa e uma Assistente Social do Abrigo; uma técnica do Programa do Idoso, da Secretaria Estadual de Trabalho, Assistência Social e Esporte – SETRAS; e um técnico da Coordenação de Políticas para o Idoso da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza – SEDES; uma profissional que faz parte do Conselho Estadual do Idoso; a técnica responsável pela

Área do Idoso, na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB; (Os roteiros das entrevistas encontram-se em anexo)

O Abrigo foi o campo que demandou mais tempo de acompanhamento, seja por questões administrativas, seja porque se fazia necessário estar presente para observar as interações que os idosos mantêm no espaço institucional – com familiares, com visitantes e entre eles. Para a realização das entrevistas com os idosos/as o estabelecimento de um vínculo mais duradouro foi indispensável, uma vez que as constantes visitas de estranhos, muitas vezes, os tornam mais resistentes ou evasivos a responder algumas questões. O trabalho no Abrigo alternou períodos de visitas mais sistemáticas, de duas a três vezes por semana, e períodos mais espaçados.

A entrada nesse campo foi negociada com a administração do próprio Abrigo, que demonstrou logo de início a preocupação em desfazer a imagem do asilo como “depósito de velhos”. A permanência em campo exigiu continuado processo de negociação, em virtude de mudanças na administração de grande parte do corpo técnico, além da proibição, por um período de tempo, da entrada de toda e qualquer pessoa que não fosse funcionário ou parente dos idosos, devido a grande exposição do Abrigo à mídia após o episódio de desmoronamento de parte de dois pavilhões de moradia dos idosos, causado pela ressaca do mar.

No primeiro momento me aproximei do campo a fim de levantar o histórico da instituição através de documentos e depoimentos de funcionários da casa. Tive acesso a um trabalho monográfico, elaborado para um curso de especialização em Gerontologia por uma técnica da instituição, no qual a autora apresenta o relato detalhado do percurso histórico do Abrigo, que foi de grande valor informativo.

A fim de conhecer a população que habita o espaço institucional coletei dados nos prontuários dos 139 idosos moradores, naquele momento, quanto a: sexo, data de nascimento, data de admissão (o que possibilitou saber a idade quando da internação e há quanto tempo está internado), estado civil, número de filhos, grau de escolaridade, raça/cor, religião, ocupação e responsável (a instituição exige que tenha alguém que se responsabilize pelo idoso, podendo ser parente, amigo ou vizinho na ausência do primeiro). Além desses dados de identificação, colhi ainda nos prontuários informações referentes aos locais onde estes idosos moravam imediatamente antes de vir para o

abrigo, o motivo apresentado pelo idoso e pelo familiar para solicitação de vaga e ainda alguns dados sobre a família ou ocorrências dentro da instituição que envolviam o idoso em questão.

Através da Assistente Social que coordenava o serviço obtive informações sobre os critérios de admissão adotados pela instituição, assim como os procedimentos, rotina e atividades de que os idosos participam, tais como: horários das refeições; horários de visita; reuniões com familiares e/ou responsáveis; festas e bazares promovidos pela instituição; atividades internas e extra-muros de que alguns idosos participam; recursos institucional e extra institucional, público ou privado, de que lançam mão para o atendimento aos problemas de saúde apresentados pelos moradores: atividades religiosas desenvolvidas diariamente; suporte técnico oferecido pela SEDES; atividades desenvolvidas por voluntários, etc. Tais informações foram importantes para conhecer a dinâmica do funcionamento institucional, as conexões que ela estabelece com a família, a comunidade e com outras instituições. O setor de Serviço Social vinha sendo, ao longo dos anos, o centro de todo o trabalho do asilo, desde o processo de admissão até os encaminhamentos de funerais, passando pelo contato diário com idosos e eventual ou sistemática comunicação com familiares, programação de festas, e etc., ou seja, toda a vida institucional estava sob a coordenação do serviço social. Realidade que vem mudando com a nova administração e com a saída de todas as técnicas do setor e entrada de outros, alguns pouco familiarizados com a área.

Nas entrevistas com os representantes legais do Município na instituição - os Gerentes⁷ do Abrigo - busquei estabelecer relações entre o conjunto de Leis e diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao idoso e a assistência prestada pelo Estado/Município. A partir de um roteiro previamente elaborado busquei conhecer os seguintes aspectos: como vê a instituição asilar no contexto das políticas públicas; o que considera obrigação do Estado, da família e da comunidade nesse processo; de que maneira o município vem atendendo as necessidades dos idosos; os problemas enfrentados e as estratégias encontradas para solucioná-los; qual a participação da igreja católica, através das Irmãs Vicentinas, nas atividades do Abrigo; as relações que a instituição estabelece com outras instituições governamentais ou não

⁷ Gerente é o cargo mais alto na hierarquia institucional

governamentais. Depois da mudança na administração, realizei entrevista com a nova Gerente abordando essas mesmas questões.

O idoso morador da instituição, sem dúvida, é o maior e melhor informante de todas as questões de interesse da pesquisa. A eles foi dada atenção especial. Conversas informais, entrevistas semi-estruturadas, e observação direta do que ocorre nas suas interações foram vitais para compreensão do que circula nesse universo.

As entrevistas com os/as idosos/as do Abrigo foram realizadas em duas etapas. Inicialmente definiu-se por observar e entrevistar as mulheres idosas de um único Salão⁸, pois é lá que elas passam a maior parte do tempo e onde recebem visitas de familiares e “estranhos”. Em relação aos homens a escolha foi aleatória, uma vez que eles circulam pelo espaço institucional permanecendo pouco nos Salões. Para ambos, na etapa inicial das entrevistas procuramos⁹ ouvir os relatos sobre a entrada e a vivência deles no Abrigo, assim como seus planos para o futuro, percepções da velhice, do seu corpo e da sua saúde. Num segundo momento, já com vínculos mais consolidados, aprofundamos as questões relativas às suas relações de troca e entrelaçamento com familiares, visitantes e os outros idosos moradores do Abrigo, e também, suas percepções acerca das políticas sociais – aposentadorias e pensões, sistema de saúde, políticas para o idoso e a assistência que recebem no abrigo. Mais dados sobre o campo e os sujeitos serão dados em capítulos posteriores.

Apesar das dificuldades sempre relatadas nas pesquisas sobre família em adentrar o espaço privado das relações familiares “por tratar-se do mais fundamental espaço de expressão do sentimento de intra-grupo (“in-group” conforme Cooley) para a maioria dos indivíduos e, portanto, de valorização etnocêntrica e autovalorização a qualquer preço e de intimidade relutantemente desvendada”, como refere Britto da Motta (2003, p. 4), a coleta de dados na comunidade se deu de forma tranquila, sem muitos percalços.

Após a definição do bairro e localização da residência de alguns idosos, como será exposto mais adiante, entrei em contato com os/as idosos/as e, em alguns casos, marquei dia e horário para a entrevista, mas, na maior parte das vezes, a receptividade e disponibilidade tornou isso desnecessário. Essa postura dos/as idosos/as,

⁸ Nome atribuído pela instituição ao espaço onde eles/as “moram”.

⁹ Nesse campo contei com a participação de bolsistas de Iniciação Científica.

inicialmente, me causou muita estranheza, dada a facilidade com que abrem suas casas, convidam a entrar, partilham suas intimidades, tudo isso a uma “estranha”. A facilidade de acesso do pesquisador revela um diferencial de classe social, gênero (SARTI, 2007) e também geração. As mulheres pobres abrem suas casas & vidas bem mais facilmente, ainda mais as mais idosas acostumadas a tempos menos violentos. As entrevistas pareciam ser um momento especial, uma oportunidade rara na vida, especialmente das mulheres, para falar, relembrar o passado, contabilizar as vitórias, se queixar dos filhos/as, e, acima de tudo, para serem escutadas com interesse. Entretanto, tive dificuldades em localizar homens idosos e os poucos contatados não estavam presentes nos dias e horários acordados, desse modo, o número de entrevistados foi bastante reduzido.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios, com exceção de duas mulheres, em média em três encontros. As entrevistas feitas com os homens quase sempre foram na presença da esposa e/ou de filhos que, espontaneamente ou por solicitação deles, participavam da conversa. Diferente das mulheres que quase sempre estavam sozinhas, ou filhos/as e netos circulavam pelo recinto, me cumprimentavam e saíam. O roteiro da entrevista seguiu as mesmas perspectivas da realizada com os/as idosos/as do abrigo, resguardadas as diferenças relativas às relações familiares e comunitárias.

Visando um melhor aprofundamento da questão da solidariedade entre as gerações, realizei uma ampla pesquisa bibliográfica de trabalhos já realizados na área. Nesse percurso constatei que o tema ainda não se constitui em uma preocupação mais constante dos pesquisadores nacionais, tendo em vista a escassez de publicações que discutem essas questões. São exceções o estudo pioneiro de Lins de Barros (1987), as pesquisas que Britto da Motta (1998, 1999, 2004, 2007) vem realizando, acompanhado as trajetórias de grupos familiares em que há a coexistência de várias gerações, as discussões teóricas e de base demográfica trazidas por Camarano (2004), Goldani (2004), os estudos sobre as transferências de apoio intergeracionais desenvolvidas por Saad (2003; 2004) e a análise de Peixoto (2004) e Simões (1998; 1996) sobre o retorno do aposentado ao mercado de trabalho e a solidariedade familiar. Entretanto, há uma extensa literatura internacional sobre o tema, especialmente francesa, destacando-se os trabalhos de Attias-Donfut (1988, 1995, 1996, 2001), Caradec (2001), Delbes e

Gaymu (1993); Godard (1993); Bawin-Legros e Gauthier e Stassen (1995); Bengtson (1993); Bengtson e Gianrusso (1995); Segalen (1993), dentre outros. Estes estudos apontam aspectos fundamentais que precisam ser considerados na análise das relações intergeracionais e que foram muito úteis para a compreensão do campo da pesquisa.

2. CAMINHOS DA PROTEÇÃO SOCIAL

Ao rever a história da proteção social, mesmo considerando as diversidades de trajetórias que toma nas diferentes sociedades, encontramos o velho como um dos seus principais protagonistas. Seja na condição de indigente, misturado com outras categorias sociais (crianças, deficientes, doentes e inválidos), seja na condição de ex-trabalhador, como aposentado, fora do sistema produtivo, o velho pertence ao grupo social que demanda algum tipo de solidariedade social.

Buscando entender o sistema de proteção social e as políticas sociais voltadas para os velhos na sociedade contemporânea, em especial na brasileira, dirijo o olhar, por um lado, para o passado, na certeza de que as práticas assistenciais atuais se constituíram, ao longo da história, através de seus processos de continuidade e ruptura; por outro lado, direciono o olhar para o presente, a fim de construir uma crítica ao modelo de assistência vigente, contribuindo com as discussões acerca dessa questão.

A pretensão, nesta parte do trabalho, é: primeiro, rever os principais percursos históricos em que a proteção social foi se constituindo, face às adversidades sociais; segundo, compreender em que circunstâncias históricas e sociais a proteção social brasileira foi se institucionalizando e apontar as atuais estratégias das políticas sociais públicas no reenvio para a família da responsabilidade pela proteção dos seus componentes.

2.1. Proteção social: perspectiva histórica

Falar da proteção social é, em grande medida, falar da forma como se constituem as relações de solidariedade social, como se constroem, se mantêm ou são rompidos ou distendidos os laços e os vínculos sociais em dada sociedade. Parto do pressuposto de que cada sociedade, em diferentes tempos históricos, e em diferentes contextos econômicos, políticos e sociais, desenvolveu e desenvolve distintas estratégias e mecanismos de proteção social àqueles que se encontram à margem ou em situação de vulnerabilidade social, seja por representarem uma ameaça à coesão social, seja para atenderem a interesses de determinados grupos ou classes sociais. Desse modo, se faz necessário, a fim de alcançar os objetivos deste estudo, fazer um breve histórico sobre as práticas de assistência destinadas às populações carentes, consideradas mais vulneráveis, dando especial atenção à situação dos mais velhos. Não se trata de refazer a história da proteção social, mas apenas apontar algumas experiências históricas a fim de entender o presente, ou seja, alguns elementos históricos que influenciaram na constituição de políticas sociais e públicas para a velhice.

Na história da proteção social a velhice surge sobre duas perspectivas: por um lado, a da pobreza, ou seja, do velho que se encontra fora da rede de sociabilidade primária, sem condição de manter-se por conta própria; por outro, a do trabalho, ou seja, a do velho trabalhador que se encontra fora do sistema produtivo, sem condições de manter-se no mercado de trabalho. Ambas as perspectivas, entretanto, não só mantêm estreita relação, como também são intercambiáveis e, portanto, não devem ser tratadas separadamente.

Castel (2003) ao tratar da “nova questão social”¹⁰, traz uma importante contribuição para o entendimento dessas questões. Para o referido autor trabalho e proteção social se constituem como elementos que irão permitir a integração social dos indivíduos. Ele reconstrói a trajetória histórica da proteção social, concentrado-se nas sociedades ocidentais cristãs, privilegiando a situação francesa, mas também

¹⁰ Para Castel (2003, p. 30) a “questão social” é uma aporia fundamental sobre a qual uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta conjurar o risco de sua fratura. É o desafio que interroga, põe em questão a capacidade da sociedade (o que, em termos políticos, se chama de nação) para existir como um conjunto ligado por relações de interdependência”.

evidenciando semelhanças e diferenças daquela com a sociedade britânica ou, mais amplamente, européia, desde a Idade Média, percorrendo as transformações trazidas pelo processo de industrialização.

O autor argumenta que nas sociedades sem social¹¹, ou seja, sociedades reguladas inteiramente pela sociabilidade primária¹² - onde seus membros se ligam através de um sistema de regras a partir de seu pertencimento familiar, da vizinhança, de trabalho, tecendo redes de interdependência sem a intermediação de instituições específicas -, as relações sociais são reguladas por um conjunto de obrigações mútuas vinculadas aos costumes e tradições. Nessas comunidades muito estruturadas, a família e/ou a própria comunidade, na ausência da primeira, podem assegurar os cuidados e a integração dos seus membros mais carentes, uma vez que, a coesão do grupo seria abalada se abandonasse o indivíduo a sua própria sorte. Funcionando como um sistema auto-regulado, essas comunidades recompõem seu equilíbrio pondo em movimento seus próprios recursos, tendo o território como base onde se processam as trocas, as relações de interdependência em que o indivíduo se inscreve. Tal perspectiva se assemelha ao que Durkheim (1989) denomina solidariedade mecânica.

Esse tipo de sociedade sem social comporta, segundo Castel, diversas variantes históricas, dentre elas a sociedade feudal, e é à medida que ela se decompõe que surge “a problematização moderna do social”.

Seja porque os laços da sociabilidade primária se tornaram mais frouxos, seja porque a estrutura da sociedade se torna mais complexa, a ponto de impossibilitar esse tipo de resposta global e pouco diferenciada, o atendimento aos carentes constitui objetos de práticas *especializadas* (CASTEL, 2003, p.57).

Na constituição das práticas de proteção social destacam-se inicialmente aquelas de inspiração cristã. A assistência à pobreza, desde a Idade Média, realizada através da caridade cristã se inscreve na lógica da economia da salvação. As ações caridosas serviam como instrumento para se redimir do pecado e obter a salvação, numa época em que os homens temiam o castigo divino e o inferno.

As ‘obras de misericórdia’ desenvolvem uma economia política da caridade cujo valor de troca é esmola que apaga o pecado. Desse modo, estabeleceu-se

¹¹ Para o autor o “social” consiste “em um sistema de regulações não mercantis, instituídas para tentar preencher” o espaço entre a organização política e o sistema econômico, ou seja, “ restaurar ou reestabelecer laços que não obedecem nem a uma lógica estritamente econômica nem a uma jurisdição estritamente política”(ibidem, p.31)

¹² O autor utiliza a expressão sociabilidade primária no mesmo sentido utilizado por Alan Caillé

um comércio entre ricos e pobres, com vantagens para as duas partes: o primeiro ganha sua salvação graças à sua ação caridosa, mas o segundo é igualmente salvo, desde que aceite sua condição (CASTEL, 2003, p.64-65).

A pobreza era concebida neste contexto como necessária, pois representava um meio dos ricos mostrarem-se generosos e, desse modo, alcançar a salvação. As instituições de caridade eram assim financiadas por doações e esmolas dos ricos. Essa atitude de caridade cristã, entretanto, se fundamentava numa classificação discriminatória da pobreza, ou seja, dos pobres merecedores de assistência e aqueles que ficavam de fora. Os primeiros a serem excluídos são aqueles que não aceitam a sua situação, contestando o desígnio divino, pondo em risco a ordem social dada.

Os sinais de sofrimento corporal, ao contrário, enaltecem e, de certo modo, santificam o pobre, pois lembram o sofrimento de Cristo, tornando-os merecedores de caridade. A doença, a deformidade, a cegueira, a fome, a magreza, a chaga, e toda sorte de sofrimento físico, de velhos, crianças ou adultos, é sinal do abandono de Deus, o que os torna alvo da salvação cristã. Mas, para ser considerado merecedor da assistência é necessário, mais que a incapacidade física, ser incapaz para o trabalho. Desse modo, o velho, a criança abandonada, o doente, especialmente o incurável, são os que inegavelmente necessitam de assistência, pois são considerados incapacitados para o trabalho. Distingue-se, assim, aqueles que exibem em seus corpos os sinais da pobreza/incapacidade, desobrigados, portanto, do trabalho, daqueles que não apresentam tais sinais. Ficando esses últimos fora do sistema de assistência, por serem considerados preguiçosos e vagabundos.

Castel lembra que esse critério de classificação da pobreza, que ele chama de “teoria da desvantagem”, constitui uma coordenada básica de qualquer política de assistência. Mas, em contrapartida, essa escolha por assistir os incapacitados físicos ou incapacitados para o trabalho oculta outras formas de indignidade: aquela por que passam os trabalhadores que, apesar de trabalharem, vivem abaixo da linha da pobreza; essa não é falada nem é vista.

Outro importante critério, além da incapacidade física ou incapacidade para o trabalho, adotado para delimitar o campo do “social-assistencial” é o pertencimento comunitário. A fixação do domicílio é uma condição privilegiada dos modelos de

assistência que ultrapassa a Idade Média ou 'cristã', indo às formas modernas ou 'laicas'(CASTEL, 2003).

As práticas de assistência eram realizadas predominantemente nos conventos ou instituições religiosas, o que tornou a Igreja a maior gestora da assistência às crianças e velhos desamparados e aos incapazes para o trabalho. São as instituições religiosas que irão primeiro organizar e controlar a assistência aos pobres, ficando esta circunscrita ao território de abrangência das paróquias. Com o desenvolvimento das cidades, entretanto, ocorre uma maior sistematização da assistência e as autoridades municipais passam a assumir parte do problema da indigência urbana, mas a Igreja continua sendo a base de organização dos auxílios. A seleção dos assistidos torna-se mais rigorosa, tendo como critério a domiciliação.

Neste processo de organização e controle da população assistida instituí-se, no século XIV, em quase toda Europa, o uso de distintivos – “medalhas, chapinha de chumbo, cruzes costuradas nas mangas ou no peito”- que identificavam e autorizavam os indigentes, deles portadores, a receber esmolas e freqüentar os hospitais. Inicia-se com isso, uma espécie de “direito” a participar da distribuição regular de esmolas e para o acesso aos serviços hospitalares. Essa organização e sistematização da assistência se intensificam no século XVI, especialmente, pelo agravamento da crise econômica e social da época, causada pelo crescimento desordenado das cidades, pela peste, pelo subemprego e pelas dificuldades de subsistência da população. Nesse contexto a pobreza passa a ser objeto de debate público. Cerca de sessenta cidades européias adotam medidas – “*exclusão dos estrangeiros*, proibição estrita da mendicância, recenseamento e classificação dos necessitados, desdobramento de auxílios diferenciados em correspondência com as diversas categorias de benefícios”(CASTEL, 2003, p.73) -, buscando sistematizar o atendimento aos pobres domiciliados a fim de impedir a circulação dos trabalhadores pobres e punir a vadiagem.

Vários dispositivos foram acionados estabelecendo um verdadeiro “código coercitivo de trabalho”, para todos aqueles submetidos à obrigação do trabalho para sobreviver. Exemplar deste tipo de intervenção são as leis inglesas: Estatuto dos Trabalhadores, em 1349; O Estatuto dos artesãos, em 1563 (impõe o trabalho a todos os súditos do reino com idade entre 12 e 60 anos, fixa o tempo de aprendizagem;

proíbe a circulação de aprendizes do campo para a cidade; proíbe os camponeses sem terra e sem qualificação de deixar sua paróquia sem a autorização de um oficial de polícia); A Lei dos pobres, em 1531 e 1601 (é vista como caça aos vagabundos, evoca a obrigação do trabalho a todos os homens e mulheres que tenham capacidade de trabalhar, e não tenham terra, nem emprego, nem profissão reconhecida, vinculando-os a uma paróquia que deveria adquirir matéria-prima para fazer trabalhar essa mão-de-obra sem qualificação); A Lei de Domicílio ou Settlement Act, em 1662 (autoriza os responsáveis locais a expulsar os forasteiros que pudessem vir a precisar das paróquias, fixando os indigentes nas paróquias locais).

Legislações desta natureza se espalharam pela Europa, a fim de erradicar a mobilidade do trabalhador livre ou servil, fixando-os nos seus lugares de trabalho e os submetendo às condições tradicionais de trabalho e remuneração ofertadas e, ao mesmo tempo, proibindo aqueles que têm condições de trabalho de recorrer à assistência.

O tipo de assistência que tem como base a proximidade torna-se mais difícil à medida que as cidades crescem e as relações de sociabilidade urbana se distendem. Paralelamente a estes fatos houve um aumento no número de mendigos representando um risco de “constituírem-se ‘como uma espécie de povo independente’, que não conhece ‘nem lei, nem religião, nem autoridade, nem polícia’ (...)” (CASTEL, 2003, p.75). Frente ao perigo social que os pobres, mendigos e doentes passam a representar, implementa-se, no século XVII, práticas de reclusão da população mendicante em hospitais gerais. A disciplina instituída nestes locais, numa combinação de trabalho forçado e orações, deveriam permitir a aprendizagem da ordem e a reeducação do recluso, possibilitando seu retorno à comunidade de origem como um membro útil dela. Castel reconhece tal prática como radical, mas necessária para restabelecer o vínculo comunitário, uma vez que ela não rompe o princípio de assistência domiciliada, mas, ao contrário, visa restaurar o pertencimento comunitário, na medida em que: elas continuam submetidas ao poder real; apenas os mendigos domiciliados são assistidos – os estrangeiros e vadios continuam sendo um caso de polícia -; e a reclusão tem por finalidade reeducar o mendigo válido para o trabalho para

posteriormente reintegrá-lo. Apesar dessa prática disciplinar adotada ter se mostrado ineficiente, o princípio de domiciliação permaneceu.

A Lei Inglesa Speenhamland Act, instituída em 1795, no início do processo de industrialização, reafirma a fórmula de política assistencial centrada no pertencimento comunitário, porém, é menos repressiva. Diferente das anteriores esta Lei garante a assistência aos habitantes pertencentes à paróquia, empregados ou desempregados, que estejam passando necessidades, oferecendo inclusive uma complementação salarial até atingir um piso de renda fixado com base no preço dos cereais, mas exigia como contrapartida a fixação do trabalhador no domicílio e a proibição da mobilidade geográfica. O seu financiamento era garantido, assim como as outras poor laws, pela contribuição obrigatória dos habitantes do território das paróquias.

As práticas de controle social, de assistência à população pobre, desenvolvem-se a partir desses dois eixos: a relação de proximidade entre os assistidos e os que assistem e, a incapacidade para o trabalho. Seja qual for o tipo de assistência requerida o indigente tem mais chance de ser assistido se for reconhecido como pertencente a uma rede primária, ou seja, se for reconhecido como membro da comunidade local. Nesse sentido, Castel assinala que o exercício da assistência guarda uma espécie de analogia com a sociabilidade primária, porém esse tipo de solidariedade vai se transformando à medida que a urbanização e extensão geográfica se alargam e o Estado toma o lugar da paróquia ou da municipalidade.

A partir do fim do século XVII e início do século XVIII, a situação de pobreza se agrava, ultrapassando a população indigente e marginalizada, colocando grande parte da população em situação de vulnerabilidade social. O risco de dissociação social, nestas circunstâncias torna-se eminente. Paralelamente há uma transformação na concepção do trabalho, que passa a ser visto como a fonte de toda riqueza. A necessidade do trabalho antes atrelada à concepção religiosa e moral - trabalho coercitivo, forçado, disciplinado, regulado -, é substituída por outra, na qual a liberdade do trabalho passa a ser um imperativo. Isso implicou numa ruptura no modo de organização do trabalho e também, no princípio de assistência social. A função do Estado é redefinida a partir da filosofia política do liberalismo, para a qual a função do Estado é eliminar os obstáculos ao mercado, garantindo àqueles que se dedicam

livremente ao trabalho que tenham seus lucros assegurados, pois o lucro é visto como elemento regulador e dinamizador de toda a sociedade.

Nessa perspectiva liberal a liberdade do trabalho é fundamental, uma vez que liberta a iniciativa individual, o gosto pelo risco, pelo esforço, pela competitividade. O motor que impulsiona o trabalhador é o desejo de melhorar sua condição. Segundo Castel, há aí uma total ruptura com a sociedade estamental, de status, de condições, regida pelas tutelas, mas, é, principalmente, a redefinição do trabalho que irá permitir o advento de um novo regime. “O livre acesso ao trabalho e a instituição de um livre mercado de trabalho marcam o advento de um mundo social racional por meio da destruição da ordem social arbitrária da antiga sociedade” (CASTEL, 2003, p. 235).

As idéias liberais, principalmente as formuladas por Adam Smith, no século XIX, preconizam que a riqueza das nações resulta da atuação dos indivíduos que, movidos por seus interesses individuais egoístas, promoveria o crescimento econômico e o bem-estar coletivo. A “mão invisível do mercado” regularia as relações econômicas e sociais, produzindo o bem-estar. Smith “acreditava que os indivíduos, ao buscarem ganhos materiais, são orientados por sentimentos morais e por um senso de dever, o que assegura a ausência da guerra de todos contra todos. A coesão social se originaria na sociedade civil, com a mão invisível do mercado e o cimento ético dos sentimentos morais individuais, fundados na perfectibilidade humana” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 60). Desse modo, o Estado deveria garantir os interesses liberais – um mercado livre – e não deveria intervir nas relações de trabalho e nas necessidades sociais.

Behring e Boschetti (2007) apresentam alguns elementos fundamentais do liberalismo que ajudam a compreender o porquê, nesse período, a intervenção do Estado e as políticas sociais foram reduzidas: *Predomínio do individualismo*: o indivíduo era visto como um sujeito de direito, daí porque o direito civil foi o primeiro a ser reconhecido. O direito de ir e vir, de adquirir e comercializar propriedade era fundamental para instituir a sociedade de classe; *O bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo*: cada indivíduo é responsável pelo seu bem-estar e de sua família, através da liberdade da venda de sua força de trabalho. Desse modo, todos os indivíduos alcançariam o bem-estar, não cabendo ao Estado garantir bens e serviços

públicos para todos. O princípio da liberdade sobrepõe o da igualdade; *Predomínio da liberdade e competitividade*: o indivíduo é autônomo para decidir o que é melhor para ele. Não há aí o reconhecimento de que tais princípios não asseguram a igualdade de condições e de oportunidades para todos; *Naturalização da miséria*: a miséria é vista como natural e insolúvel, resulta da moral humana e não do acesso desigual à riqueza socialmente produzida; *Predomínio da lei da necessidade*: as necessidades humanas básicas devem ser mantidas como instrumento de controle populacional e da miséria, portanto, não devem ser totalmente satisfeitas; *Manutenção de um Estado mínimo*: a intervenção do Estado deve restringir-se a regular as relações sociais, garantindo a liberdade individual, a propriedade privada e o livre mercado; *As políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício*: as políticas sociais do Estado contribuem para reproduzir a miséria e desestimular o interesse pelo trabalho, gerando acomodação; *A política social deve ser um paliativo*: só os indivíduos que não têm condições de competir no mercado de trabalho (crianças, idosos e deficientes) devem receber assistência mínima do Estado, como um paliativo, e a pobreza deve ficar a cargo da caridade privada.

É com base nesses princípios que são constituídas as sociedades capitalistas. Os direitos civis e políticos formados nos séculos XVIII e XIX, respectivamente, foram progressivamente reconhecidos pelo Estado liberal, no século XIX, assegurando a propriedade privada, e a liberdade individual. Ao Estado cabia assegurar aos indivíduos seus direitos de liberdade, segurança e propriedade. Os direitos sociais, segundo Marshall (1967), um dos elementos constitutivos da cidadania, juntamente com os outros dois – civis e políticos – ainda estavam por vir.

O final do século XIX é um período de turbulência nas políticas em relação à pobreza e à vulnerabilidade social, suscitando interpretações não-liberais acerca desses problemas. O surgimento de uma doutrina solidarista, na busca de novas regras de justiça social, irá refletir na forma de intervenção das políticas sociais. Segundo Magalhães (2001), a temática da solidariedade, inspirada no debate sobre as novas formas de coesão social e vinculação comunitária suscitada por Comte e Leroux, favoreceu a transformação das formas de intervenção estatal nas questões sociais. Ainda que a doutrina solidarista mantenha a perspectiva contratual “o contrato de

associação entre os indivíduos parte da idéia de uma interdependência ‘natural’ que, uma vez rompida, põe em xeque a própria possibilidade de manter um corpo social estável” (MAGALHÃES, 2001, p.3). O Estado, nessa perspectiva, tem a responsabilidade de “materialização da solidariedade através de mecanismos e estratégias próprios de repartição de bens e serviços sociais”.

Nesse sentido, Ewald (apud Magalhães, 2001), aponta as leis francesas, de assistência médica gratuita para indigentes de 1893, as indenizações por acidente de trabalho de 1898, assistência a idosos e indigentes de 1905, como importantes desdobramentos da doutrina solidarista. Também Castel (2003, p.366) analisa essa legislação como “uma aplicação da ‘dívida’ solidarista, pois se trata de dar condições de sobrevivência, igualmente mínimas, a indigentes que, via de regra, não podem ou não podem mais trabalhar”. Castel chama atenção, entretanto, para a permanência da antiga separação entre os capazes e os incapazes para o trabalho. A reafirmação desta separação se dá pela resistência encontrada na Câmara dos Deputados para a aprovação da lei de 1905, ao passo que a lei de 1893 foi amplamente aprovada, por se tratar de indigentes doentes, potencialmente úteis socialmente, já que poderão retornar ao trabalho, o que não é possível no caso dos idosos e dos inválidos. A proteção à velhice deveria ser deixada a cargo da assistência comunitária e particular/familiar ou da filantropia.

Nos Estados Unidos as políticas sociais têm características diferentes das políticas sociais dos países europeus, tendo seu desenvolvimento mais tardio. Barrington Moore (apud. Fleury, 1994, p.89-90) aponta como principal diferença, além do seu início tardio, o fato dos Estados Unidos não terem tido que “enfrentar a desmontagem de uma complexa sociedade agrária e as formas feudais e burocráticas de organização social”. Ressalta ainda esse autor que “a existência de uma agricultura comercial desde o início do desenvolvimento americano, assim como o caráter revolucionário assumido pela Guerra Civil no rompimento com os valores pré-capitalistas que reforçam as distinções com base no status, foram valores cruciais na conformação de uma sociedade capitalista fortemente arraigada aos princípios liberais”. Os pressupostos teóricos liberais – o individualismo, a proteção à propriedade privada e a mínima intervenção do Estado – foram, assim, plenamente incorporados pela cultura

capitalista americana, atuando tanto no sentido de retardar o surgimento de legislação social, quanto restringindo seu escopo.

As questões sociais emergentes, desse modo, deveriam ser resolvidas pelo mercado, pela família ou por organizações comunitárias, o que contribuiu para o predomínio das instituições privadas filantrópicas. Segundo Fleury (1994), as ações governamentais eram inspiradas na Poor Law inglesa e tratavam de criar mecanismos de taxaço para financiar a criação de abrigos para os miseráveis (almshouses) e casa de trabalho para os pobres (workhouses). Aqui, também, busca-se “reabilitar” e punir o pobre, impondo a perda dos direitos civis àqueles que necessitam da assistência pública

Diferente do que ocorreu na Europa, entretanto, é a questão relacionada à velhice. Entre 1900 e 1929 a questão da velhice emerge como um problema público. Mesmo em meio à luta de trabalhadores e desempregados pelo Seguro Social, foi o movimento de idosos que ganhou relevância política e social e se desenvolveu como se fora uma classe isolada do movimento de trabalhadores (Fleury, 1994). Esse fato é interpretado como uma “especificidade da cultura individualista americana, na medida em que enfatiza a importância do consumo dos velhos e não a justiça social, além de demonstrar a importância dos grupos de pressão no processo de definição de políticas em vez da presença de classes sociais organizadas” (FLEURY, 1994, p. 91). Segundo essa autora, a inclusão da questão dos idosos na agenda das políticas públicas nos Estados Unidos é apontada também como consequência do envelhecimento populacional, dos custos representados pela assistência em nível local, da influência das idéias européias e da existência de provisões especiais para veteranos de guerra.

As idéias liberais, na Europa, prevaleceram até o início do século XX, quando mudanças políticas e econômicas começam a pôr em xeque seus princípios. Behring e Boschetti (2007) destacam duas mudanças importantes: primeiro, o crescimento do movimento operário reivindicando direitos políticos e sociais, reforçado pelo movimento socialista da Rússia, em 1917, que mobiliza o operariado internacional e ameaça o capitalismo, assim como, as mudanças no modo de produção com o advento do fordismo; segundo, a concentração e monopolização do capital que põe por terra a “utopia liberal do indivíduo empreendedor orientado por sentimentos morais”. Os

grandes monopólios passam a liderar os mercados nacionais e internacionais que passam a se confrontar, especialmente no período das duas grandes guerras mundiais. Mas, assinalam as autoras, foi a partir da crise de 1923 - 1932, com a queda da Bolsa de Nova York, que as elites políticas começam a reconhecer o risco de deixar o mercado seguir seu “movimento natural”. Essa crise se alastrou por todo o mundo, “reduzindo o comércio mundial a um terço do que era antes”. As soluções para essas crises se deram no sentido de reativação do emprego e do consumo e da intervenção do Estado na economia e nas questões sociais.

É a partir da Grande Depressão, como ficou conhecido esse período, e, especialmente, após a Segunda Guerra, que as políticas sociais se expandem e se consolidam.

Buscando uma saída para a crise, Keynes (1988) propõe – em seu livro Teoria geral do emprego, do juro e da moeda, publicado em 1936 – a intervenção do Estado na economia, a fim de reativar a produção e o consumo. A tese defendida por Keynes rompia com os princípios liberais conservadores da época, ao mesmo tempo em que defendia a liberdade individual e a economia de mercado. Na análise keynesiana, a “mão invisível” do mercado não produziria a esperada harmonia entre os interesses individuais egoístas dos agentes econômicos e o bem-estar comum, uma vez que: “As escolhas individuais entre investir ou entesourar, por parte do empresariado, ou entre comprar e poupar, por parte dos consumidores e assalariados poderia gerar situações de crise, em que haveria insuficiência de demanda efetiva e ociosidade de homens e de máquinas (desemprego)” (BEHRING E BOSCHETTI, 2007, p. 85). Desse modo, cabe ao Estado intervir na produção e regulação das relações econômicas – gerando emprego, através de serviços públicos -, e das relações sociais – aumentando a renda e promovendo igualdade social, através de políticas sociais. Essas últimas devem ser garantidas, sobretudo aos idosos, aos deficientes e às crianças, ou seja, aos incapazes para o trabalho.

Nesse contexto, a proposta fordista de produção em massa e consumo em massa se junta ao keynesianismo na regulação das relações sociais, constituindo-se o campo fértil para a ampliação da proteção social. É especialmente após a Segunda Guerra que vai haver um consenso – entre esquerda e direita, entre capital e trabalho –

em torno do estabelecimento de políticas sociais mais abrangentes e mais universalizadas, agora introduzidas como direito do cidadão.

Magalhães (2001) aponta para um deslocamento na condução da política social contra a pobreza que passa de uma noção de responsabilidade individual para um tipo de solidariedade contratual baseada na idéia de risco, ou seja, na previsão de risco controlável e de problemas que tendem a afetar a todos – a velhice, a doença, o desemprego.

É nessa conjuntura que vai haver, nas sociedades capitalistas centrais, profundas mudanças nos sistemas de proteção social, com a constituição do chamado convencionalmente de Welfare State, ou Estado de Bem-Estar Social.

Dois modelos de política social são apontados por vários autores como precursores do que veio a ser chamado Welfare State ou Estado de Bem-Estar Social: o modelo bismarckiano e o modelo beveridgeano.

O chanceler Bismarck implementou na Alemanha, na década de 1880, um sistema de seguro social público obrigatório, tendo como beneficiário algumas categorias de trabalhadores, especialmente os operários da indústria. Segundo Faria (1998, p.50) nas políticas sociais bismarckianas se destacam duas características: “seu caráter seletivo ou corporativo e seu propósito explícito de pacificar os operários industriais, minar a organização trabalhista e promover a paz social”. Os recursos para o financiamento de tais seguros provinham das contribuições diretas de empregados e empregadores, e o Estado participava com um subsídio para aposentadorias e pensões, mas não no financiamento do seguro saúde. A administração era feita por comitês corporativos com representação de empregados e empregadores sob o controle do Estado (FLEURY, 1994). A cobertura era restrita a algumas categorias ocupacionais, e incluía aposentadoria, seguro saúde e acidentes, saúde, organizados sob a forma de caixas, por tipos de risco social, tais como: caixa de aposentadoria, caixa de seguro-saúde, etc.(BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Assim, se inicia o chamado “Estado Social” na Alemanha.

Em 1942, William Beveridge elaborou o Report on Social Insurance and Allied Services, na Inglaterra, que ficou conhecido como Relatório ou Plano Beveridge, visando universalização dos benefícios e serviços prestados pelo Estado a todos os

cidadãos. Os subsídios deveriam tornar-se um direito dos cidadãos, permitindo um nível de vida mínimo, abaixo do qual ninguém deveria viver. O valor das pensões deveria ser fixo e uniforme e a comprovação de carência deveria ser abolida. O financiamento social seria feito através da contribuição de seus membros e dos empregadores, ficando o Estado responsável por um sexto da maioria dos benefícios de seguridade, a totalidade dos abonos de família e a maior parte dos custos do Serviço Nacional de Saúde (BALDWIN apud FARIA).

O Welfare State, segundo Behring e Boschetti (2007, p. 94) se estrutura a partir dos princípios do Plano Beveridge, quais sejam :

“ 1. responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais, como educação, segurança social, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços pessoais; 2. universalidade de serviços sociais ; e 3. implantação de uma ‘rede de segurança’ de serviços de assistência social”.

Embora o termo Welfare State seja, muitas vezes, utilizado para referir-se a distintos sistemas de proteção social, vale lembrar que o mesmo tem origem na Inglaterra, fundado numa noção de cidadania. Outras formas de políticas sociais foram geradas em condições históricas, políticas e culturais distintas, tendo, portanto, princípios e denominações diferentes. Exemplo disso é o État-Providence, Estado-providência francês, pautado numa tradição de solidariedade, ou o Sozialstaat, Estado Social alemão, de base corporativa, contributiva.

Draibe (1993) assinala a variedade de definições e concepções do Welfare State, ou seja, de como o Estado atua nas questões sociais, e o risco de definições “culturalmente comprometidas”. Desse modo, a autora aponta alguns elementos comuns às definições : primeiro, refere-se à ação do Estado na organização e implementação das políticas sociais, independente do grau em que se efetive a participação do mesmo em tais políticas; em segundo lugar e em decorrência, a concepção de ‘Welfare State’ pressupõe uma determinada relação entre o Estado e o mercado, na qual o Estado tende a alterar o livre movimento e os resultados adversos do mercado; em terceiro lugar está a “noção de substituição de renda, quando esta é perdida temporária ou permanentemente, dados os riscos normais próprios das

economias de mercado: a perda da capacidade de trabalho por condições de velhice, doença, maternidade, ou na situação de desemprego”. Outro ponto, este mais afeto à tradição anglo-saxã, refere-se a manutenção ou integração da renda que tem como referência um patamar mínimo considerado como satisfatório para atender às necessidades sociais vitais dos indivíduos e das famílias. Nesse último, os que estão fora do mercado ou marginalmente incorporados também são contemplados, uma vez que esta concepção de Welfare tem como referência os cidadãos e não só o trabalhador contributivo.

Face à diversidade de contextos sócio-econômicos, históricos, políticos e culturais em que se desenvolveram os sistemas de proteção social e as políticas sociais, alguns estudiosos têm proposto classificações e tipologias, a fim de estabelecer comparações entre os diferentes Estados de Bem-Estar Social. Dentre as tipologias mais utilizadas estão a de Titmuss (1974) e de Esping-Andersen. (1985).

A tipologia clássica de Titmuss, segundo Faria (1998) ressalta a lógica da intervenção do Estado, considerando dois aspectos: a ética do trabalho que os modelos buscam fomentar e o papel designado à família. Titmuss identifica três modelos de política social: 1. *o modelo residual* que se caracteriza por uma provisão pública de bem-estar restrita ao mínimo, já que se considera que a solução das necessidades sociais devem ser satisfeitas, em termos individuais, pelo mercado, ou em pequenos grupos associativos, especialmente, a família. Os mecanismos públicos destinados à provisão do bem-estar só deveriam ser acionados no caso em que o mercado e a família ou a rede de parentesco deixassem de cumprir seus papéis. O Estado só deve se encarregar de prover proteção social àqueles muito pobres e a concessão do benefício exige a comprovação de carência. A política social nesses moldes tem um caráter compensatório e transitório, fragmentado e particularista; 2. *o modelo meritocrático-particularista* onde o mercado tem um papel predominante, porém o Estado cumpre um papel significativo, já que é complementar à economia. As necessidades individuais devem ser supridas de acordo com o desempenho do trabalhador no mercado e o seu mérito e os benefícios que recebe são uma forma de suplementar seus ganhos em situações especiais, tal como a perda da capacidade de trabalho. "Nestas circunstâncias o sistema de políticas sociais atuaria como mecanismo

de prevenção do *status* perdido, garantindo um ganho proporcional ao anteriormente existente” (FLEURY,1994); 3. *o modelo redistributivo institucional* em que o Estado assume um papel central rompendo com o determinismo do mercado. A política social tem um caráter redistributivo e universalista, uma vez que, “O bem-estar individual é visto como responsabilidade da coletividade e a meta é alcançar uma maior igualdade entre os cidadãos” (FARIA, 1998).

Segundo Fleury (1994), no que pese as críticas à tipologia de Titmuss quanto ao seu viés ideológico, sua perspectiva endogenista e a polarização entre residual *versus* institucional, seu modelo ainda é utilizado, visto que ainda não foi superado por outro.

A tipologia proposta por Esping-Andersen segue uma perspectiva semelhante à de Titmuss. Toma como critério de análise dos regimes do Estado de Bem-Estar Social a democratização social do capitalismo avançado, a partir da estrutura de classe e das relações de poder. Distingue desse modo três modalidades: *o regime liberal*, no qual a assistência pública é sempre ex-post, intervindo minimamente nos casos de impossibilidade das necessidades serem resolvidas através do esforço individual, do mercado, da família ou das redes de solidariedade comunitárias. Os benefícios, em geral, são focalizados, destinados à população de baixa renda e são mínimos a fim de não desestimular o indivíduo a participar do mercado de trabalho. Os beneficiários são estigmatizados ou culpabilizados por sua situação. Os países que se encontram nesse regime são: Estados Unidos, Canadá e Austrália; *o regime conservador ou corporativista* onde a intervenção do Estado é parcial e objetiva mais organizar a proteção social que financiá-la. É identificado com o modelo bismarckiano de proteção social. Os benefícios dependem quase que integralmente de contribuições e preserva as diferenças de status ocupacional. A provisão pública não deve ser excessiva e a família tem um papel central. Os países que formam o regime “conservador” tiveram forte influência da Igreja, mantendo seu compromisso com a preservação dos valores tradicionais da família, estimulando a maternidade e desestimulando quaisquer propostas que ameaçassem a convivência familiar, tais como, creches e serviços de proteção a idosos e crianças. Este regime é formado especialmente por países da Europa Ocidental, tais como Alemanha, França, Itália e Àustria; *o regime social-democrata* caracteriza-se por políticas de proteção social de cunho,

predominantemente, universalistas. Os serviços e benefícios são abrangentes a fim de promoverem a igualdade, com os melhores padrões de qualidade e não uma igualdade das necessidades mínimas. Tais serviços e benefícios são compreendidos e garantidos como direitos sociais, dissociados do mercado e da família tradicional. A sociedade é solidariamente organizada, entendendo que os custos com a manutenção da família e a criação dos filhos devem ser partilhados, “assume responsabilidade direta pelo cuidado com as crianças, os velhos e os desvalidos” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 110). Uma das características mais evidentes é a relação entre trabalho e bem-estar, nesse sentido, o pleno emprego é estrutural ao sistema, dele depende a manutenção do regime. Estas características são mais evidentes na Dinamarca, Noruega e Suécia.

Estes tipos-ideais formulados pelos dois autores citados apontam para uma convergência em torno de três tipos básicos que se diferenciam de acordo com o critério de análise utilizado em cada sistema classificatório.

Fleury (1994, p.107-108), tomando como base as características de cada um dos tipos-ideais apresentados, formula três modelos de proteção social, articulando dois critérios: primeiro, a natureza da proteção social, que está relacionada ao modo como a sociedade se organiza: Assistência Social, Seguro Social, Seguridade Social ; segundo, “(...) a expressão jurídica e política que articula a modalidade de integração Estado/Sociedade em cada um dos casos (...): Cidadania Invertida, Cidadania Regulada, Cidadania Universal”.

No modelo de *Assistência Social* a ênfase central é no mercado, ficando a ação do Estado, desse modo, restrita ao mínimo, suplementar, assumindo um caráter compensatório, discriminando aqueles grupos que são incapazes de suprir suas necessidades no mercado. Está pautado nos valores de liberdade e individualismo, e a igualdade é concebida como igualdade de oportunidade. O atendimento às necessidades daqueles que não conseguem competir no mercado é feito através de fundos sociais compostos por doações financeiras de grupos, associações ou agências governamentais, a partir de uma perspectiva caritativa e reeducadora. Os benefícios são concedidos mediante comprovação de incapacidade do indivíduo em suprir suas necessidades e, mesmo tendo um caráter temporário, ele não é visto como um direito, mas como uma concessão. Nesse modelo o benefício não se constitui como um direito

de cidadania, mas ao contrário, o processo para alcançá-lo é desqualificador e acompanhado de perda de outros direitos. A autora considera que neste tipo de relação entre Estado e Sociedade há uma cidadania invertida, “já que o indivíduo ou o grupo-alvo passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social” (FLEURY, 1994, p. 109).

O modelo de *Seguro Social* é centrado na cobertura de grupos ocupacionais, através de contrato, no qual o benefício depende da contribuição prévia de cada trabalhador segurado. Difere dos seguros privados por ser controlado pela burocracia do Estado, que mantém e legitima as diferenças entre os grupos ocupacionais em troca da lealdade dos beneficiados. Emerge no início da industrialização tendo como princípio a solidariedade, mas, também, a partir de princípios meritocráticos, já que tem como base a sua contribuição. Sua natureza corporativa é revelada pelo modelo tripartite – contribuições de empregados, empregadores e Estado -, que tem como objetivo “a manutenção do mesmo *status* socioeconômico em situações de infortúnio e perda da capacidade de trabalho, assegurando-se condições iguais as que tinha quando trabalhador ativo” (FLEURY, 1994, p.109). Os benefícios são concebidos como privilégios diferenciadores das categorias de trabalhadores. A cidadania, desse modo, é regulada pelo mérito, ou seja, com base na condição de inserção na estrutura produtiva (SANTOS, apud FLEURY, 1994).

O modelo de proteção social na modalidade de *Seguridade Social* se caracteriza por um conjunto de políticas públicas centralizadas e unificadas pela ação estatal que administra e financia o sistema, tendo como objetivo garantir a todos os cidadãos um mínimo vital em termos de renda, bens e serviços. Tem como princípio a justiça social. Os benefícios são concebidos como direitos universalizados, de acordo com as necessidades, tendo como base um piso mínimo, “o que asseguraria um eficiente mecanismo de redistribuição da riqueza social e correção das desigualdades do mercado” (FLEURY, 1994, p. 110). Segundo a autora, neste modelo predomina a relação de cidadania universal. As políticas econômicas são indissociáveis das políticas sociais como estratégia desenvolvimentista do Estado.

O Welfare State ou Estado de Bem-Estar Social surge, assim, no início do século XX, especialmente após a Segunda Grande Guerra. São muitas as teorias que

buscam explicar a origem, o desenvolvimento e a crise do Estado de Bem-Estar Social. Não é objetivo deste estudo, entretanto, aprofundar a discussão acerca desta questão, uma vez que já há uma extensa literatura na área¹³. Fleury (1994, p. 118) assinala, entretanto, que “apenas uma análise compreensiva, que procure entender o Welfare como parte de um processo social mais amplo – no qual ao mesmo tempo que se constrói o Estado nacional se define o formato e o conteúdo da cidadania – podemos dar conta tanto dos aspectos estruturais homogeneizadores quanto das variações encontradas”.

Para Esping-Andersen (1995), o Welfare State é um elemento estrutural do capitalismo contemporâneo e significou um esforço na reconstrução econômica, moral e política do mundo industrial desenvolvido e uma defesa contra o avanço de propostas comunistas. Do ponto de vista econômico significou a ruptura com a “ortodoxia do mercado”; na perspectiva moral expressa a defesa das idéias de justiça, solidariedade e universalismo; na esfera política foi parte de um projeto de construção nacional da democracia liberal em oposição às ditaduras fascistas e bolchevista.

Independente do modelo de proteção social adotado nas sociedades capitalistas desenvolvidas, até o fim dos anos de 1960, o Estado de Bem-Estar Social dá resultados satisfatórios às questões da vulnerabilidade social e da pobreza. Envolto por uma atmosfera de crescimento econômico e pleno emprego, as diferentes estratégias usadas para conter a desagregação social, se mostraram eficazes. Durante, aproximadamente, três décadas, período que ficou conhecido como “gloriosos trinta”, as políticas de redistribuição se expandiram e se consolidaram como direito social, direito do cidadão.

A forma de solidariedade que tem como base o Estado começa a partir dos anos de 1970 a mostrar dificuldades frente à diversidade de situações de precariedade e fragilidade social advindas do surgimento de novas desigualdades e riscos (MAGALHÃES, 2001). As transformações ocorridas no processo produtivo, e do trabalho, o declínio do modelo fordista de produção, o novo modelo de produção baseado na automação flexível, a globalização da economia, as inovações tecnológicas, a retração do crescimento econômico de muitos países capitalistas, o

¹³ A produção científica na área é extensa e enfocam abordagens teóricas distintas, dentre outros encontramos, Draibe (1986, 1993, 1990), Lenhart e Offe (1984) Offe (1984), Fleury (1994), Arreche (1995), Vianna (1998)

crescente desemprego de massa e de longa duração, a precarização do trabalho (trabalho informal, trabalho temporário, jornadas parciais, diminuição de renda, perda do seguro social) por um lado; e por outro lado, as mudanças no âmbito familiar, tais como o aumento de famílias monoparentais, unipessoais, descentramento da base familiar, são apontados ao mesmo tempo como causa e conseqüência da crise do Estado de Bem-Estar Social.

A situação de pobreza já não se restringe aos velhos, doentes e incapazes para o trabalho, mas atinge também jovens que não conseguem colocação no mercado de trabalho, mães solteiras sem qualificação profissional, homens, mulheres e crianças sem vínculo social que passam a ocupar as ruas. Essa crescente demanda por proteção social tem impulsionado as discussões acerca do papel do Estado.

Para Flora (apud FLEURY, 1994) a desintegração do sistema deve-se à incapacidade das instituições de se adaptarem aos novos desafios colocados pela sociedade, no sentido de recriar as condições de integração social. O autor aponta como desafios: “o envelhecimento da população e a necessidade de um novo contrato entre as gerações; as mudanças sexuais na divisão do trabalho e a necessidade de um novo contrato entre os sexos; a mudança de valores e a necessidade de um novo contrato entre Estado e cidadãos”.

Sem dúvida as questões suscitadas pelo envelhecimento populacional e as formas de relações intergeracionais, pelas transformações nas relações de gênero, assim como as mudanças nas relações de trabalho e na família, precisam ser analisadas para além das abordagens economicistas. Estas novas situações impõem à sociedade repensar as formas de solidariedade social frente à complexidade da vida social e a diversidade de demandas de proteção social.

Entretanto, neste processo de redefinição do papel do Estado o modelo que vem sendo implementado na Europa aponta para um encolhimento das funções redistribuidoras do Estado e, ao mesmo tempo, o compartilhamento da responsabilidade pela proteção social entre Estado, o mercado e a sociedade civil ou terceiro setor, o que vem sendo chamado de Welfare Mix. Esse novo modelo está pautado num sistema de complementaridade compensatório no qual o Estado só atua onde o mercado e a família não dão conta. Fundamenta-se no princípio da

subsidiariedade, atribuindo um lugar de destaque ao voluntariado, especialmente de base familiar, e abrindo espaço para um mercado de serviços sociais. Deste modo, o Estado reduz seu papel de prestador direto de serviços, e de executor das ações, assumindo apenas a função de coordenador das estratégias de implantação de programas sociais, estimulando e regulando a mobilização dos agentes econômicos e sociais.

Segundo Simionatto e Nogueira (2006) este modelo welfare mix europeu organiza os serviços sociais a partir da integração de redes familiar/parentais e comunitárias. Tais redes se fundamentam em ações de caráter solidarista e voluntária, com a participação dos setores público, privado e privado-social. Nesta perspectiva as políticas públicas se reestruturam através de um processo de descentralização, de modo que as comunidades locais possam “autotutelar-se e auto-organizar-se, a partir de um sistema de subsidiariedade onde a área privada, com e sem fins lucrativos, passaria a desempenhar papel de destaque” (p. 204).

É nesses termos que as políticas sociais brasileiras também têm se estruturado. Basta observarmos o papel central que a família e a comunidade vêm ocupando, por exemplo, nas políticas de saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS, que tem o Programa de Saúde da Família como a principal estratégia de reorganização do sistema, ou ainda, na área da assistência social, o Programa de Atenção Integral à Família – PAIF, como será tratado no próximo capítulo.

2. 2. Proteção social no Brasil : do Estado para a Família

A questão social no Brasil só se torna uma questão política no início do século XX, especialmente, a partir de 1930. O Estado tem sido, ao longo da história do país, o último a dar respostas para as questões sociais, tendo suas ações restritas às situações emergenciais, transferindo para a sociedade a maior parte das responsabilidades para com os problemas sociais.

O sistema de proteção social brasileiro tem se caracterizado por ações fragmentadas e emergenciais, restritivas e segmentada, eventuais e descontínuas, características essas que, em certa medida, perpassam todo o sistema.

A história da proteção social brasileira segue um curso semelhante ao europeu, já apresentada anteriormente, resguardando as diferenças culturais e políticas, entretanto, se desenvolvem em tempo histórico distinto.

A assistência às camadas em situação de vulnerabilidade social se apoiou, inicialmente, na filantropia caritativa regulada pela Igreja, especialmente a Católica, e, posteriormente, pelo Estado. Como afirma Mestriner (2005), as práticas assistências passaram por diversas fases – caritativa, higiênica, disciplinadora, profissionalizante, de clientela, vigiada e democratizada – conforme o modelo político que se traça para a filantropia, solidariedade e assistência social em diferentes tempos históricos. Nesse processo constituíram-se diferentes estratégias de intervenção e controle da pobreza, reduzindo os doentes, inválidos, velhos, órfãos, delinqüentes, à categoria de “assistidos sociais”, instituindo-se espaços institucionais próprios, “de promoção/educação/reabilitação, com enunciados científicos, técnicos, administrativos, filosóficos e jurídicos que até hoje vigoram fortemente” (MESTRINER, 2005, p. 40).

As instituições de caridade, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, eram a forma predominante de proteção social existente até aproximadamente meados do século XX. Tais instituições prestavam assistência a enfermos, crianças e velhos desamparados, doentes mentais, leprosos, mendigos e pobres em geral. Localizadas próximas aos conventos e igrejas católicas, estas instituições se espalharam por todo país. A assistência realizada nestes espaços institucionais não fazia distinção das diferentes categorias sociais, chamadas genericamente de “mendigos”.

Fraga Filho (apud Groisman, 1999), em pesquisa realizada na Bahia sobre a população de rua no século XIX, identifica os mesmos critérios de assistência aos pobres apontados por Castel (2003): a relação de proximidade entre os que assistem e os assistidos e a incapacidade para o trabalho. Segundo aquele autor, os mendigos desfrutavam de “certa tolerância social, pois encontravam-se ligados ao cenário cotidiano e religioso da cidade”. Os mendigos participavam das festas, funerais e procissões religiosas. Fraga Filho via esta relação de proximidade no contexto mais

amplo das relações paternalistas e constata que “da mesma forma que possuíam agregados, as famílias mais afortunadas tinham os ‘seus’ mendigos, a quem deviam proteção e algum amparo material”. Eram considerados mendigos os incapacitados para o trabalho:

o doente ou portador de alguma deficiência física, o velho, a criança órfã e as viúvas eram os pobres reconhecidamente legítimos, e, portanto, aptos para sobreviver pela caridade. Eram pobres amparados pelos fiéis e de certa maneira protegidos pelas autoridades¹⁴, que lhes concediam licenças para mendigar em determinados pontos da cidade (FRAGA FILHO, apud GROISMAN, 1999, p 29)

A incapacidade para o trabalho e as marcas de sofrimento corporal, também aqui, foram utilizados como critério para ter acesso à assistência, distinguindo, deste modo, os pobres merecedores dos vagabundos. Ao contrário dos pobres merecedores, incapacitados para o trabalho e ligados às famílias locais e às paróquias, os vadios eram aqueles que não possuíam vínculos sociais. Na interpretação de Fraga Filho “a vadiagem violava o ideal patriarcal segundo o qual todo homem devia ter seu lugar, sua família, seu senhor” (GROISMAN, 1999, p. 30). Para os considerados vagabundos, em geral, jovens, desempregados, sem deficiência física e sem vínculo social, era reservada a repressão, pois, de acordo com o Código do Império de 1830, a vadiagem figurava como crime, sujeito à prisão, ou ainda, eram obrigados a cumprir medidas de “reenquadramento social”, tais como o alistamento forçado no Exército ou na Marinha.

As Santas Casas de Misericórdia assistiam a toda espécie de pobres merecedores – inválidos, doentes, desamparados – em nome da caridade cristã, sem que houvesse algum tipo de separação ou classificação dos diferentes tipos de assistidos. É a partir da segunda metade do século XIX que começam a ocorrer mudanças nas práticas de intervenção sobre a pobreza. Influenciada, por um lado, pelo modelo de assistência higienista, introduzido pela medicina social, visando prevenir a sociedade das doenças contagiosas, e, por outro, do discurso filantrópico¹⁵ que critica a caridade, por ser esta considerada como um incentivo à ociosidade e ao vício, a

¹⁴ As licenças para mendigar eram inicialmente concedidas pelo pároco local e posteriormente pelo Juiz de Paz (GROISMAN, 1999).

¹⁵ Em oposição à caridade, cujas ações se baseiam em preceitos religiosos, especialmente, cristãos, a filantropia está associada aos tempos modernos, onde predomina o espírito científico e racional (RIZZINI, 2006). A filantropia se relaciona ao amor pela humanidade.

assistência à pobreza toma outro rumo. Na perspectiva higienista, a pobreza e a mendicância passam a ser vistas como uma ameaça à saúde da população, responsáveis pela propagação de doenças. Desse modo, a assistência se associa com a prevenção de doenças, através de uma “cruzada filantrópica” (MESTRINER, 2005), mobilizando toda a sociedade.

A investida da medicina sobre as questões sociais, através de políticas higienistas, vai intervir tanto no planejamento das cidades quanto no controle da população pobre, tanto nos espaços públicos quanto nas instituições. Os espaços públicos onde havia concentração de mendigos representam, agora, um perigo para a saúde dos habitantes da cidade. Desse modo, os mendigos - dentre eles também os velhos - e os vadios tornam-se agentes propagadores de doenças e sua livre existência não poderia ser mais tolerada (GROISMAN, 1999). A fim de tirar a mendicância das ruas são criadas instituições destinadas a recolher e abrigar toda essa população, os chamados “Asilos de Mendicidade”. Exemplo disso são os Asilos de Mendicidade fundados em 1854, no Rio de Janeiro, e em 1862, na Bahia. Estas instituições funcionavam inicialmente como abrigo e, ao mesmo tempo, centros de triagem, onde os doentes e inválidos eram separados dos delinqüentes, e, posteriormente, encaminhados: os doentes para a Santa Casa e os aptos ao trabalho à Casa de Correção. Pouco tempo depois de inaugurado, o asilo de mendicidade do Rio de Janeiro, passa a abrigar permanentemente os mendigos e inválidos para o trabalho, como medida preventiva, sendo os doentes levados para a Santa Casa. O chefe de polícia, com a aprovação do Governo Imperial, determinou que os mendigos ficassem “reclusos e mantidos no caráter de presos pobres da justiça”.(Idem).

Segundo Groisman, o Decreto Imperial de 06 de setembro de 1884 regulamentava as quatro classes de mendigo que seriam admitidos no Asilo: “1º, os menores de 14 anos, abandonados e ociosos; 2º, os indigentes, os velhos e os incapazes, que recorriam à caridade dos transeuntes; 3º, os que se apresentavam espontaneamente, provando indigência; 4º, os alienados que não podiam ser recebidos no Hospício D. Pedro II” (p.36).

A filantropia higienista, fundamentada no saber médico-científico, com o apoio do Governo, promove uma série de transformações nos espaços institucionais antes

regidos pelo princípio da caridade. Os higienistas condenavam a mistura dos assistidos e buscaram ordenar os espaços institucionais de modo a separá-los de acordo com certas características, tais como, sexo e idade, ou por tipo de patologia. Para alcançar tal objetivo, foram criadas instituições específicas para atender aos órfãos, aos loucos, aos velhos, etc. Surgem assim, na virada do século XIX para o XX, as primeiras instituições específicas para abrigar os velhos pobres e sem vínculos familiares: os Asilos de Velhos.

Diferente do que ocorreu nos Hospitais Gerais ou Asilos de Loucos, nos quais a medicalização se fez tanto no âmbito institucional – os médicos e as enfermeiras passam a ocupar o lugar das irmãs de caridade - quanto no tratamento empregado aos doentes, nos asilos para velhos a assistência permaneceu (e, em grande medida, ainda permanece) vinculada às práticas de caridade e de filantropia. Sua direção ficava a cargo ou de sacerdotes da Igreja Católica ou de ilustres personalidades da sociedade local e os cuidados com os velhos sob a responsabilidade das Irmãs¹⁶ de várias Ordens. O custeio de tais instituições era feito através de doações e campanhas realizadas pelas damas da sociedade, subvenções do Estado¹⁷ e, posteriormente, com a contribuição dos próprios velhos. Ressalta-se com isso, que a entrada da medicina e do Estado na assistência à velhice, diferente do que ocorreu com outras categorias, só se deu muito tempo depois de sua criação, de modo precário, situação que perdura até hoje.

Até aqui vimos o desenvolvimento da proteção social predominantemente produzida pela sociedade civil, voltada à assistência aos pobres, baseada em valores religiosos e morais. Vale observar agora a constituição da proteção social na perspectiva legal ou normativa, produzida no âmbito do governo.

No período imperial surgem alguns dispositivos constitucionais que tratam de questões sociais, mas, principalmente, de leis que regulamentam o trabalho. Anterior à Constituição de 1824 surge a primeira legislação de proteção através do Decreto de

¹⁶ Vale ressaltar que as Irmãs de caridade permanecem até hoje em muitos asilos de velhos, como é o caso da instituição estudada..

¹⁷ Segundo Groisman (1999, p.53), “Incluídas as subvenções oficiais, o Benefício Lotérico e, em 1925 uma verba extra referente ao “Imposto de Caridade”. O Imposto de Caridade foi uma lei que entrou em vigor em 1917 (...) e taxava a importação de bebidas alcoólicas, revertendo a receita, como o nome diz, para instituições de caridade. Uma das justificativas para o imposto é a de que o álcool era responsável pelos ‘vícios’ da população”

1/10/1821, concedendo aos mestres e professores aposentadoria, após 30 anos de serviço. Segundo Martins (2001) a Constituição de 1824 preconizava a instituição de socorro público, e, posteriormente, atribuía a competência às Assembléias Legislativas legislarem sobre as casas de socorro público, conventos, etc. Em 1835 é criado o Montepio Geral dos Servidores do Estado (Mongeral), primeira entidade privada a funcionar no país, concebido como um sistema tipicamente mutualista¹⁸. Instrumento legal, esse, anterior à lei bismarckiana de 1883, já referida, como lembra o autor. Outros decretos regulamentam e asseguram direitos, tais como: salário por até três meses aos trabalhadores acidentados (1850); o financiamento de montepios e sociedades de socorros mútuos (1860); a criação de Caixa de Socorro para trabalhadores das estradas de ferro (1888); ou, ainda, concedem aposentadorias para empregados dos correios e das estradas de ferro (1888).

A expressão “aposentadoria” aparece pela primeira vez na Constituição de 1891, após a proclamação da República do Brasil, tal como exposto no artigo 75: “aposentadoria só poderá ser dada aos funcionários públicos em caso de invalidez no serviço da Nação” (MARTINS, 2001). Tal benefício era totalmente custeado pelo Estado, já que não havia nenhuma contribuição por parte dos beneficiários. Em 1919 o pagamento de indenizações em decorrência de acidentes de trabalho tornou-se obrigatório aos empregadores, beneficiando todos os trabalhadores formalizados.

A Lei Eloi Chaves, promulgada em 1923, institui a primeira norma da Previdência Social no Brasil, com a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões para os ferroviários de todo país. Previa os benefícios de aposentadoria por invalidez, por tempo de serviço, pensão por morte e assistência médica. O Estado não participava do custeio, esse era feito através do recolhimento de 3% do salário dos trabalhadores e 1,5% era recolhido pelos usuários dos transportes (MARTINS,2001). Mais tarde esses benefícios foram ampliados para outras categorias profissionais, tais como, trabalhadores dos telégrafos, dos serviços de força, luz e bonde, dentre outras..

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) eram organizadas como seguro social, estruturadas por empresas. Só na década de 1930 elas passam a ser

¹⁸ Martins (2001, p. 6) define mutualismo como um “sistema por meio do qual várias pessoas se associam e vão se cotizando para a cobertura de certos riscos, mediante a repartição dos encargos com todo o grupo”.

organizadas por categorias profissionais, denominada de Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP.

Draibe (1993) considera que é a partir dos anos de 1930 que começa a se constituir o Welfare State no Brasil. A criação dos IAPs, foi um importante passo nesse sentido. O primeiro IAP criado foi o dos Marítimos, depois o dos Comerciantes e dos Bancários, expandindo-se, posteriormente, para outras categorias profissionais. Conforme Medeiros (2001), naquele período foram definidas e implementadas as bases modernas do sistema de seguridade social, consolidando-se um Welfare State baseado em políticas predominantemente voltadas para os trabalhadores urbanos. Foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (1930), pois, até então, as questões relacionadas ao trabalho ficavam a cargo do Ministério da Agricultura; na mesma década foi criada a Justiça do Trabalho (1934); e, por fim, foi promulgada em 1943 a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT -, visando a sistematizar a legislação trabalhista e regulamentar o trabalho da mulher, do menor, a segurança do trabalho, a jornada de trabalho, as férias anuais.

A Constituição de 1934 estabelece como competência da União fixar as regras de assistência social, ficando os Estados-membros com a responsabilidade de “cuidar da saúde e da assistência pública”, assim como, fiscalizar a aplicação das leis sociais, cabendo ao Poder Legislativo instituir normas sobre as aposentadorias. Esta Constituição previa a aposentadoria compulsória para funcionários públicos com mais de 68 anos de idade, aposentadoria, com salário integral, ao funcionário público que tivesse no mínimo 30 anos de trabalho e a aposentadoria por invalidez. Os proventos da aposentadoria, entretanto, não poderiam ultrapassar os vencimentos da atividade. As contribuições passam a ser obrigatórias e tem tríplice custeio: Estado, empregador e empregado (MARTINS, 2001).

Toda a política social até aquele momento estava sempre referida ao trabalho. Não havia uma política nacional de saúde até 1930, iniciando-se esta, a partir daí, basicamente sobre dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária, esta última atendendo apenas aos trabalhadores associados aos IAPs. No âmbito da saúde pública foi criado em 1937 o Departamento Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério de Educação e Saúde Pública, criado em 1930. As ações desenvolvidas por esse

Departamento se restringiam a campanhas sanitárias, ficando o atendimento médico-hospitalar a cargo da iniciativa privada e de instituições filantrópicas. Em 1938 foi criado o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Públicos do Estado –IPASE – com o objetivo de prestar assistência aos funcionários públicos, não só referentes às aposentadorias e pensões, mas também, a assistência médica e dentária.

No que se refere às políticas de assistência social é difícil definir com precisão o momento do seu surgimento, considerando o seu caráter desorganizado, indefinido e instável. Documentos oficiais – NOB/2005 - consideram dois marcos inaugurais da ação governamental na área da assistência social : a criação do Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS, em 1937, e a criação da Legião Brasileira de Assistência – LBA, em 1942. A LBA se constituiu como o marco inicial da centralização dessa política. Inicialmente voltada para atender só às famílias dos brasileiros convocados para a Segunda Guerra Mundial, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, posteriormente estendeu suas ações para outros segmentos da sociedade, tais como crianças, jovens, deficientes, velhos, vindo a se constituir como instituição articuladora da assistência social no Brasil. Seu custeio era também tripartite: trabalhador, empregador e Estado. A contribuição de cada ente correspondia a 0,5% do salário do trabalhador. Sempre coordenada pelas primeiras-damas, tinha características clientelistas e assistencialistas. Configurando-se em uma rede de instituições privadas conveniadas, porém mantendo sua marca assistencialista. Prática que vigorou até 1995, quando a LBA foi extinta.

A Constituição de 1946 institui o termo “previdência social” em substituição à expressão “seguro social” anteriormente utilizada. Consagrava a previdência, mediante contribuição da União, empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as conseqüências da doença, da velhice, da invalidez e da morte.

A legislação sobre a previdência social foi unificada com o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, a partir de 1940. A Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS –, de 1960, padronizou o sistema de assistência, ampliando os benefícios e deu unidade ao sistema de previdência social, porém sem unificar os institutos existentes.

No contexto da ditadura militar, o período pós 1964, houve a expansão do “fordismo” no Brasil, por meio do chamado Milagre Brasileiro, e também a expansão da cobertura da política social, conduzida de forma tecnocrática e conservadora. Ampliam-se, assim, os direitos sociais em meio às restrições dos direitos civis e políticos (BERING: BOSCHETTI, 2007).

Os Institutos de Aposentadoria e Pensões foram unificados em 1966, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS. A Previdência foi ampliada, em 1971, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), gerido pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Este programa vem romper com o caráter de seguro social até então vigente no sistema previdenciário. Segundo Delgado e Cardoso (1999), este sistema inaugura uma efetiva proteção social ao idoso, modificando toda uma história e concepção de proteção às pessoas idosas no setor rural. Os trabalhadores rurais idosos passaram a ter direito à aposentadoria por velhice (65 anos), invalidez, pensão e auxílio funeral, política essa de caráter mais redistributivo e universalizante, já que não exigia que os trabalhadores tivessem contribuído para a previdência. O valor do benefício da aposentadoria por velhice era de meio salário mínimo e só poderia ser concedida a um componente da unidade familiar, cabendo apenas ao chefe ou arrimo, deixando as mulheres desprotegidas, excluídas do benefício por idade, a menos que vivessem sozinhas. A pensão por morte do trabalhador era de valor equivalente a 30% do salário mínimo, devida aos dependentes. Os empregados domésticos também passam a ser incluídos como segurados obrigatórios da Previdência Social a partir de 1972. Dois anos depois foi criado o amparo previdenciário para velhos pobres, maiores de 70 anos, e para inválidos, chamado de Renda Mensal Vitalícia, no valor de meio salário mínimo. Este benefício era concedido a quem tivesse contribuído por, no mínimo, doze meses para a Previdência Social.

O Ministério do Trabalho e Previdência é desmembrado com a criação, em 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social que passou a incorporar a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que prestava assistência à população carente; a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) que executava políticas

voltadas para o menor, em grande parte de caráter punitiva; a Central de Medicamentos (CEME); e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev).

Com o objetivo de reorganizar a Previdência Social é criado, em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) integrando as atividades da previdência social, da assistência médica, da assistência social e da gestão administrativa, financeira e patrimonial, passando a centralizar, além dos órgãos já citados, o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS) (BERING e BOSCHETTI, 2007; MARTINS, 2001).

Segundo Bering e Boschetti (2007), junto com a institucionalização da previdência, da saúde e, com menor importância à assistência social, o governo militar implementou uma política nacional de habitação promovida pela criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) e criou fundos de indenização aos trabalhadores, tais como, FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), PIS (Programa de Integração Social), PASEP (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público), que serviam como mecanismos de poupança forçada para o financiamento da política habitacional. Ao mesmo tempo a “ditadura militar abria espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, configurando-se um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem podia e para quem não podia pagar” (BERING; BOSCHETTI, 2007, p. 137). Para as referidas autoras, essa é uma das principais heranças do regime militar para as políticas sociais e que nos aproxima mais do sistema de proteção social norte-americano que do Welfare State europeu.

Para Draibe (1993) o padrão de Welfare State brasileiro, entre as décadas de 1970 e 1980, é do tipo meritocrático – particularista, conforme a classificação de Titmus. O princípio meritocrático, que se baseia na posição ocupacional e de inserção no mercado de trabalho, no qual se funda o sistema previdenciário, funciona como mecanismo de estratificação social à medida que define políticas diferenciadas para grupos sociais diferentes. Ao deixar de fora aqueles que não pertencem às corporações, associações ou outra forma de inserção produtiva, torna-se também particularista. As políticas sociais assim reproduzem as desigualdades sociais preexistentes na sociedade. As políticas sociais redistributivas e igualitárias restringiam-

se à educação básica e saúde (restrito ao atendimento de urgência). Draibe ressalta o caráter corporativo e, principalmente, clientelista que afetou a dinâmica de introdução e consolidação do Welfare State brasileiro, interferindo na alocação e extensão dos recursos, “tendendo a feudalizar (sob o domínio de grupos, personalidades e/ou cúpulas partidárias) áreas do organismo previdenciário e, principalmente, a distribuição de benefícios em períodos eleitorais” (DRAIBE, 1993, p.25).

A mesma autora aponta certa tendência universalizante, tanto em termos de cobertura quanto de beneficiários, que foi sendo introduzido no sistema de proteção social brasileiro: a unificação dos IAPs sob o INPS; na área da saúde, a abertura do atendimento de urgência a toda a população, no final dos anos de 1970; a extensão da educação básica obrigatória gratuita para oito anos, na mesma década; e, ainda, o PRORURAL/FUNRURAL e a Renda Mensal Vitalícia. Entretanto, alerta a autora, “estas tendências universalizantes longe estão, ainda, de conferir ao sistema brasileiro características do tipo ‘institucional – redistributivo”.

A Constituição de 1988 representou um avanço no que tange à questão social, com a estruturação de um amplo sistema de proteção social, a Seguridade Social, resultante de discussões de diferentes segmentos da sociedade, desde a década de 1970.

A Seguridade Social compreende, segundo a Constituição, “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

O conceito de Seguridade representou um avanço em termos dos direitos sociais associados à cidadania, sugerindo uma ampliação do conceito de proteção social de um modelo de seguro para seguridade. Diferente do Seguro, que se refere ao sistema de proteção contra os efeitos de contingências associadas ao trabalho, que exige uma contribuição dos seus afiliados e assegura benefícios somente aos seus contribuintes caso ocorra perda ou diminuição da sua capacidade laborativa, a Seguridade social¹⁹ refere-se ao sistema de proteção contra contingências sociais a todos que tenham

¹⁹ Seguridade nos termos definidos pela OIT: “É a proteção que a sociedade proporciona a seus membros mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais que de outra forma derivariam no desaparecimento ou em forte redução de sua subsistência como consequência de enfermidade, maternidade, acidente do trabalho ou enfermidade profissional, invalidez, velhice e morte, e também a proteção na forma de assistência médica e de ajuda às famílias com filhos” (OIT, 1984).

necessidades, não restringindo os benefícios àqueles que sejam, ou que tenham sido, contribuintes nem que tenham perdido a capacidade laborativa. Entretanto, o termo Seguridade adotado pela Constituição não garantiu o seu pressuposto, mantendo no mesmo “sistema” benefícios contributivos e não–contributivos, constituindo-se num “sistema de Seguridade Social híbrido”, como afirma Fleury (1994, p. 224), ou seja, “orientado por princípios e práticas concorrentes, originadas de uma base contributiva individual de um lado, e de programas distributivos assistenciais de outro”. Do mesmo modo, não garantiu a constituição de “um conjunto integrado de ações”, uma vez que esse pressupunha uma concepção mais universalista, integradora de diferentes políticas, com uma base expandida de financiamento, composta por impostos pagos de forma direta ou indireta pela população, e de contribuições específicas, com um orçamento próprio e um órgão gestor próprio (VIANNA, 2005).

Importante lembrar que, segundo o texto constitucional, a organização da Seguridade Social fica sob a responsabilidade dos poderes públicos e tem por objetivo: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Os princípios da universalidade da cobertura e do atendimento e a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços faz transparecer certa tensão entre ambos, que se concretiza no modo como é descrito cada um dos elementos constitutivos da seguridade social, particularizando e selecionando a demanda para segmentos da população brasileira: a saúde é direito de todos (art. 196); a previdência social atende aos que lhe são contributivos (art. 201); a assistência social é prestada aos necessitados (art. 203) ou aos desamparados (art. 6º) (SPOSATI, FALCÃO, FLEURY, 2002).

O princípio de uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços iguala os direitos dos trabalhadores rurais e urbanos, estabelecendo aposentadoria por idade

para os trabalhadores rurais a partir dos 60 anos para os homens e 55 anos para as mulheres, e os trabalhadores urbanos precisariam cinco anos a mais, respectivamente, para ter direito ao benefício. As mulheres passaram a ter acesso à aposentadoria independente de serem chefes de família, adquirindo igualdade de condições com os cônjuges.

A irredutibilidade do valor dos benefícios garante que nenhum benefício pode ser inferior a um salário mínimo e que esse deve ser corrigido de modo a manter seu valor. Esta medida foi significativa tanto para os aposentados rurais que tiveram seus benefícios duplicados ou triplicado, no caso dos pensionistas, quanto para os aposentados urbanos que recebiam benefícios inferiores ao salário mínimo, e também para os que tinham direito à Renda Mensal Vitalícia.

A diversidade da base de financiamento possibilitou a criação de novas formas de financiamento da seguridade social que, além da contribuição sobre a folha de salário, passa a contar com recursos provindos da tributação sobre o faturamento e o lucro das empresas e sobre a movimentação financeira (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF). De acordo com Fleury (2004, p.117), a criação desta sistemática de financiamento buscava mecanismos de solidariedade e de estabilização do sistema na tentativa de romper com “a arraigada noção de seguro social de que existe uma relação inexorável entre contribuições e benefícios”

O caráter democrático e descentralizado da administração garante gestão compartilhada entre governo, trabalhadores, aposentados e prestadores de serviços, de modo que tanto os que financiam quanto os que usufruem os direitos devem participar das tomadas de decisão. Entretanto, os conselhos criados com esta finalidade não têm poder decisório, são apenas de caráter consultivo.

Fleury (1994, p. 224) aponta as profundas contradições contidas na aparente unidade do conceito de Seguridade, tais como:

centralização e descentralização (a previdência segue sendo centralizada enquanto a saúde e a assistência deveriam ser descentralizadas; os recursos advêm basicamente da contribuição salarial e, portanto, seguem sendo altamente centralizados enquanto as responsabilidades são cada vez mais descentralizadas); entre acumulação e redistribuição (os benefícios

previdenciários sendo de natureza contributiva e os assistenciais, mesmo que idênticos aos primeiros, de caráter redistributivo); entre seletividade e universalidade (propõe-se a seletividade em alguns benefícios ao mesmo tempo que uma universalidade indiscriminada para os demais); entre estatismo e privatismo (assume-se que as funções públicas devam ser garantidas pelo Estado, algumas vezes com exclusividade na prestação dos benefícios e serviços, outras com a participação subsidiária do setor privado, outras ainda com a participação imprescindível da ação social voluntária e participativa).

O texto constitucional, complementa a autora, mesmo apresentando contradições, demonstra a intenção de construir uma sociedade mais justa e solidária. Entretanto, a rearticulação do bloco político conservador, neoliberal, no início dos anos 1990, impossibilitou uma posição hegemônica capaz de garantir a implementação da Seguridade tal como sugeria a Constituição. Deste modo, no processo de elaboração dos regulamentos e legislações específicas e complementares, a Seguridade Social foi segmentada com aprovação de leis específicas para cada uma das áreas: A Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080, de 1990); as Leis do Custeio e dos Planos de Benefícios da Previdência (8.212 e 8.213, de 1991), a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei 8742, de 1993).

Na área da Previdência foi criado, em 1990, o Instituto Nacional de Seguro Social – INSS – (e não de Seguridade como se esperava), responsável pela administração dos benefícios previdenciários, órgão vinculado ao então Ministério do Trabalho e Previdência Social, mediante a fusão do IAPAS com o INPS.

Na área da saúde, a assistência médica foi totalmente transferida para o Ministério da Saúde com a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS – e extinção do INAMPS, em 1993. O SUS passou a coordenar, no âmbito da União, todas as políticas destinadas a garantir o acesso universal e igualitário de todos os cidadãos “às ações para promoção, proteção e recuperação” (VIANNA, 2005) .

A Assistência Social, pouco a pouco, foi ganhando autonomia: primeiro, vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1999, ganhou *status* de secretaria, SEAS - Secretaria de Estado de Assistência Social – ainda vinculada àquele ministério, ficando responsável pela coordenação da política nacional de assistência e pela gerência do Fundo Nacional de Assistência Social. Mais recentemente (2002), a autonomia foi confirmada com o desmembramento do Ministério da Previdência e Assistência Social em duas estruturas: o MPS Ministério da Previdência Social e o

MAPS - Ministério da Assistência e Promoção Social. Este último, a partir de 2004, passou a ser Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, incorporando as competências do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e da Secretaria Executiva do Bolsa-família²⁰.

Assim, estabeleceu-se um sistema de seguridade social fragmentado, desconstruindo o próprio conceito de seguridade. Segundo Vianna (2001, 2005) a Seguridade inexistente tanto do ponto de vista da estrutura administrativa quanto do ponto de vista do seu financiamento. A estrutura administrativa, como vimos, está fragmentada em três distintos ministérios, e seu financiamento, embora tenha expandido sua fonte de receita e esta tenha sido discriminada, sua “arrecadação é feita pela Receita Federal competindo ao Tesouro o repasse aos órgãos da Seguridade conforme programação financeira”. A inexistência de uma estrutura institucional-administrativa traz conseqüências negativas para o funcionamento da seguridade social, especialmente do ponto de vista financeiro, uma vez que seus recursos vêm sendo utilizados para fins distintos de sua finalidade, causando, assim, queda de liquidez e desequilíbrio do sistema²¹. Por outro lado, a política econômica recessiva adotada nos últimos governos, tem elevado o número de desempregados, subempregados e trabalhadores informais, dificultando o custeio dos benefícios assistenciais e previdenciários, uma vez que a folha de salário é a principal fonte de custeio do sistema previdenciário. Desse modo, reduzem-se as possibilidades de financiamento de benefícios não-contributivos ao mesmo tempo em que cresce sua demanda. Entretanto, a despeito do discurso oficial acerca da falência do sistema o mesmo não é deficitário, conforme mostram os estudos na área²². De acordo com Vianna (2005, p.13) “O total arrecadado cobre, com folga, os gastos da seguridade, mesmo incluídos, nestes, os realizados com saúde”.

20

²¹ Em 1994 foi criado o Fundo Social de Emergência, depois chamado de Fundo de Estabilização Fiscal e atualmente denominado de Desvinculação das Receitas da União – DRU- que permitiu a desvinculação de 20% dos recursos de todas as contribuições sociais, exceto as que incidem sobre os salários, disponibilizando tais recursos para uso exclusivo do Governo Federal (Vianna, 2005). Fleury (2004) revela que em 2001 apenas 50% do Cofins, 21% do CSLL e 62% do CPMF foram aplicados nas áreas de saúde, assistência e previdência, o restante dos recursos ou ficou retido pelo Tesouro Nacional ou foi aplicado em outras áreas. Segundo Behring e Boschetti (2007, p.166) “No período de 2002 e 2004, foram desviados do Orçamento da Seguridade Social R\$ 45,2 bilhões que deveriam ser usados para as políticas da previdência, saúde e assistência social e poderiam ampliar os direitos relativos a essas políticas sociais”. Grande parte dos recursos desviados da Seguridade Social tem sido usado para formação de superávit primário e pagamento do juro da dívida externa.

²² Os dados que demonstram este fato podem ser vistos nos trabalhos de Vianna (2005), Anfiip (2003), Fleury (2004), Oliveira; Beltrão; Ferreira (1997); Faleiros (2000); Tofner, Gambiagi (2007) dentre outros.

Segundo esta mesma autora, o processo de desconstrução da seguridade social ocorreu paralelamente ao processo de retração do Estado, no início dos anos de 1990, no governo de Fernando Henrique Cardoso, com as privatizações efetuadas e as reformas ditas estruturais, dentre elas a da previdência.

A Previdência Social no Brasil passou por dois processos de reforma; a primeira em 1998, atingiu, principalmente, os trabalhadores regidos pela CLT²³, principalmente os do setor privado, mas alterou também as aposentadorias dos servidores públicos. Estas mudanças não alteraram substantivamente o sistema da previdência social brasileira, mas representaram um retrocesso, na medida em que tornaram o acesso às aposentadorias mais restrito, e a redução do valor a ser pago para alguns dos benefícios, mediante a adoção de uma fórmula de cálculo mais rígido (CORDERO, 2005), como o Fator Previdenciário que associa tempo de contribuição, idade e expectativa de vida, obrigando uma maior permanência do trabalhador na ativa para garantir um valor maior do seu benefício. A rigidez desse cálculo penaliza principalmente as mulheres, em função da sua maior dificuldade em alcançar o tempo de contribuição exigido, devido a sua participação no mercado de trabalho ser intermitente, com salários mais baixos e maior expectativa de vida. A segunda reforma, promulgada em 2003, alterou as aposentadorias dos servidores federais, estaduais e municipais. Apesar dessas duas reformas recentes ainda há uma grande pressão política no sentido de imprimir novas mudanças nas regras de concessão de benefícios, o que irá acarretar maior deterioração nas condições de vida dos mais velhos, especialmente as mulheres e os trabalhadores rurais. Não cabe aqui aprofundar a discussão sobre a previdência social e as reformas porque esta vem passando, considerando não ser esta a questão central deste trabalho, e a existência de um grande número de trabalhos de especialistas na área.

Importante, entretanto, assinalar que sistemas de previdência em que há uma forte relação entre a contribuição e o valor do benefício provocam impacto diferenciado nos grupos de segurados, especialmente quanto ao gênero, como demonstra o trabalho

²³ A CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, refere-se ao Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificando toda legislação trabalhista existente no Brasil até aquela data. Tem como objetivo principal regulamentar as relações individuais e coletivas do trabalho, nela previstas. O termo CLT também é utilizado para denominar o indivíduo que trabalha com registro em carteira de trabalho. Os trabalhadores que não estão sob o regime da CLT são: os funcionários públicos estatutários, os profissionais que trabalham como pessoa jurídica e os profissionais autônomos.

de Silva e Schwarzer (2002). Neste caso, as mulheres são as mais afetadas, uma vez que elas ocupam setores de atividades e grupos profissionais com remuneração menor, mesmo tendo maior escolaridade e qualificação profissional que os homens; ocupam maior número no trabalho informal; têm trajetórias ocupacionais marcadas por interrupções em função de maior taxa de desemprego entre elas; recebem salários mais baixos mesmo ocupando as mesmas funções que os homens. Deste modo, um sistema previdenciário que tenha como base a relação entre contribuição e o valor do benefício da aposentadoria tende a reproduzir as desigualdades de gênero geradas no mundo do trabalho, na velhice, ficando as mulheres com menores valores de benefícios.

Para Fleury (2004) a Seguridade Social, como princípio da proteção social, tal como posto na Constituição de 1988, está inconclusa, tanto do ponto de vista organizacional e financeiro quanto do ponto de vista do padrão de benefício e cobertura. Entretanto, a seguridade social continua sendo a norteadora dos movimentos e lutas sociais na defesa dos direitos sociais universais, por uma sociedade mais justa e solidária.

Com relação aos outros dois componentes da Seguridade Social – Saúde e Assistência Social -, ainda cabe tecer algumas considerações, uma vez que as políticas adotadas nessas áreas deixam transparecer claramente a trajetória de deslocamento das responsabilidades da assistência do Estado para a família e a comunidade. O mesmo vem ocorrendo nas políticas voltadas para a população idosa, como veremos mais adiante.

A assistência à saúde, somente após a promulgação da Constituição de 1988, passou a ser universal e de responsabilidade do Estado. Antes disto, o Ministério da Saúde só se responsabilizava pelas ações preventivas e os demais níveis de atenção à saúde eram oferecidos apenas aos trabalhadores segurados da Previdência, através do INAMPS. Esta política deixava de fora os trabalhadores rurais e os trabalhadores informais do meio urbano, além dos pobres e indigentes. Estes últimos só contavam com os poucos serviços filantrópicos existentes. A Constituição Federal reformulou a política de assistência à saúde, por meio da criação do Sistema Único de Saúde – SUS,

passando esta a ser um direito de todos e um dever do Estado, pautado em valores de solidariedade e cidadania.

O Sistema Único de Saúde é fruto de um longo processo de luta dos técnicos e profissionais da área que culminou com o movimento pela Reforma Sanitária. Segundo Mercadante (s/d, p.249) as principais bandeiras desse movimento eram:

1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços

A VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS - realizada em 1986, com ampla participação tanto de segmentos técnicos da saúde e da previdência social quanto de representantes dos usuários dos serviços de saúde, legitimou tais propostas.

A Constituição Federal de 1988 acata e incorpora no seu texto as propostas da CNS, reconhecendo a saúde como direito social, direito do cidadão, garantindo o acesso gratuito, universal e igualitário às ações e serviços, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os cidadãos (CF, Art. 196). Estabelece ainda que “as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 2) a descentralização com direção única em cada esfera de governo e 3) a participação comunitária” (Art. 198).

As Leis 8080 e 8142²⁴ regulamentam a competência e atribuições dos entes federados, a forma de organização e funcionamento dos serviços e as formas de participação e controle social do Sistema Único de Saúde, respectivamente. Fica assim definido o SUS como: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Lei 8080, Art. 4º). Entretanto, não deixa de fora a iniciativa privada, concedendo sua participação em caráter

²⁴ Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

complementar (Idem, Art. 4º § 2º), ou mais especificamente, o SUS poderá recorrer à iniciativa privada quando não tiver disponibilidade suficiente para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área (Idem, Art.24). Mas, ressalta o artigo 25, nestes casos as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do SUS.

Apoiando-se nos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade da assistência, este novo modelo do sistema de saúde rompe com o antigo modelo médico-hospitalar, substituindo-o por outro voltado para a vigilância à saúde (MERCADANTE, s/d), ou seja, voltado para a atenção básica ou atenção primária.

As ações e serviços executados pelo SUS, conforme a Lei 8080, ficam organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (Art. 8º). Desse modo, cabe ao Ministério da Saúde planejar, controlar, avaliar, fiscalizar as ações e serviços de saúde e promover a descentralização do sistema; formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; participar na formulação e na implementação das políticas: de controle das agressões ao meio ambiente; de saneamento básico; e relativas às condições e aos ambientes de trabalho. E ainda, definir e coordenar os sistemas de rede de assistência de alta complexidade, da rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica, e vigilância sanitária. Às Secretarias estaduais compete acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS e promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde para os Municípios. Os Municípios ficam assim responsáveis por gerir e executar os serviços públicos de saúde, além de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde por ele desenvolvidos.

A articulação do sistema se dá através do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS²⁵ -, criado em 1982, e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, criado em 1988. De acordo com Mercadante (s/d) estes Conselhos tiveram atuação marcante no processo constituinte e são elementos fundamentais na articulação entre as instâncias estaduais e federal.

²⁵ O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e Distrito Federal (www.conass.org.br)

A participação comunitária para o controle social se faz através de duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde se reúne a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (Lei 8142, Art. 1º. § 1º). O Conselho de Saúde é um órgão de caráter permanente e deliberativo. Funciona como um colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Idem, § 2º). O CONASS e o CONASEMS têm representação no Conselho Nacional de Saúde (§ 3º). A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (§ 4º).

O processo de implantação do SUS teve como eixo principal a descentralização e a atenção básica. Neste sentido, as Normas Operacionais editadas pelo Ministério da Saúde foram mecanismos importantes deste processo, especialmente a Norma Operacional Básica 01/96 –NOB - editada em 1998. Esta Norma trouxe mudanças importantes relacionadas à estruturação da atenção básica, à ampliação e organização da rede de serviços públicos, além de promover o aumento do volume de transferências financeiras diretas do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, fortalecendo assim os gestores locais (MS, 2003).

O Ministério da Saúde implementou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil, principalmente na Região Nordeste do país. A fim de reorganizar a prática assistencial, rompendo com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estendendo suas ações para e junto à comunidade, foi lançado, em 1994, o Programa de Saúde da Família – PSF – considerado como uma estratégia capaz de operar tais mudanças (MS, 2003).

O Programa de Saúde da Família incorporou e ampliou a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde²⁶, passando a atuar com uma equipe multidisciplinar mínima composta de um médico generalista, ou de família, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem, e quatro ou seis agentes comunitários, em Unidades Básicas de Saúde - UBS. A equipe ampliada conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de enfermidades, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Cada equipe fica responsável pelo acompanhamento de cerca de três a quatro mil e quinhentas pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade.

O Programa de Saúde da Família é considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante do sistema de saúde, se caracterizando como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. É ressaltando suas reais ou pretensas características - ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; prestar assistência integral, permanente e de qualidade; realizar atividades de educação e promoção da saúde – e com um discurso de maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, é que o Estado vem ampliando as equipes saúde da família.

Até 2005 os dois Programas – PACS e PSF – estavam sob responsabilidade da Coordenação de Saúde da Comunidade do Departamento de Operações, da Fundação Nacional de Saúde, sendo transferidos para a Secretaria de Atenção à Saúde –SAS-, do Ministério da Saúde.

²⁶ O ACS reside na própria comunidade em que trabalha; assim, tem acesso fácil às famílias da vizinhança e identifica rapidamente seus problemas. Ele atende aos moradores de cada casa em todas as questões relacionadas com a saúde: orienta, dá sugestões, dá apoio, controla e acompanha a realização dos procedimentos necessários, buscando encontrar alternativas para enfrentar as situações problemáticas juntamente com a comunidade. A valorização da família e da comunidade, bem como sua participação ativa na prevenção de doenças e na promoção da saúde, são pontos centrais na atuação do PACS. (MS. 2003)

O SUS organiza o sistema de cuidado com a saúde em três níveis de atenção, quais sejam: Básica, de Média Complexidade e de Alta Complexidade. A Atenção Básica à Saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde, e é constituído por um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Neste nível é que se dá o primeiro contato dos usuários com o SUS, quando são realizados os atendimentos especializados básicos de Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. O encaminhamento dos usuários para os outros níveis de atenção - de média e alta complexidade - é feito através dele. O Ministério da Saúde considera a estratégia Saúde da Família como prioritária para a organização da atenção básica, pois estabelece vínculo sólido de co-responsabilização com a comunidade adstrita. A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde é da gestão municipal, sendo o financiamento para as ações básicas à saúde de responsabilidade das três esferas de governo.

A Atenção de Média Complexidade volta-se ao atendimento de problemas e agravos de saúde que requerem profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos para diagnóstico e terapia, tais como: cirurgias ambulatoriais especializadas, ações especializadas em odontologia, anatomopatologia e citopatologia, exames ultra-sonográficos, radiodiagnóstico, terapias especializadas, próteses e órteses, dentre outros.

A atenção de Alta complexidade envolve alta tecnologia e alto custo, exigindo serviços qualificados, tais como: procedimentos de diálise, assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica.

O Programa de Agente Comunitário de Saúde e a Estratégia Saúde da Família (nome atual do PSF) se afirmam como elementos essenciais para reorganização do modelo de assistência à saúde do SUS e vem se expandindo intensamente nos últimos anos. Segundo avaliação do IPEA (2006) o número de agentes comunitários da saúde passou de 152 mil para 208 mil entre 2001 e 2005, e o número de equipes de Saúde da Família passou de 13 mil para mais de 24 mil nesse mesmo período. Observa-se, todavia, um baixo nível de resolutividade. Neste sentido o IPEA aponta alguns

problemas que contribuem para isso, a começar pelas relações de trabalho e da capacitação dos profissionais, já que cerca de 60% do pessoal ligado ao programa não tem vínculo formal com as prefeituras, gerando insegurança e elevada rotatividade dos profissionais, dificultando a formação de vínculos entre as equipes e as famílias; os médicos do Programa não têm formação específica prévia, para atuar nessa modalidade assistencial. Outros problemas são a falta de integração com o restante da rede assistencial e a carência de medicamentos, em quantidade e diversidade suficientes, para cobrir as necessidades mais frequentes da população, principalmente no caso de doenças que exigem medicação de uso contínuo, situação que atinge principalmente os idosos.

O SUS não é o único serviço de saúde oferecido à população brasileira, ele convive com uma pluralidade de sistemas - planos e seguros privados; assistência à saúde dos servidores públicos, civis e militares; serviço privado que opera com reembolso direto; serviços de cunho não lucrativo, integradas ou não ao SUS. Entretanto, segundo o IPEA (2006), o SUS presta serviços, de forma quase exclusiva, a quase 75% da população brasileira, principalmente das camadas mais pobres.

As restrições orçamentárias, o contingenciamento e o desvio de verbas destinadas ao setor, seguindo o modelo neoliberal, abrem espaço para a iniciativa privada, tornando o serviço público ineficiente e de baixa qualidade, fazendo com que as camadas altas e médias da população recorram aos planos de saúde privados.

O Sistema Único de Saúde tem se caracterizado pelo atendimento, predominantemente, à população carente, sem recursos e sem outras alternativas de assistência à saúde, ficando esta obrigada, desse modo, a submeter-se às “estratégias” do sistema, que tende a responsabilizar o indivíduo e, principalmente, a família pelos cuidados com a saúde. Compromete-se assim todo o sistema de solidariedade social, na medida em que a confiança – expectativa de que as coisas aconteçam conforme o esperado, ou seja, o atendimento das necessidades de saúde se realize, é frustrada.

Na área da Assistência Social o quadro não é muito diferente. Vejamos resumidamente, a trajetória desse setor.

A Assistência Social, a partir da Constituição de 1988 e da LOAS – 1993, sai da esfera da caridade pública, do voluntarismo que alimentava o clientelismo e

assistencialismo e se afirma como um direito do cidadão e um dever do Estado. De política isolada e complementar da Previdência Social, que prestava ajuda ou favor ocasional e emergencial, a assistência social passa a ter um caráter de direito de cidadania, o que representou um grande avanço no que tange à proteção social pública não-contributiva no país.

Concebida como uma política de proteção social, um dos pilares da Seguridade Social, a Assistência Social é, por definição, uma política “não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (LOAS, Art. 1º).

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) teve sua primeira redação apresentada a Câmara Federal em 1990, mas foi vetada. Só em 1993, através de negociações envolvendo gestores dos três níveis de governo, organizações não governamentais e representantes no Congresso, a LOAS foi aprovada. A partir de então teve início o processo de construção da gestão pública, participativa e descentralizada da assistência social através de conselhos deliberativos e paritários nas esferas federal, estadual e municipal.

Essa Lei tem por objetivos: a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (Art. 2º). Este último parece contrariar o artigo 4º pelo menos em duas proposições: II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas; III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes: descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os

Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo; participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis; primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo (LOAS, Art. 5º).

No processo de descentralização político-administrativa a LOAS estabelece as competências das três esferas governamentais, ficando o nível federal com a função mais normatizadora e reguladora, os estados com atribuições supletivas e de coordenação de ações, e os municípios com a responsabilidade da organização a prestação de serviços.

Entretanto, romper com o modelo tradicional, centralizador da gestão da política assistencial no país vem sendo um processo lento. Apenas em 1997, com a edição da Norma Operacional Básica (NOB) instituindo a sistemática de repasse de recursos e a exigência da constituição de Conselho, do Fundo e de um Plano Municipal de Assistência Social para que o município pudesse receber recursos federais, foram dadas as condições políticas e institucionais para o início efetivo dos processos de descentralização (CHAGAS, et all, 2003). Em 1998 foi editada outra NOB ampliando as atribuições dos Conselhos de Assistência Social e propondo a criação de espaços de negociação e pactuação, de caráter permanente, para a discussão quanto aos aspectos operacionais da gestão do sistema descentralizado e participativo da assistência social.

A participação popular e controle social se fazem através das quatro instâncias deliberativas de caráter permanente e composição paritária entre governo e sociedade civil, quais sejam: Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS; os Conselhos Estaduais de Assistência Social; o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal; os Conselhos Municipais de Assistência Social. O CNAS é o órgão superior de deliberação colegiada, vinculado à estrutura do órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social (LOAS, Art. 17). Esse Conselho é composto por 18 (dezoito) membros e respectivos suplentes, sendo 9 (nove) representantes governamentais, incluindo 1 (um) representante dos Estados e 1 (um) dos Municípios; e 9 (nove) representantes da sociedade civil, dentre representantes dos usuários ou de organizações de usuários, das entidades e organizações de assistência social e dos trabalhadores do setor, escolhidos em foro

próprio sob fiscalização do Ministério Público Federal, com mandato de 2 (dois) anos, permitida uma única recondução por igual período.

A LOAS transformou o Fundo Nacional de Ação Comunitária (Funac), instituído em 1985, no Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS. O Decreto-Lei nº 1605/95 regulamenta o FNAS e determina como seu objetivo proporcionar recursos e meios para financiar o Benefício de Prestação Continuada – BPC -, e apoiar serviços, programas e projetos de assistência social aprovados pelo CNAS. Esse mesmo decreto amplia as fontes de recursos do Fundo, previsto na Constituição Federal. Entretanto, como demonstrado na análise feita por Pinheiro (2005), no período referente a 1996 e 2003, grande percentual dos recursos federais da função Assistência Social tem circulado fora do Fundo. Apesar do montante de recursos ter aumentado, ele ainda é irrisório frente às necessidades de financiamento da política pública de caráter redistributivo, como é o caso da assistência social. Segundo a autora isso se deve ao fato da legislação não ter fixado percentuais específicos, entre as fontes de financiamento da Seguridade Social, para o FNAS²⁷. Desse modo, a maior parte dos recursos do Fundo, é absorvido pelo BPC e a Renda Mensal Vitalícia²⁸, chegando a representar 88% do total dos recursos em 2004 (BRASIL, 2004). Isso se deve ao fato desse benefício ser o único garantido pela Constituição, e uma vez concedido não ser suscetível a cortes orçamentários. Contudo, a abrangência social desse benefício ainda é muito restrita. Considerando o universo de pessoas com renda familiar per capita inferior a ¼ do salário mínimo, conforme Silva (2004), só 7,17% desse total é alcançada pelo BPC. Com relação à população total de pessoas com 65 anos e mais (sem recorte de renda), segundo o Censo de 2000, o percentual de cobertura é ainda menor, 5,88% (SILVA, 2004).

Apesar do BPC constituir-se no primeiro benefício não-contributivo adotado no Brasil, representando um marco na extensão do contrato social no país, a maneira pela qual ele foi regulamentado contradiz o princípio constitucional que assegura um salário mínimo ao idoso e a pessoa com deficiência e sem renda. O acesso ao BPC é seletivo

²⁷ Segundo Boschetti (2003) o projeto da LOAS que tramitou no Congresso vinculava 10% do orçamento da Seguridade Social para a Assistência, mas o artigo foi suprimido. Nesse trabalho a autora analisa as ações de assistência social que transitam fora do FNAS.

²⁸ A Renda Mensal Vitalícia configura-se como direito adquirido que deve ser mantido até sua extinção, ou seja, quando já não haja mais beneficiários, de acordo com o artigo 40 da LOAS.

e residual, na medida em que só se faz mediante comprovação de renda familiar per capita menor que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, provocando, com expressa Sposati (2004), um retrocesso ao velho modelo tutelador. Conforme a autora, ele é um mínimo tutelado uma vez que depende de condição externa, e não do direito do cidadão – idoso ou deficiente – que dele necessite, pois vincula seu acesso à condição econômica da família e não ao cidadão individualmente considerado. Não leva em conta a situação familiar e os agravos que impossibilitam uma vida digna. Ademais, é restritivo e não permite equidade, pois não é compatível com qualquer outro benefício pecuniário, visto que considera benefício individual como renda familiar para efeito de cálculo do per capita da família. Ressalta-se ainda a incoerência da exigência de revisão do benefício, de dois em dois anos, para avaliação das condições que lhe deram origem. Ora, considerando os critérios adotados - idade, comprovação de “incapacidade para a vida independente e para o trabalho” e renda familiar per capita -, tanto no caso dos idosos quanto no caso dos deficientes, dificilmente a situação em que se encontram se alterará, tendo em vista as limitações do mercado de trabalho para inserção ou reinserção dessas pessoas, ficando assim submetidos às instáveis entradas e saídas do mercado de trabalho dos outros membros do grupo familiar, na existência desse.

A IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro de 2003, propõe as novas bases e diretrizes para essa política numa perspectiva de um Sistema Único de Assistência Social - SUAS. A versão preliminar da Política Nacional de Assistência Social – PNAS/SUAS foi apresentada ao Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, em junho de 2004 e após ampla divulgação e discussões em cada Estado, foi aprovada por unanimidade em Reunião do CNAS, em setembro do mesmo ano.

A PNAS estabelece como diretrizes, além das já preconizadas pela LOAS - descentralização político-administrativa, participação da população, primazia da responsabilidade do Estado - a centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos.

A centralidade da família é justificada pelo reconhecimento das transformações na esfera privada, nas formas de composição e papel da família como consequência, por um lado, “das reconfigurações dos espaços públicos, em termos dos direitos sociais

assegurados pelo Estado Democrático” e, por outro, “dos constrangimentos provenientes da crise econômica e do mundo do trabalho” (PNAS, 2004, p. 35).

A “matricialidade sociofamiliar” como princípio básico do SUAS parte da constatação de que as transformações ocorridas nas sociedades contemporâneas “relacionadas à ordem econômica, à organização do trabalho, à revolução na área da reprodução humana, à mudança de valores e à liberalização dos hábitos e dos costumes, bem como ao fortalecimento da lógica individualista em termos societários, redundaram em mudanças radicais na organização das famílias”. Nessa perspectiva, foi necessário rever o conceito de família, uma vez que os parâmetros anteriores (sexualidade, procriação e convivência) já não davam conta. Assim, o referido documento considera que “estamos diante de uma família quando encontramos um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consangüíneos, afetivos e, ou, de solidariedade”, superando-se “a referência de tempo e de lugar para a compreensão do conceito de família” (p.35). Considera-se, entretanto, que a família é um espaço contraditório, na qual a convivência cotidiana é marcada por conflitos e desigualdades, mas, por outro lado, é fundamental no âmbito da proteção social. Para que ela possa cumprir seu papel de proteger, prevenir, promover e incluir os seus membros é necessário garantir condições de sustentabilidade, daí a ênfase da política de Assistência Social na centralidade da família.

As mudanças na organização da família – famílias menores, arranjos variados, empobrecimento e a desterritorialização, em virtude dos movimentos migratórios – são apontados como desencadeadores do processo de fragilização dos vínculos familiares e comunitários, que tornam a família mais vulnerável. Nesse sentido, postula-se que a vulnerabilidade à pobreza “está relacionada não apenas aos fatores da conjuntura econômica e das qualificações específicas dos indivíduos, mas, também, às tipologias ou arranjos familiares e aos ciclos de vida das famílias” (p.36). Ou seja, as condições de vida do indivíduo estão mais condicionada à situação familiar que às suas próprias condições específicas.

Acredito que essa é a principal tese que justifica ou autoriza não só as políticas públicas a intervirem na família, “fortalecendo os vínculos familiares e comunitários”, mas, principalmente, a fim de condicionar a concessão do benefício não apenas à

impossibilidade do indivíduo em prover seu sustento, estendendo esta condição para a família. Argumento sustentado no texto, interpretado como ampliação de direitos, contradizendo o discurso no qual reconhece a família como espaço hierarquizado, permeado de conflitos, desigualdade e opressão.

Outros pressupostos que norteiam a política da assistência social são: a descentralização, a intersetorialidade e a territorialização. A descentralização garante a autonomia administrativa, poder de decisão e recursos para os microespaços, para que sejam elaborados diagnósticos sociais, diretrizes, metodologias, implementação, execução, monitoramento e avaliação das ações, pautados na realidade local, tendo assegurada a participação da população. A intersetorialidade tem por objetivo constituir uma forma organizacional mais dinâmica, articulando as diversas instituições envolvidas. A vertente territorial é considerada urgente e necessária face à alta densidade populacional do país, a heterogeneidade e desigualdades socioterritoriais existentes e ainda o impacto das ações da assistência social sobre outras políticas sociais e vice-versa. Isso implica na mudança de valores e da cultura historicamente construídos que até então regem as políticas e práticas sociais, ou seja, políticas fragmentadas, segmentadas e focalizadas.

Nessa perspectiva, esse novo modelo de proteção social proposto pela PNAS/SUAS tem por objetivos: prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem; contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural; assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária (PNAS, 2004, p.27).

A PNAS estabelece como funções da assistência social a proteção social, a defesa dos direitos socioassistenciais e a vigilância social

A Proteção Social organiza suas ações e serviços de forma hierarquizada, por níveis de complexidade, em duas áreas: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. Essa última, dividida em Média e Alta Complexidade.

A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco e fortalecer os vínculos familiares e comunitários. Esse serviço destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social²⁹ decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (Idem, p.28). Preconiza que os serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica deverão se articular com as demais políticas públicas locais.

Os serviços de proteção social básica são realizados nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS, também chamados de Casa das Famílias. Os CRAS são unidades públicas estatais de base territorial, responsáveis pela oferta de serviços continuados de proteção social básica de assistência social às famílias, grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. São concebidos como porta de entrada para o atendimento social em um município. Cada unidade do CRAS é composta por um coordenador, assistentes sociais, psicólogos, auxiliar administrativo e estagiários, que devem atuar com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sócio-familiar e comunitário. Sua capacidade de atendimento varia de acordo com o porte do município e com o número de famílias em situação de vulnerabilidade social, podendo ir de 500 a 1000 famílias/ano.

Nos CRAS podem ser prestados vários serviços, programas, projetos e benefícios³⁰ de proteção social básica relativos às seguranças de rendimento, autonomia, acolhida, convívio ou vivência familiar e comunitária e de sobrevivência a riscos circunstanciais (MDS, 2006).

²⁹ O texto da PNAS não conceitua explicitamente “situação de risco e vulnerabilidade social”, mas agrupa uma série de situações que caracteriza o público usuário da política de assistência social em situação de vulnerabilidade social e risco : “famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social” (PNAS, 2004, p. 27).

³⁰ São considerados os seguintes serviços, benefícios e programas passíveis de serem desenvolvidos nos CRAS : Serviços :Socioeducativo geracionais, intergeracionais e com famílias; Socio-comunitário; Reabilitação na Comunidade; Benefícios : Transferência de Renda (Bolsa Família); Transferência de Renda (outros); Benefícios de Prestação Continuada; Benefícios Eventuais – assistência em espécie ou material; Programas: Capacitação e promoção da inserção produtiva; Promoção da inclusão produtiva para beneficiários do Programa Bolsa Família - PBF e no Benefício de Prestação Continuada; Projetos e Programas de Enfrentamento à Pobreza; Projetos e Programas de Enfrentamento à Fome; Grupos de Produção e Economia Solidária; Geração de Trabalho e Renda; entre outros (MDS, 2006).

O Programa de Atenção Integral à Família- PAIF - é o principal programa de Proteção Social Básica, do SUAS. Esse programa foi criado em abril de 2004 (Portaria nº 78), pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, aprimorando a proposta do Plano Nacional de Atendimento Integrado à Família (PNAIF) implantado pelo Governo Federal em 2003.

O PAIF tem como principal objetivo o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. De acordo com o documento intitulado “ Orientações técnicas para os Centros de Referência de Assistência Social”, do MDS, o trabalho de fortalecimento de vínculos diz respeito tanto às relações internas ao grupo familiar quanto às relações deste com a comunidade, a sociedade e o Estado. Define ainda as três dimensões do vínculo, foco das suas ações: “legal ou jurídica, sociocultural e afetivo-relacional. Na dimensão legal, ou jurídica, o vínculo implica em obrigações e direitos mútuos, tendo caráter normativo, regulado por lei. Busca-se o esclarecimento, a delimitação, o cumprimento (e o apoio para o cumprimento) das obrigações e dos direitos definidos pelos estatutos legais. Na dimensão sociocultural, os vínculos estão associados aos papéis familiares, suas representações e relações. Busca-se fortalecer a identidade e resgatar a história do grupo familiar, seus valores, regras, ideais e relação da família com o contexto sociocultural. Na dimensão afetivo-relacional, são abordadas as relações de cuidado, afeto e comunicação na família, buscando superar contingências que levam à violação de direitos no interior das relações familiares e comunitárias” (MDS, 2006, p. 25).

Os CRAS são responsáveis pela articulação e coordenação da rede de todos os serviços sociais, governamentais ou não, de uma comunidade ou território. Todos eles têm “necessariamente” que ofertar o Programa de Atenção Integral às Famílias.

Além desse Programa a proteção básica oferece um conjunto de serviços locais que visam a convivência, a socialização e o acolhimento de famílias cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos, bem como a promoção da integração ao mercado de trabalho. Dentre eles encontram-se os Centros de Convivência para Idosos, Programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza; Serviços sócio-educativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 6 a 24 anos, dentre outros.

Diferente da proteção social básica, a especial é destinada ao “atendimento socioassistenciais de famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, trabalho infantil, entre outras” (PNAS. 2004, p.31).

Os serviços prestados pela proteção social especial são divididos pelo grau de complexidade, podendo ser de média ou alta complexidade. O que difere nos dois níveis é a manutenção ou não dos vínculos familiares e comunitários. No primeiro, atende famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, entretanto, tais vínculos não foram rompidos. Esses casos requerem atenção especializada e individualizada, e, ou, acompanhamento sistemático e monitorado, tais como: Serviço de orientação e apoio sócio-familiar; Plantão Social; Abordagem de Rua; Cuidado no Domicílio; Serviço de Habilitação e Reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência; Medidas sócio-educativas em meio-aberto.

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário, tais como: Atendimento Integral Institucional; Casa Lar; República; Casa de Passagem; Albergue; Família Substituta; Família Acolhedora; Medidas sócio-educativas restritivas e privativas de liberdade (Semi-liberdade, Internação provisória e sentenciada); Trabalho protegido.

No que concerne à Defesa Social e Institucional, outra função da assistência social, o documento argumenta que a universalização dos direitos sociais rompe com as práticas de tutela e subalternidade que discrimina a população carente, não os reconhecendo como sujeitos de direito. Nesse sentido, preconiza que as práticas da rede socioassistencial em defesa dos direitos de cidadania considerem o cidadão e a família não como objeto de intervenção, mas como sujeito protagonista da rede de ações e serviços; e abram espaços e oportunidades para o exercício da cidadania ativa no campo social, atuando sob o princípio da reciprocidade baseada na identidade e reconhecimento concreto (NOB/2005).

Por outro lado, a Vigilância Socioassistencial tem a função de produzir e sistematizar informações, construir indicadores e índices territorializados das situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social que incidem sobre famílias / pessoas nos diferentes ciclos de vida.

A vigilância socioassistencial deve buscar conhecer o cotidiano da vida das famílias a partir das condições concretas do lugar onde elas vivem e não só as médias estatísticas ou números gerais, responsabilizando-se pela identificação dos 'territórios de risco' no âmbito da cidade, do Estado, do país para que a assistência social desenvolva política de prevenção e monitoramento de riscos (p. 19).

Diante do exposto, podemos constatar que no atual modelo de proteção social adotado pelo Estado a família ocupa um lugar central na produção e reprodução do "Bem-Estar". O controle social do Estado - no sentido sociológico, ou seja, como forma de dominação ou conjunto das sanções visando assegurar a conformidade a modelos de comportamentos -, na assistência à população, especialmente sobre as classes populares, guarda estreita semelhança com a adotada na Europa no século XVIII, como vimos anteriormente. Retomam-se os princípios de proximidade, ou territorialização, da incapacidade para o trabalho, do pertencimento a uma rede primária e comunitária, como estratégia de controle e responsabilização da família pelo bem-estar de seus membros.

A investida do Estado na vida familiar avança não só no plano normativo ou legal, mas também na "dimensão sociocultural" e "afetivo-relacional", na tentativa de regular os papéis familiares, as relações de cuidado, e até mesmo as relações de afeto. Apela-se para o sentimento de solidariedade familiar, deixando de cumprir sua obrigação de prestar solidariedade pública aos seus cidadãos.

Essa prática se dissemina por todas as esferas de proteção social pública, e com o cidadão velho não vem sendo diferente.

3. PROTEÇÃO SOCIAL À VELHICE

Como vimos anteriormente, a assistência à velhice não é recente, embora, inicialmente, ela não representasse uma questão social em si mesma, já que a velhice como categoria social só emerge na segunda metade do século XX. Podemos dizer, então, que a solidariedade social para com as gerações mais velhas foi se constituindo ao longo da história, em dois níveis: para os velhos sem fortes vínculos familiares ou sociais a assistência, que teve como base a caridade e a filantropia, foi se institucionalizando, tendo como locus principal os asilos; aos velhos que mantiveram os vínculos familiares e sociais mais amplos, a proteção social, inicialmente deixada a cargo da família e da comunidade local, se institucionaliza a partir da regulamentação estatal do trabalho, com a criação do sistema de aposentadorias e pensões e o provimento de renda aos necessitados, ou seja, com a criação do sistema de solidariedade pública intergeracional. Não se pode dizer, entretanto, que este processo tenha ocorrido, e ainda venha ocorrendo, sem conflito, ele resulta das relações de poder que se estabelecem entre as gerações (BRITTO DA MOTTA, 1998; BOURDIEU, 1993)

Até recentemente a população idosa era tratada de forma homogênea, sem distinção de gênero ou classe social, e sua imagem estava fortemente associada à dependência e a carência social. Ainda que, em certa medida, esta imagem permaneça até hoje, ela vem, progressivamente, sendo alterada. A questão social da velhice, expressa nos documentos produzidos por organizações nacionais e internacionais, corporificada nas políticas sociais específicas para os mais velhos, dão uma boa medida dessas mudanças.

Fleury (2005, p 459) argumenta que “(...) a questão social passa a ser reconhecida quando politizada por novos atores que, através de contribuição de suas identidades, formulação de projetos e estratégias, repõem a problemática da integração e da necessidade de recriar os vínculos sociais”. Com base neste argumento podemos dizer que a velhice só passa a ser reconhecida como questão social a partir da

mobilização de grupos, associações, organizações nacionais e internacionais, governamentais e da sociedade civil, com o propósito de garantir os direitos de cidadania a esta parcela da população. Seja porque o envelhecimento populacional representa, para alguns, uma ameaça à economia e ao sistema de proteção social, seja por considerar, ao contrário, que este segmento pode contribuir para o desenvolvimento econômico e social, a questão social da velhice passa a ser parte importante nas discussões científicas e políticas, e a demandar políticas específicas, em todo o mundo.

Nessa direção é que se buscou reconhecer os processos sociais nos quais a velhice foi se configurando como um problema social capaz de inscrever-se na agenda das políticas sociais de Estado, identificando os grupos e instituições que mobilizaram esforços em torno da questão da velhice; e identificar, não só os princípios que orientam as atuais políticas sociais estatais voltadas para o idoso, mas também, como estas políticas vêm (ou não) se efetivando na prática, e particularmente, como elas vêm se configurando no Estado da Bahia. E, fundamental é conhecer como tem atuado o sistema de solidariedade pública, nos casos em que as relações de troca familiares inexistem ou encontram-se esgarçadas ou rompidas. Refiro-me aqui às relações de troca que idosos moradores de asilo público mantêm, sejam elas com a rede primária – família e amigos -, secundária – Estado -, ou com “estranhos”- visitantes.

3.1. Políticas sociais para a velhice no Brasil

No Brasil, podemos considerar três marcos legais que representam um grande passo no sentido de garantir a proteção social, a dignidade e a cidadania à população envelhecida: a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso, de 1996, e o Estatuto do Idoso, de 2003. Todos eles foram fruto de um longo percurso de mobilização da sociedade civil organizada e da comunidade científica. Nesse sentido, passo a apresentar alguns eventos, nacionais e internacionais, que marcaram e influenciaram esta caminhada em direção à conquista de um reconhecimento legal, assim como destaco alguns pontos dos documentos produzidos nas últimas décadas que permitem acompanhar as mudanças na percepção social da velhice e sua inserção na agenda das políticas sociais públicas.

No âmbito governamental a previdência social é a mais antiga forma de proteção social, tendo seu início embrionário com a criação do sistema de aposentadorias e pensões, ainda na época do Império, institucionalizando-se em 1930, privilegiando apenas algumas categorias profissionais e, posteriormente, ampliando sua cobertura, como já visto anteriormente. Nesse caso, a classe trabalhadora, através das organizações sindicais e associações, foram os principais protagonistas.

No âmbito não-governamental, destacam-se as instituições de caridade, as Santas Casas de Misericórdia, e instituições filantrópicas voltadas para o atendimento ao idoso, quase que exclusivamente asilar.

O trabalho pioneiro na assistência a idosos na comunidade foi iniciado pelo Serviço Social do Comércio - SESC³¹. Criado em 1946 com a finalidade de “planejar e executar direta ou indiretamente, medidas que contribuam para o bem-estar social e a melhoria do padrão de vida dos comerciários e suas famílias, e, bem assim para o aperfeiçoamento moral e cívico da coletividade”, a partir da década de 1960, o SESC

³¹ O SESC foi criado pelo Decreto-Lei n. 9.853 de 1946, por solicitação da Confederação Nacional do Comércio, por considerar, segundo o referido Decreto, que tal Serviço “muito poderá contribuir para o fortalecimento da solidariedade entre as classes, o bem-estar da coletividade comerciária e, bem assim, para a defesa dos valores espirituais em que se fundam as tradições da nossa civilização” (DOU, 16/09/1946)

de São Paulo inicia grupos de convivência com idosos aposentados, ação que se espalha por outras cidades brasileiras. Anos depois, em 1977, funda a primeira Escola Aberta para a Terceira Idade, dando início ao que veio a ser chamado Universidade da Terceira Idade (PEIXOTO, 1997).

Ainda no início da década de 1960 foi criada a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG, entidade científica com o objetivo de “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia”. A SBGG, desde a sua criação, tem participado ativamente no processo de constituição das políticas sociais para os idosos, especialmente, na área de saúde.

Na década de 1970, o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, através do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS - desenvolve ações em dois níveis: direto, com a criação do Programa de Assistência ao Idoso – PAI – que consistia na organização e implementação de grupos de convivência para idosos previdenciários nos postos de atendimento daquele Instituto; e indireto, através do pagamento de internação de idosos com mais de 60 anos, aposentados e pensionistas daquele instituto, em instituições asilares. Estabelecia como critério para admissão em tais instituições o “desgaste físico e mental dos idosos, a insuficiência de recursos próprios e de seus familiares e a inexistência ou abandono da família” (COSTA, MENDONÇA. ABIGAIL, 2002)

Importante lembrar, ainda, que nesse período foi criada pela Lei 6.179/74 a Renda Mensal Vitalícia, que concedia meio salário mínimo a idosos com mais de 70 anos que não tivessem condições de subsistência. Apesar do valor ser insuficiente para suprir as necessidades vitais, esta foi a primeira política voltada para idosos necessitados, fora da assistência asilar, não atendidos pelo sistema de aposentadorias e pensões.

O MPAS promoveu, em 1974, uma série de seminários regionais a fim de conhecer as condições de vida e as necessidades de assistência dos idosos, culminando num seminário nacional, em Brasília, onde foi elaborado um documento intitulado Diretrizes Básicas para uma Política Nacional para o Idoso. As principais

propostas desse documento foram as seguintes: implementação de um sistema de mobilização comunitária, visando, entre outros objetivos, a manutenção do idoso na família; revisão de critérios de subvenções a entidades que abrigam idosos e criação de serviços médicos especializados para idosos, incluindo atendimento domiciliar; revisão do sistema previdenciário e preparação para aposentadoria; formação de recursos humanos; coleta de informações e análises sobre a situação do idoso, pelo Serviço de Processamento de dados Previdenciários e Assistência Social (Dataprev), em colaboração com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A preocupação explicitada nas diretrizes, como assinala Camarano (2004), concentrava-se nos aspectos de amparo financeiro/previdenciário e de saúde, denotando uma visão da velhice relacionada à vulnerabilidade e dependência, visão que vai sendo mudada sob a influência de debates internacionais.

A LBA, a partir de 1977, passa a assumir a coordenação de todos os programas assistenciais, dentre eles o programa de assistência ao idoso, antes sob a responsabilidade do INPS. A atuação da LBA se desenvolveu de modo similar ao que já vinha sendo desenvolvido por aquele Instituto: atendimento direto, individual, para concessão de órteses, próteses, documentação, alimentos, e, grupal, através de grupos de convivência realizados nas dependências da instituição e coordenado por pessoal técnico próprio – Projeto Conviver; e indireto - o Projeto Asilar, em convênio de cooperação técnica/financeira com asilos supervisionados por Assistentes Sociais da LBA.

A Organização das Nações Unidas promoveu, em 1982, a I Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Viena. Segundo Camarano (2004), esta Assembléia pode ser considerada como marco inicial de inserção da questão social do idoso na agenda internacional de políticas públicas, pois até então o envelhecimento era tratado de modo periférico pelas organizações internacionais. Esta Assembléia inaugurou as discussões mundiais acerca do envelhecimento com o objetivo de sensibilizar os governos e a sociedade para a necessidade de instituir um sistema de seguridade econômica e social para idosos, assim como criar oportunidade de participação e contribuição desses no desenvolvimento de seus países (COSTA, MENDONÇA. ABIGAIL, 2002). Foi aprovado nesse evento um Plano de Ação

Internacional onde tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento, entre os quais o Brasil, firmaram um acordo comprometendo-se a implementar e executar políticas de atenção ao idoso.

Segundo as autoras citadas acima, a proposta da Assembléia era trabalhar a sociedade para adotar um conceito positivo e ativo acerca do envelhecimento, com a participação dos idosos no processo de desenvolvimento dos países.

Nesse sentido Camarano (2004: p.255) afirma que as recomendações eram voltadas especialmente para idosos dos países desenvolvidos, “Suas necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado”. Para tanto era necessário construir uma imagem e, mais que isso, reconhecer o idoso como ator social com necessidades específicas. Assim, as recomendações³² centravam-se na promoção da independência e autonomia, física e financeira, dos idosos e, por outro lado, na “medicalização” do processo de envelhecimento.

Dando seguimento às propostas da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, a Assembléia Geral da ONU aprovou, em 1991, os Princípios das Nações Unidas em Prol das Pessoas Idosas. Os dezoito princípios adotados foram divididos em cinco sessões: *Independência* - implica na promoção do acesso a direitos básicos, tais como: alimentação, habitação, água, cuidados de saúde, além de oportunidade de trabalho remunerado e educação; *Participação* - requer a participação das pessoas idosas na formulação e aplicação das políticas que dizem respeito ao seu bem-estar, criação de espaços de compartilhamento de seus conhecimentos e habilidades com pessoas de outras gerações, bem como a formação de grupos e associações; *Cuidados* - afirmam que as pessoas idosas deveriam desfrutar dos cuidados familiares, terem acesso a serviços de saúde e terem seus direitos humanos e liberdades fundamentais respeitadas quando residirem em lares ou instituições que lhes prestem cuidados ou tratamento; *Auto-realização* - as pessoas idosas devem ter acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos, para que possam desenvolver plenamente seu potencial; *Dignidade* - assegurar às pessoas idosas uma

³² Foram propostas 66 recomendações, divididas em sete áreas, a saber: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação (Camarano, 2004).

vida com dignidade e segurança, livre de exploração e maus-tratos e de qualquer tipo de preconceito, independente de sua condição econômica (RODRIGUES, 2006)

A Assembléia Mundial, indiscutivelmente, impulsionou as políticas de proteção social voltadas aos idosos em muitos países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil. Na década de 1980, o Brasil viveu um momento de abertura política, rumo à redemocratização, o que possibilitou a mobilização social de diferentes setores da sociedade civil, dentre eles destacam-se os aposentados organizados na COBAP - Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas -, criada em 1984. A participação dos idosos nestes movimentos sociais foi fundamental para a consolidação dos direitos dos idosos na Constituição Federal -CF -, promulgada em 1988³³. A Constituição incorporou algumas recomendações daquela Assembléia Mundial. Pela primeira vez as questões relacionadas aos idosos aparecem explicitamente em um texto constitucional, garantindo aos mais velhos um sistema de proteção social, em vários artigos daquela carta, mas especialmente no capítulo referente à Ordem Social.

A Constituição Federal atribui à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. Elege os lares dos idosos como locais preferenciais para execução dos programas de amparo. (Art. 230 e § 1º). Isenta os idosos do pagamento de transportes coletivos urbanos (§ 2º) .

Embora no texto constitucional o Estado assegure a proteção social do idoso, a responsabilização da família pelo amparo e cuidados com os mais velhos é explicitada no Capítulo VII, referente à família, à criança, ao adolescente e ao idoso : “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (Art. 229).

No âmbito da Seguridade Social - Previdência Social, Assistência Social e Saúde -, além do disposto na CF, tiveram regulamentação posterior, como mencionado anteriormente, através da Lei Orgânica da Saúde (nº. 8.080) em 1990; as Leis do Custeio e dos Planos de Benefícios da Previdência Social (nº. 8.212 e 8.213) em 1991 e, a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (nº. 8742) em 1993.

³³ Ver mais sobre o assunto em Azevedo (2005).

A situação dos idosos beneficiários da Previdência ganhou notoriedade nacional, em 1991 e 1992, quando houve uma intensa mobilização de aposentados e pensionistas de todo o país, reivindicando reajustes dos seus benefícios. Este movimento liderado pela COBAP, que ficou conhecido como “mobilização pelos 147%”, levou para as ruas pequenas, mas ruidosas passeatas de idosos, em várias capitais do país (SIMÕES, 1998, 1999). Acompanhado de perto pelos meios de comunicação de massa esse movimento ganhou o apoio da população e a solidariedade de outros aposentados idosos que não seriam beneficiados com o referido reajuste. Segundo Simões (1998), esse movimento extrapolou a mera reivindicação distributiva, representando um importante passo para a conquista dos direitos de Aposentados e Pensionistas e idosos em geral, dando visibilidade à problemática da velhice no país.

Em 1994 foi aprovada a Política Nacional do Idoso- PNI,³⁴ tendo por objetivo assegurar a todas as pessoas maiores de sessenta anos de idade, considerados idosos, seus direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Esta política estabelece como principais diretrizes: integrar o idoso às demais gerações, através de formas alternativas de participação deste na vida social; incentivar a participação em organizações representativas dos interesses dos idosos, visando a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; priorizar o atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; capacitar profissionais para prestar serviços nas áreas de geriatria e gerontologia; implementar sistema de informações para divulgação da política, dos serviços, dos planos, projetos e programas oferecidos aos idosos, assim como, para divulgar informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; e, apoiar estudos e pesquisas na área de envelhecimento. Quanto aos idosos desabrigados e sem família esta Lei garante a prioridade do atendimento em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, e proíbe a permanência de idosos portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

³⁴ Lei n. 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.*

A Lei é bastante ampla e prevê a participação de vários ministérios para a implementação das ações, ficando a coordenação geral da PNI sob a competência “do órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social³⁵, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso”.

Desse modo, cabe ao ministério responsável pela assistência e promoção social: coordenar as ações relativas à política nacional do idoso; participar na formulação, acompanhamento e avaliação; promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à sua implementação; elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso.

O Capítulo IV da PNI estabelece as competências dos ministérios envolvidos, que hoje são os seguintes: Previdência Social, Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Educação, Justiça, Cultura, Trabalho e Emprego, Saúde, Esporte e Turismo, Planejamento, Orçamento e Gestão e das Cidades.

Aos Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, compete participar da formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas. Trata-se de órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área.

A PNI só foi regulamentada dois anos mais tarde, em 3 de julho de 1996, através do Decreto nº 1.948, no qual ficam estabelecidas as competências de cada um dos órgãos e entidades públicas responsáveis pela implementação daquela política. O referido decreto define como competência do Ministério da Assistência Social, dentre outras, fomentar a prestação de serviços, por órgãos governamentais e/ou não governamentais nas modalidades descritas abaixo:

- *Modalidade asilar*, caracterizada como um regime de internato, destinado a idosos sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social;

³⁵ Atualmente o órgão responsável por este setor é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

- *Modalidade não-asilar* que compreende: Centro de Convivência que são locais destinados ao desenvolvimento de atividades físicas, culturais, associativas e de educação para a cidadania; Centro de Cuidados Diurno, compreendendo Hospital-Dia e Centro-Dia, destinados ao atendimento de idosos dependentes, que necessitam de cuidados especializados de saúde; Casa-Lar, espécie de residência, destinada a idosos que não possuam renda suficiente para sua manutenção e sem família; Oficina Abrigada de Trabalho, definida como local no qual o idoso poderá desenvolver atividades produtivas, a fim de elevar sua renda; atendimento domiciliar que deverá ser prestado por profissionais de saúde ou por pessoas da própria comunidade, a idosos dependentes que moram sozinhos; e, outras formas de atendimento que surgirem por iniciativas da comunidade, visando à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade.

Destaca-se como competência do Ministério da Saúde³⁶, além de garantir a assistência à saúde em todos os níveis de atenção – prevenção, promoção, proteção e recuperação -, a estruturação de Centros de Referência com o objetivo de prestar assistência à saúde, desenvolver pesquisa, avaliar serviços e capacitar profissionais da área de saúde. O fornecimento de medicamentos, órteses e próteses, fica agora a cargo também deste Ministério, e não mais da assistência social como anteriormente.

O fomento à criação de programas de preparação para aposentadoria é da responsabilidade do Serviço Social do INSS, em parceria com órgãos governamentais e não-governamentais, com o assessoramento das entidades de classe. Por outro lado, é da competência do Ministério do Trabalho criar mecanismos que impeçam a discriminação do idoso no mercado de trabalho.

A integração intergeracional deve ser estimulada através do apoio do Ministério da Educação ao ingresso do idoso na Universidade. Na área da cultura propõe-se garantir ao idoso a participação no processo de produção cultural; propiciar seu acesso aos locais e eventos culturais, reduzindo os preços dos ingressos, além de valorizar a memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural.

³⁶ Não é propósito desta exposição apresentar a íntegra do Decreto 1.948 que regulamenta a Política Nacional do Idoso, mas apenas apresentar alguns aspectos considerados relevantes para fim desta pesquisa.

Cabe ao Ministério da Justiça zelar pela aplicação das normas referentes aos direitos dos idosos e, encaminhar as denúncias ao órgão competente do Poder Executivo ou do Ministério Público para defender os direitos da pessoa idosa junto ao Poder Judiciário.

As questões relacionadas ao crédito para acesso habitacional, e a criação de alternativas habitacionais adequadas para a população idosa e eliminação de barreiras arquitetônicas, em equipamentos urbanos de uso público, compete aos Ministérios do Planejamento e Orçamento, e, atualmente, também ao Ministério das Cidades.

Compete ao Conselho Nacional da Seguridade Social³⁷ e aos Conselhos setoriais, no âmbito da seguridade, a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da Política Nacional do Idoso, respeitadas as respectivas esferas de atribuições administrativas.

O Decreto garante ao idoso o atendimento preferencial nos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população, e assegura o dever da União, Estados, Distrito Federal e Municípios em prover a manutenção do idoso que não tenha meios de prover à sua própria subsistência, que não tenha família ou cuja família não tenha condições de prover à sua manutenção. Nesses casos é garantido, ao idoso a assistência asilar (Art.17). E, mais uma vez, reafirma a proibição da permanência em instituições asilares, de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou pôr em risco sua vida ou a vida de terceiros. A permanência ou não do idoso doente em instituições asilares, de caráter social, dependerá de avaliação médica prestada pelo serviço de saúde local (Art.18). E complementa: Para implementar as condições estabelecidas no artigo anterior, as instituições asilares poderão firmar contratos ou convênios com o Sistema de Saúde local. (Art. 19)

Quando da implementação na PNI a Secretaria de Ação Social, do então Ministério da Assistência Social, promoveu reuniões de trabalho para discutir o Plano de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso PAG – PNI, com a participação de representantes dos ministérios envolvidos e com a

³⁷ Vale ressaltar que o Conselho Nacional de Seguridade Social foi extinto em 2002.

avaliação final de entidades não governamentais³⁸ representativas do idoso. O objetivo do PAG – PNI era nortear “as ações , de forma descentralizada, a serem desenvolvidas por intermédio dos órgãos setoriais nos estados e municípios em parceria com as Organizações Governamentais e Não – Governamentais “(MPAS, 1997). O referido plano prevê ações integradas entre os ministérios, nas diversas modalidades de assistência ao idoso prevista na PNI, assim como, ações específicas de cada ministério, estabelecendo objetivos, metas, estratégias de ação e recursos. Entretanto, não se tem conhecimento de nenhuma avaliação do desenvolvimento de tais ações.

Conquanto esta legislação represente um grande avanço em direção ao reconhecimento dos direitos sociais de cidadania do idoso, a sua efetivação prática tem encontrado obstáculos que vão desde a interpretação do texto legal até o seu desconhecimento, tanto por parte da população em geral quanto pelos próprios idosos, como revelam os dados empíricos da pesquisa. Por outro lado, a implementação efetiva desta legislação esbarra na tradição centralizadora e, ao mesmo tempo, fragmentada, das políticas públicas brasileiras, que acabam por provocar a sobreposição de programas, agindo de forma desarticulada, sem, entretanto, alcançar os objetivos propostos.

Buscando a implementação da PNI, o Ministério da Previdência e Assistência Social e entidades da sociedade civil organizada, ligadas à defesa dos interesses dos idosos, realizaram, em 1996, Fóruns em cinco regiões do país, nas cidades de Brasília, Manaus, Fortaleza, São Paulo e Florianópolis. Nesta última, foi reivindicada a criação de Fóruns Permanentes e, neste mesmo evento foi instalado o I Fórum Permanente da Política Nacional do Idoso da Região Sul, iniciativa pioneira que se disseminou por outras regiões do país. O primeiro Fórum Nacional Permanente ocorreu em 1997, e vem ocorrendo a cada dois anos, enquanto os regionais ocorrem anualmente. Os Fóruns têm como objetivo discutir e propor ações visando a efetivação da PNI.

Ainda em 1997 foi proposto pelo movimento dos aposentados e pensionistas ligados à Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP, e encaminhado através do Deputado Paulo Paim, o Projeto de Lei nº 3.561, dispondo

³⁸ Universidade de Brasília, universidades federais de Goiás e Santa Catarina, Assessoria especial da Terceira Idade/GDF, Associação Nacional de Gerontologia – ANG, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, Serviço Social do Comercio – SESC/SP, Associação Cearense Pró- Idosos – ACEPI e Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul.

sobre o Estatuto do Idoso (COSTA, MENDONÇA, ABIGAIL, 2002), proposta que tramitou no Congresso durante sete anos.

Em 1999 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI³⁹ fruto de um processo de trabalho que envolveu a participação de técnicos e profissionais representantes de diferentes segmentos científicos e sociais, interessados nas questões relacionadas à saúde do idoso. A PNSI preconiza ações interdisciplinares, através de intervenções multisetoriais, tendo como premissas básicas a noção de cidadania, participação e controle social.

A PNSI, instituída em 1999⁴⁰, tinha como finalidade promover o envelhecimento saudável; manter e/ou melhorar, ao máximo, a capacidade funcional dos idosos; prevenir doenças; recuperar a saúde; e, reabilitar aqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. E ainda, tinha como meta capacitar recursos humanos especializados; oferecer apoio ao desenvolvimento de cuidados informais ; e apoiar estudos e pesquisas na área.

Concebe a capacidade funcional como conceito de saúde mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, definindo-a como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Este conceito ultrapassa o enfoque tradicional de diagnóstico e tratamento de doenças específicas, na medida em que parte da avaliação do desempenho de atividades de vida diária do idoso.

Reconhece que a família, “tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos”, vem passando por mudanças estruturais e comportamentais - divórcios, recasamentos, migração dos mais jovens, mulheres chefes de famílias -, e alerta para que estes fatores sejam levados em consideração quando da avaliação do suporte informal aos idosos.

Considera que o apoio informal e familiar são fundamentais na atenção à saúde do idoso, mas ressalta que “isso não significa, no entanto, que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três

³⁹ Portaria n.º 1.395/GM Em 10 de dezembro de 1999

⁴⁰ A política de saúde para idosos foi “atualizada” em 2006, sendo esta revogada, como veremos mais adiante.

níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional (PNSI, 1999, p.3)”.

Ressalta ainda que ao se considerar o apoio ao idoso como uma questão restrita à esfera familiar, o cuidado dispensado a ele fica invisível à opinião pública. O que significa dizer que o cuidado ao idoso não se restringe mais à esfera familiar, tornando-se, assim, uma questão de ordem pública.

Com relação às instituições asilares e similares, o texto aponta os questionamentos quanto ao seu alto custo e dificuldade de manutenção, o que requer outras medidas menos onerosas. Entretanto, adverte que o atendimento domiciliar, “já bastante discutido, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades”. E acrescenta “A assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialistas”.

Alerta, ainda, para a necessidade da sociedade compreender que o envelhecimento populacional ultrapassa o âmbito familiar e individual, e diz respeito também ao âmbito público, ao Estado e a toda a sociedade.

Podemos observar que esta primeira versão da Política Nacional de Saúde do Idoso expressa a preocupação em que o Estado assuma o compromisso da assistência à saúde do idoso, não transferindo para a família este encargo. Entretanto, muito pouco foi feito neste sentido e já foi aprovada uma nova proposta política que redefine o rumo da assistência ao idoso. No âmbito estadual, por exemplo, nem sequer foi elaborada a política estadual de saúde do idoso. Discutiremos isso mais adiante.

No âmbito internacional, foi realizada em 2002 a II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri - Espanha, promovida pela ONU. Nesta assembléia foi aprovada uma nova declaração política e um novo Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento que deverá servir como “um instrumento prático para ajudar os responsáveis pela formulação de políticas a considerar as prioridades básicas associadas com o envelhecimento dos indivíduos e das populações” (PNUD/SEDH, 2003), especialmente, para os países em desenvolvimento..

O Plano de Ação de 2002 tem por objetivo garantir que a população de todos os países possa envelhecer com segurança e dignidade, participando de suas sociedades

como cidadãos de direitos. O plano estabelece três dimensões prioritárias de ação: 1. Pessoa idosa e desenvolvimento, com oito temas principais, visando assegurar a participação ativa do idoso na sociedade e combater a pobreza. Aponta a necessidade de desenvolvimento de políticas voltadas para questões relacionadas a : emprego, desenvolvimento rural, educação e capacitação, solidariedade intergeracional, proteção social, prevenção e erradicação da pobreza; 2. Promoção da saúde e bem-estar na velhice, com seis temas principais, propondo políticas que promovam a saúde e o bem-estar ao longo da vida, assim como, o acesso universal aos serviços de saúde pública, serviços de assistência à saúde mental e manutenção da capacidade funcional e a necessária capacitação de profissionais e serviços para o atendimento dessa população; 3. Criação de um ambiente propício e favorável, contendo quatro temas com questões relacionadas ao acesso e condições de moradia, eliminação de todas as formas de maus-tratos e violência ao idoso e a criação de serviços de apoio para estes casos.

Diferente do Plano anterior, que atendia mais às demandas emergentes dos idosos dos países desenvolvidos, este novo Plano e declaração política reconhece as diversidades socioculturais, os diferentes processos de transformação demográfica e as diferentes condições de vida social e familiares, existentes, principalmente, entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Enfatiza a importância da participação e da contribuição dos idosos na vida econômica, política, social e cultural de suas sociedades, devendo favorecer a permanência no trabalho àqueles idosos que desejarem. Deve-se reconhecer também que a contribuição dos idosos vai além de suas atividades econômicas, e não pode ser medida apenas em termos econômicos, mas devem ser levados em conta, por exemplo, “os cuidados prestados aos membros da família, o trabalho produtivo de subsistência, a manutenção dos lares e a realização de atividades voluntárias na comunidade”.

Interessante observar que vários artigos da declaração política e do Plano atribuem aos governos a responsabilidade pelos idosos e pelas questões relacionadas ao envelhecimento, reconhecendo a importância da família, das organizações não-

governamentais, das associações de idosos, da comunidade, etc., mas como coadjuvantes do governo.

Reconhecemos a importância da função das famílias, dos voluntários, das comunidades, das organizações de idosos e outras organizações de base comunitária para prestar aos idosos apoio e cuidados informais *complementarias aos proporcionados pelos governos* (PNUD/SEDH, 2003, Art. 15, p. 22. Grifos nossos) .

Os governos são os principais responsáveis pela iniciativa das questões ligadas ao envelhecimento e à aplicação do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002; mas é essencial a existência de colaboração eficaz entre os governos nacionais e locais, organismos internacionais, os próprios idosos e suas organizações, outros setores da sociedade civil, incluídas as organizações não governamentais e o setor privado.(...) (PNUD/SEDH, 2003, Art. 17, p. 22).

Outro ponto de destaque é o que diz respeito ao gênero. O Plano recomenda a incorporação da perspectiva de gênero em todas as políticas, programas e nas leis, priorizando a situação das mulheres idosas, reconhecendo que o processo de envelhecimento traz efeitos diferenciados para as mulheres e para os homens. Desse modo, é essencial formular políticas eficazes, visando alcançar a plena igualdade entre ambos (Art. 8, p. 20; 8, p.27, 2003).

Neste sentido, este documento aponta as desigualdades de gênero no mercado de trabalho, especialmente no que diz respeito à participação da mulher no trabalho remunerado - salários mais baixos, falta de desenvolvimento profissional, interrupções da atividade de trabalho -, aspectos estes que, por sua continuidade ao longo do tempo produtivo, podem ser a causa da pobreza da mulher na velhice. E acrescenta, “Um objetivo integral do Plano de Ação consiste em conseguir a diversidade de idades e o equilíbrio de gênero nos locais de trabalho” (25, p.36).

No caso das mulheres, a parcialidade institucional dos sistemas de proteção social, particularmente os que se baseiam em uma atividade de trabalho ininterrupta, aumenta a feminização da pobreza. As desigualdades e disparidades entre os gêneros no que se refere ao poder econômico, à desigualdade de distribuição do trabalho não remunerado entre as mulheres e os homens, à falta de apoio tecnológico e financeiro para as empresas de mulheres, à desigualdade no acesso ao capital e a seu controle, particularmente à terra e ao crédito, e ao acesso aos mercados de trabalho, assim como todas as práticas tradicionais e costumeiramente prejudiciais têm criado obstáculos à habilitação econômica da mulher e têm intensificado a feminização da pobreza. Em muitas sociedades, os lares encabeçados por mulheres, inclusive divorciadas ou separadas, solteiras e viúvas, são

particularmente vulneráveis à pobreza. Medidas especiais de proteção social fazem-se necessárias para fazer frente à feminização da pobreza, especialmente no caso de mulheres idosas” (46, p. 44)

Refere-se também, às diferenças de gênero com relação às questões de saúde, salientando a incidência da diminuição da capacidade e a incapacidade em mulheres, deixando-as mais vulneráveis, tornando-se necessário promover políticas que levem em conta tais diferenças (87, p. 62). Assim como, as pesquisas devem considerar, desde a coleta até a análise dos dados, as diferenças de idade e gênero, como elemento basilar para fundamentar a adoção de políticas adequadas (127, p. 78).

O fortalecimento das relações de solidariedade intergeracionais é outro ponto fundamental das recomendações do Plano, que dedica um Tema só referente a esta questão. A solidariedade entre as gerações, na família, na comunidade, na nação, é concebida como requisito primordial de coesão social e o fundamento da assistência pública formal e dos sistemas de assistência informal. Os sistemas de previdência social, saúde e assistência devem acompanhar as mudanças demográficas, econômicas e sociais, a fim de garantir o crescimento e desenvolvimento econômico, e a manutenção adequada de renda e de serviços para a população idosa (42, p.43).

Os vínculos intergeracionais, ressalta o texto, na família e na comunidade podem beneficiar a todos. Nas relações familiares esta ajuda mútua tem sido decisiva, uma vez que os idosos têm dado importantes contribuições tanto do ponto de vista financeiro quanto no que se refere à educação e cuidado com netos e outros membros da família. O fortalecimento dos laços de solidariedade intergeracionais é função de todos, inclusive do governo. Entretanto, alerta que “é importante reconhecer que a vida ao lado das gerações mais jovens nem sempre é a opção preferida por pessoas idosas e nem a melhor opção para eles”. (43, p. 43)

O Plano estabelece uma série de medidas com o propósito de fortalecer a solidariedade e a reciprocidade entre as gerações. Dentre elas, destaca-se a que se refere à geração pivô (Attias Donfut, 1995), ou seja, a necessidade de “abordar a situação específica da geração que precisa cuidar ao mesmo tempo de seus pais, de seus próprios filhos e de netos”; e a necessidade de se empreender estudos que avaliem as vantagens e desvantagens das diferentes possibilidades de moradia de idosos. (44, p. 44).

Este Plano traz uma grande contribuição para as discussões sobre o envelhecimento e vem tendo importantes repercussões na elaboração das políticas públicas também aqui em nosso país.

O Conselho Nacional de Direito do Idoso – CNDI (Decreto nº 4.277-02), foi criado em 2002 como órgão de caráter consultivo, vinculado ao Ministério da Justiça.

Uma importante conquista – dos movimentos sociais, associações de aposentados, conselhos, entidades representativas dos interesses dos idosos, com a participação da mídia⁴¹, e também como reflexo do Plano de Madri -, no que tange ao alcance da proteção social do idoso, foi a aprovação do Estatuto do idoso, em 23/09/2003. Este instrumento jurídico reúne as leis que asseguram os direitos fundamentais e a proteção aos idosos, regulamentando os direitos já previstos nas diretrizes da PNI, mas avança no sentido de prever punições e sanções quando do descumprimento da Lei.

O Estatuto estabelece a obrigação do Estado de garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (Art. 9º). Entretanto, é obrigação dos filhos, dos ascendentes e do cônjuge assegurar, solidariamente, a alimentação dos idosos que não têm condições de se manter e, só no caso da inexistência ou impossibilidade destes, esta responsabilidade é transferida para o Estado, através da assistência social (Art. 11 a 14).

Com relação à saúde, mais uma vez é reafirmado o compromisso de prestar assistência integral à saúde do idoso, através do SUS, fornecendo, de forma gratuita, a todos os idosos, independente da condição financeira, medicamentos de uso contínuo, assim como órteses e próteses ou outros recursos necessários ao tratamento, habilitação ou reabilitação. Garantindo ainda o atendimento domiciliar àqueles que não tenham condições de se deslocar, e o direito a ter um acompanhante, em tempo integral, no caso de internamento hospitalar.

⁴¹ O projeto do Estatuto já tramitava no Congresso Nacional desde 1997. Em 2003 a rede Globo de televisão apresentou em uma novela de grande audiência o drama de um casal de idosos que sofria constante violência familiar, especialmente da neta. Este folhetim trouxe à tona os conflitos intergeracionais, vivido por muitos idosos brasileiros. Este passou a ser tema de debates e discussões, sensibilizando toda a sociedade, provocando comoção e revolta da população, reforçando, desse modo, o clamor pela aprovação de leis que protegessem os mais velhos e punisse os que cometessem qualquer tipo de abuso ou violação dos direitos dos idosos.

Um ponto que tem gerado muita polêmica nesta área é o que proíbe a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade (Art. 15 § 3º). Esta questão afeta diretamente as seguradoras dos planos de saúde que alegam que o cumprimento de tal lei implica no encarecimento dos planos, uma vez que a despesa com os idosos terá que ser compartilhada por todos os segurados.

O Estatuto assegura o direito do idoso à educação, cultura, lazer, esporte, diversões, espetáculos, e estabelece o desconto de 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos desta natureza, e o acesso preferencial dos idosos nos respectivos locais. Ao Estado cabe apoiar a criação de Universidade aberta para as pessoas idosas e incentivar a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual (Art. 23 e 25)

O exercício profissional é afiançado pela lei, respeitados seus limites físicos e psíquicos, e fica proibida a discriminação por idade, inclusive nos concursos públicos, excetuando-se os casos em que o cargo o exigir. Em caso de empate em concursos públicos a preferência é para quem tem maior idade. Cabe ainda ao Poder Público estimular a iniciativa privada a contratar os idosos. Prevê ainda, no âmbito do trabalho, a criação, através de instituições governamentais e não-governamentais, de programas visando a profissionalização especializada para os idosos, a preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, agora com antecedência mínima de um ano, e ainda o estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho (Art. 28).

No que tange à assistência social, são tratadas duas questões de extrema importância. O primeiro diz respeito à redução da idade para ter acesso ao benefício mensal de 1 (um) salário mínimo, previsto na LOAS (BPC), que passa de 67 para 65 anos; e ainda, que o benefício já concedido a qualquer membro da família não será computado para os fins do cálculo da renda familiar *per capita* a que se refere a Loas, possibilitando, desse modo, que mais de um membro da família receba benefícios (Art. 34). Mas a lei não esclarece que outro tipo de benefício, o que tem causado discussões.

O outro ponto trata das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI - e casas-lares, que passam a ser obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada (Art. 35). E autoriza a cobrança de participação do idoso no custeio de entidades filantrópicas, ou casa-lar, até o teto de 70% de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso. Esta medida é de suma importância para coibir a cobrança abusiva que vem sendo praticada por instituições desta natureza. Deixa a cargo dos Conselhos Municipais do Idoso ou dos Conselhos Municipais da Assistência Social estabelecer a forma de participação financeira dos idosos, de modo a não ultrapassar o percentual previsto (Art. 34, § 1º e 2º).

Destacam-se aqui os artigos referentes às instituições de atendimento ao idoso, especialmente as ILPI, foco de interesse deste trabalho. As instituições de assistência ao idoso, sejam elas governamentais ou não, deverão inscrever seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento. As ILPI deverão adotar os seguintes princípios: preservação dos vínculos familiares; atendimento personalizado e em pequenos grupos; manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior; participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo; observância dos direitos e garantias dos idosos; preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade. O dirigente da instituição é o responsabilizado civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas (Art. 49).

As instituições de atendimento ao idoso têm obrigações, dentre outras, de: respeitar os direitos e garantias da pessoa idosa; fornecer vestuário adequado, se for pública, e alimentação suficiente; oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade; oferecer atendimento personalizado; diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares; oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas; proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso; promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer; propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças; providenciar

ou solicitar que o Ministério Público requisiute os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem, na forma da lei; manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento; comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares; manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica (Art. 50).

A fiscalização destas instituições, públicas ou privadas, fica sob a responsabilidade dos Conselhos do Idoso, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária e outros previstos em lei (Art. 52). Nos casos de descumprimento das determinações desta Lei a entidade fica sujeita a penalidades que vão de advertência, afastamento do dirigente, multa, até o fechamento da unidade, interdição de programa ou proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público, não eximindo seus dirigentes da responsabilidade civil e criminal.

Importante ressaltar o papel de grande relevância e o poder atribuído ao Ministério Público no que concerne à promoção de justiça e garantia dos direitos dos idosos.

Após a aprovação do Estatuto, e com o objetivo de acompanhar e avaliar a sua execução, o Decreto n.5.109 de junho de 2004 estabelece a composição, estruturação, competências e funcionamento do CNDI que agora integra a estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH, da Presidência da República. Este Conselho tornou-se um órgão de caráter deliberativo (anteriormente era de caráter consultivo), composto por um representante da SEDH e um representante de 13 Ministérios⁴², e 14 representantes de entidades da sociedade civil organizada, sem fins lucrativos, que atuem no campo da promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa.

Em maio de 2006, a SEDH, através do CNDI, promoveu a I Conferência Nacional de Defesa do Idoso, reunindo um grande número de pessoas, entre delegados e

⁴² Os Ministérios que tem representantes no CNDI são: das Relações Exteriores; do Trabalho e Emprego; da Educação; da Saúde; da Cultura do Esporte; da Justiça; da Previdência Social da Ciência e Tecnologia; do Turismo; do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; do Planejamento, Orçamento e Gestão; e das Cidades;

convidados, representantes das 27 unidades da federação e profissionais de diferentes áreas. Esta Conferência buscou promover um amplo debate sobre questões referentes à pessoa idosa, considerando as diretrizes estabelecidas na PNI, no Estatuto do Idoso e no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Teve como objetivo central a criação de uma Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI.

Mesmo considerando as Leis de proteção ao idoso já existentes, mas ao mesmo tempo, reconhecendo o preconceito social de que esta população é alvo, e a negação cotidiana dos seus direitos básicos; considerando ainda, que esta população já representa, aproximadamente, 10,4% da população brasileira, gerando novas demandas e a necessidade de um novo sistema de seguridade econômico-social, e a necessidade de criação de uma Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI, foi aprovado nesse evento, uma série de deliberações, distribuídas em oito eixos temáticos.

Muitas das deliberações aprovadas nesta Conferência reiteram proposições contidas nas Leis já existentes, outras propõem a revisão ou alterações das mesmas, ou ainda, propõem novas ações. Dentre os temas abordados, aponto algumas das ações propostas, contidas no documento final, por sua relevância, especialmente, no que tange às discussões aqui apresentadas:

1. Ações para Efetivação dos Direitos da Pessoa Idosa: destacam-se, principalmente, os que tratam dos benefícios e impostos, tais como: redução da idade para recebimento de benefícios, quer sejam previdenciários ou assistenciais, de 65 para 60 anos; Aumentar, de 05 para 10 salários mínimos, o teto da isenção do Imposto de Renda de Pessoa Física para os idosos, a partir dos 60 anos de idade; Elevar a renda familiar per capita para concessão de BPC para 1/2 (meio) salário mínimo. E ainda a criação de Defensorias especializadas na proteção e defesa da pessoa idosa;

2. Violência contra Idosos: área que recentemente vem sendo alvo de muitos estudos e pesquisas, propõe, entre outros: a criação de setores ou núcleos de atendimento especializado para atender a pessoa idosa, incluindo as vítimas de violência, nas Delegacias de Polícia dos estados e municípios; Implantar e/ou ampliar, nos Municípios, residências temporárias com financiamento público, para acolher idosos vítimas de violência familiar quando se esgotarem todas as tentativas de sua

permanência na família; Divulgar o dia 15 de Junho - Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa - incentivando a realização de eventos nos Estados e Municípios.

3. A Saúde da Pessoa Idosa, área que tradicionalmente indica uma gama maior de ações políticas públicas, seja por maior envolvimento de categorias profissionais pertinentes, seja pela importância social e financeira na manutenção da saúde nesta fase da vida. Nesse sentido, propõe, dentre outros: mapear e traçar o perfil epidemiológico da população idosa, incluindo o diagnóstico sócio-familiar como estratégia para o planejamento e avaliação das ações em todas as esferas de governo; Implantar programa de educação em saúde nos Centros de Convivência de Idosos, dirigido à população e aos cuidadores familiares da pessoa idosa, juntamente com programas de capacitação de profissionais; Garantir à pessoa idosa, atendimento domiciliar pós-internação quando o quadro clínico exigir; Garantir atendimento no PSF [Programa de Saúde da Família] com formulários específicos para a população idosa; Exigir, nas três esferas de governo, alocação de recursos financeiros para aquisição de insumos e equipamentos para atendimento domiciliar da pessoa idosa dependente.

No que se refere às ILPI, pela primeira vez em documentos oficiais, observa-se a proposta de criação de instituições desta natureza e, ainda, a inclusão destas em programas de educação, promoção e prevenção em saúde. Vejamos: Criar e/ou melhorar Instituições de longa permanência para abrigar idosos dependentes e em situação de extrema vulnerabilidade ou insuficiência familiar; implementar a rede de serviços de alta e média complexidade; Implementar, como atribuição do Programa de Saúde da Família - PSF e na área de abrangência da equipe mais próxima, rotina de acompanhamento dos idosos residentes em instituições de longa permanência, garantindo-lhes acesso aos demais níveis de complexidade de atenção à saúde; o PSF deve estabelecer estratégias de educação em saúde, para os grupos de convivência, as instituições de longa permanência, dentre outras, com o objetivo de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação;

4. Previdência Social: nesta área destacam-se medidas necessárias à própria manutenção do sistema, mas também, mudanças no sistema atual, especialmente com relação às perdas sofridas nas últimas reformas, e a ampliação de benefícios, refletindo

os anseios e preocupações dos movimentos de aposentados. A novidade é a proposição de repasse de benefícios para a geração mais jovem da família, quando do falecimento do idoso titular, e uma espécie de abono para idosos dependentes, como podemos observar: Garantir a aplicação integral das contribuições sociais no Orçamento da Seguridade Social, estruturando e divulgando para a sociedade brasileira os resultados da contabilidade de modo a garantir a transparência da Seguridade Social e, em especial, da Previdência Social; Garantir que o piso dos Benefícios Previdenciários e Assistenciais seja mantido em 01 (um) salário mínimo; Extinguir o fator previdenciário para fins de cálculo de aposentadoria; Recompensar as perdas e reajustar os valores das aposentadorias e pensões pelo mesmo índice de correção do salário mínimo; Sensibilizar os gestores públicos e os parlamentares para a extinção da contribuição previdenciária dos trabalhadores inativos; Acrescentar 25% no valor dos benefícios para todos os beneficiários que necessitem regularmente de cuidadores, independentemente do tipo de benefício; Assegurar aos netos órfãos menores de 21 anos, que comprovem dependência econômica, o direito à pensão por morte dos avós.

5. Assistência Social à Pessoa Idosa, reivindica a ampliação de direitos sociais, mas é de surpreender o fato dessa área ser responsável pelas instituições de longa permanência, nos estados e municípios, e nenhuma das propostas apresentadas fazer referência a estas instituições. Destacam-se as seguintes questões: Ampliar o acesso ao BPC para a pessoa idosa observando os seguintes critérios: Reduzir a idade para 60 anos; aumentar a renda per capita para $\frac{1}{2}$ do salário mínimo; não computar, para o cálculo da renda per capita, recebimento de qualquer benefício assistencial ou previdenciário de até um salário mínimo recebido por outro idoso do grupo familiar; não computar, no cálculo da renda familiar per capita, o BPC recebido por pessoa com deficiência do grupo familiar; incluir 13^a parcela na concessão do BPC; Implantar programa de complementação de renda para a manutenção de idosos dependentes e semi-dependentes no seio familiar, com co-financiamento das três esferas de governo; Criar nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social, serviços de atenção aos idosos em situação de violação de direitos e maus tratos; Garantir inserção prioritária das famílias com idosos em situação de maior vulnerabilidade e risco social no Cadastro Único para acesso a benefícios assistenciais como o Bolsa Família;

Universalizar o acesso dos idosos em situação de vulnerabilidade social, com idade entre 60 e 65 anos, aos programas de transferência de renda como o Bolsa Família.

6. Financiamento e Orçamento Público, como não poderia deixar de ser, as propostas apresentadas aqui buscam fontes de financiamento e a garantia das já existentes visando a efetivação das ações em defesa dos direitos dos idosos, tais como: Criar e regulamentar um Fundo específico de Defesa dos Direitos do Idoso, com fontes definidas em todos os níveis de governo, para financiar as ações de promoção e defesa desses direitos, deduzindo do Imposto de Renda as doações efetuadas para os Fundos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso; Garantir, no Plano Plurianual, no mínimo 1% dos recursos orçamentários das três esferas de governo para o Fundo dos direitos dos idosos; Destinar um percentual de 2% da arrecadação das loterias estaduais, e/ou federais, para o Fundo Nacional dos Direitos do Idoso, que será repassado Fundo a Fundo aos Estados e Municípios; Garantir a aplicação dos recursos oriundos da Seguridade Social exclusivamente para as políticas de saúde, previdência e assistência, destinando-os ao atendimento das pessoas idosas e demais gerações, visando um envelhecimento digno e saudável.

As ILPI recebem atenção, em pelo menos duas proposições, uma delas fazendo menção a programas da assistência social, quais sejam: Criar incentivos fiscais e/ou políticas de contribuição para instituições privadas, revertendo os ganhos obtidos para as instituições de longa permanência; Garantir repasse de recursos federais para o atendimento de necessidades das instituições de longa permanência para idosos, com aumento de valores dos pisos e metas, viabilizando reajuste anual do financiamento da Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

7. A Educação, a Cultura, o Esporte e o Lazer. Este tema enfatiza, além de cursos destinados aos idosos, a inclusão no ensino formal de temas que tratem especificamente do envelhecimento, assim como, atividades culturais, físicas e de lazer que incentivem as relações intergeracionais, estendendo tais atividades também para idosos moradores de ILPI. Propõem assim : Criar, nos Estados e Municípios, centros de educação continuada para a população idosa, no prazo de 360 dias após a consolidação das propostas da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, a fim de garantir, além da educação formal e não formal, cursos profissionalizantes e

oficinas (...); Inserir o envelhecimento como tema transversal em todos os níveis do ensino formal e incluir, mediante convênios entre Estados, Municípios e Universidades, conteúdos e disciplinas de gerontologia e geriatria (...); Criar, no âmbito dos Estados, Municípios e em entidades privadas, programas que estimulem relações intergeracionais por meio de intercâmbios culturais e esportivos; Oportunizar atividades educativas, físicas, desportivas, culturais e de lazer à pessoa idosa em situação de vulnerabilidade social, e/ou com diferentes níveis de funcionalidade, em instituição de longa permanência, acompanhadas por profissionais qualificados e capacitados e de forma intergeracional. Proporcionar escolarização e atividades físicas e esportivas para idosos nos presídios e em instituições de longa permanência.

8. Controle Democrático: Papel dos Conselhos, o que mais desperta a atenção nesse tema é o chamamento para que os conselhos participem das questões relacionadas aos empréstimos de financeiras para aposentados e pensionistas. Questão de suma importância, tanto porque as financeiras operam com taxas de juros exorbitantes, quanto pelos inúmeros problemas familiares que têm gerado, e, entretanto, não tem recebido a atenção necessária por parte das autoridades governamentais. Neste tema destacam-se os seguintes pontos: Reafirmar o acompanhamento, controle e monitoramento, realizados pelos Conselhos, da política executada pelos Órgãos Gestores e instituições governamentais e não governamentais e das deliberações das Conferências; Reativar, fortalecer e/ou criar, nos âmbitos nacional, regional, estadual e municipal, Fóruns dos Idosos para promover canais de participação da pessoa idosa, profissionais e interessados na questão do idoso, visando à organização do movimento social do idoso e ao exercício da cidadania; Comprometer os Conselhos no acompanhamento dos mecanismos de controle, revisão e alteração das normas de empréstimos, adotadas pelas financiadoras, para pensionistas e aposentados, informando e orientando os idosos sobre estes aspectos e sobre todos os prazos e taxas de juros respectivos; e ainda, Criar Sistema de Fiscalização e Acompanhamento das Unidades de Atenção à Pessoa Idosa e das Instituições de Longa Permanência, por meio da Vigilância Sanitária, Ministério Público, Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso, da Saúde e da Assistência Social.

Incorporando as deliberações da Conferência e as diretrizes do Pacto pela Saúde⁴³, no qual a saúde do idoso figura como uma das seis prioridades pactuadas, em outubro de 2006 foi aprovada a proposta revisada e atualizada da Política Nacional de Saúde do Idoso, denominada agora de Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI⁴⁴. Esta política tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS (PNSPI, 2006).

Nesta nova versão da política de saúde do idoso observa-se como questão diferencial da anterior o enquadramento da assistência ao idoso nos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na Estratégia de Saúde da Família – ESF, por meio de oito diretrizes básicas, quais sejam:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e

⁴³ Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

. “O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), substituindo, assim, as mais de cem "caixinhas" que eram utilizadas para essa finalidade”. (MS, www.saude.gov.br).

⁴⁴ Portaria GM/MS nº. 2528, de 19/10/2006 – Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Revoga a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999

i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A tônica predominante, como vemos, é o envelhecimento saudável e ativo, acompanhando os preceitos internacionais. Entretanto, aponta a heterogeneidade da população envelhecida, em termos etários, de gênero, de local de moradia e de condições sócio econômicas, como o grande desafio da assistência à saúde, já que tais diferenças acarretam demandas diferenciadas.

A capacidade funcional continua sendo o paradigma que fundamenta e instrumentaliza a assistência, uma vez que este conceito permite incluir os aspectos sócio-econômicos às condições de saúde física e mental. Com base nesta perspectiva a assistência agora se concentra na atenção básica, desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS e, especialmente, pelas equipes de Saúde da Família.

Neste sentido, propõe a implementação de instrumento de coleta de dados sobre a capacidade funcional e sócio-familiares das pessoas idosas, para o desenvolvimento de ações necessárias ao enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde desta população. Cabe às equipes de Saúde da Família, ou na ausência destas, às UBSs, fazer o inventário do risco funcional e acompanhamento dos idosos mapeados no território, incluindo os idosos que vivem em ILPI. Para tanto estabelece dois eixos norteadores: idosos frágeis e idosos independentes. São considerados idosos frágeis aquele que: encontram-se acamados; estiveram hospitalizados recentemente por qualquer razão; apresentem doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –; tenham pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou vivam situações de violência doméstica; e surpreendentemente incluí-se na categoria de idosos frágeis os idosos que vivem em ILPI e, ainda, idosos com 75 anos ou mais de idade. Considera-se idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária – AVDs - tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão. Importante registrar, entretanto, que pela primeira vez o idoso morador de ILPI é explicitamente referido como alvo de ação do SUS, pois, como lembra o Coordenador da Área Temática Saúde do Idoso do Ministério da Saúde:

(...) a população idosa institucionalizada deve merecer atenção especial, seja pelas próprias condições de fragilidade em que grande maioria se encontra, seja pela negligência histórica que esta população foi vítima ao longo de décadas e décadas de 'invisibilidade social'. Esta é uma dívida moral que deve ser resgatada pelo SUS no sentido de garantir dignidade e qualidade de vida às pessoas que hoje residem nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (TELLES, 2006).

A capacidade funcional, como se observa, é o eixo organizador dos serviços de saúde do idoso, em seus diferentes níveis de complexidade. A avaliação da capacidade funcional é determinante do tipo de intervenção e acompanhamento da saúde da população idosa. A atenção à saúde do idoso fica assim definida "para os idosos frágeis, a reabilitação da saúde, a prevenção e a atenção domiciliar. Já os independentes terão acesso a medidas de prevenção e promoção da saúde, atenção básica e suporte social" (MS, 2007).

Outra ação relacionada à PNSPI no âmbito do SUS é a Internação Domiciliar⁴⁵. A internação domiciliar destina-se a pacientes que precisam de cuidados especiais, mas não necessariamente de internação em um hospital, e prevê o tratamento e o acompanhamento médico na própria residência. A internação domiciliar não é destinada só a idosos, mas este é um dos grupos populacionais prioritários.

Segundo documento do Ministério da Saúde "O objetivo dessa medida é garantir atendimento humanizado, que contribua para a recuperação do idoso e permita maior autonomia para ele e seus familiares durante o tratamento". E revela : "A iniciativa deve reduzir custos com internações e filas de espera nos hospitais do SUS". O coordenador da área técnica de saúde do idoso do DAPE/SAS/MS, José Luiz Teles, argumenta: "Longos períodos de internação em hospitais e casas de saúde deixam as pessoas ainda mais frágeis e afetam seu lado emocional. Esse tratamento, além de mais saudável, proporciona independência ao idoso". O mesmo documento define que as equipes da Internação Domiciliar são formadas por um médico, um enfermeiro e um técnico ou auxiliar de enfermagem. E o tratamento deverá durar, no máximo, 30 dias, após esse período, "uma pessoa identificada e treinada pela equipe assumirá os

⁴⁵ Portaria GM/MS nº. 2529, de 19/10/2006 – Institui a Internação Domiciliar, no âmbito do SUS. O Art. 2º Define como Internação Domiciliar, no âmbito do SUS, "o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim".

cuidados permanentes do paciente”. Esse responsável, segundo o MS poderá ser “um membro da família ou um profissional contratado e deverá ser identificado junto à equipe”.

Entretanto, outro documento declara “O trabalho da equipe contará com a figura do cuidador, um membro da família com tempo e disponibilidade para cuidar do paciente. Esse trabalho será supervisionado pela equipe de saúde porque o cuidador será treinado por alguém da equipe. Será responsável pela alimentação, medicação, monitoração, e deverá ter capacidade de acionar um serviço pré-hospitalar de urgência (SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência -, Corpo de Bombeiros ou qualquer outro serviço na localidade) para situações de crise”. Deixa claro, desse modo, de quem será a responsabilidade do cuidado domiciliar.

Observa-se claramente a mudança de perspectiva adotada nesta nova política de saúde do idoso. Não há mais a preocupação em que o Estado assuma a responsabilidade dos cuidados com saúde dos idosos, nem que tais responsabilidades recaiam sobre a família, especialmente sobre as mulheres, como explicitado no documento anterior, mas, ao contrário, declara explicitamente a quem compete cuidar dos idosos dependentes e frágeis – a família.

Seguindo essa perspectiva, em 2006 o Ministério da Saúde publica um Caderno de Atenção Básica, de normas e manual técnico, intitulado “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa”, direcionado aos profissionais que atuam na Atenção Básica. Nele oferece informações técnicas específicas relativas à saúde da pessoa idosa. Como todo manual, orienta a conduta adequada para o desenvolvimento das ações com essa população: acolhimento, comunicação, promoção de hábitos saudáveis, avaliação global do idoso, atribuições dos profissionais, dentre outras. Mas, o que mais chama a minha atenção é o capítulo que aborda a questão do “Suporte familiar e social”, especialmente o item que se refere à “Avaliação da funcionalidade familiar”. O título já indica o conteúdo a ser tratado. Sintetizando, a família é compreendida como um sistema – Teoria Sistêmica – de relações de “ganhos e perdas”, “distribuição de poder” e “estabelecimento de papéis” entre seus membros. Para que o Sistema funcione, todos os membros desempenham tarefas e assumem papéis, os papéis mais freqüentes são o de “provedor e cuidador”, “originalmente” desempenhados pelo

homem e pela mulher respectivamente. Esses e outros papéis estão em profunda transformação em nossa sociedade e precisam ser frequentemente negociados para que a família funcione e encontre seu equilíbrio. Quando esse funcionamento não é harmônico pode contribuir para o adoecimento de um dos seus membros.

Nessa perspectiva, os “sistemas familiares podem ser compreendidos com funcionais ou disfuncionais”. Nos Sistemas funcionais, o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas buscando estabilidade e resolvendo o problema de forma adequada. Nos Sistemas disfuncionais os membros da família não estão comprometidos com a dinâmica e manutenção do sistema, estão mais voltados para seus interesses pessoais que os do grupo, não assumindo seus papéis dentro do sistema. Observa-se, nesses casos, vínculos emocionais superficiais e instáveis, agressividade e hostilidade. Nas situações conflituosas, onde há pessoas idosas ou elas são separadas do seu meio – institucionalizadas ou isoladas do grupo – por serem consideradas geradoras do problema ou outros membros da família se afastam para não se envolverem na questão (Brasil, MS, 2006).

Com base nessas concepções, o documento define como função das Equipes Saúde da Família “auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a constituírem um Sistema Familiar mais harmônico e funcional”. A fim de “dimensionar a funcionalidade das famílias”, de modo a possibilitar uma intervenção que promova “o restabelecimento do equilíbrio dessa unidade de relações, quando uma disfunção for detectada”, o Caderno traz nos anexos três “instrumentos” de avaliação da “dinâmica de funcionamento de uma família”, considerados, por sua praticidade e objetividade, mais adequados para a Atenção Básica.

Esse documento expressa, como de resto confirma, a emergência de políticas públicas, tanto de saúde quanto de assistência social, fortemente centradas na família, penetrando profundamente na vida familiar normatizando, medicalizando, controlando e vigiando. Foucault (1979, p. 200) já apontava que a partir da segunda metade do século XVIII a família “se tornou o agente mais constante da medicalização (...) alvo de um grande empreendimento de aculturação médica”. Se naquele momento o foco estava centrado na criança, agora volta-se para as relações entre os membros da família.

Nesse sentido, também Scott (2006), assinala que o PSF parte de uma concepção “medicalizada” da família, promovendo práticas voltadas para a detecção de patologias, crescimento e deterioração de cada corpo biológico no curso da vida individual.

Culpabiliza-se a família, ou os membros eleitos, pelas “disfunções do sistema”, e esse deve ser o foco da atenção de tais políticas. O esforço parece ser o de estabelecer papéis, em um “sistema” familiar que já não corresponde aos modelos tradicionais. E, quando se trata de famílias onde há pessoas idosas, a emergência é de “fabricar” um “cuidador” familiar, claro.

3.2. Políticas sociais para a velhice na Bahia

As políticas de proteção social à velhice na Bahia têm avançado lentamente em meio a conturbadas questões políticas governamentais, interesses pessoais e políticos.

A obtenção de informações acerca da efetivação das ações estabelecidas pelo conjunto de leis nessa área esbarra, primeiro, na ausência de registro documental que possa dar conta desse processo: segundo, nas limitadas ações que vêm efetivamente ocorrendo. Entretanto, há um grupo de pessoas, tanto ligadas à esfera governamental quanto a instituições não governamentais que, desde a década de oitenta, vêm participando ativamente das discussões e lutas em defesa dos direitos dos idosos e têm sido de fundamental importância no processo de implementação dessas políticas no Estado. Grande parte das informações registradas aqui foi obtida em entrevistas realizadas com algumas delas, considerando que representam a memória da trajetória histórica da construção das políticas para os idosos na Bahia. Dito de outro modo, a política de proteção social à velhice na Bahia, mais que uma política de Estado, tem sido uma conquista de grupos de pessoas de diferentes segmentos.

A atuação dos referidos grupos tem se dado especialmente em quatro áreas, a saber: em defesa da Previdência Social Pública; em defesa de um sistema público de saúde universal e de qualidade que alcance as necessidades dos idosos; na Assistência Social, especialmente na ampliação da participação social do idoso; e em defesa da garantia dos direitos dos idosos, através do Ministério Público e da Secretaria de Segurança Pública.

Dentre todos esses grupos, um, em especial, tem se destacado pelo poder de mobilização social, prestígio e respeito político que expressa e pela abrangência das suas lutas por um envelhecimento digno e acima de tudo pelas conquistas que vem obtendo. Trata-se do Movimento dos Aposentados e Pensionistas, a Associação de Pensionistas e Aposentados da Bahia – ASAPREV-BA.

Movimento criado em 1985, no bojo da organização das associações e federações de aposentados em todo país, sob a orientação nacional da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas - COBAP, com o propósito de defender os direitos dos pensionistas e aposentados da Previdência Social, iniciou sua ação denunciando as precárias condições de vida a que “vinham sendo submetidos em decorrência dos limitados recursos provenientes das aposentadorias, pensões e outros benefícios oferecidos pelo sistema de Seguridade Social brasileiro” (AZEVEDO, 2002). Tendo como principal dirigente, na Bahia, o Sr. Gilson Costa de Oliveira, esse movimento ganhou destaque nacional, primeiro por sua atuação na Constituinte de 1986/87, garantindo os direitos dos idosos no texto Constitucional de 1988, e, segundo, na mobilização nacional pela reposição das perdas dos valores dos benefícios previdenciários que ficou conhecido como “a luta pelos 147%”, em 1992⁴⁶. O Sr. Gilson ganhou grande notoriedade nacional, vindo a ser eleito, em 2003, presidente da Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas e, até hoje, continua à frente do movimento na Bahia, gozando de grande respeito e prestígio.

Em 2004, o Movimento dos Aposentados na Bahia instituiu o Fórum Permanente de Defesa do Idoso, instalado na sede da ASAPREV-BA, conhecida como “Casa do Aposentado”, que é referência da categoria no Estado. Esse espaço congrega membros de diferentes instituições – governamentais e da sociedade civil –

⁴⁶ Ver mais sobre o movimento de aposentados em Simões (1996, 1998) e sobre o movimento dos aposentados na Bahia, em Azevedo (2005)

constituindo-se num palco de discussões e mobilizações sobre as mais atuais questões políticas que dizem respeito ao idoso no Estado.

Esse movimento de caráter político tem sido o principal impulsionador de toda a política relacionada ao idoso no Estado e não somente no que concerne às questões da Previdência Social. Desde a criação do Conselho Estadual do Idoso, da Delegacia Especial de Atendimento ao Idoso, até a criação da Coordenação de Políticas Públicas para o Idoso, da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza da Bahia, o Movimento tem tido uma participação decisiva, como veremos mais adiante.

Concomitante com o movimento político, liderado e com participação predominantemente masculina, tem início o trabalho da Assistência Social, através dos chamados “Grupos de Convivência de Idosos”; foram inicialmente desenvolvidos pelo SESC e pela LBA, instituições pioneiras no trabalho com idosos no Brasil. Esses grupos, voltados para ações de cunho cultural e de lazer, são freqüentados quase que exclusivamente por mulheres. No início da década de 1980, a Secretaria de Trabalho e Ação Social da Bahia – SETRAS -, em parceria com a LBA, inicia esse tipo de trabalho com idosos nos Centros Sociais Urbanos – CSU’s. Segundo relato de técnico do SETRAS, a LBA já vinha trabalhando com idosos de alguns bairros de Salvador quando dois técnicos do CSU do bairro de Cosme de Farias, que haviam feito cadastramento dos idosos desse bairro, entraram em contato com a LBA, propondo um trabalho conjunto. O trabalho iniciado no CSU de Cosme de Farias, segundo o entrevistado, expandiu-se para outros Centros e “mostrou uma importância muito grande na vida dos idosos, despertando o interesse da diretoria técnica da Superintendência de Desenvolvimento da Comunidade do Estado da Bahia - SUDESCO, na época órgão da Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social, que coordenava os CSU’s”. Só no final de 1987 o programa foi oficializado; na época, já contava com 15 grupos de convivência, na Capital e Interior. O programa levou o nome de Programa de Apoio ao Idoso – PAI -, e tinha por objetivo “(...) oferecer aos idosos e seus familiares, meios para romper os condicionamentos sociais responsáveis por sua situação de ‘marginalização’ e romper os bloqueios que impedem sua plena integração ao dinamismo da vida social” (PAI, 1987, p.04).

No início dos anos de 1990 a Prefeitura de Salvador inicia um processo de criação do Conselho Municipal do Idoso; chega a convocar um grupo de profissionais vinculados a instituições governamentais e não governamentais, mas o trabalho não vai adiante, pois dependia da convocação do Poder Executivo que nunca se concretizava. Diante da frustração dessa empreitada, esses profissionais resolvem organizar um grupo de trabalho, sob a coordenação do Dr. José Queiroz, renomado geriatra da cidade, denominado “Grupo de Trabalho Interinstitucional – GTI”. Esse GTI tinha por objetivo organizar as ações que vinham sendo realizadas pelas diferentes instituições e juntar esforços em prol das questões relacionadas à velhice.

Posteriormente, esse grupo passou a ser coordenado por um técnico da SETRAS e foi incorporado às atividades desenvolvidas por aquela Secretaria, agora sob o nome de Núcleo Interinstitucional de Ação Pró-Idosos - NIAPI, congregando representantes de instituições que atuam na área – SESC, SESI, SBGG, Associação Obras Sociais Irmã Dulce - AOSID, Abrigo D Pedro II, dentre outros -, além dos coordenadores dos Grupos de Convivência dos CSUs. Esse Núcleo continua atuante até hoje e o grupo de pessoas que dele participa é o mesmo que está presente em outros fóruns. A política do idoso no Estado é resultado do empenho dessas pessoas. O Conselho Municipal do Idoso – CMI - só foi criado em 18 de julho de 2005, pela Lei nº 6.760.

Após a instituição da PNI, em janeiro de 1994, a Assembléia Legislativa da Bahia, atendendo ao que prescreve aquela Política, aprovou a Lei nº 6.675, em 08 de setembro de 1994 que, autoriza o Poder Executivo a instituir o Conselho Estadual do Idoso – CEI. Entretanto, o referido Conselho só foi criado em março de 2002⁴⁷, ou seja, quase oito anos depois, e o mesmo só foi instalado em outubro daquele ano. Estranhamente, as referidas leis, no artigo que define a composição do Conselho, já nomeiam as entidades da sociedade civil a se fazerem representar naquele fórum. Essa definição a priori fere os princípios democráticos que devem pautar a indicação dos participantes da sociedade civil organizada por seus próprios pares. Ademais, deixa de

⁴⁷ Decreto Lei 8.188, de 22 de março de 2002 Dispõe sobre a criação do Conselho Estadual do Idoso, na estrutura da Secretaria da Justiça e Direitos Humanos.

fora instituições com reconhecidas trajetórias históricas na área de envelhecimento, como é o caso do SESC.

Com a aprovação do Estatuto do Idoso, em 2003, o Governo do Estado da Bahia, pressionado pelas organizações de idosos já mencionadas, sancionou, em fevereiro de 2004, a Política Estadual do Idoso (Lei nº 9.013), proposta formulada pelo CEI. O texto da referida Política reproduz em grande medida o da PNI. Ao nível do Estado a responsabilidade pela implementação e coordenação geral das ações relativas à Política Estadual do Idoso ficava a cargo da Secretaria do Trabalho e Ação Social, hoje Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza - SEDES. Dentre as atribuições daquela Secretaria, definidas pela Política Estadual do Idoso, destacam-se: encaminhar ao Conselho Estadual do Idoso o Plano Governamental Integrado e os relatórios semestrais e/ou anuais das atividades e realização financeira dos recursos destinados à implantação da política do idoso; coordenar e manter atualizado o cadastro de entidades e organizações de atendimento ao idoso; além de mais 23 itens específicos da competência das áreas da promoção e ação social e combate à pobreza e às desigualdades sociais (Art. 8º - I e X respectivamente). Define, ainda, as competências de cada uma das áreas envolvidas: saúde, educação, cultura e turismo, transporte, agricultura, habitação e urbanismo, justiça e direitos humanos.

O grande desafio, tanto na área da saúde quanto na área da assistência social, para implantar a Política do Idoso no Estado, tem sido articular as ações e programas que já vinham sendo desenvolvidos na lógica da política nacional nas duas áreas, ou seja, na lógica do SUS e do SUAS.

Na área da saúde, segundo informações da atual técnica responsável pela área do idoso, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB – instituiu, em 1991, uma Coordenação de Saúde do Idoso. Essa Coordenação criou o Programa de Saúde do Idoso – PROSI, que tinha como objetivos: a capacitação da rede de profissionais da saúde na área de geronto - geriatria; a criação de serviços especializados para atender à população idosa; e a disseminação de conteúdo geronto-geriátrico no Interior do Estado. Na ocasião a Secretaria dispunha apenas de um ambulatório de geriatria no Hospital São Jorge, no Largo de Roma. Em 1999, o Programa propôs a criação de uma Unidade que viesse a ser a referência no atendimento ao idoso no Estado, pois as

ações desenvolvidas, até então, se limitavam ao trabalho interno na Secretaria, sem que houvesse uma ação direta com os idosos e, ademais, não dispunham de informações acerca das condições de saúde dos idosos nas cidades do interior. Surge, assim, o Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso – CREASI -, com o propósito de, além de prestar atendimento assistencial ao idoso, formular a política de saúde do idoso a partir das ações desenvolvidas ali, e dos estudos e pesquisas gerados naquela unidade de referência.

Até 2005 o Programa e o CREASI tinham a mesma estrutura e a mesma coordenação; trabalhavam numa mesma perspectiva, ou seja, tratavam das questões referentes apenas a idosos frágeis, dependentes, com múltiplas patologias, deixando de fora todos os outros que não se enquadravam nesse perfil, limitando, desse modo, a visão acerca das necessidades da pessoa idosa. A partir daquela data, essas duas instâncias foram desvinculadas, ficando o PROSI alocado na diretoria da Atenção Básica. Gerou-se com isso outra série de novos problemas, pois as ações ficavam restritas apenas ao que compete à Atenção Básica, entervando procedimentos que requeriam atenção dos outros níveis de complexidade, como diz a coordenadora da área em entrevista: “todas as ações que a gente tentava desenvolver não podia porque envolvia, por exemplo, hospital, então não era da Atenção Básica”.

Assim, em 2007, não só o programa do idoso, mas todos os programas da Secretaria de Saúde foram novamente redimensionados, ficando aquele programa alocado na Diretoria de Gestão de Cuidados, mais especificamente, em uma de suas três coordenações, a Coordenação de Ciclos de Vida e Gênero, que envolve, como o nome sugere, a atenção à criança, ao adulto, ao idoso, homens e mulheres. As políticas agora passam a ser pensadas a partir dessas áreas ou segmentos e cada uma delas com atuação tanto no nível da atenção básica quanto nos de média e alta complexidade. Há, portanto, hoje uma Área Técnica da Saúde do Idoso responsável por propor ações de atenção à saúde da pessoa idosa no Estado, ou seja, compete ao Estado fazer apenas a gestão da assistência à saúde, ficando o atendimento direto à população a cargo dos municípios, como determina o SUS. Desse modo, essa área vem trabalhando na qualificação da rede de profissionais, especialmente os ligados à Saúde da Família, oferecendo treinamento teórico e prático – esse último desenvolvido

no CREASI, que continua prestando assistência direta aos idosos -, além de fazer o levantamento diagnóstico da situação de saúde dos idosos nos municípios, acompanhar o plano de ação e as pactuações com outros municípios, através de visitas técnicas. A técnica responsável pelo setor revela que um dos municípios mais problemáticos é Salvador, pois a maior parte das equipes de Saúde da Família é terceirizada, ou seja, o trabalho é realizado por cooperativas ou instituições privadas; ademais, Salvador tem um dos menores índices de cobertura do PSF.

Em síntese, hoje o único serviço sistematizado especializado no atendimento ambulatorial ao idoso no Estado é o CREASI, que atende à demanda referenciada e faz a triagem, além da dispensa de medicações de uso contínuo e de alto custo. Algumas outras instituições, tais como a AOSID e o Hospital Roberto Santos, dispõem de alguns leitos geriátricos. Com relação às ILPI, a assistência à saúde fica sob a responsabilidade das equipes de saúde da família, isso é, se existir o programa no território em que se encontra a instituição.

As constantes mudanças de propostas têm levado à descontinuidade nas ações e, conseqüentemente, dos seus resultados, redundando, juntamente com outros fatores já discutidos anteriormente, na precariedade ou quase ausência da assistência pública à saúde do idoso na Bahia.

Na área da Assistência Social a história se repete. A secretaria que anteriormente atuava nessa área, a SETRAS, dispunha de uma Coordenação do Idoso que coordenava os Grupos de Convivência de Idosos nos CSUs – são 9 em Salvador e 18 no interior do Estado, atendendo um total de, aproximadamente, 3.700 idosos -, além de capacitar profissionais no interior do Estado para implementação e desenvolvimento dessa modalidade de atendimento. Através do NIAPI era feita a articulação das propostas de trabalho com outras organizações governamentais e da sociedade civil. Como parte no processo de implementação do SUAS, no que se refere à proteção social especial de alta complexidade, estava em curso o acompanhamento e orientação às ILPI que recebem subsídios federais, de 26 municípios – atendendo a

aproximadamente 1.131 idosos⁴⁸ – para adequação às novas normas que regulamentam as ILPI⁴⁹.

Com a criação da SEDES no novo Governo do Estado e a intensificação do processo de implantação do SUAS, houve a extinção de coordenações específicas por segmentos e a criação de coordenações de acordo com os níveis de complexidade – proteção básica, proteção especial de média complexidade e proteção especial de alta complexidade. Desse modo, o trabalho com o idoso ficou pulverizado, ou seja, na proteção básica a atenção ao idoso é feita através dos Grupos de Convivência de Idosos e do PAIF. O BPC também é uma modalidade de assistência desse nível. Na proteção especial de média complexidade estão os Centros Dia, Assistência Domiciliar, a Reabilitação na Comunidade, dentre outros (importante informar que não existe nenhuma dessas modalidades de atenção na Bahia); na proteção especial de alta complexidade estão as ILPI, República, Família Acolhedora, etc. Na verdade, a Assistência repete a experiência da Saúde que não vingou inteiramente, como vimos.

Diante dessas mudanças, houve forte reação por parte, especialmente, do técnico que desde a década de 1980 tem trabalhado na área e coordena o NIAPI; ele também é membro do CEI e participa do Fórum Permanente. Segundo seu relato, em entrevista concedida a mim, “a grande crítica é que [essa proposta] engessa o idoso nisso aí [nessas modalidades de assistência], quando o idoso não é só isso. Aí nós já tínhamos os movimentos sociais envolvidos, o Fórum Permanente, o NIAPI, e outras coisas, e nada disso foi considerado, e não cabem essas coisas aí”. Com o apoio dos membros das citadas instituições, especialmente do Sr. Gilson, que acionou dois deputados para que o Governador do Estado recebesse em audiência uma comissão para expor o problema, juntamente com o Secretário da SEDES, foi autorizada a criação de uma coordenação do idoso naquela Secretaria. Criou-se a coordenação mesmo sem a concordância da Superintendência da Assistência Social; um político que tinha sido membro do CEI foi designado para o cargo, porém essa coordenação do Idoso não consta no regimento da SEDES e não entrou no PPA – Plano Plurianual, ou

⁴⁸ Esses dados foram fornecidos pela SEDES e são referentes a 2004. Os dados apresentados por Camarano (2005), na publicação: “Idosos Brasileiros: Indicadores de Condições de Vida e Acompanhamento de Políticas” o número de idosos atendidos em ILPI e nos Centros de Convivência conveniados com o MDS, na Bahia, em 2005, era de 1.402 e 6.311 respectivamente.

⁴⁹ RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

seja, existe na prática, mas não dispõe de nenhum apoio ou recurso que possibilite suas ações. Frente a esses fatos, o coordenador está propondo a transformação dessa Coordenação do idoso em uma superintendência de política pública para idosos. A proposta já foi encaminhada e aguarda definição.

Fica evidente, por um lado, a desarticulação, o desencontro das políticas públicas, nesse caso do SUS e SUAS com relação à PNI, e, por outro, o descumprimento de suas determinações, especialmente no que se refere à coordenação das políticas para idosos na Bahia, uma das mais importantes funções que deveria ser exercida pela SEDES, como determina a Política Estadual do Idoso. Enquanto isso, o barco fica à deriva, sem piloto e sem rumo.

O CEI tem tentando articular o Plano Governamental Integrado e obter os relatórios das atividades desenvolvidas pelas diferentes Secretarias, mas esbarra em uma série de dificuldades, tais como, a ausência de conselheiros e de planos de trabalho, especialmente dos órgãos do Governo e, conseqüente, a impossibilidade de articular as propostas que alguns representantes apresentam.

“Prá não dizer que não falei de flores”, como diz o poeta, a grande conquista da política para o idoso no Estado foi a criação, em julho de 2006, da Delegacia Especial de Atendimento ao Idoso - DEATI. Conquista, mais uma vez, do Movimento de Pensionistas e Aposentados da Bahia, através do Fórum Permanente em Defesa do Idoso, que reivindicou ao governo estadual uma atenção diferenciada para o idoso. Mas como disse Sr. Gilson, na solenidade de comemoração do primeiro ano de funcionamento: “A Delegacia de Atendimento ao Idoso é uma conquista, mas não necessitaríamos dela se houvesse harmonia e solidariedade entre todas as gerações”.

Também o Ministério Público da Bahia tem tido uma atuação marcante, especialmente com relação às ILPI. Desde 2003, o Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça da Cidadania – Caoci, vem, junto com a Vigilância Sanitária Municipal, realizando inspeção nas ILPI de Salvador. Face à precariedade da realidade encontrada e à impossibilidade de fechamento de todas as instituições que não estão em conformidade com as normas estabelecidas, o promotor de Justiça da Cidadania, Dr. César Correia, teve a iniciativa de organizar uma rede de atenção aos idosos asilados, congregando instituições como o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS),

Secretaria de Trabalho, Assistência Social e Esporte do Estado (SETRAS), Superintendência de Urbanização da Capital (Surcap), Secretaria de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais (Secomp), Vigilância Sanitária, Empresa Baiana de Saneamento (Embasa), ONGs e Câmara de Vereadores, para realizar estudos com a finalidade de implantar ações que visem a melhoria das condições de vida dos idosos das ILPI. A partir deste trabalho foi constituído um grupo denominado Grupo de Atuação Especial de Defesa dos Direitos do Idoso (Geido), coordenado pelo referido promotor, com a participação de representantes das várias secretarias do Estado e do Município, além de entidades que representam idosos. Um dos primeiros resultados deste trabalho foi a assinatura de um Termo de Cooperação Técnica firmado entre diversas Secretarias Municipais e Estaduais, realizado em uma sessão solene no dia 27/09/2006, Dia do Idoso, evento ao qual estive presente.

O trabalho do Ministério Público – MP-Ba tem dado grande visibilidade à situação de precariedade em que funcionam muitas ILPI em Salvador. Das 15 instituições inspecionadas pelo MP-Ba, só quatro, três delas com ressalvas, preenchem os requisitos exigidos em lei. Importante salientar que o Abrigo D Pedro II, instituição também visitada, não está entre essas quatro, ou seja, a única ILPI inteiramente pública do Estado não cumpre as exigências da Resolução nº 283 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

As precárias condições de funcionamento em que se encontram as ILPIs se devem, em grande medida, à falta de recursos, já que a quase totalidade delas é filantrópica. São poucas ILPI que recebem recursos públicos e os valores pagos são extremamente baixos que, nem de longe, cobrem as necessidades de sobrevivência do idoso (o valor per capto não chega a R\$70,00/ mês). Um dado surpreendente constatado nessas visitas diz respeito à falta de documentação dos idosos que se encontram institucionalizados, o que inviabiliza o alcance da concessão do BPC. Nesse sentido, o MP acionou os órgãos competentes para solucionar essa questão, numa tentativa de resolver o problema não só do idoso, mas também, da instituição, na medida em que o idoso poderá contribuir para sua manutenção.

4. A SOLIDARIEDADE PÚBLICA E INSTITUCIONAL

Historicamente, no Brasil, os sujeitos que dependem – temporária ou permanentemente -, ou que fazem uso do sistema de proteção social público, mesmo que este seja concebido como direito de cidadania, são vistos marginalmente pela sociedade. Nas sociedades capitalistas periféricas, onde o trabalho ainda é considerado um valor central, mesmo em face a toda a crise vivida atualmente, a sociedade não vê com bons olhos aqueles que precisam da solidariedade pública para sobrevivência.

Com relação ao idoso, considerado incapaz para o trabalho, a responsabilidade por sua manutenção é atribuída à família, e só na sua ausência, ao Estado. O idoso morador de asilo, em especial o público, nunca é visto como cidadão em gozo de seus direitos, ao contrário, carrega o estigma histórico da pobreza e do abandono da família.

Sem dúvida a pobreza é um dos principais motivos que levam o idoso a buscar o apoio do Estado, entretanto, é difícil mensurar a situação de pobreza que conduz a isso, considerando a existência de uma “pobreza integrada” (CASTEL, 1997), ou seja, a situação em que mesmo em face a uma precária condição econômica o idoso permanece integrado na comunidade. Isso significa dizer que tomar como referência apenas a dimensão econômica não explica a questão, este critério se mostra insuficiente para compreender a problemática social do idoso asilado.

Por outro lado, considerar o idoso asilado como um sujeito abandonado pela família não dá conta da multiplicidade de condições em que as relações familiares foram ou não constituídas e mantidas ao longo da vida dos sujeitos em questão. Desse modo, proponho pensar a posição do idoso morador de asilo a partir da categoria de “desfiliação” proposta por Castel (1997). Entendendo por desfiliação o processo de ruptura das relações de interdependência da rede de integração primária, ou seja, quando há uma desvinculação do sujeito do sistema de trocas, de reciprocidade, fundadas sobre o pertencimento familiar e comunitário. Nas palavras de Castel (1997, p. 50-51) a desfiliação ocorre “quando o conjunto das relações de proximidade que um

indivíduo mantém a partir de sua inscrição familiar e social, é insuficiente para reproduzir sua existência e para assegurar sua proteção”.

Acredito que esse conceito possibilita ultrapassar o discurso simplista vigente, que se funda na condição de pobreza e abandono familiar do idoso asilado. Ele permite, por um lado, ir além das questões referentes meramente às condições econômicas e, por outro, amplia o espectro de análise das relações de troca e reciprocidade no âmbito familiar e social, das dádivas (Mauss, 1974), que podem levar à ruptura das relações com essas redes.

Nesse sentido o trabalho de campo buscou conhecer o sistema de troca nas relações que os idosos asilados mantêm, sejam elas com a rede primária – família e amigos -, secundária – Estado -, ou com “estranhos”- visitantes -, na tentativa de compreender como ele ocorre ou o que impediu ou impede que as dádivas circulem.

A pesquisa foi desenvolvida no Abrigo D. Pedro II, já que este é o único abrigo público de Salvador. Inicialmente, busquei traçar um breve percurso histórico da instituição, esperando que a reconstrução dos processos sociais nos quais a prática asilar foi constituída revele as tensões e os conflitos que, de certa maneira, expressam o modo como a sociedade vem tratando as gerações mais velhas em situação de pobreza e os lugares que têm sido reservados a estas na estrutura social. E ainda, traçar um panorama geral dos idosos que lá habitam. Em seguida procurei dar voz a dez mulheres e dez homens idosos, moradores do Abrigo, a fim de apreender as formas de trocas, materiais e simbólicas, que se estabelecem entre eles e seus familiares, entre eles e os outros idosos e com “estranhos”. Interessou, também, saber que conhecimento eles têm acerca das políticas sociais específicas para este segmento da população, e suas percepções como usuários de uma das modalidades de assistência prevista por tais políticas.

Ainda foi importante saber o que pensam os representantes legais do Estado sobre as políticas sociais de assistência ao idoso e as condições dos idosos que necessitam de tais políticas, além de obter informações sobre o Abrigo. Para tanto, entrevistei dois gerentes que assumiam a direção da Instituição em diferentes épocas, e uma Assistente Social, chefe do Serviço Social, porta de entrada do Abrigo.

4.1. A Instituição

Grande parte das instituições asilares foi criada no século XIX, como nos lembra Lenoir (1998). Este também é o caso do Abrigo D Pedro II, que foi fundado em 1862, pautado no sentimento de piedade e caridade cristã, na “ética da compaixão” (Caponi, 2000), alimentado pela população e pela tradição católica de assistência aos pobres, comuns à época. Criado como Asilo de Mendicidade da Bahia, com a finalidade de abrigar pessoas carentes, independente da idade ou estado de saúde, o asilo sobrevivia com recursos de donativos de membros ilustres da sociedade e de donativo do Imperador D Pedro II.

Originou-se por iniciativa de um frei franciscano, que passou a abrigar mendigos nos fundos do Convento Franciscano, período em que foi administrado pelos frades daquela Ordem. Através do prestígio do Arcebispo Primaz Dom Manoel Joaquim da Silveira formou-se uma comissão composta por pessoas influentes da sociedade, denominada de “Mesa Administrativa”, que tinha como finalidade administrar não só o Asilo, mas também outras obras de caridade da cidade. Neste período, 1873, o Asilo é deslocado para as dependências do Hospital São Lázaro, onde eram abrigados também os doentes de lepra.

Mais uma vez, com recursos doados pela comunidade e contribuição do Governo Imperial, foi adquirida a chácara do comendador Antonio José Machado, local para onde foi transferido o asilo, após um processo de reforma que durou nove anos. O Solar dos Machado, como era conhecido, era uma luxuosa residência, com enormes cômodos, situado à beira mar, próximo à Igreja do Bomfim. Local onde permanece até hoje.

A nova sede do Asilo foi inaugurada em 29 de julho de 1887, dia do aniversário da Princesa Isabel, que esteve presente, juntamente com outras autoridades e personalidades ilustres da corte, evento que teve grande repercussão social. Em sua homenagem o Asilo passou a chamar-se Asilo de Mendicidade Santa Isabel.

A Mesa Administrativa dirigiu a instituição até 1895 quando, alegando sobrecarga de tarefa, já que também administrava o Hospital São Lázaro, e falta de recursos financeiros para manutenção do asilo, transferiu a responsabilidade para a Santa Casa

de Misericórdia. O Asilo volta a ser dirigido pela Igreja, sob a responsabilidade das Irmãs de Caridade vindas da França. Em 1910 ele abrigava 189 indigentes – 118 mulheres e 71 homens - tendo sua capacidade aumentada, posteriormente, para mais 30 leitos, exclusivos para maiores de 70 anos.

A partir de 1913, por falta de condições financeiras, a instituição passou para as mãos da municipalidade, ficando a partir de então na dependência do poder público, não deixando, entretanto, de ter a presença das Irmãs vicentinas, que estão lá até hoje. Neste momento, observa-se uma mudança na perspectiva da assistência, com a entrada da medicina e o controle do Estado nas questões sociais, passando a instituição a ser administrada pela Diretoria de Higiene e Assistência Pública Municipal. Esta nova diretoria institui novos cargos administrativos, a exemplo do Médico-Diretor, e cria impostos para custeio e melhorias do Asilo.

O Asilo foi novamente reformado em 1921, elevando o número de abrigados para 289 pessoas, a grande maioria continuava a ser de mulheres - 216 – e, apenas, 73 homens. Estes dados podem revelar, por um lado, uma maior vulnerabilidade social das mulheres, especialmente idosas, e por outro, um maior aproveitamento da mão-de-obra masculina no mercado de trabalho da época, que também deixava de fora as mulheres.

Por força de Lei Municipal nº152, de 18 de junho de 1943, o asilo passou a chamar-se Abrigo D. Pedro II, e restringiu seu atendimento apenas a pessoas com idade superior a 60 anos, desamparados, especialmente mendigos.

O Abrigo mantém até hoje, não só o nome, mas também sua estrutura física e, praticamente, o mesmo modelo de assistência à velhice. As mudanças nas representações da velhice, e todo aparato legal constituído nas últimas décadas, em quase nada abalaram esse modelo de gestão da velhice. Diferente de outras instituições caracterizadas nos moldes de instituições totais⁵⁰ descritas por Goffman (1974), como por exemplo, os asilos de loucos, que passaram por um processo de

⁵⁰ As *instituições totais* para Goffman (1974, p.17-18), são instituições que apresentam as seguintes características: (...) todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade (...); Cada fase da vida diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas (...); as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários(...) e toda seqüência de atividades é imposta de cima por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários; finalmente, as atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.

grande reforma no modelo de assistência, os asilos de velhos permanecem inalterados, desafiando o tempo e reproduzindo práticas de exclusão e marginalização social.

O antigo casarão onde funciona o Abrigo fica situado na Av. Luiz Tarquínio, entre o largo de Roma e o bairro de Boa Viagem, na cidade baixa, uma das regiões mais antigas de Salvador. Ao fundo do casarão encontra-se uma faixa de praia, de frente para a Baía de todos os Santos. Ele ainda guarda as marcas da imponência das mansões do tempo do Império, expressas nos seus traços arquitetônicos Seu enorme portão de ferro trabalhado, as várias imagens esculpidas que encontram-se sobre a amurada e as laterais do telhado do casarão, os inúmeros janelões na fachada, impressionam o visitante. Mas, seu estado de conservação revela o abandono e a decadência em que se encontra. Seu tombamento pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – IPHAM – torna o prédio intocável sem a autorização desse instituto, e a sempre alegada falta de recursos para sua reforma já faz com que o prédio vá se deteriorando a cada dia, colocando a vida dos idosos que lá vivem em risco.

É um misto de nostalgia e sentimento de abandono que se tem ao adentrar a instituição. O sentimento que o ambiente desperta parece afetar também a primeira impressão acerca dos moradores. Não é raro os visitantes se referirem a eles como abandonados e tristes, impressão nem sempre mantida após o contato mais próximo com eles.

A instituição, hoje sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SEDES, ocupa uma área de 2.100 metros quadrados, entre área livre, constando de um espaçoso jardim da parte da frente, e área construída. O casarão é um prédio de dois pavimentos e ocupa toda a parte central do terreno. Ele é composto de quatro dormitórios para idosos, dois de cada lado da capela e clausura (dormitório das Irmãs vicentinas). Dos quatro dormitórios só dois foram reformados em 1997 e estavam em funcionamento⁵¹, os outros dois encontram-se interditados por falta de segurança, assim como parte da capela. Nas laterais do casarão ainda há dois pavilhões, um de cada lado, com dois pavimentos cada, destinados também a dormitórios de idosos. Ainda há mais dois pavilhões menores, de construção mais recente, um destinado à administração e o outro onde funciona o “espaço de

⁵¹ Esses dois pavilhões, a capela e a clausura também foram interditados em 2007, como veremos mais adiante.

convivência”, único espaço de encontro dos idosos, onde são realizadas as festas, reuniões, palestras, atividades artesanais, reuniões com familiares, etc. Neste último também situam-se os setores técnicos. A instituição conta com os serviços de: um médico, três nutricionistas, uma fisioterapeuta, duas terapeutas ocupacionais e quatro assistentes sociais. Até 2005 não tinha nenhuma enfermeira, a secretaria municipal de saúde disponibilizou 6 enfermeiras e uma psicóloga.

Os idosos são distribuídos nos dormitórios, chamados de salões, coletivos, com, em média, 20 camas, separadas por biombos parciais nas laterais da cama, parte deles improvisados. Há um corredor no centro do quarto, entre as camas, onde circulam tanto os próprios moradores quanto os funcionários e visitantes. Este corredor conduz aos sanitários coletivos e a uma pequena copa/cozinha, utilizada apenas para lavagem de utensílios e preparo de chás e similares. Toda a alimentação fornecida aos idosos é preparada fora da instituição por uma empresa contratada, terceirizada pela prefeitura. Não há um refeitório coletivo comum para todos. Em alguns salões há um pequeno refeitório e em outros os idosos fazem as refeições nos seus “próprios espaços”. É neste espaço de, aproximadamente, 6 metros quadrados, ocupado por uma cama e dois pequenos armários, sem nenhuma privacidade, que se resume tudo de valor – material ou simbólico - que se adquiriu ao longo da vida. São quatro salões femininos, dois dos quais funcionando na parte do casarão que foi reformado, e dois masculinos. Não há dormitórios para casais, quando um casal é internado eles são alojados em salões diferentes. Estes cômodos são impecavelmente cuidados e limpos, camas sempre arrumadas, em alguns dormitórios, uniformemente, sempre supervisionadas pelos olhares atentos das Irmãs, que não permitem que os idosos permaneçam nos leitos, com exceção dos acamados.

Na época em que os dados dos prontuários sociais foram coletados – entre 2002 e 2003 – havia 139 idosos residentes, dos quais 92 eram mulheres e 47 homens. Evidencia-se aqui, tanto uma questão de gênero quanto de geração. Quanto ao gênero observamos a predominância de mulheres, que se manteve historicamente, e não se justifica apenas pela maior longevidade delas, mas retrata as diferentes trajetórias de vida de homens e mulheres. Trata-se de mulheres, em sua quase totalidade (91,3%), solteiras e viúvas e só 15% têm filhos. Isso indica que além das mulheres viverem mais

que os homens, muitas vezes não se casaram e as que se casaram tornaram-se viúvas, tanto por viverem mais que os homens quanto por casarem-se com homens mais velhos; quando viúvas raramente recasam, diferente dos homens que, em geral voltam a casar, com mulheres bem mais jovens que eles, o que lhes assegura cuidados e assistência na velhice. Apesar da metade dos homens moradores do Abrigo se declarar solteiros, só 27% afirmam não ter tido filhos. A idade da internação também revela que as mulheres se mantêm cerca de dez anos a mais fora da instituição, já que elas só vão para a instituição depois dos 70 anos, mas, por outro lado, elas passam mais tempo internadas. A população feminina do abrigo é bastante longeva.

Observando-se as relações de gênero e geração - geração tomada no sentido antropológico - da posição que ocupam no grupo família - percebe-se que são mulheres que não tiveram filhos, encontrando-se nesse momento da vida sem ascendentes ou descendentes próximos, revelando uma ruptura na corrente geracional. São mulheres que não constituíram suas próprias famílias e hoje estão “sozinhas no mundo”, como costumam dizer. Diferente dos homens que, aproximadamente, a metade deles ainda tem filhos vivos.

Ainda pensando geração no sentido mais sociológico - indivíduos que têm aproximadamente a mesma idade e compartilharam experiências, idéias e mentalidades - encontramos várias experiências comuns nas histórias de vida dessas mulheres, articulando a condição de geração à de gênero. São mulheres que: dedicaram suas vidas à criação dos filhos dos patrões; subordinaram-se às normas paternas e aos rigorosos critérios de escolha dos maridos - “ninguém nunca prestava pra mim”; mantiveram-se na posição familiar de cuidadoras dos pais até a velhice e morte deles; têm baixa escolarização - por proibição, muitas vezes, de pais que não permitiam que elas aprendessem a ler e escrever, “para que não fizessem bilhetes para namorados”; desempenharam atividades informais - lavadeira, costureira, feirante -, sem vínculo empregatício, o que lhes rendia precários recursos financeiros e ausência de aposentadorias; foram para o abrigo por sentirem-se mais vulneráveis à violência urbana, ameaçadas, inseguras, desprotegidas, morando sozinhas.

Independente do sexo/gênero, a entrada do idoso na instituição só se faz mediante aquiescência do mesmo, mas é obrigatória a presença de um familiar ou

amigo – na ausência do primeiro -, que se constitui como responsável legal ao assinar um “termo de responsabilidade”, no qual se compromete a visitá-lo, atender aos chamados da instituição, participar das reuniões, assistir o idoso em caso de doença ou de internação hospitalar. É este responsável que, em alguns casos, recebe o dinheiro da aposentadoria ou benefício do idoso e, pressupõe-se que exerça certo poder sobre o mesmo, já que é ele que autoriza ou não sua saída sozinho da instituição (dado frequentemente encontrado nas anotações dos prontuários). Nessas condições o idoso parece estar duplamente tutelado, pela instituição e pelo “responsável”. Tem seu direito de liberdade e sua autonomia restritos, aproximando-se da condição de uma criança. Percebe-se também que a responsabilidade da instituição é coercitivamente compartilhada com o responsável, que é obrigado formalmente a cumprir com o que deveria ser uma obrigação de liberdade, dar uma mínima assistência ao idoso.

Exige-se ainda, para ingressar na instituição, que o idoso tenha mais de 60 anos, que seja lúcido, que desenvolva as atividades de vida diária sozinho – andar, alimentar-se, usar o banheiro, vestir-se, etc. - e que não seja portador de doença infecto-contagiosa, além disso, ele precisa realizar uma série de exames de laboratório e apresentar laudo de avaliação psiquiátrica. O que significa que o idoso tem que ter boas condições de saúde física e mental, ser independente, não ter problemas cognitivos ou comportamentais. Deste modo restringe-se a demanda da instituição para idosos que apenas tenham problemas sociais ou familiares, condição que só se dá inicialmente, uma vez que se trata de instituição de longa permanência e, em geral, o idoso passa o resto da sua vida lá e, dificilmente ele não será acometido por doenças incapacitantes. Os idosos dependentes não dispõem de nenhum tipo de assistência pública, nem em ILPI, nem domiciliar, como previsto em Lei. Resta ao idoso nestas condições contar com a ajuda de familiares, nem sempre existente ou disponível, ficando deste modo, obrigado a submeter-se às instituições filantrópicas ou particulares. Este setor tem crescido nas últimas décadas, exatamente porque, por um lado, o Estado não vem cobrindo este nível de assistência, e por outro, as famílias sozinhas não conseguem suprir as necessidades do idoso dependente.

Com relação a esta questão, o então gerente do Abrigo revela, em entrevista realizada em 2003, a dificuldade que o idoso e a família encontram para cumprir esta determinação:

“As pessoas são muito pobres, pra fazer os exames que a casa necessita demora muito, porque é via SUS, ai demora 15 dias um mês. Já aconteceu aqui, às vezes, de você solicitar os exames pra um idoso ou uma idosa e no transcurso do exame o idoso até faleceu e a família liga liberando a vaga porque o idoso faleceu. É que demora muito e ele não tem condição financeira de no outro dia providenciar o exame, ai fica mais difícil pras pessoas fazerem exame via SUS”.

O idoso ao ser internado só leva seus documentos, roupas e poucos objetos pessoais – rádio, televisor, utensílios pessoais -, tudo mais - cama, armários - são disponibilizados pela instituição.

Os familiares são convocados de dois em dois meses para reunião com os técnicos, mas, tanto a observação feita em 4 reuniões de que participei, quanto no relato feito pela assistente social, só comparecem em tais reuniões entre 10 a 12% dos familiares e são sempre os mesmos. As reuniões são realizadas aos sábados à tarde na tentativa de possibilitar a participação daqueles familiares que trabalham durante a semana. Os assuntos tratados nesses encontros giram em torno das mesmas questões: inicia com uma mensagem lida ou falada por uma das irmãs ou uma assistente social, em geral de conteúdo religioso, falando dos sentimentos de amor, fraternidade e solidariedade e redundando na importância da manutenção dos vínculos com os idosos; muitas vezes, há uma ameaça velada ao enfatizar a obrigação legal da família prestar assistência e as punições previstas em lei nos casos de abandono familiar; segue com informes sobre eventos, festas, com ou sem a participação dos familiares, ou os raros passeios fora da instituição; os esclarecimentos sobre utilização do dinheiro da contribuição que os idosos faziam para o “Clube da felicidade”⁵², ou

⁵² O referido Clube foi uma estratégia usada por muitos anos para viabilizar a realização de alguns eventos ou pequenos consertos – bomba de água, troca de lâmpada, etc. – de necessidade imediata, já que a prefeitura demoraria muito tempo para resolver. Esse foi um dos motivos pelos quais o Diretor e a chefia do Serviço social, que trabalhavam e “vestiam a camisa da instituição” há mais de 20 anos, foram exonerados do cargo e saíram de lá. O Clube não existe mais.

arrecadado pelo bazar; comunicação de algum problema vivido pela instituição como a falta de funcionário ou o baixo valor pago pela prefeitura à empresa que fornece alimentação. A participação da platéia, em geral, é mínima, eles permanecem passivos a maior parte do tempo, são poucos os momentos em que eles são conclamados a falar, ou que se manifestam espontaneamente.

A instituição oferece algumas atividades aos idosos, tais como: palestras, exercícios, confecção de objetos artesanais, passeios e festas, além das práticas religiosas – católicas - diárias. Estas atividades são coordenadas por profissionais da casa ou por pessoas que, ou se apresentam voluntariamente ou são convidadas para o desempenho da tarefa. A participação dos idosos nas atividades é, em certa medida, voluntária, pois, em alguns casos – apresentações de grupos, palestras de convidados, etc. – eles são “incentivados” a comparecer. Nas atividades mais cotidianas a participação é proporcionalmente muito pequena e composta, quase que exclusivamente, por mulheres. Os homens saem frequentemente da instituição ou permanecem nos espaços livres, nos bancos do jardim, sozinhos ou, uns poucos, conversando ou jogando dominó com outros homens. O único espaço coletivo de sociabilidade é pouco utilizado cotidianamente pelos idosos.

A vida na instituição transcorre lentamente, o tempo parece correr em outro ritmo, sem muitos marcadores temporais cotidianos, a não ser os horários das refeições e orações. Até mesmo as atividades “extras” se inserem num calendário previsto: tempos em que eles parecem esquecidos pela comunidade se alternam com eventos – festas e passeios geralmente realizados no “mês do idoso”, setembro – ou período de maior visitação de pessoas ou grupos da comunidade – especialmente no período próximo ao natal.

A rotina e o silêncio da instituição, entretanto, foram quebrados no início de setembro de 2006, quando as precárias condições estruturais do Abrigo foram fortemente abaladas pela ressaca da maré, danificando dois pavilhões – os dois salões masculinos e dois salões femininos. A Defesa Civil interditou esses dois pavilhões e os idosos que lá moravam, aproximadamente 70, tiveram que ser remanejados. Os homens passaram a ocupar o salão feminino da parte inferior do casarão e as mulheres

foram redistribuídas entre o salão restante – salão do andar superior do casarão - e a sala de convivência, que tomou a forma de um acampamento de guerra.

Os jornais locais noticiaram o ocorrido e enfatizavam, mais que a difícil situação em que os idosos se encontravam, a necessidade de “recuperação do patrimônio histórico e social”. O enfoque principal era dado ao “palacete do século XIX”. Os jornais anunciavam a busca de parcerias para efetivar a reforma. Em declaração feita ao jornal Correio da Bahia (12/10/2006), o então Secretário do Desenvolvimento Social, reconheceu as precárias condições do local, mas alegava não dispor de recursos para fazer reforma, já que tem um “alto custo com alimentação e manutenção da equipe de profissionais”, portanto, precisava de ajuda de empresas privadas.

No mesmo artigo do jornal a gerente do Abrigo faz o seguinte comentário: “Existem males que vêm para bem. Parece que essa ressaca que acabou de arruinar nossas instalações serviu para chamar a atenção de todos. Agora perceberam que estamos aqui, caindo e precisando de ajuda”. Esta fala revela, ainda que de forma velada, pois não indica quem são “todos”, o descaso do poder público com aqueles que têm o dever de garantir proteção, como determinam as leis.

Duas empresas privadas do ramo da construção civil se propuseram a fazer o escoramento e os consertos necessários dos prédios e uma empresa da área de comunicação se propôs a realizar uma campanha de sensibilização da comunidade. A obra foi concluída aproximadamente dois meses após a interdição, sem nenhum custo para o município.

Na ocasião, as famílias das idosas foram chamadas para que as levassem para suas casas, provisoriamente, até concluída a reforma. Segundo informação da gerente, só três famílias levaram as idosas para casa, mas só uma permaneceu lá durante todo tempo da reforma. Se, por um lado, havia a resistência e o medo da família de que ao levar o idoso esta situação se tornasse irreversível, por outro, houve também a resistência das próprias idosas em precisar da ajuda dos familiares. Dona Antônio⁵³ expressa seus sentimentos com relação a isso:

⁵³ Todos os nomes dos idosos foram trocados a fim de preservar suas privacidades.

“Cada um sabe a família que tem. Eu não vou sair daqui. Quando eu precisei ela (sobrinha) não veio. Eu prefiro ir pra debaixo da ponte do que ir pra casa dela. Cada um sabe a família que tem”.

Presenciei também outros casos em que as idosas não aceitaram, com muita veemência, sair da instituição, preferiam ficar lá, mesmo naquelas péssimas condições, que acompanhar seus parentes.

Terminados os consertos dos prédios os idosos voltaram aos seus aposentos. Porém, a situação só tem se agravado ao longo desses anos. Em entrevista que realizei, em 2003, com o então gerente, este já falava das dificuldades enfrentadas para a manutenção dos cuidados com os idosos, pois o número de funcionários para atender aos idosos era inferior ao necessário, ficando alguns salões sem cobertura, especialmente nos finais de semana. Em 2006 a esta dificuldade se juntava outra, agora até mais grave, a Prefeitura não estava efetuando o pagamento do fornecedor da alimentação. Os próprios idosos davam esta informação e se queixavam da redução da quantidade e da qualidade dos alimentos que vinham recebendo. Segundo relato de alguns idosos eles estavam tendo de comprar alguns alimentos para complementar a que estava sendo fornecida pela instituição. Vejamos a fala de Sr. Bartolomeu (75 anos, morador do Abrigo há 7 anos).

“A alimentação aqui é péssima. Temos que fazer uma complementação da alimentação, quando é de noite você toma um pão cacetinho seco e um caneco de café, pra passar a noite inteira. No outro dia de manhã um pão seco e um caneco de café. Um pão seco! Antigamente, (...), vinha banana, vinha fresco pra gente, de manhã sempre vinha dois pães com pedaço de queijo, mas hoje em dia não vem (...) Já pensou se você quer comer e aí toma café seis horas, e aí ... não passo fome porque sempre tem uma bolacha creme-cracker, um pão de leite que eu compro, mando comprar, então me alimento. Mas muitos que não têm, não têm alimentação, come aquele pão e toma aquele caneco de café e só vai comer no outro dia às sete da manhã. Aí é difícil, é duro, né? E às vezes também, meus filhos quando vêm, trazem pra mim bolo, doce, essas coisa, né?”

A questão da insuficiência do número de pessoal de apoio ou cuidadores⁵⁴, que compromete especialmente os idosos dependentes, já vem se arrastando há bastante tempo, sem solução. Em reunião realizada com familiares em março de 2004, a assistente social que a coordenava expôs a situação aos familiares e pediu sugestões. Surgiram duas propostas: a primeira era fazer um abaixo assinado pedindo providências e formar uma comissão para levar o documento até o prefeito, a segunda, era cada idoso ou familiar contribuir com 10 reais para pagar um “voluntário” para fazer o serviço – dar banho, trocar roupa de cama, dar alimentação, etc. O grupo preferiu a segunda alternativa alegando que já haviam tentado formar uma comissão antes e ninguém tinha comparecido. A alternativa eleita já estava em uso, mas vinha gerando problemas com os idosos independentes, pois esses não aceitavam pagar, já que não precisavam de tais serviços. Essa atitude partia especialmente dos homens, por um lado, porque eles têm maior autonomia com relação às questões financeiras, são, em geral, eles mesmos que vão receber seus proventos e o administram, por outro, eles têm maior consciência dos seus direitos, como poderemos observar mais adiante.

A posição assumida pelo grupo familiar expressa, ao mesmo tempo, o pouco hábito de enfrentamento ao desrespeito ou descumprimento das leis pelo poder público e o medo de que agindo em busca dos direitos dos idosos venham receber como represália ou punição a “devolução do idoso”. A gerente faz essa avaliação com relação à família : “A família não cobra muito da gente, aqui não, o idoso cobra mais. A família não cobra tanto porque, o que é que a gente sente? que eles têm medo de cobrar demais e a gente dizer: ‘então leve seu idoso pra casa’”.

A conduta institucional é pouco democrática, não há espaço coletivo para discussões com os próprios idosos, nem sobre os problemas, nem acerca das atividades intra ou extrainstitucional, visitas, passeios, ou toda sorte de questões que envolvem suas vidas.

Durante todo o período de acompanhamento do que vem ocorrendo no Abrigo, só soube de uma reunião com todos os idosos, em março de 2007, mas a gerência não permitiu a minha participação alegando que tratava-se de assuntos que só diziam respeito aos idosos, portanto não poderia permitir a minha presença. As informações

⁵⁴ Segundo informações da gerente a instituição não dispõe no seu quadro de pessoal o profissional com preparo para cuidar de idosos, o chamado cuidador. O serviço é prestado por pessoal contratado para serviços gerais.

obtidas através dos idosos anterior e posteriormente à reunião davam conta de que o principal assunto tratado era a cobrança de vinte reais de cada idoso para ajudar na manutenção da casa. Essa informação é parcialmente confirmada em entrevista que realizei, posteriormente, com a gerente, na qual trata a questão de modo evasivo, como se fosse uma iniciativa dos próprios idosos e/ou familiares:

“Tem aqueles idosos acamados, que por conta de...pela falta de funcionários a gente tem alguns que a gente chama de prestadores de serviço que estão sendo pagos, então se cotiza entre os idosos acamados, 20 ou 22 reais, tem sala que é 20 tem sala que é 22, eu não sei direito, então eles se juntam e pagam essas pessoas”.

A situação do Abrigo se agravou mais ainda no início de 2007, quando a capela e a clausura das Irmãs foram interditadas e elas foram transferidas para a parte superior de salão de convivência. No dia 22 de maio três assaltantes armados invadiram os aposentos da Irmã superiora, renderam as freiras e mais uma idosa que estava no local e levaram, além de aparelhos eletrônicos, celulares, aproximadamente 5 mil reais referentes a aposentadorias e benefícios dos idosos, de quem as irmãs são procuradoras. A segurança do local mostra sua fragilidade e causa grande apreensão nos idosos que consideravam o Abrigo um lugar seguro, um local onde estariam protegidos da violência urbana, inclusive esse é um dos motivos que os levam a vir morar no abrigo.

No início de maio desse mesmo ano, o jornal Correio da Bahia (12/5/2007) noticia “Codesal interdita mais dois pavilhões do abrigo”⁵⁵. Os dois únicos salões do casarão em funcionamento tiveram de ser evacuados por determinação da defesa civil. Ou seja, agora todo o casarão está interditado (os outros dois salões já estavam interditados há mais de dez anos). A última reforma feita nas instalações do Abrigo ocorreu em 1997, exatamente nessa ala que foi agora interditada. A dita reforma foi feita em comemoração aos 110 anos do Abrigo, mas só foi feita na metade do prédio, mesmo assim, como diz a gerente: “(...) disse que foi uma reforma, mas não foi, foi uma maquiagem para comemorar esses 110 anos”.

⁵⁵ Codesal – Coordenadoria Especial de Defesa Civil

Novamente as idosas tiveram de ser redistribuídas nos outros dois salões (os que haviam sido reformados anteriormente) e dessa vez, sem que pudessem levar seus pertences – armários e outros objetos maiores -, por considerar o risco de desabamento ao transitar com peso pelo recinto. Ademais não haveria onde colocar tais objetos. Essa situação causou grande comoção em muitas idosas que demonstravam preocupação tanto com seus objetos pessoais quanto por estarem mal acomodadas e sem alternativas.

Os jornais noticiaram discretamente o fato. Mais uma vez, a grande preocupação é com o patrimônio. Dessa vez o objeto central de atenção é a capela, uma vez que, estava previsto para novembro deste ano, 2007, a beatificação da Irmã Lindalva, freira assassinada por um morador do Abrigo no interior da Instituição, em 1993.

Representantes do Vaticano visitaram o local e o Portal Salvador em matéria intitulada “Vaticano pede urgência na reforma do Abrigo D. Pedro II” noticia a preocupação dos membros da comissão “com o estado de degradação da capela”. O frei italiano Paolo Lombardi, representante do Vaticano que veio a Salvador em março inspecionar o local faz a seguinte declaração :

"A beatificação da Serva do Senhor é um fato importante para a Igreja Católica no mundo todo, e não só para o Brasil e a Bahia. Trata-se da primeira beatificação ocorrida no Estado. Não só a capela deve ter condições para receber os fiéis, mas toda a cidade terá que se preparar, pois para cá virão devotos do mundo todo".

O jornal A tarde de 14/08/2007, anuncia : “Convênio garante reforma de capela do Abrigo D. Pedro II” . A Prefeitura Municipal de Salvador fechou convênio com a Petrobras para recuperação somente da Capela do Abrigo, isso é enfatizado pelo engenheiro Manoel Perez, consultor responsável pela definição das intervenções necessárias no imóvel: "É necessário deixar claro que essa primeira etapa inclui *apenas a reforma da Capela* e não de todo o prédio, o que levaria muito mais tempo"(grifo meu).

É somente nos dois parágrafos finais da matéria que o “caráter social do convênio”, ou seja, o bem estar dos idosos é lembrado. Primeiro pelo gerente regional de comunicação institucional da Petrobras no Nordeste, Rosemberg Pinto, que ressalta o papel social da empresa: "Ao patrocinar essa obra, a Petrobras está cumprindo seu papel de empresa responsável visando à ampliação do convívio social dos idosos ali abrigados".

Esse “caráter social” do convênio foi ressaltado também pela Secretária de Desenvolvimento Social: "Independente do valor arquitetônico do prédio, é importante ressaltar que o Dom Pedro II exerce uma função social importante para Salvador, sendo o único abrigo público para pessoas com mais de 60 anos. E é também com o bem estar dessas pessoas que estamos preocupados", afirmou Maria das Dores.

Mas, é apenas a reforma da capela que será realizada, pois de acordo com a declaração da própria Secretária Municipal de Desenvolvimento Social (Sedes), Maria das Dores Loiola Bruni, “o financiamento [da capela] *sinaliza* positivamente para uma *futura* parceria para restauração de todo o abrigo, do qual fazem parte oito prédios, os mais antigos datados de 1887”. Fica claro nessa fala que o convênio para reforma do prédio onde moram os idosos não está fechado.

Apesar das mudanças ocorridas no último século nas quais a assistência pública aos mais velhos deixa de ser um ato de caridade e passa a ser um direito de todo cidadão que dela necessitar, como indica a Constituição de 1988, é gritante a falta de compromisso do Estado com as gerações mais velhas que por diversas circunstâncias sociais só contam e depositam suas expectativas na solidariedade pública para sua sobrevivência. O idoso institucionalizado continua sendo tratado, quando muito, como um cidadão de segunda categoria, menos importante que o “patrimônio histórico” ou um “ícone” religioso.

4.2. Os Idosos: quem são e como vivem

No primeiro momento o trabalho buscou conhecer o perfil dos moradores do Abrigo de forma ampla, como apresentado acima. No segundo momento, foi chegada a hora de estreitar e aprofundar os dados, conhecer mais de perto os sujeitos que ali habitam, as formas de troca e entreatajuda entre eles e seus familiares, com os outros idosos e a comunidade, observando, ainda, a dinâmica institucional.

A fim de cumprir esse objetivo, optei por entrevistar dez idosas do mesmo salão, uma vez que elas permanecem a maior parte do tempo nele (salão) e, ao mesmo tempo, teria a oportunidade de presenciar e observar as relações entre elas e ainda, as relações com visitantes familiares e “estranhos”. Buscando estabelecer um parâmetro com relação às diferenças de gênero, aspecto fundamental também nas pesquisas sobre idosos, e ainda, aproveitando a oportunidade e disposição dos homens, entrevistei dez idosos. Nesse caso, não do mesmo salão, já que, diferente das mulheres, eles permanecem a maior parte do tempo fora dos aposentos.

Há entre os entrevistados uma heterogeneidade de idades e condições físicas, especialmente entre as mulheres, mas todos eles tinham plena capacidade mental. As mulheres entrevistadas, assim como em toda a instituição, têm idade bem mais avançada que os homens, entre 77 anos a mais nova, 95 a mais velha (quatro entre 80 e 88 anos e cinco entre 90 e 95 anos). Quase todas são independentes na realização das atividades de auto-cuidado – banho, uso do sanitário, vestir-se, etc.-, que, praticamente, são as únicas atividades requeridas, já que não realizam atividades domésticas. Três têm dificuldade para andar, mas o fazem quando necessário e uma é deficiente visual.

Os homens passam a morar no abrigo mais cedo que as mulheres, em média aos 61 anos, enquanto as mulheres a partir dos 70 anos. Isso significa que as mulheres ficam mais tempo na comunidade – com familiares ou morando sozinhas. Talvez isso ocorra porque, com diz Attias Donfut (2004 p.102), as mulheres desenvolvam mais competências para criar e gerar redes sociais significativas, e as usufruem por mais tempo. Essa, segunda a autora, “é uma das razões que fazem com que ela se adaptem

com mais facilidade que o homem às deficiências da velhice, à viuvez e ao isolamento residencial”.

Desse modo, a faixa etária dos homens entrevistados ficou entre 63 anos o mais novo e 83 o mais velho (quatro entre 63 e 68, cinco entre 74 e 79 anos). Todos eles são independentes, apesar de alguns apresentarem dificuldade para andar.

O nível de instrução escolar entre eles/as é baixo, as diferenças de gênero são mais acentuadas, as mulheres apresentam maior defasagem, acompanhando os dados estatísticos e de pesquisa referentes à escolarização da população dessa geração. Quatro mulheres e só um homem não foram alfabetizados, um dos homens tem o segundo grau completo, fez curso de sargento da PM. Todos os outros têm “pouco estudo”, as mulheres, em média, só um ano, os homens, até o “terceiro ano primário”.

A grande maioria deles, tanto os homens quanto as mulheres, é negra, como é comum entre as classes populares na Bahia, e procedente da zona rural, tiveram experiência de trabalho na roça e vieram para Salvador em busca de melhores oportunidades de trabalho, acompanhados dos pais ou sozinhos. As mulheres trabalharam, principalmente, como domésticas em “casa de família” (5), mas também costureira (2), lavadeira (2), e só uma teve trabalho formal, como censora em uma escola. Cinco dos homens tiveram trabalho formal: motorista (2), almoxarife, caseiro, PM, os outros trabalharam informalmente como pintor, pedreiro (2), vendedor ambulante (2).

Todos recebem aposentadorias ou benefício, exceto um homem que não contribuiu e ainda não tem idade para receber benefício e uma mulher que recebe pensão. Não foi possível saber quantos recebem benefício, pois nem os registros nem os idosos fazem a distinção entre o benefício da Previdência - aposentadoria e o benefício da Assistência - BPC. A assistente social informa que a maioria recebe benefício. Os rendimentos provenientes dessas fontes são, predominantemente, de um salário mínimo.

Quanto às trajetórias conjugais observa-se, mais uma vez, uma grande diferença de gênero: enquanto a grande maioria das mulheres é solteira (8), sem experiência de conjugalidade, só uma teve uma filha, as outras duas são viúvas e também não tiveram filhos; os homens, quatro são solteiros, um deles com um filho, quatro estão separados,

e dois são viúvos, todos eles, com exceção de um, têm filhos, ou seja, dos 10 homens 6 têm filhos vivos. Eles têm histórias de várias relações amorosas e geraram muitos filhos, Sr. Daniel, Miguel e José, por exemplo, tiveram, 14, 10 e 17 filhos, respectivamente, a maior parte deles ainda vivos.

A instituição, como vimos, historicamente esteve relacionada à Igreja Católica, porém, isso não se constitui um critério de admissão, entretanto, todos/as idosos/as entrevistados se declaram católicos, com exceção de duas mulheres, uma evangélica e a outra espírita.

Por imposição institucional todos têm uma pessoa “responsável”, entre os homens são as filhas ou filhos, entre as mulheres são predominantemente as sobrinhas que desempenham este papel.

O modelo idealizado de família nuclear, e de certo modo interiorizado, parece ter influenciado a percepção ou sentimento das pessoas com relação ao sentido de obrigação e responsabilidade para com parentes que estão fora das relações estritas de pais, filhos e irmãos. Este fato se expressa claramente quando observamos que, grande parte, tanto das mulheres quanto dos homens, que moravam com familiares no período imediatamente anterior ao internamento consideravam que estavam morando “de favor” na casa de parentes ou “dando trabalho”, fazendo referência, especialmente, a sobrinhos ou até netos.

4.3. Os (desen)Laços familiares e sociais: O asilamento

A “opção” de morar em instituição asilar, especialmente a pública, por si só revela as dificuldades que as pessoas idosas encontram em manterem-se na família e na comunidade. São várias as razões que justificam o fato dessas pessoas, após uma longa trajetória de trabalho e de luta, virem necessitar da solidariedade pública na fase final da vida.

Comumente em nossa sociedade encontramos, tanto entre os profissionais e na literatura na área quanto no senso comum, discursos que responsabilizam a família pelos cuidados com seus entes idosos e a culpabiliza pelos idosos estarem em instituições dessa natureza. Agindo desse modo encobre-se situações bem mais complexas que vão muito além desses discursos simplistas. A compreensão da questão do asilamento requer, em primeiro lugar, o conhecimento empírico dos motivos que conduzem a ele, em segundo lugar, uma reflexão mais ampla que envolve desde a forma como a sociedade se organiza, portanto, macro social, até as dinâmicas da organização familiar, ou seja, a esfera micro social, passando, ainda, por questões pessoais ou escolhas individuais.

O trabalho de campo nessa área possibilitou identificar algumas situações que apontam caminhos para uma reflexão mais aprofundada.

No que concerne à estrutura macro social, antes de mais nada é preciso ter em mente a extrema desigualdade social que vivemos no país, que por vezes impede que o idoso ou a família disponham das condições necessárias para permanecerem juntos. Inclui-se aí a renda familiar, as condições de moradia - número de cômodos e pessoas que moram no domicílio -, e, especialmente, a disponibilidade de tempo e condições de prestar os cuidados necessários requeridos pelo idoso/a, principalmente aos de mais idade e mais fragilizados, ou ainda, quando se trata de parente mais distante, sobrinhos e primos, por exemplo. Essa é uma questão que diz respeito à forma de organização social e não só um problema familiar, como muitos são levados a pensar.

Como é o caso de Sra. Dulce:

“Morava em Plataforma com meu irmão viúvo, mas ele ficou doente e faleceu. Meu sobrinho não quis que eu ficasse só na casa e me levou para morar com uma sobrinha. Ela me trouxe para cá porque tinha muita gente na casa que ela mora.” (Sra. Dulce, 90 anos, mais de sete anos que mora no Abrigo).

Identificamos também as desigualdades referentes especificamente às relações da divisão sexual do trabalho que conduzem a situações de exploração da qual, muitos deles, especialmente as mulheres, foram vítimas ao longo da vida produtiva. A trajetória de trabalho como empregada doméstica, por exemplo, vivida por metade das mulheres

e por pelo menos um dos homens (caseiro), dedicando suas vidas à criação dos filhos dos patrões, contada orgulhosamente por elas, denuncia a condição de exploração, de má remuneração (quando isso ocorria), que não lhes possibilitou construir nenhum patrimônio, nem a sonhada casa própria, ou nem mesmo a constituir suas próprias famílias; a ausência de proteção social, vez que essa categoria não contribuía para a previdência social, acabou por deixá-los desprotegidos na velhice.

“Minha patroa morreu ai eu fui morar com uma sobrinha. Era tudo diferente do que eu tava acostumada.....muito barulho das crianças...”(Sra. Paula, empregada doméstica, 92 anos).

“Trabalhava e morava na casa dela [a ex-patroa] de serviços domésticos e ganhava uma mixaria. Vim parar aqui na raça porque não tinha onde morar. A professora ia embora pra Sergipe e eu ia ficar sem casa.” (Sr. Anselmo, 74 anos, muitos dos quais trabalhou para esta família).

Quanto à política social, observa-se que ao estabelecer um patamar de miséria (menos de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo per capita na família) para que o idoso tenha direito a receber o benefício, leva muitas famílias a não suportar sozinhas o ônus do sustento do idoso. Entretanto, o idoso passa a receber o benefício – BPC - quando é internado em instituição asilar, o que tem servido como fonte de exploração de muitas dessas instituições inescrupulosas, ou, até mesmo por familiares que deixam os idosos em tais instituições e vêm buscar suas “mesadas”, sistematicamente.

A ineficiência das políticas públicas é outra questão que precisa ser observada. As políticas de proteção ao idoso são bastante abrangentes, contemplando uma grande diversidade de situações, entretanto, não têm passado do papel para a prática. Os idosos ainda não foram beneficiados com as modalidades de assistência previstas em lei que possibilitaria, em muitos casos, sua permanência na família e/ou na comunidade. Ações tais como, assistência domiciliar, Centro Dia, Oficinas abrigadas de trabalho, previstos em lei, ainda não passam de intenção e até mesmo os propagados Centros de Convivência, espaços de sociabilidade que têm se mostrado tão

importantes para integração do idoso na comunidade e na família, e de baixo custo, só vêm dando conta de atender uma pequena parcela dessa população.

Outro aspecto relevante, diz respeito à insegurança pública, gerada também, pelas desigualdades sociais, que ameaça e inviabiliza a permanência deles/as na comunidade, morando sozinhos. Os idosos têm sido alvo dos ladrões que não só os roubam nos bancos ou nas ruas, mas também, assaltam suas casas. São vários os relatos de experiência desse tipo vivida pelos idosos/as do Abrigo. Sr. José faz um relato dramático do que lhe aconteceu:

“(...) fui pra Aracaju vender uma casa que tinha lá, no dia que vendi a casa fui assaltado. Ói, eu esperava ser assaltado, já vivia esperando ser assaltado, mas assim no ônibus, viajando, sabe? Não dentro de casa. Botei o colírio no olho, deitei na rede e fiquei assim oi [deitado]. Quando eu acordei, oh a faca aqui [apontando para o pescoço]. Eu pensava de qualquer tempo d’eu ser assaltado, eu vou logo me mijar, nem isso! (risos) nem isso tive tempo (risos). Mas é horrível, viu? Oh, e eu não tenho dente, é tudo caco de dente, mas esfregava minhas camisas assim... e eu ‘Ahh, ahhh, ahh!’ Eu levei uns dois dias quase sem poder comer, os caco de dente feriu a boca toda. Eu disse a ele que o dinheiro que eu tinha vendido a casa, mas deixei no banco, mas o que tenho aqui lhe dou. Só tinha cento e vinte seis [reais]. Aí pegaram o cento e vinte e seis, pegaram a carteira e se mandaram. Mas a carteira não tinha nada de valor” (Sr. José, 78 anos)

“Morava perto de minhas sobrinhas, a casa foi assaltada, ai fiquei com medo. Fui morar no Salvador [Abrigo], mas como era muito caro vim para cá” (Sra. Lea, 88 anos).

No âmbito micro social, antes de culpabilizar a família pela internação do idoso numa instituição asilar faz-se necessário levar em consideração, além da condição concreta de subsistência, já mencionada, pelo menos quatro fatores: primeiro, a existência concreta dela, pois como vimos muitas não constituíram famílias, outras tantas já a perderam; segundo, a inexistência ou a fragilidade dos vínculos familiares,

os quais deixaram de ser mantidos ou alimentados, seja pelas próprias condições de trabalho que os mantinham longe dos familiares, seja por problemas relacionados a doença, como é o caso do alcoolismo, situação muito comum, especialmente entre os homens, que acaba, muitas vezes, provocando o rompimento dos laços familiares, pela violência doméstica ou abandono; em terceiro lugar, os conflitos familiares gerados pelas diferentes posições e valores geracionais, inclusive pela intolerância dos próprios idosos ao comportamento das gerações familiares mais jovens, ou vice-versa. Acrescenta-se a isso, a intolerância religiosa que vem sendo foco de muitos conflitos familiares na atualidade. Vejamos os relatos:

“Passei um tempo na casa de minha sobrinha quando ela teve neném, quando me operei ela cuidava de mim, mas me desentendi com ela e voltei para cá. Eu nunca gritei com ela ... eu deitei nessa cama e penso que ela queria meu bem” (Sra. Lea, 88 anos, esse relato ainda revela um sentimento de culpa pelos desentendimentos e agressões da sobrinha).

“Quando meu marido morreu as filhas dele venderam a casa onde eu morava. Comprei uma casa nos fundos de um salão que nem quarto direito tinha. Fiquei morando sozinha. Vendi a casa e fui morar com uma ‘irmã de fé’, mas não queria incomodar...os filhos dela não são da religião” (Vanda, 91 anos, viúva, evangélica, sem filhos).

“Eu morava no interior, aí meu irmão me trouxe para morar na casa dele aqui em Salvador, mas eu não me dava muito bem com os filhos dele, aí ele me botou aqui.” (Arlindo, 66 anos, solteiro, tem um filho, mas não tem contato com ele).

Por último, mas de igual importância, é o processo de individualização que vem passando a família. Nesse sentido há que se considerar as escolhas pessoais e os estilos de vida, cultivados ao longo das trajetórias individuais. A escolha de morar num asilo, muitas vezes, passa pelo desejo de ter “um cantinho” para viver, impossível de ser realizado de outro modo - a casa própria, por exemplo -. É em busca disso que muitos vêm. Por outro lado, alguns buscam companhia, cansados de estarem sós, ou

sentindo-se sozinhos, mesmo estando no meio familiar. Procuram a convivência com pessoas de sua geração na esperança de que, desse modo, tenham seus desejos e necessidades identificados. Querendo ampliar seu restrito espaço de sociabilidade, vêm na esperança de realizar atividades de lazer, muitas vezes, pouco ou nunca experimentadas. Os mais frágeis e que se sentem desprotegidos buscam a certeza dos cuidados nos momentos de agravamento do seu estado de saúde. Grande parte dessas idealizações acerca do asilo é frustrada na experiência vivida cotidianamente no espaço institucional.

“Eu morava sozinho...cansei de viver só, aqui pelo menos tem os colegas para bater papo. Eu estava em depressão porque tinha um vício, eu era alcoólatra, dormia na rua às vezes, por causa disso, aí vim pra aqui”. (Sr.Aurélio, 64 anos, separado, dois filhos)

“(Foi para o Abrigo)Porque precisava de mais comunicação; sou muito comunicativo. Antes morava com uma filha, ela ia trabalhar e eu ficava com a neta e a menina que tomava conta dela. O dia todo ficava praticamente sozinho.” (Sr.Daniel, 68 anos, 14 filhos, mora no abrigo há mais de sete anos).

“Porque achava que aqui era melhor, ia conviver com pessoas de minha idade... Gosto de passear e sabia que aqui ia poder participar de tudo”(Sra. Valdete, 80 anos, morava com a sobrinha).

“No começo é muito bom, muitos amigos, mas depois... cada pessoa tem um pensamento. Muito bem, passo o dia no quarto, às vezes saio, todo dia tem visita, que é bom, converso, distrai” (Dulce, 90 anos, solteira, foi babá, sem filhos).

“O que eu gosto daqui é da convivência, tem uns que serve para a gente conversar. Também tem as festinhas e eu nunca estou sozinho. Aqui estamos guardados e protegidos e tem médico.” (José, 78 anos, separado, 17 filhos, morava sozinho, foi assaltado em casa).

4.4. As relações familiares: no passado e no presente

As histórias de vida e os relatos feitos pelos/as idosos/as revelam a fragilidade dos vínculos sociais e familiares que inviabilizaram sua permanência na comunidade. As relações familiares são vividas e expressas diferentemente pelos homens e mulheres. Para os homens essas relações são difíceis especialmente por duas razões: primeiro pela multiplicidade de relações amorosas que eles mantiveram e romperam, segundo pelo uso contínuo e abusivo de bebida alcoólica, muito comum entre eles, alguns até hoje – cerca de 70% dos entrevistados têm história de alcoolismo. Ambas as situações tiveram repercussão no relacionamento com os filhos, muitos deles abandonados por eles na infância, e, em alguns casos, só vindo a relacionar-se com eles mais recentemente.

A trajetória percorrida por eles – os homens -, anterior ao asilamento, demonstra as tentativas de convivência familiar ou comunitária frustradas em decorrência das suas histórias pregressas, dos conflitos familiares e intergeracionais. Seis deles tiveram a experiência de morar com parentes – filhos, sobrinhos ou irmão, mas “não deu certo”. Concluem, assim, que morar com parente “é problemático”, como podemos observar nas falas deles:

“Já morei com meu irmão. Esse aí do Retiro, morei lá, mas não deu certo, ele me botou aqui (risos). O filho dele, né? Não deu certo com os filhos dele. Ele tem três filhos. Era dois homi e uma moça. O rapaz sempre gritava, com meu irmão também. Casa de parente não presta não. Eu morei com minha irmã também oito meses, não deu [certo]. Daí me mandaram pra São Paulo, fiquei lá um ano e pouco. Não me dei bem com a mulher do meu irmão lá de São Paulo. Deixando eu passar fome lá. Trabalhar eu não guentava mais... coluna, idade e tudo “. (Sr. Arlindo, 66 anos, morou com seis mulheres, não casou, teve um filho, mas não tem contato com ele, é alcoólatra).

“Vigi, vigi! Agora que não quero morar com nenhum, porque a pior coisa do mundo é morar com parente (risos). Morei com uma filha da puta de uma

sobrinha minha ali. Ia me matar, eu que sou coisa.(...). Ela queria me matar. Dizendo que eu tava com diabete trezentos e vinte e me dando café com açúcar, ficava mexendo, mexendo, mexendo... Aí eu caí fora”. (Sr. José, 78 anos, morou com quatro mulheres, tem 17 filhos)

Ele continua contando a sua saga:

“Sai daqui há dois anos pra morar em Goiânia com uma filha, cheguei lá não deu certo. Fiquei também uns quatro mês.(...) Porque... essa foi a única que eu não resisti por causa da mãe (...) ela me levou pra lá, eu fui pra lá. Dava uma coisa, uma horta preu molhar, as planta preu molhar, mas tinha um cachorro, eu tinha que passar quisesse ou não quisesse de junto do cachorro. (...) ele me mordeu três vezes. (...). Que eles tinha condições de tirar o cachorro dali, e não tirava. Quer dizer, proposital. Que pra eu dizer se você é bonito, ou se você pra mim é coisa, fazer qualquer coisa não precisa de pronunciar. Entendeu?”

A história se repete com outros:

“Já morei com duas filhas. Com Jucélia, no Marotinho, e com Carmem, que mora no Jardim Cruzeiro. Saí da casa dela por causa do marido dela. Ela tem três filhos com ele. Com a outra eu sai por causa do filho dela (...) a gente idoso, que teve uma criação do passado, é diferente desse tipo de criação que os pais dão agora” (Sr. Miguel, 79 anos, morou com quatro mulheres, teve 20 filhos, tem 10 vivos).

“[Morou com a irmã] mas é muito problemática. Família é muito problemático. Então pra mim melhor ficar sozinho, né? Eu nunca fiquei sozinho não, mas vim pra cá desse jeito” (Lúcio, 82 anos, sem filhos, na casa da irmã já moravam filha, genro e netos)

As mulheres também tiveram a experiência de morar com familiares, mas ao contrário dos homens, dificilmente falam de conflitos familiares. Dizem que moraram

com irmãos ou sobrinhos, mas atribuem, em geral, à falta de espaço nas casas desses, às divergências religiosas ou ao desejo de ter um canto sossegado para morar como as principais razões para não terem permanecido junto às famílias. É o que eles relatam:

“A casa de minha sobrinha é muito pequena, eu dormia na sala, num sofá, era muito incômodo, ai achei melhor vim pra cá” (Sra. Josefa, 80 anos, mora no abrigo há 8 anos).

“Morava com minha irmã. Mas eu não gosto de lá não, lá tudo é crente. E eu sou católica. Quero ir pra igreja e não posso porque não tem com quem ir. A igreja de lá precisa pegar carro e eu que não posso sozinha” (Sra. Paula, está com 92 anos, ficou deficiente visual no abrigo, foi morar lá aos 76 anos)

“Morava com uma irmã, mas ela morreu, depois fui morar com a outra que tem uma filha, e depois vim para o asilo. Eu gosto muito daqui, tenho muitos anos aqui” (Sra. Bernadete, 92 anos, solteira, sem filhos, mora no abrigo há mais de 8 anos)

Apesar de morar com a família/parentes aparecer como a “pior coisa do mundo”, morar num abrigo também nunca esteve nos planos deles. Muitos vêem isso como uma consequência dos seus atos, outros como a alternativa possível face a circunstâncias sócio-econômicas e familiares, tais como a necessidade de assistência e a falta de quem a dê, situação econômica precária dele e dos familiares.

“Não, nunca pensei. Por consequência da vida eu vim [morar num abrigo]; ainda bem que tive uma opção boa, né? Antes quando eu morava com minha mulher e os filhos, a única coisa que pensava era na bebida” (Sr. Aurélio, 64 anos, tem dois filhos, morava sozinho antes de vir para o Abrigo, se sentia só e estava deprimido, frequenta o AA).

“Não pensava, mas foi a única opção que eu achei e com o conselho do médico” (Sr. Miguel, 79 anos, morava com filha, genro e três netos).

“Moça, a gente nunca pensa em morar em negócio de abrigo enquanto tá jovem” (Sr. Valter, 74 anos, solteiro, sem filhos).

“Não, nunca pensei, não. Antigamente eu tinha um tio que morava num abrigo e eu brincava que ia levar minha mãe para lá; ela morreu e quem veio para o abrigo fui eu” (Sr. Arlindo, 66 anos).

“Não, nunca passou pela minha cabeça. Eu vinha com pessoas que faziam doações, passava de carro e via os idosos sentados” (Sr. Tadeu, 63 anos, separado, sem filhos, taxista).

“Eu não pensava na minha vida em vir morar aqui” (Sra. Divina, 93 anos, mora há mais de 20 anos no abrigo).

“Nunca pensei, a gente só pensa em coisa boa, nunca pensei em parar em uma cadeia ou em um abrigo” (Sra. Valdete, 80 anos).

Muitos homens agradecem a Deus ter conseguido uma vaga no Abrigo, mas para alguns deles morar no abrigo não significa a última morada antes da morte. Sonham ainda em sair da instituição, retomar antigas atividades e, principalmente, voltar a viver com uma mulher. São poucos os que realmente têm condições para realizar este sonho, o Sr. Tadeu foi um deles.

“Aí eu vou levando a minha vida, se Deus quiser, Deus quer, depois do carnaval eu vou embora daqui para trabalhar. Ainda mais agora depois da cirurgia, eu estou de bem com a vida”. (Tadeu só agora fez a cirurgia de varicocele, doença que não permitiu que ele gerasse filhos. Ele saiu do Abrigo e voltou a ser motorista).

Seu sonho era “(...) primeiro trabalhar e ao lado de uma mulher, em uma casa assim, simples, modesta, vivendo junto, que nada melhor que uma mulher”.

Viver com uma mulher também é o sonho do Sr. Daniel e Sr. José

“(…) Agora que eu to tentando, Deus me ajuda pra eu ir embora, porque sinto saudades de viver só com uma mulher só, 1, 2 ou 3” (Sr. Daniel, 68 anos, viúvo, 14 filhos).

“Eu vou morar sozinho. Vó arranjar uma “véia” e vou morar sozinho. (Quanto às mulheres do Abrigo ele comenta) Ah, essas aqui já tá tudo... (risos) Daqui não dá não” (Sr. José, 78 anos, separado).

Sr. Miguel planeja retomar a atividade comercial que exercia:

“Se puder ainda vou voltar à atividade. Ou vender picolé ou tomar conta de uma barraca como tinha antigamente” (Sr. Miguel, 79 anos).

4.5. A dinâmica relação de dar–receber–retribuir em família

Os vínculos familiares são processos dinâmicos que se constituem ao longo da vida e são constantemente revistos, reafirmados e alimentados através de um sistema de trocas, materiais ou simbólicas, de reciprocidades, de solidariedades. Tais vínculos não são garantidos apenas pelos laços de consangüinidade ou parentesco, é nas relações de entreaajuda, nas trocas cotidianas que as relações são tecidas e mantidas. Quando isso não ocorre, as relações se esgarçam ou se rompem, temporária ou permanentemente.

No caso dos idosos asilados, como estamos observando, são várias as circunstâncias que provocaram o esgarçamento ou rompimento dos laços familiares no processo de sociabilidade vivido por esses homens e mulheres. Diferentes fatores contribuíram para dificultar ou impossibilitar a circulação de dádivas entre eles e seus familiares em outras épocas das suas vidas. Mas e agora, há algum tipo de relação de troca ou entreaajuda? Como se processam as solidariedades familiares?

Em qualquer situação é sempre difícil mensurar ou até mesmo reconhecer a existência de relações que se configuram como interdependência ou entreaajuda, seja por seu caráter simbólico, seja porque não são contabilizadas ou vistas como tal. No caso dos idosos moradores do abrigo, além de suas histórias anteriores, as relações familiares ainda encontram o limite imposto pela distância espacialmente da família, o que as tornam mais pontuais, ou seja, não transcorrem no cotidiano, como ocorre, por exemplo, com idosos que têm filhos e netos no convívio diário. Mas, é nos poucos encontros regulares – dia do recebimento do dinheiro das aposentadorias/benefícios ou pensões –, ou nos extraordinários – casos de adoecimento, consultas médicas ou festas –, que se tecem os tênues fios de solidariedade que restam.

Quando as relações de ajuda ocorrem são quase imperceptíveis ou mesmo invisíveis aos olhos deles. No caso das mulheres, quando perguntado se dão algum tipo de ajuda a parentes ou amigos a resposta mais freqüente é “ajudar como?”. Se sentem impossibilitadas de dar qualquer tipo de ajuda, se referem sempre à ajuda financeira, “o dinheiro vai todo em remédio”. Só duas dizem ajudar financeiramente as sobrinhas

“Agora não ajudo mais não, porque eles agora que estão bem, eles que me ajudam agora. De vez em quando que eu dou dinheiro a minha sobrinha” (Sra. Bernadete, 92 anos)

“Ajudo, ajudo minha sobrinha que mora com a mãe, porque ela não tem emprego pra se dedicar à mãe. Eu ajudo ela todo mês” (Sra. Josefa, 80 anos)

Dizem também que não contam com nenhuma ajuda de parentes ou amigos:

“Não, ninguém me ajuda não, só aquele de lá de cima (Sra. Paula, 92 anos)

“Qui...só eu me ajudo” (Sra. Valdete, 80 anos)

“Não, porque eu não preciso de ajuda, né?. Eu já to aqui, tenho meu salário” (Sra. Eugênia, 85 anos)

Mas, em pelo menos cinco casos⁵⁶, quem recebe os proventos são as sobrinhas, “responsáveis” por elas perante o Abrigo. Este tipo de ajuda prestada pelas sobrinhas nem sempre é sem contrapartida. Primeiro, porque, muitas vezes, as idosas dão espontaneamente algum “trocado” a elas; depois o dinheiro recebido pelas responsáveis, na maior parte das vezes, não fica com a idosa, seja por falta de segurança nos salões⁵⁷, seja porque elas fazem os pagamentos necessários – funeral, lavadeira, remédios, etc. – e ficam com o restante do dinheiro para caso a idosa precise de alguma coisa pedir para elas comprarem. Nesse último caso parece uma espécie de empréstimo compulsório ou doação involuntária. Algumas delas nem sabem o valor da aposentadoria/benefício ou pensão que recebem ou o valor das coisas que pagam.

A Assistente Social diz que o Serviço Social e as Irmãs vêm tentando acompanhar o recebimento dos recursos dos/as idosos/as para garantir que ele seja gasto com eles/as mesmos/as, e não seja desviado pelo responsável. Mas não podem interferir muito, mesmo porque eles/as não fazem queixa abertamente, “de forma direta, há uma coisa ou outra, ou então um conversa com o outro que vai tomar conhecimento e vai tomar uma posição”. A técnica supõe que isso ocorra porque “eles têm medo de falar e a família abandonar de vez”. Muitas vezes, o fato é levado ao conhecimento dos técnicos por outro idoso.

Na tentativa de resolver problemas dessa natureza, a instituição apela para os órgãos da justiça ou ameaçam fazê-lo, como no relato da Assistente Social:

“Tem uma familiar mesmo que eu disse que vou mandar um relatório para o ministério público, porque ela disse que ia precisar usar o dinheiro do idoso, teve uma necessidade e ia usar, então eu expliquei que aquilo é crime, que não é certo e tudo mais, e aconteceu por dois meses, então eu avisei que ia estar avisando aos órgãos. Não sei se ela vai continuar, mesmo assim, fazendo, né?”.

⁵⁶ Só duas idosas entrevistadas vão elas mesmas receber seus benefícios, todas as outras quem recebe são as sobrinhas, “irmã de fé”, ou procuradores constituídos para este fim, sem vínculo de parentesco.

⁵⁷ Há sempre circulação de muitas pessoas – familiares, visitantes, estudantes, funcionários - nos salões, e já houve vários casos de desaparecimento de dinheiro dos idosos. A própria direção tem recomendado que os idosos não fiquem com dinheiro na Instituição.

Com os homens esses problemas são menos freqüentes, pois na maior parte dos casos⁵⁸, são eles mesmos que vão receber os proventos, e mesmo os que não vão pessoalmente pagam alguém para ir e eles administram o dinheiro, eles mesmos controlam seus recursos. Sr. Valter, por exemplo, quem vai receber o dinheiro dele é uma “voluntária”, diz ele: “Eu dou um agrado a ela [pra ir receber o dinheiro no banco]”. Quando por qualquer motivo não podem ir sozinhos pagam a alguém para acompanhá-los, como conta Sr. José: “Aqui não [vai sozinho ao banco], aqui eu sempre pago, não sei se é o neuvoso, não sei o que é, eu não consigo enxergar, agora, lá em Castro Alves eu vou. [Aqui em Salvador] Eu vou com a filha, vou com a funcionária, arranjo qualquer pessoa, dou dez, doze, quinze [reais], entendeu?”. O Sr. Daniel esteve doente e ficou impossibilitado de ir ao banco, mas ele ressalta: “Minha filha recebe meu dinheiro, traz integral, não bole em nada”.

Eles também dizem não dar ajuda a nenhum parente ou amigo, porém, diferente das mulheres, consideram que eles é que precisam ser ajudados, ou esperam que haja reciprocidade. Verbalizam isso:

“Eu tô querendo que eles me dão. Não, eles me ajudaram quando pagava aqui e eu não era aposentado ainda, então eles pagavam aí. Agora quem paga sou eu, eu recebo a mixaria aí e eu que pago [se referindo às despesas que tem no Abrigo – funeral, lavadeira, remédio, etc.] (Sr. Arlindo, 66 anos).

“O único que tenho aqui é o rapaz, é meu filho. Não precisa, quem tem que me ajudar é ele!” (Sr. Aurélio, 64 anos).

“Não dou e dando, né? Não dou e dando. Porque é presente pra um, pra outro, agrado pra um, agrado pra outro. Eu vendi a casa, peguei dois mil, distribui aí com eles [filhos]. Aí, eles também não vêm aqui, não traz nada, entendeu? Como que quer que eu dê?” (Sr. José, 78 anos)

Entretanto, Sr. José demonstra preocupação com o futuro da geração familiar mais nova, o neto, e oferece ajuda.

⁵⁸ Dos nove idosos que recebem aposentadorias ou benefícios, cinco vão eles mesmos receber no banco.

“(...) sexta-feira mesmo Val [filho] foi na rodoviária me ver. Eu digo ‘Val, vamo fazer um jeito de tirar aquele menino [neto] dali. Eu dou um dinheiro, compra um carrinho de mão, compra uns negocinho e coisa, bota o menino lá perto de você Val, e fica o menino com você’. ‘Ah, mas em todo canto tem, todo canto tem’ [o filho responde se referindo a droga]” (Sr. José, 78 anos).

Eles também dizem não receber nenhum tipo de ajuda de parente ou amigos. Mas ambos, tanto os homens quanto as mulheres dizem manter contato com familiares e receber visitas deles, mas não com a frequência que gostariam. Além do mais, com o passar do tempo, as visitas dos parentes vão ficando mais escassas.

“Recebia muito, agora tá mais pouco. Os meus parentes é mais custoso de vim”. (Sra. Divina, 93 anos)

“Recebo mais das irmãs da igreja. Os parentes desapareceram, uma vez ou outra que vejo um sobrinho” (Sra. Vanda, 91 anos)

“[recebe] Muitas visitas de estranhos e meus sobrinhos vêm quando podem” (Sra. Dulce, 90 anos).

“Arquimedes vem. É meu sobrinho, todo mês ele tá aqui” (Sra. Paula, 92 anos).

“Minhas sobrinhas, filha de Julia, vem me visitar e mais dois sobrinhos, um é enfermeiro e o outro marceneiro, que vem me visitar, de quinze em quinze e quando podem” (Sra. Josefa, 80 anos).

A ausência de familiares é sempre justificada: “eles têm suas famílias”, “trabalham muito e não têm tempo pra vir aqui”, ou “elas moram muito longe e a passagem tá cara, minha filha”.

As visitas que os homens recebem são, especialmente, das mulheres da família, relatos feitos com certa magoa:

“Minhas filhas me visitam muito; meus filhos vem menos, os homens tem o coração mais duro.” (Sr. Miguel)

“Visita de vez em quando aparece. Tenho uma irmã que de 15 em 15 dias vem aqui, a minha filha de vez em quando vem, os outros filhos nunca vieram, só tem um filho que raramente vem aqui e a mãe da minha filha também, alguns amigos aparecem de vez em quando.” (Sr. José)

“Recebo visita só da minha irmã e minha sobrinha. Mas às vezes demora um mês, dois meses, e quando eu menos espero, eles aparecem.” (Sr. Lúcio)

Mas eles, como são mais independentes, têm mais intimidade com o espaço público e são mais jovens, vão em busca dos amigos e parentes:

“Não recebo [visita]. Geralmente as pessoas que eu gosto eu mesmo vou visitar, aí não precisa que eles venham aqui. Meu filho é o meu responsável aqui, então se eu precisar de alguma coisa, ligo para ele e ele vem. Mas eu prefiro sair para ver todo mundo.” (Sr. Aurélio).

As relações familiares são “carregadas de ambigüidade”, como expressa Britto da Motta (1998), são permeadas por sentimentos contraditórios, por “afetos polares”, que flutuam, consciente ou inconscientemente, mas se materializam no discurso. Esse sentimento ambíguo com relação à família ou ao seu papel aparece nas falas dos profissionais do Abrigo, tanto a gerente, que é assistente social e trabalhou muitos anos no Abrigo nessa função, quanto a chefe do Serviço Social. Ambas, consideram que “a obrigação de cuidar [do idoso] é da família”, e que “o lugar do idoso é com a família”, dizem elas. O Abrigo nessa perspectiva seria um espaço restrito àqueles idosos que não têm família. Entretanto, contraditoriamente, a gerente revela:

“Eu sinto assim, pelos meus idosos, eu percebo que 90% deles estão bem melhor aqui do que com a família”. Segue listando uma série de motivos: “espaço físico dentro de casa (...) maioria das famílias são muito pobres (...) tem [o idoso/a] que dormir no quarto com uma adolescente de 19 anos (...)”

Impossível um idoso conseguir conviver nesse ambiente (...) a família não tem condições financeiras de manter um idoso em casa com a quantidade de remédios que utiliza (...) E a vida mesmo, às vezes, o corre-corre, não tem tempo pra dar atenção”.

Arremata contando:

“(...) tem idoso que chega pra gente e diz: ‘minha filha só está comigo por causa desses 350 [reais], porque se não fosse por causa desses 350 ela já tinha me mandado pra o inferno’. Às vezes a expressão que eles usam é essa: ‘você não serve para nada, você não vale pra nada, você só me dá trabalho”.

4.6. Solidariedade Local: “Colegas” e Visitante

Ao olhar do visitante de “primeira viagem” a vida na instituição se mostra pacata e até harmoniosa. Entretanto, um olhar mais atento e prolongado irá revelar os conflitos e as estratégias usadas pelos idosos/as para proteger o que resta de si mesmos, de suas individualidades, num ambiente em que, inevitavelmente, têm suas “entranhas” expostas.

Os diferentes processos de socialização por que passaram homens e mulheres, as diferenças de gênero, ou seja, as diferentes características atribuídas às mulheres e aos homens, e, em grande medida, incorporadas por eles, tais como a passividade/contestação, docilidade/agressividade, aceitação/enfrentamento, obediência/desobediência, são perceptíveis no modo como eles/as vivenciam as relações, como expressam seus sentimentos e como reagem às situações que experienciam no cotidiano institucional.

O cotidiano é constituído por uma rotina pobre e repetitiva, dia e noite se sucedem intercalados pelos horários das refeições, e das rezas, são poucas as atividades disponíveis ou propostas, assim como são pobres as interações. As

mulheres, incluindo aquelas que não apresentam nenhum tipo de limitação física, permanecem a maior parte do dia nos seus quartos, ou melhor, nos limites dos seus “apostos”. Sentados em cadeiras próximas às suas camas eles passam o dia ouvindo rádio ou vendo televisão, costurando ou bordando, e, principalmente, (re)arrumando seus poucos objetos pessoais nos armários. Este último é uma prática muito comum que me parece como uma revisão contínua da vida, uma auto-afirmação do que é e do que foi um dia.

Quando são os próprios idosos que falam sobre o que fazem no Abrigo as mulheres se referem mais a reza e à impossibilidade de fazer muita coisa

“Quando o dia amanhece eu vou para a Santa Missa de Deus. No mais, passo o dia aqui como Deus quer.” (Sra. Divina)

“Cinco horas da manhã tomo banho, me deito ou me sento, rezo, tomo meu café, sento lá fora até a hora que a irmã me chama para rezar o terço.” (Sra. Délia)

“Bem, passo o dia no quarto, às vezes, saio. Todo dia tem visita, que é bom, conversa, distrai. Hoje costuro só umas besteirinhas, já não enxergo mais.” (Sra. Dulce).

“Acordo cedo, só faço um soninho e acordo, mas com essa idade as irmãs não querem que eu faça mais nada, então eu fico aqui, passeio lá embaixo no jardim e mais nada.” (Sra. Bernadete)

“Eu acordo bem cedo, tomo meu café, mas fico por aqui mesmo, nem desço. Almoço e tomo café de noite” (Sra. Paula)

Já os homens se referem ou às pequenas ajudas que dão quando solicitados pelas Irmãs, ou ao vazio diário, mas alguns, diferente das mulheres, falam também das diversões e bate-papos com colegas:

“Às vezes ajudo nos serviços da instituição - encero o salão, molho as plantas. Na maior parte do dia fica conversando com os colegas” (Sr.Aurélio, 74 anos).

“Não faço nada. Às vezes a irmã pede para ajudar em alguma coisa, mas não faço quase nada. Acordo, tomo banho, tomo café, tomo um sol lá embaixo e mais nada” (Sr. Lúcio, 82 anos).

“Durmo de dia e de noite e não faço mais nada, só converso com os colegas” (Sr. Arlindo, 66 anos).

“Não faço nada, não. De vez em quando ajudo a fazer café e a lavar as vasilhas. Ando por aqui, me sento debaixo do pé de manga. Às vezes gostava de jogar dominó, mas não consigo mais” (Sr. José, 78 anos).

“Aqui dentro o que eu faço todo dia de noite é bater papo, brincar de dominó de noite com os colegas. De vez em quando também tem uma festinha para a gente se divertir” (Sr. Antonio, 64 anos).

É espantosa a falta de interação entre os moradores de um modo geral, e, especialmente, entre as idosas do mesmo salão que, mesmo com toda a proximidade espacial, permanecem indiferentes uns aos outros. Entre as mulheres, mais do que conflito, e brigas, observadas em algumas pesquisas na área (DEBERT, 1999), é uma espécie de indiferença que mais me chama a atenção. Mesmo vivendo por anos lado a lado, “compartilhando” as mais profundas intimidades, quase nunca sabem o nome do outro, referindo-se a eles pelas características físicas ou posição da cama em relação à sua. Apesar disso, têm sempre informações sobre a vida do outro, referentes a períodos anteriores à institucionalização ou a seus problemas familiares. Estas informações são obtidas, em geral, não através do próprio idoso – a não ser quando recém chegado que “ingenuamente” tenta aproximação, mas logo percebe a resistência dos veteranos –, mas através das conversas que escutam nas ocasiões de visitas de familiares ou de estranhos. A confiança, aquele elemento fundamental na construção e manutenção do vínculo social, parece inexistir por completo.

Quando procurei saber se eles têm amigos no Abrigo e com quem mais se relacionavam, tanto os homens quanto as mulheres, fazem uma distinção entre amigos e camaradas ou colegas. Amigo é alguém em quem se pode confiar, trocar

confidências, contar nas horas de necessidade. Os outros idosos são apenas camaradas, alguém que não se escolheu para conviver. Os homens citam os nomes de alguns “camaradas” mais próximos, mas as mulheres raramente o fazem e quando o fazem se referem às pessoas que trabalham lá ou às Irmãs.

“Tenho colegas, amigo é coisa difícil de se encontrar. O mais próximo é José, mas eu botei o nome dele de ‘Ligeirinho’. Inimigo assim, não tenho não, tem alguns que eu não converso muito, mas não são inimigos” (Sr. Arlindo, 66 anos).

“Amigos não, tenho camaradas. Me dou melhor com as enfermeiras (referindo-se às cuidadoras)” (Sra. Vanda, 91 anos).

“Tenho alguns amigos, mas de verdade só pai e mãe. Seu Manoel é um amigo que eu tenho, tinha outro, mas ele se distanciou. E é assim, a gente tem que observar para saber se pode ou não ser amigo” (Sr. José, 78 anos).

“Tenho camaradas, não tenho amigos. Me dou muito bem com minha vizinha de cômodo. Não lembro o nome dessa vizinha” (Sra. Eugênia, 85 anos).

“Tenho poucos amigos, a daí da frente, a senhora alí ao lado, e a idosa aqui do lado que eu nem sempre lembro o nome. Mas, não me dou muito com essa daí da frente” (Sra. Josefa, 80 anos).

Diferente da crença popular que vêem as mulheres como produtoras de fofoca, são os homens que mais reclamam das fofocas feitas por seus colegas:

“Aqui conheço muita gente, mas não tenho amigos. Inimigos quase todos são, tudo é contra a gente. Eu não gosto muito desse povo daqui porque adoram falar dos outros, fazer fofoca, e eu detesto. Não me dou com ninguém, não tenho relação não.” (Sr. Lucio, 82 anos)

“Tem uns dois ou três colegas que eu não gosto porque falam demais. Mas viver em comunidade é assim; um age de uma maneira, outro age de outra. Tenho

muitos amigos e amigas também aqui; tem um que é mais próximo, que eu conto mais coisas, mas não preciso dizer o nome.” (Sr. Aurélio, 64 anos)

“Não tenho amigos na instituição. Todos gostam muito de falar da vida dos outros e eu não gosto disso. As pessoas mais próximas são Antônio e Djalma.” (Bartolomeu, 75 anos).

A estrutura institucional não permite qualquer tipo de privacidade. Cada momento do dia é “compartilhado”, involuntariamente, com Outros ou com todos, desde os “companheiros de destino”, até funcionários e visitantes, estes ainda mais estranhos. Privacidade é algo impensável neste espaço. Dormitório, sanitários, refeitório, todos os espaços são compulsoriamente coletivizados. No confinamento homogeneizado as individualidades e diferenças são pouco respeitadas ou toleradas. As mulheres são sempre mais passivas e complacentes, de modo geral, afirmam se relacionar com todo mundo, mas a indiferença transparece, é “cada uma no seu canto”.

“Me dou com todas, sabe? Mas não me sento na cama de ninguém para conversar.”(Sra. Lea, 88 anos)

“Eu me dou com todo mundo. Cada uma na sua casa e eu na minha” (Sra. Paula, 92 anos)

“Aqui tem as colegas, me dou com todas aqui, não tenho inimiga nenhuma aqui” (Sra. Délia, 78 anos)

“Normal, eu aqui no meu canto e eles nos dele”.(Sra.Valdete, 80 anos)

“Os que falam comigo, eu respondo. Só falo mais com a turma que joga dominó. Tem uma que eu gosto mais, mas não lembro o nome, porque agora ela mudou de salão (Sra. Bernadete, 92 anos)

Os homens relatam explicitamente as divergências e as dificuldades encontradas nas relações cotidianas. O relacionamento entre eles é descrito como: “não é muito

bom não”, “tem muita briga”. Mas, isso é dito por alguns em segredo porque “a diretoria não pode saber disso, porque eles pedem que a gente seja amigo um do outro”. Os confrontos são freqüentes e eles expressam as dificuldades da vida na coletividade:

“Não é tão boa assim não [a relação entre eles]. É mais ou menos. Pode melhorar, depende deles melhorar também. Pode melhorar porque às vezes a gente quer uma coisa e eles uma completamente errada que eu não quero (...) Aqui é uma comunidade, é difícil de morar, de conviver, porque às vezes um quer uma coisa o outro quer outra, sempre tem um pivô no meio que desmancha nosso prazer” (Sr. Aurélio, 64 anos)

“Não tem amigo, não tem colega. Um contra o outro, aqui é uma droga, eu não posso nem contar o que acontece, o que ouço, o que vejo. É horrível, horrível mesmo. Muita briga. Só não tem assim de revólver, se brigasse de revólver tinha muita gente morto aqui, tinha poucos pra contar o caso, nem eu tava pra contar o caso. Desse jeito é a vida aqui” (Sr. Lúcio, 82 anos)

“(...) eu nunca vivi com pessoas de pensamentos tão diferentes. As brigas é que não gosto aqui no abrigo. É o povo, não são todos, o povo é muito diferente” (Sr. Tadeu, 63 anos).

“Tem umas discussõzinha aqui (...) É discussão ai, o outro manda tomar no lugar lá, o outro pica a porra no outro (rindo)” (Sr. Arlindo, 66 anos).

Para fazer frente à difícil convivência eles também buscam como estratégia o isolamento, a indiferença, e dão a receita “ficar no meu canto”, ou “bom dia, boa tarde e até logo”.

Sr. Bartolomeu usa sua experiência de policial militar e descreve com precisão o que é preciso fazer para conviver com as diferenças

“Eu me dou muito bem [com os outros idosos] porque pra viver bem aqui você precisa de três coisas: ser cego, surdo e mudo. Não ouço, não vejo e não falo (risos). Aí você se dá bem, porque vive no seu canto, não gosta de conversar

(...) Na minha formação mesmo, você sabe que o soldado não pode falar muito, né? Soldado tem que ficar calado, se ele falar muito acaba até sendo preso porque vai falar uma coisa que um superior não gosta aí, cadeia, né? Ele tem que ter moderação, se calar e olhar bem o quê que vai falar”.

As entrevistas realizadas neste espaço “comunitário” são sempre prejudicadas pela falta de liberdade para expressar seus sentimentos e receio do que os outros moradores poderiam fazer com a informação – as fofocas -. Em alguns momentos da entrevista são feitas declarações em tom sigiloso ou se diz abertamente da impossibilidade de falar sobre tal ou qual assunto na presença de tal ou qual pessoa – “Deixa ela sair daqui, depois eu te conto. Ela gosta muito de fofoca” – diz uma delas.

Esta atitude de desconfiança e indiferença pelo outro contradiz o discurso ou a expectativa que os idosos têm no momento do ingresso na instituição. Quando da solicitação da vaga para morar na instituição um dos principais motivos alegados está relacionado à necessidade de contato com outras pessoas, - porque ficavam muito tempo sozinhos ou viviam sozinhos -, e a esperança de que morar com outras pessoas também idosas, com interesses comuns, seria mais apropriado.

Nesse contexto as ajudas aos “companheiros” são pouco freqüentes. Os homens se referem a isso de modo indistinto, ou seja, ajuda nas tarefas da instituição ou são feitas sob a solicitação de funcionários da instituição ou ainda como troca de algum favor recebido, mas troca quase comercial, paga na hora.

“Ajudo quando mando comprar né? Às vezes quando mando comprar uma bolacha que eu preciso pra comer, aí dou um agrado. Dou um agrado (Sr. Valter).

“(...) eu dou ajuda, carrego as quentinhas pra os safados comer (risos) que fica lá me gritando ‘José, José!’ Quando to aqui é eu (...) E quando a Irmã passa distribuindo os sabonetes eu não recebo, eu não fico lá, fico sempre por aqui zanzando, né? E no fim não ganho” (Sr. José).

“Esse meu colega aqui, a assistente social mandou eu administrar ele. Aqui tem uns gavião, ficam fazendo hora com quem chega. Aí tem que ter uma pessoa pra orientar(...) Já cansei de sair aqui de madrugada pra chamar a freira, quando cai gente no chão, ontem mesmo caiu um aí” (Sr.Miguel)

“Às vezes, me pede açúcar, leite, banana pra fazer vitamina. É quase todo dia eu dou uma coisinha pra ele. ‘Eu não tenho isso, não tenho aquilo’ (Sr.Arlindo).

Receber ajuda dos “companheiros” também não é prática entre eles. Não há perspectiva de retorno. A reciprocidade inexistente neste contexto.

“Se vier me ajudar não vai muito ser bem vindo porque... se for sobre bebida eu já tenho tudo na cabeça aqui. Não precisa de ajuda assim não... só ajuda de Deus” (Sr. Aurélio).

“Ah, ninguém, ninguém, nenhum. Não peço, não ajudam. Não adianta pedir porque eu sei que não vai ajudar. Eu não peço não porque sei que não vai adiantar. Não vão me dar mesmo, vão dizer: ‘ah, você não trabalha, não... você já ganha seu dinheiro’ é isso que vai dizer. Como algumas vez já falou pra mim, né? Então fico quieto, não peço nem quero saber. Cada um fica consigo, eu sou desse jeito”. (Sr.Lúcio).

No caso das mulheres é principalmente a visão que elas têm umas das outras que as impossibilita de dar ou receber ajuda das outras:

“Ajudar? Em nada, né? Eu vejo tudo uma coisa só, sem poder fazer as coisas, né?”(Sra. Lea, 88 anos)

“Que! As idosas não tão agüentando com elas, quanto mais. Os velhos aqui tudo precisando de ajuda como eu” (Sra. Delia, 77 anos).

“Não. Não preciso da ajuda de ninguém, só as visitas que às vezes dão presente” (Sra.Josefa, 80 anos)

“Não, porque eu não preciso” (Sra. Eugênia, 85 anos) .

“Quem me ajuda é Deus, por isso é que eu dou o dízimo. Eu tô guardando na mão dele” (Vanda, 91 anos).

A ajuda a outras companheiras só é dada quando solicitada, ademais têm os funcionários para isso;

“Ajudo só se alguém precisar, se alguém precisar e pedir aí eu posso dar [ajuda]”
(Sra. Bernadete)

“Não. Só quando me pedem ajuda. Aí posso ajudar, quando pedem...fora isso não” (Sra. Valdete, 82 anos)

“Agora não precisa, que tem funcionária, mas a gente vem pra qui pra descansar. Eu já estou cansada, trabalhei muito “(Sra. Lea, 88 anos)

“Não. Ela [a cuidadora] tá mais acostumada aqui, conhece o trabalho mais do que eu” (Sra. Dulce, 90 anos)

A atitude que demonstram em relação aos visitantes é bem diferente das relações que mantêm entre si. Com estes se estabelece logo de início uma relação que se situa entre amigável e sedutora. Logo nas primeiras visitas contam suas histórias de vida, mostram retratos dos maridos, filhos legítimos ou dos que “ajudou a criar” e, até mesmo, de estranhos que se tornaram “como da família”, “como um filho” ou “como um neto” que, muitas vezes, são, real ou imaginariamente, as únicas pessoas consideradas ou desejadas como da família. Entre estas as relações de troca, materiais e/ou simbólica, se revelam concretamente ou em palavras, de ambas as partes.

Os homens consideram as visitas como sinal de que não estão esquecidos, ajuda a quebrar o gelo, a ir “levando a vida”. Ressaltam os presentes e, especialmente, as merendas trazidos por elas e reclamam da escassez delas nos últimos tempos:

“Ah, visita é ótimo. Agora é que virou tudo né? Mas antigamente era bacana, vinha comida da rua, muito boa, sopa, pão que sobrava. Vinha, vinha merenda, vinha presente, agora oh...” (Sr. Anselmo).

“[é bom] pra a gente não ficar abandonado. O pessoal espírita traz muita merenda pra gente (Sr. Miguel).

“Aqui vem muita visita, antigamente era presente todo dia, todo dia vinha... cheio de gente aqui, agora ta acabando as visitas. Eu converso, bato papo, é homem, mulher, qualquer pessoa se for visita bate papo com a gente” (Sr. Arlindo).

“Eu dou atenção a todo mundo. Eu acho muito importante porque eu sou muito brincalhão e sou muito comunicativo e quanto mais me aparece essas coisas, mais eu me sinto bem. Vou inventando mais besteira e aí vou levando a vida” (Sr. Daniel).

Com as visitas é possível trocar, esses trazem presentes e eles dão a atenção, o papo, a conversa, respondem às muitas perguntas que elas lhe fazem. Sr. Daniel, sempre de bom humor, considera que as visitas vão aprender como envelhecer:

“Eles vêm trazer uma satisfação, ou seja, prestigiar, aprender algumas coisas e ter dentro de si que vai ficar velho também! Então, vêm aqui pra se preparar” (Sr. Daniel)

Sr. Lúcio vê o visitante como um porta-voz da condição dos que ali moram para o mundo lá fora, para que eles não sejam esquecidos pela sociedade.

“São essas coisas [que eles dão aos visitantes], atenção, explicação pra eles virem mais interessados e saber como é que tá, como vive. E isso nos interessa porque serve de um incentivo lá fora. Porque se a gente se sentir mal, nos tratam bem” (Sr. Lúcio).

Sr. José revela um fato pouco tratado quando se refere a velhos, principalmente, aos que moram em abrigos: a sexualidade. Nesse caso, trata-se de mulheres que vão visitar os homens na esperança de obter algum benefício, em geral, financeiro, questão que me foi confidenciada também por outro idoso em conversa informal.

“Às vezes vêm [mulheres] atrás de algum velho pra ver se dá no coro, mas não acha (risos). Elas vêm procurar velho, pensa que o velho é otário, né? Vêm procurar coisa. Sempre tem algumas que aparece aí atrás de namorado” (Sr. José).

Muitas vezes eles também tiram proveito da situação.

O lugar marginal que o asilo ocupa na sociedade, local onde a velhice e a pobreza parecem contagiosas, é um fator de peso para o afastamento de parentes e amigos, como relata um idoso, em tom de brincadeira:

“Os amigos, depois que vim morar aqui, se afastaram; dizem que eu moro no abrigo dos velhos, e por isso se afastaram” (Sr. Bartolomeu).

São também as diferenças culturais e de formação que distanciam uns dos outros, e os tornam solitários, e, ao mesmo tempo, os aproximam das visitas, especialmente, as de pessoas com maior grau de instrução. Nesse sentido, Sr. Bartolomeu relata

“[Gosta das visitas] principalmente quando vem aqui enfermeira, estudante de enfermagem, aqui vem mais estudante de enfermagem né? A gente conversa, bate um papo, e, às vezes, quando tem alguma já quer que seja nossas amigas, vem outras vezes, visita outras vezes, pra saber como é que tá. Gosto. Aqui nós somos solitários né? Todo mundo gosta de muita conversa, muito papo. Não sou de muita conversa, eu não gosto porque às vezes aqui não tem assim uma pessoa que esteja no mesmo nível da gente, pra conversar, a conversa pende logo pra aquelas porca... baixaria. Eu gosto de conversar sobre literatura, sobre poesia, sobre cinema, sobre teatro, sobre balé, que eu gosto muito de balé, então a gente não acha aqui com quem conversar, então, conversar o que? Nada, só baixaria. Daqui a pouco a conversa vira esculhambação, então prefiro

não conversar com ninguém. Aqui é um lugar que rola muita fofoca, você fala uma coisa e o cara já vai contar de uma maneira diferente”.

Os momentos de descontração, de distração, os papos, a palavra amiga são os aspectos considerados mais importantes pelas mulheres com relação às visitas:

“Eu gosto porque eu me distraio” (Sra. Paula)

“As visitas eu acho boa, pelo menos elas distraem a gente” (Sra. Josefa).

“(…) não incomoda não. A pessoa ainda se ocupa em vir visitar e a gente ainda não vai gostar, né? (Sra. Eugênia)

“Muita gente boa, traz a palavra, dão presente pra gente, qualquer coisa” (Sra. Vanda).

“Eu gosto das visitas, não tenho o que dizer de ninguém. Tem uns [idosos] que são assim, enjoados. Quando quer me ver eu gosto, é bom ter alguém assim pra visitar, não é? Tem aquelas que não quer receber ninguém, mas eu gosto” (Sra. Lea).

Mas também tem as restrições :

“Eu acho bom, sabe? Porque elas chegam conversam, muitas trazem presentes. Só não gosto das muito exigentes, muito chatas” (Sra. Bernadete).

“Às vezes é bom, mas tem dias que atrapalham, porque chegam toda hora” (Sra. Valdete).

“Gosto. Porque tem obrigação de gostar” (Sra. Divina)

Confirmando o papel de agregadoras e responsáveis pela manutenção dos laços sociais, são as mulheres que mais visitam os familiares ou estes estranhos. São

mulheres de todas as idades, mas principalmente, também idosas, que visitam - esporádica ou sistematicamente -, conversam, riem, cantam, rezam, distribuem alimentos ou presentes. Quando falam sobre os objetivos das suas visitas são, principalmente, a “palavra” que ressaltam como o que vêm trazer para os idosos:

“Trazer carinho, uma palavra amiga. Mostrar pra eles que tem alguém que se importa com eles”.

“Trazer uma palavra amiga”.

“Gosto de brincar com os velhos” (senhora de 80 anos que faz um verdadeiro intercambio entre elas e a comunidade, inclusive comprando coisas sob encomenda para as idosas).

Por outro lado, tais mulheres também recebem: carinho, bênçãos, bilhetes, confiança das idosas que compartilham suas experiências de vida com “estranhas”, e, muitas vezes objetos – muitos deles que também receberam de outras pessoas -, ou objetos feitos com suas próprias mãos – toalha de fuxico, tapetes, panos de mesa de retalhos, flores de crochê, etc. Mas, são também as “palavras” dos idosos que têm um significado muito importante para os visitantes: “Quando você vem aqui de novo”, “Volte pra me ver, volte mesmo”. Com estas palavras a visitante avalia sua presença como importante, se sente “gratificada”.

As visitas de estranhos quebram o silêncio e o vazio da (falta de) relações entre eles mesmos e parece suprir, em parte, a ausência dos familiares que com o passar do tempo vão deixando de visitá-los, ou o fazem em espaço de tempo mais alargado.

4.7. Na ausência da Família só resta o Estado: políticas sociais, aposentadoria e velhice

O conjunto de condições decorrentes da estrutura social e familiar – desigualdades sócio-econômicas, falta de políticas educacionais nas primeiras décadas do séc. XX; desregulamentações das relações de trabalho, ausência, afastamento ou conflitos intergeracionais - vivenciadas nas trajetórias das vidas desses idosos/as fizeram com que hoje eles dependam da solidariedade pública. As políticas sociais de Estado têm uma responsabilidade e uma importância fundamental para a sobrevivência dos seus cidadãos, especialmente, os das gerações mais velhas, que sofreram e vêm sofrendo os efeitos perversos do modo de organização social capitalista, neoliberal, da sociedade e suas repercussões na família.

Uma das grandes dificuldades encontradas para fazer com que as leis, de um modo geral, mas nesse caso, especificamente, as leis de proteção à velhice, sejam efetivadas é, por um lado, o não reconhecimento de si mesmos como cidadãos de direitos, por outro, ou, em conseqüência, o desconhecimento dessas – leis -, em suma, uma despolitização ou um desinteresse pelas questões que se denominam como políticas.

Nesse sentido, observamos diferenças e semelhanças nas falas dos homens e das mulheres. Os únicos direitos que tanto os homens quanto as mulheres reconhecem como direito do idoso diz respeito à gratuidade nos transportes coletivos e não ficar em filas. A PNI – Política Nacional do Idoso – e o Estatuto do Idoso, eles não desconhecem por inteiro, em geral “já ouviram falar”, mas parece ser algo distante deles.

O quadro muda quando a pergunta é especificamente sobre o abrigo: morar no abrigo é um direito ou um favor da Prefeitura? Os homens são enfáticos em afirmar que é obrigação da Prefeitura/Estado abrigar os idosos. Eles interpretam o gesto do Estado como um retorno às suas contribuições ao longo da vida.

“É um direito, que favor?! Eu paguei tanto à prefeitura (risos). Onde é que eu não tenho direito? Quando você compra isso aqui na loja, oh [mostra um pacote de

biscoito], você tá pagando pra prefeitura, pro Estado. Eu to falando isso porque eu sei, tem gente que não sabe que é isso, né?” (Sr. Aurélio)

“Um direito. Sempre contribuo alguma coisa pra o Estado e pra Nação, né? Até uma carteira de cigarro que você compra você tá contribuindo pra o Estado, se compra um sapato tá contribuindo, então, quando fica velho é um retorno. A prefeitura dá aquilo que a gente contribuiu” (Sr. Miguel)

“É obrigação porque já paguei meus impostos” (Sr. Daniel)

“Um direito. Direito do idoso, o governo tem obrigação de amparar o idoso. Mais da metade da sua vida trabalhando pelo país, para que o país crescesse. Então é um direito porque um marginal que tá na cadeia não paga nada, porque o idoso vai pagar? Não é bom não o tratamento, esperava uma coisa melhor da Prefeitura” (Sr. Bartolomeu)

“É direito. Quer dizer, eu respondo por mim (risos), porque todos nós pagamos imposto pra morar aqui. Três miserável aqui abriu a boca dizendo que o prefeito dá comida, qual é a comida que o prefeito dá aqui, miserável? Eu trabalhei, paguei imposto, paguei aposentadoria, então não tô aqui de graça” (Sr. José)

As mulheres, bem menos politizadas – a política sempre esteve relacionada ao espaço público, portanto fora do universo dessas mulheres -, com menor convicção dos seus direitos, dizem :

“Eu acho que é direito, né? Porque já estou velha (Sra. Paula).

“É um direito. Mas não sei porque...é tanta coisa” (Sra. Bernadete).

“Um direito dos véios tem que não guentam fazer mais nada, não tem mais resistência pra nada. Tem que ficar no abrigo mesmo, e o prefeito é obrigado a dar, porque nos já trabaio pro prefeito e é nossa vez de descansar” (Sra. Josefa).

Sra. Valdete é a única que se refere mais claramente ao direito que tem:

“É um direito meu, porque eu paguei imposto minha vida toda”.

Já a Sra. Lea parece ter assimilado o discurso institucional:

“Eu nem sei dizer isso assim agora, porque nós temos direito, os idosos têm direito de ficar em lugar assim sem pagar um tostão, mas a pessoa também tem que dar uma ajuda, né? Não é isso? Pra comprar qualquer coisa, né?”.

Quando o assunto é aposentadoria ou benefício eles se reportam sempre ao longo tempo de trabalho, às muitas ocupações que tiveram e se ressentem das muitas oportunidades que perderam, especialmente por causa do alcoolismo, ou dos patrões que não legalizaram sua situação trabalhista. Acham que o dinheiro é pouco, mas “ruim com ele, pior sem ele”.

O dinheiro que ganham é gasto com os remédios, com “merenda”, têm sempre que ter para complementar a alimentação fornecida pelo abrigo; com o funeral, que pagam todo mês; com a lavadeira; além dos “agrados” que dão a quem lhes presta algum serviço. O que sobra é gasto em eventuais saídas com “amigas” e para tomar uns “goros”. Pagam ainda um “voluntário” para fazer a limpeza dos salões porque a Prefeitura não disponibiliza funcionários suficientes para cobrir as necessidades.

“Eu dou um agrado a ela [a pessoa que vai receber o dinheiro dele no banco] Eu guardo pra comprar meu remédio, comprar minha bolacha, comprar meu negócio aqui que eu precisar” (Sr. Valter).

“Aqui mesmo eu pago vinte reais, elas alega que é pra fazer limpeza. Pago a associação e o meu funeral. Tenho dois funeral, um pelo sindicato e tenho outro daqui do abrigo. A gente fica pagando a funerária e depois só a manutenção. Compro remédio” (Sr. Miguel).

“É aposentadoria de invalidez, de quando eu trabalhava com uma família. Eu acho boa. Se não achasse bom, o que seria de mim? Pelo menos compro minhas coisas, meus remédios quando preciso” (Sr. Anselmo).

“Compro minhas coisas e se uma pessoa chegar e pedi e eu tiver eu vou e ajudo e dou também uma ajudinha a minha sobrinha” (Sr. Bernadete).

“Compro minhas coisinhas, meus sapatos, toalhas, lençol, ajudo minha sobrinha” (Sra. Josefa).

“Pago o auxílio funeral, uma pessoa para lavar as roupas e compra as coisas de que preciso (Sra. Divina).

“Compro remédio, que quando acaba um ela [a irmã de fé] compra outro. Vem compra outro deixa aí, você sabe como é esses lugar, dão por conta [dão o remédio para depois ser pago pela idosa] (Sra. Vanda)”.

Além dos gastos com a própria manutenção, muitos homens, diferente das mulheres, ainda saem da instituição, mantêm contato com amigos e amigas, por isso se preocupam em ter algum dinheiro para as saídas:

“É meu dinheirinho que dá pra mim comprar minhas coisas, comprar minhas merendas, saio fora aí tomo uns negocinho também, compro meu cigarro “ (Sr. Arlindo).

“Compro farinha, leite, pão... porque pode faltar aí eu já tenho. Eu quero sair cedo, faço meu café” (Sr. Aurélio).

“(...) eu compro merenda porque a alimentação aqui não é boa, então eu compro merenda, pago lavadeira, porque a roupa de cama é dada pela aqui, mas a roupa que a gente usa tem que lavar, então eu pago lavadeira, compro merenda, compro coisas no uso pessoal, compro talco, desodorante, às vezes tem alguém que traz aqui pra nós, tem vez que não traz então tem que comprar, então, eu

compro tudo isso. Saio às vezes também pra almoçar fora, saio de vez em quando, uma vez, duas vezes por mês com uma amiga” (Sr. Bartolomeu).

Mas, a grande preocupação, especialmente dos homens, é ter algum dinheiro guardado para no caso de internação hospitalar poder pagar alguém para acompanhá-los, uma vez que a instituição transfere esta responsabilidade para os familiares ou responsáveis e nem sempre eles podem contar com este apoio.

“Eu guardo. A diretoria disse: ‘cada um guarde seu dinheiro porque se cair doente e ir pra o hospital, tem que pagar alguém pra tomar conta’. Não sabe o dia de hoje nem de amanhã, né? Se por um acaso cair doente e ir pra o hospital, tem que pagar uma pessoa pra ficar tomando conta dele lá, como aconteceu com muitos aqui” (Sr. Anselmo, sem parentes)

“(...)Quando eu tive problema de... derrame, derrame não, um outro problema de coração, eu tive então internado no hospital Português e no hospital Espanhol, mas por conta do plano de saúde, Planserv que eu pago, eu tive que pagar acompanhante né? Então, tem que ter dinheiro pra pagar acompanhante, um acompanhante não quer menos que trinta reais pra passar o dia, então você leva pelo menos mil, quinhentos pra poder...não pedir a filho. Meu filho... (interrompe a fala) então a gente vai levando a vida aí até...”(Sr. Bartolomeu, 3 filhos).

“Guardar não, eu deixo o dinheiro lá pra quando vier doença a gente começar a gastar” (Sr. Aurélio).

A assistência médica é prestada por um médico da Prefeitura lá mesmo no Abrigo, porém quando precisam de exames ou especialistas são encaminhados aos ambulatórios dos SUS e alegam não ter nenhuma prioridade, ficando submetidos ao longo tempo de espera por consultas e exames, o que faz com que alguns prefiram pagar por eles nas clinicas privadas. Os homens avaliam criticamente o atendimento prestado pelo serviço público de saúde:

“Uma merda, uma porcaria. Um dia tem uma coisa outro dia não tem. Tá tudo parado. Serviço público não existe compadre. Quer remédio? Não, não tem. O remédio mais barato não tem” (Sr. Aurélio).

“Um brega. Temos saúde puta. Agora falando sério, só tem o nome de pública, saúde que é bom não tem, nem dá” (Sr. Daniel)

“Péssimo, pra quem não tem plano de saúde, que já não é muito bom, ainda mais pra quem não tem. A saúde do Brasil tá na UTI” (Sr. Bartolomeu)

“Porque o remédio que vem pra dar à pessoa pobre eles leva pra dar aos amigo, os parente e a quem às vezes não precisa , entendeu? Eu levei noventa dia, andando pelo São Jorge pra receber um colírio. Meu colírio custa cinqüenta e sete reais, entendeu? Agora, levei noventa dia pra ganhar um grátis aí no São Jorge” (Sr. José)

“Eu acho meio chato né? Cheio de dificuldade né? É muita gente né? E não é muito agradável né? Pra mim, eu acho que não. Não recebe o que quer, é muito difícil. Quando precisa de uma coisa não tem, não pode, aquela coisarada toda, é um sofrimento eu digo” (Sr. Lúcio)

Mas as mulheres sempre contempORIZAM ou PARTICULARIZAM :

“Espera é grande, mas dá pro gasto” (Sra. Valdete).

“Eles me tratam bem. Mas tô doida que Dr. Aníbal [o médico do Abrigo] chegue”.(Sra. Dália).

“Eu achei um médico que me dei bem, viu” (Sra. Vanda).

“Nunca precisei ir em hospitais, graças a Deus, tem médico aqui perto. Doutor Aníbal é quem me atende [o médico do Abrigo]” (Sra. Divina).

A própria administração do Abrigo reconhece a dificuldade e a falta de parceria com outras instituições e o não cumprimento da legislação que estabelece prioridade no atendimento de idosos e apela para o “jeitinho brasileiro” para resolver os problemas, como diz a gerente:

“(...) nós não temos nenhuma parceria com nenhum hospital, nenhuma instituição de saúde. Mas a gente costuma dizer que temos amizade, assim as colegas que ligam para outras colegas para saber informações de um medicamento de um idoso: ‘colega estou com um idoso assim aqui...’ ‘ah...então venha, mande aqui, eu vou dar um jeito’. Sempre é com jeitinho, é uma rede com os colegas, mas parceria para resolver, mas parceria mesmo de dizer: ‘ah..o idoso do abrigo tem preferência em tal lugar’, não tem, não existe.”

Quase a totalidade dos idosos/as toma remédio de uso contínuo, especialmente para hipertensão e diabetes, só dois idosos dizem não estarem tomando nenhuma medicação, entretanto, dado a inconstância do recebimento da medicação eles/as têm sempre que estar com o dinheiro para comprar os remédios que necessitam. Poucos são os que recebem remédio no posto de distribuição de medicamentos. Também não conhecem o centro de referência CREASI.

Sr. Bartolomeu define bem a situação da maioria dos idosos brasileiros:

“Direito que eu conheço é só no papel, porque na prática mesmo o idoso não tem direito a nada. O idoso tem direito à saúde, tem direito a boa alimentação, tem direito a lazer, mas... tudo isso tá no papel, mas na prática não tem nada dele. O idoso só tem uma vantagem: quando morre ser carregado, essa é a vantagem do idoso. Porque viver nesse país, num país desse de miseráveis, de governos miseráveis, de fome, de peste, de desemprego, de tudo é... o velho pobre é duro, é difícil! A velhice é uma fase infeliz da vida pra quem vive nesse país. A não ser quem é rico, que tem dinheiro, mas a riqueza tá na mão de uns poucos, né?”

A velhice é vista pelas mulheres como declínio e proximidade da morte, não resta muito a fazer...

“O que vou achar da velhice, é daqui para baixo. Intenção de casamento não adianta, festa no salão não tem gosto. Viver isolado é brincadeira? Esse mal eu não desejo à ninguém!” (Sra. Vanda).

“Não penso! Só penso no dia de ir” (Sra. Eugênia).

“Aceito a velhice, fico esperando Deus vir me buscar (Sra. Lea).

“É mais uma etapa das nossas vidas, quem não morre fica velho” (Sra. Dália).

Para aqueles que têm uma vida ativa e mantêm contatos extra-institucional a velhice não lhes parece tão ruim

“A velhice é boa. Eu faço parte do grupo da 3ª idade que hoje chama de Melhor Idade, então nós passeamos. A idade não significa que você não pode fazer mais nada e nem que tem que ficar pensando que já vai morrer. Tem uns colegas aqui que cada hora sente uma dor diferente e toma remédio para tudo. Eu não sinto nada, isso é coisa da cabeça das pessoas” (Sr. Aurélio)

““Para mim é o mesmo que está moderno. Graças a Deus posso fazer tudo ainda” (Sr. Anselmo).

“A velhice com saúde é boa porque é um privilégio, tem muita gente que nem chega lá” (Sr. José).

Sr. Daniel e Sr. Bartolomeu apontam para o modo como as pessoas vêm a velhice, e expressam seu desagrado:

“Eu penso que não deveria existir. Porque quanto mais vai ficando velho mais vai ficando sem prestar e as pessoas começam a dizer que está fazendo besteira porque está virando menino novamente” (Sr. Daniel).

“O velho sempre tem que ser guiado para os lugares. A velhice é experiência, mas não adianta de nada. Querem tratar a gente como criança; não gosto quando me chamam de velhinho, não gosto de diminutivo” (Sr. Bartolomeu).

5. A SOLIDARIEDADE FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Conhecer a vida de idosos que permanecem na família e na comunidade se fez imperativo a fim de apreender as formas de troca e solidariedade, tanto primária – família, amigos e vizinhos -, quanto secundária – conjunto de benefícios e serviços prestados pelo Estado –, de que dispõem e fazem uso esses sujeitos. Desse modo, penso poder estabelecer possíveis confrontos ou contrastes entre os tipos de apoio – familiar, público, comunitário – de que dispõem esses idosos e os idosos institucionalizados. Saber como vivem esses idosos, com quem, como se estabelecem as trocas, materiais e simbólicas, intrafamiliares e comunitárias, como se dão as relações intergeracionais, como as políticas sociais chegam até eles e interferem, positiva ou negativamente, nessas relações, foram as questões que impulsionaram minha entrada no campo, transpondo os muros institucionais.

Nesta parte da pesquisa de campo a atenção foi centralizada em idosos moradores de um bairro popular, Pau da Lima, na periferia de Salvador, Bahia. A escolha do referido bairro se deu em virtude, dos idosos moradores pertencerem às classes populares, com um perfil aproximado ao dos idosos do Abrigo D. Pedro II – baixa renda, baixa escolaridade, provenientes, em sua grande maioria, da zona rural. Mas também, por já ter conhecimento prévio da área, uma vez que lá é desenvolvida a prática supervisionada na área de Atenção ao Idoso, do Curso de Terapia Ocupacional, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, na qual trabalhava. Essa última circunstância facilitou minha entrada em campo, por duas razões: por um lado, porque já havia sido feito o mapeamento dos idosos moradores em algumas ruas do bairro, o que serviu de ponto de partida, uma vez que de posse da indicação da moradia de alguns idosos/as foi possível, através dos próprios idosos/as entrevistados, localizar outros; por outro lado, a referência à instituição a qual o estágio está vinculado serviria, por suposto, de credencial para entrada nas casas dos/as idosos/as, não obstante, talvez nem tivesse sido necessária, considerando que em nenhum momento me foi solicitado nenhum comprovante de quem eu era, e de imediato era convidada a entrar,

sentar e compartilhar a intimidade da casa com a “estranha”. Porém, este procedimento era, muitas vezes, acompanhado de perto, pelo menos por alguns instantes, pelas filhas que moram com os/as idosos/as ou nas proximidades.

5.1. O Bairro

Pau da Lima possui características típicas da grande parte dos bairros populares de Salvador. Situado numa região íngreme, com suas casas penduradas nos morros e se estendendo até os vales. Paisagem muitas vezes descrita romanticamente como um presépio natalino, o espaço abrigando uma população de baixo poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade.

Curiosamente, o bairro tem na sua origem a história de uma mulher que, proprietária da terra, a deixa de herança para seus filhos. Como toda região mais afastada do centro da cidade, foi uma fazenda de propriedade da Senhora Maria Alexandrina Ferreira, e posteriormente, por volta dos anos 50, dividida em lotes/chácaras entre os seus filhos, ainda hoje várias de suas ruas conservam os nomes deles.

Atraída pela atmosfera rural a população pioneira viu, progressivamente, as pequenas chácaras sendo desmembradas e vendidas para uma população, expulsa das regiões mais centrais da cidade, em busca da sonhada casa própria. O processo de ocupação se deu inicialmente com construção de casas na parte alta do bairro, ao longo das principais ruas e avenidas -Aliomar Baleeiro, Jutáí Magalhães, São Marcos e a Dr. Artur Gonzalez - enquanto as vertentes e vales eram usados como quintais, áreas de lazer e de pequenas plantações onde as famílias possuíam seus pomares ou criavam pequenos animais (RIOS, 2006).

Contam os moradores antigos que o nome do bairro se deve ao fato de que na ocasião em que começou a ser povoado ele era cortado pela estrada hoje conhecida como Estrada Velha do Aeroporto, e a única condução que passava por este local

parava no Largo da Tabela, onde existia um pé de lima que servia como ponto de referência para embarque e desembarque de passageiros, dando assim origem ao nome, Pau da Lima.

O bairro de Pau da Lima cresceu muito rapidamente nos últimos quarenta anos, fortalecido pela especulação imobiliária, mas de forma desordenada e sem a infraestrutura necessária – saneamento, calçamento, iluminação, escolas. Sua paisagem foi sendo transformada, perdendo a tranquilidade característica das zonas rurais, assumindo cada vez mais a fisionomia de bairro residencial popular. Suas encostas foram sendo ocupadas por residências, atingindo até os vales. O difícil acesso ao bairro causado pela precariedade de transporte urbano, assim como a distância do centro da cidade, fez emergir um intenso comércio local a fim de atender às necessidades da população residente e circunvizinha.

Um dos marcos de fundação do bairro foi a implantação de um chafariz, de uma delegacia de polícia e de um posto de Saúde, na década de 1960. Com a criação da Avenida Luiz Viana Filho, popularmente conhecida como Avenida Paralela, na década de 70, Pau da Lima ficou cercado por duas vias de intenso fluxo, a oeste a BR-324 e a leste a Avenida Paralela, cortado ainda por duas avenidas importantes que fazem a ligação entre as duas vias: Avenida Aliomar Baleeiro e a São Rafael. Isso tornou o bairro um corredor de acesso para bairros adjacentes, tais como, Castelo Branco, Sete de Abril e Nova Brasília e contribuiu tanto para seu adensamento populacional, pois facilitou o deslocamento de trabalhadores para outros pontos da cidade e para os bairros vizinhos, quanto incrementou ainda mais o comércio local.

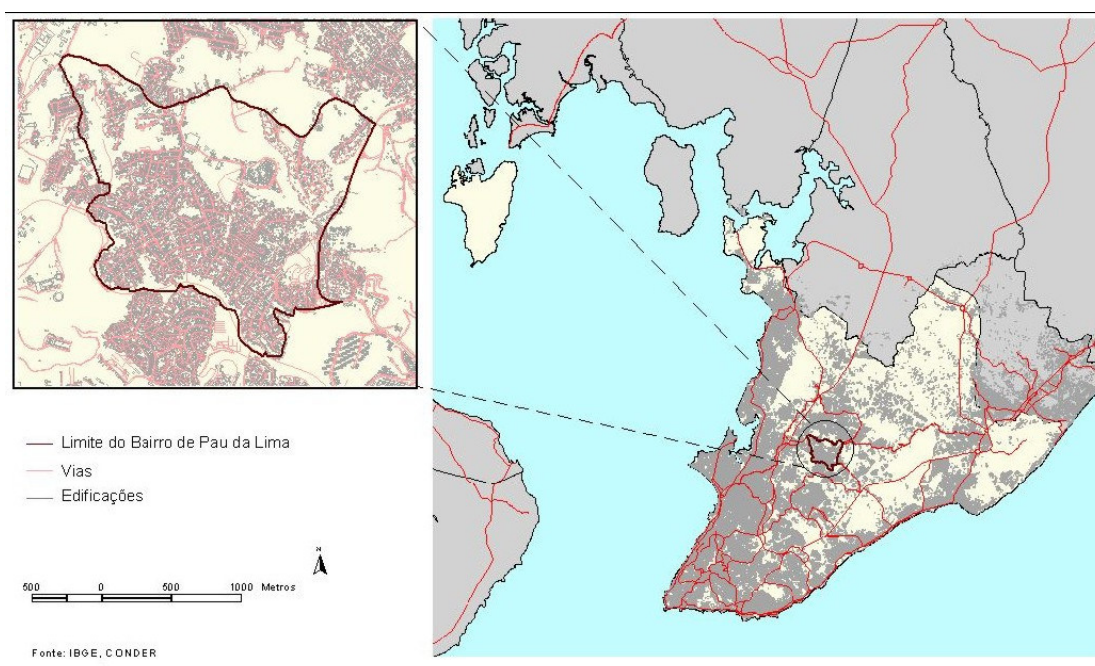


Figura 1: Localização do Bairro de Pau da Lima em relação à cidade do Salvador.

Hoje encontra-se uma ampla variedades de estabelecimentos comerciais, especialmente ao longo das avenidas principais, onde é grande a circulação de carros particulares, ônibus, transportes alternativos e de pessoas que entram e saem das lojas. Nesses locais há uma diversidade de atividades comerciais e serviços que vão desde oficinas e lojas de autopeças a papelarias, mercearias, padarias, açougues. Destacam-se, pela grande quantidade, os mercadinhos populares, as lojas de roupas e as farmácias, além do comércio informal, disposto nas calçadas. Entretanto, o que mais me chamou atenção, foi a quantidade e diversidade de igrejas evangélicas na área. Funcionando em pequenos ou grandes templos, muitas delas permanecem abertas e com cultos também durante o dia.

Estima-se que moram no local aproximadamente 236.066 pessoas, o que o torna um dos bairros mais populosos de Salvador. Dentre essa população, 15.945 têm 60 anos ou mais, um percentual de aproximadamente 7% da população local (IBGE, SESAB/DICS, 2002)

Não obstante seu crescimento, a comunidade convive com precárias condições de infra-estrutura urbana, facilmente evidenciada ao percorrermos as “ruas” internas, sem pavimentação, precária iluminação, sem saneamento básico e coleta de lixo. A carência também é evidenciada no que concerne aos serviços essenciais, tanto públicos quanto privados: inexistem agências bancárias na área, só existe um posto de saúde e uma delegacia de polícia para atender aos populosos bairros da região.

A violência e o elevado índice de criminalidade são situações vivenciadas cotidianamente pelos moradores de Salvador, de um modo geral, mas especialmente pelos que vivem nos bairros mais periféricos. No caso de Pau da Lima, particularmente, essa situação é ainda mais agravada, dentre outros fatores, pela presença do tráfico de drogas na região, e por outro lado, pela falta de policiamento, pois a única delegacia que fica no bairro atende à demanda de 9 bairros - Canabrava, São Marcos, Castelo Branco, Sete de Abril, Calabetão, Jardim Cajazeiras, Brasilgás e Jaguaribe I e Pau da Lima – igualmente violentos. Esse fato leva medo e insegurança a essa comunidade, especialmente, àqueles habitualmente tidos como “presa fácil”, como é o caso dos mais idosos.

As diferenças sócio-econômicas são percebidas já pelo modo de organização espacial do local. Nas áreas mais altas, de mais fácil acesso, por onde circulam carros e transporte coletivo, encontram-se, além das casas comerciais, as residências da população de maior poder aquisitivo. Situadas nas regiões mais planas, com melhor infra-estrutura urbana, essas casas apresentam maiores e melhores estruturas físicas, denotando as melhores condições econômicas dos seus proprietários. Adentrando as vias transversais das principais ruas e avenidas nota-se a crescente precarização da estrutura urbana: ruas cada vez mais estreitas à medida em que se afastam das avenidas, sem pavimentação, casa dispostas irregularmente, valas, esgoto e lixo a céu aberto. Construídas em terreno imensamente íngreme, desafiando a lei da gravidade, o acesso às casas é feito através das estreitas ruas, onde é impossível a circulação de carros, inúmeras ladeiras e escadarias escorregadias, especialmente nos dias de chuva, a maior parte delas improvisadas pelos próprios moradores. O acesso às casas demanda, em geral, um grande esforço físico necessário para subir ou descer as ladeiras e escadas. Nessas condições a população idosa, mais que as crianças e

adultos, têm sua acessibilidade limitada pelas inúmeras barreiras arquitetônicas e a falta de estrutura local, fato que restringe a vida social e, em muitos casos, suas atividades cotidianas – fazer compras, ir ao médico, freqüentar os cultos, dentre outros. A população moradora desses locais, a grande maioria dos habitantes do bairro, pertence às camadas mais carentes economicamente. É visível ao percorrer essas ruas o grande número de homens, mulheres e jovens em idade produtiva que encontram-se fora do mercado de trabalho formal, desempregados/as e vivendo dos famosos biscates, pequenos trabalhos temporários. Muitos fazem em suas próprias casas os pequenos negócios: costura, salão de beleza, manicura, vendas variadas de frutas, plantas, “geladinho”, bares.

A vida no bairro é vibrante, homens e mulheres circulam pelas ruas, se cumprimentam, param para conversar; crianças brincam em bandos; grupos de jovens conversam nas portas das casas ou ficam nas esquinas observando o movimento; os idosos também circulam nas ruas, fazem compras ou vão e vêm das igrejas, mas, é mais freqüente encontrá-los nas suas casas, com janelas e portas abertas, fazendo trabalhos domésticos, ouvindo rádio, muitos deles sintonizados em emissoras evangélicas, ou assistindo a programas na televisão, enquanto filhos e netos entram e saem.

Apesar de todo esse movimento, são restritos os espaços de sociabilidade comunitária. A falta de planejamento urbano e a própria topografia da região faz com que o bairro não disponha de praças, parques, campos de futebol, enfim, inexistem áreas destinadas às atividades culturais e de lazer que possibilitassem o encontro das pessoas de diferentes gerações. Nesse sentido, as igrejas ganham terreno, uma vez que se constituem como um dos poucos espaços que congrega a diversidade de gênero e gerações.

5.2. Os idosos: quem são e como vivem

O trabalho de campo teve como ponto de partida a identificação dos idosos do bairro. Como o objetivo era conhecer as formas de troca e entreaajuda entre os/as

idosos/as seus familiares e a comunidade, observando os dinâmicos arranjos familiares e ainda, o conhecimento e o uso que os idosos fazem das políticas sociais específicas para este segmento da população, o único critério de participação do/a idoso/a na pesquisa foi a idade – pessoas maiores de 60 anos.

Desse modo, os idosos entrevistados – 9 mulheres e 2 homens -, foram escolhidos aleatoriamente, apenas por indicação da professora e estagiários do já referido curso de Terapia Ocupacional que atuam na área e a aceitação deles em participar da pesquisa. A diferente proporção no número de entrevistados quanto ao gênero se deve a fato já bastante conhecido dos pesquisadores: os homens, diferente das mulheres, permanecem pouco em suas residências, já que freqüentam assiduamente os espaços públicos, ruas e praças. Ao transitar pelo bairro é possível ver grupos de homens idosos conversando, mas quando era tentado marcar dia e hora para conversarmos eles criavam empecilhos ou marcavam e não compareciam no lugar e hora combinado. Os dois homens que foi possível entrevistar estavam em suas casas, pois ambos, coincidentemente, tinham problemas de saúde – seqüela de AVC -, o que faz com que eles saiam menos, entretanto saem, em geral no final da tarde, para jogar dominó com os amigos ou conversar próximo ao terminal de ônibus ou no ponto de acarajé, dois locais de grande movimento nesse horário.

Apesar do critério utilizado para as entrevistas ter sido apenas o da idade – superior a 60 anos -, foi possível, entretanto, conhecer uma diversidade de situações vividas pelos idosos entrevistados que refletem a complexidade das questões que envolvem o processo de envelhecimento, mesmo se tratando de idosos da mesma classe social. Reforça-se, assim, a tese de que a questão do idoso tem que ser tratada no plural, dada a multiplicidade de condições que, muitas vezes, são determinantes no modo como se vive esse período da vida. Dizer apenas “idoso” esconde a heterogeneidade de condições determinadas seja pelos aspectos biológicos – idades que variam de 60 a 100 ou mais anos e suas implicações no que concerne às condições de saúde, grau de dependência, necessidade de ajuda e cuidados; pelos aspectos sócio-familiares – existência ou não de filhos, netos e bisnetos, coabitação com filhos e netos, conflitos intergeracionais, rede de apoio disponível; pelas condições econômicas, o que implica, muitas vezes, na necessidade de continuar trabalhando

para manutenção própria ou de filhos adultos desempregados ou netos, ou, ao contrário, necessidade de ser mantido por eles; condições de moradia – morar sozinho, com companheiro/a, ou filhos, ou ainda, filhos e netos. Esta diversidade de condições pôde ser também observada nestes idosos que fizeram parte da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos idosos/as, com exceção de duas mulheres, uma delas encontrava-se na banca de acarajé onde trabalha com uma das filhas, e a outra estava no local onde participa de atividades num grupo de idosos.

Foi extremamente rica a experiência de compartilhar com elas/eles um pouco do cotidiano da casa e da família, o que permitiu não só ouvir os relatos, mas também observar as relações entre eles. As casas, em geral, têm um trânsito constante de filhos e netos e, em alguns poucos casos, de companheiros/as, já que só uma das mulheres e, como era de se esperar, os dois homens, moram com companheiras/o.

A faixa etária dos entrevistados variou entre 63 anos, a mais nova, e 94 anos a mais velha, ficando a maioria entre 66 e 79 anos (4 entre 66 a 69 e 4 entre 72 e 79 e só uma com 86 anos), todos eles lúcidos e com muita vitalidade. Ademais, possuem um perfil muito comum à suas condições de classe, de gênero e geração, como podemos constatar.

O nível de instrução escolar de todos é baixo: sabem ler e escrever, mas “estudei pouco” é a resposta mais freqüente, em geral, até o “terceiro ano primário”. Essa situação é atribuída, na maior parte das vezes, ao fato de serem originários da zona rural, que oferecia poucas oportunidades de freqüentar escola já que também tinham que trabalhar na roça. Mas também a condição de gênero e classe social se torna um empecilho para o estudo.

“Eu nasci no interior, mas o interior, coitado, não tinha colégio naquela época, hoje em dia que isso melhorou, naquela época não tinha colégio minha mãe me ensinou a primeira letra da cartilha, carta do ABC, cartilha ... até que eu aprendi aquilo; como eu gostava eu leio bastante, agora escrever é o meu fraco, eu só faço meu nome e faço alguns nomes, mas existem algumas letras que eu não consigo fazer direito” (Edna, 72 anos).

“Você sabe como era naquele tempo, no interior era atrasado, o pessoal não botava filho no colégio, trabalhava na roça e quando botava era de noite pra poder trabalhar na roça de dia ...(Alice, 69 anos)”

“Letra de impressa eu leio, sim, agora letra de caneta é um pouco difícil, por que eu não estudei. Logo, logo eu casei e logo comecei a ter filho, como é que estuda? E depois de velho a pessoa... não vai mais entrar na cabeça igualmente.... (Anita, 68 anos)”

Oriundos, em grande maioria, da zona rural, na cidade tiveram várias ocupações ao longo da vida laboral, especialmente as mulheres: duas delas, depois de muitas atividades informais tiveram emprego formal, uma funcionaria pública estadual – merendeira -, a outra trabalhou em empresa privada – serviços gerais -, cinco tiveram várias ocupações informais – lavadeira, costureira, bordadeira, empregadas domésticas; as duas mais velhas, depois da experiência de trabalho informal passaram a se ocupar da criação dos filhos e da administração da casa. Duas ainda trabalham, uma, como condição necessária à sobrevivência, vende acarajé com a filha, a outra, vende plantas em casa, mas apenas como manutenção de atividade e renda complementar. Os dois homens tiveram trabalho formal, um como motorista de caminhão de entrega de uma loja e o outro no almoxarifado da Petrobrás.

Quanto às trajetórias conjugais, como tradicionalmente ocorre, os dois homens são casados; as mulheres: 5 viúvas, 1 separada, 3 solteiras, mas todas elas tiveram filhos em circunstâncias variadas que vão desde o matrimônio oficial a coabitações temporárias. Evidenciam-se aí as diferenças de gênero e geração, mulheres sem companheiros na velhice; só uma, solteira, mora com o companheiro.

Tanto os homens quanto as mulheres tiveram muitos filhos, com exceção de uma que só teve dois, todos tiveram de 4 a 17 filhos, reforçando uma característica de classe social e geração.

As rendas provenientes das aposentadorias e pensões variam de um a três salários mínimos. Só duas mulheres acumulam a aposentadoria com a pensão do marido, o restante vive com um salário mínimo. Um dos homens, num comportamento tipicamente masculino, reluta a dizer a faixa de renda na frente da filha e por fim diz:

“bota ai três”. O outro homem recebe aposentadoria, por invalidez, de um salário mínimo.

Mesmo em face das baixas remunerações a tão sonhada casa própria é uma realização dessa geração de idosos, que as adquiriram, com muito esforço, nas décadas de 1970 e 1980. Todos eles moram em casas próprias. Em geral, moram no bairro há trinta ou quarenta anos e hoje dividem com seus filhos suas casas ou os terrenos ou ainda, “batem laje” nas suas casas para tê-los por perto e, ao mesmo tempo, para que eles possam “ter um teto” para morar.

A situação de desemprego é fortemente sentida tanto pelo movimento de adultos e jovens em idade produtiva nas ruas, em frente às suas casas, em pequenos grupos, quanto pela presença de filhos e netos morando com os pais/avós idosos por encontrarem-se nessa condição. Todos, com exceção de duas mulheres que moram sozinhas, mas com filhos em casa vizinha – quase que extensão da casa da mãe –, têm filhos e/ou filhos e netos morando com eles. Esse fato faz com que os/as idosos/as sejam os únicos ou principais provedores do sustento da família. É com o dinheiro certo proveniente das aposentadorias/pensões ou benefícios e com incertos recursos dos espaçados biscates dos filhos que eles sobrevivem. As aposentadorias, benefícios e pensões têm um valor vital para a sobrevivência do grupo familiar.

A presença de muitos templos pentecostais no bairro, de variadas denominações, característica dos bairros populares que tem se acentuado nas últimas décadas, fazendo com que as igrejas católicas venham perdendo fiéis, vem mudando o comportamento religioso dos idosos/as e tem refletido também nas relações familiares. Dos 11 entrevistados apenas 3 se declaram católicos, todos os outros, inclusive um homem, freqüentam as chamadas igrejas evangélicas.

5.3. A vida e a luta pela sobrevivência no passado e no presente

Os dados demográficos vêm chamando a atenção para o crescente número de mulheres chefes de família, proporção que chega a 42% em Salvador (IBGE, 2006). No que concerne aos idosos brasileiros, segundo os mesmos dados, constata-se que, em

2005, 65,3% eram considerados pessoa de referência na família. Entre os idosos/as entrevistados/as observa-se que todos eles são os principais provedores da família.

Destaca-se, em especial entre as mulheres, que a experiência de prover as necessidades imediatas e futuras delas e dos filhos não é algo que se deu na velhice, mas faz parte das suas histórias de vida, mesmo entre as que tiveram ou a que ainda tem um companheiro presente. A idéia de uma aposentadoria – do ponto de vista de um período pós-atividade profissional – como um período mais tranqüilo, propício para desfrutar a vida – filhos criados, proventos garantidos – passa longe da realidade desses idosos/as. Seus papéis de responsáveis pelo sustento da família não cessou, ao contrário, em muitos casos se intensificou com o desemprego, separações e retorno de filhos, já também com filhos, para a casa delas.

Ouvindo os relatos de mulheres hoje viúvas, podemos observar a luta ou a labuta delas ao longo da vida, no sentido de garantir o próprio futuro, a casa própria, a escola para os filhos pequenos, numa relação que poderia ser chamada de co-chefia, mas nunca percebida por elas desse modo.

A experiência de duas delas ilustra significativamente essa questão.

Sra. Alice, hoje com 69 anos, viúva há 10 anos, teve dez filhos, um deles morreu aos sete anos, tem nove vivos. Morava até 1967 na zona rural, no interior do Estado. Já casada, com oito filhos, aos 29 anos, veio para Salvador atrás do marido que tinha vindo dois anos antes, porque “as coisas lá no interior não tava muito boa”. Comprou um barraco em São Caetano, onde morou durante 16 anos, lá botou uma “venda”, vendia de tudo, guaraná, tubaina, geladinho, merendas. “Subia uma ladeira enorme pra pegar o ônibus lá no fim de linha”. Ia pra feira de São Joaquim e lá “comprava guaraná, comprava tudo quanto era coisa e trazia na ladeira pra casa”, para vender para a vizinhança. E complementa,

“Eu sei que eu sofri, sofri esses 16 anos, mas sofri com paciência e esperança, porque todo aquele que espera com paciência um dia Deus resolve, né?”.

Fé, paciência e esperança e um só pensamento: comprar uma casinha em outro lugar, educar os filhos. Tudo que mais queria era sair do lugar onde morava, uma

encosta, junto a um paredão que ameaçava cair sobre a casa a cada chuva. O marido trabalhava, mas não era suficiente para sustentar a família,

“(...) um tantinho assim de dinheiro pra tanta gente, né? O dele não dava pra nada. Eu tinha que ajudar, eu tinha que trabalhar pra consegui botar meus filhos na escola e pra consegui qualquer coisa”.

E foi com muito trabalho que consegui manter os filhos na escola:

“(...) farda de escola pra esses filho todo, só Deus sabe o quanto eu trabalhei pra fazer. Desmanchando roupa dos outro que me dava, branca, que era pra fazer as blusas da escola, tudo isso, toda noite lavava as blusinhas, porque só tinha uma. Esses nove filhos foi criado assim”.

Como resultado de tanta labuta conseguiu juntar dinheiro e comprar a tão desejada casa em Pau da Lima. Era uma casa “horrorosa”, não tinha muro, entrava água por todo lado, mesmo assim ela gostou do “lugarzinho”. A casa, como quase a totalidade do bairro, fica num terreno íngreme, abaixo do nível da estreita e sinuosa rua. As péssimas condições da casa obrigaram-na a fazer as reformas necessárias para levar os filhos para lá. Com pouco e incerto dinheiro, pagando prestações da casa, ela levou cinco anos reformando, “devagarzinho subi o murozinho, desmanchei a casa pra aumentar, pra poder trazer os meninos pra cá”. O marido nunca concordou com a compra ou a mudança, por isso nunca ajudou em nada, ela fez tudo sozinha, pra ele estava muito bom onde eles estavam, e ele disse “se eu quisesse outra [casa] que eu trabalhasse pra fazer”. Ela trabalhou e fez. Depois de pronta ele foi morar lá, “disse que não vinha com o orgulho e depois veio, e morreu aqui”. Alice continuou vendendo “merenda”, chegou a construir um espaço próprio para este fim próximo à rua. Hoje ela só vende plantas que cultivava com todo cuidado na varanda da sua casa, o que torna o espaço muito agradável. Com todo orgulho ela me convida para conhecer a casa por dentro e mostra com destaque a limpeza e organização e, especialmente, os eletrodomésticos que tem – freezer, microondas, aparelho de DVD, de som, televisor grande, - coisas que muitas vezes pensamos ser próprio só das classes médias. Ela

ainda tem mais duas casas próximas à dela que estão alugadas, o que contribui para compor a renda. Dois filhos solteiros moram com ela, um com 40 e o outro com 32 anos, ambos estão trabalhando, mas um deles passou três anos desempregado e só mais recentemente conseguiu emprego, o outro trabalha esporadicamente como garçom no Pelourinho.

Outra idosa, Sra. Anita, tem 68 anos, ficou viúva há menos de um ano, teve 17 filhos, perdeu apenas o filho mais velho (52 anos), também recentemente. Nasceu no interior, perdeu a mãe ainda criança e o pai a “deu”, assim como seus irmãos, para ser “criada” por outra família não-parente. Fugiu de muitas casas em que foi maltratada. Não estudou, mas sabe ler “letra de imprensa” e escreve o nome. Casou aos 16 anos e logo começou a ter filhos, “foi um atrás do outro”. O jeito era trabalhar para sustentar tanta boca.

“Lavava roupa de ganho pra poder ajudar (...) o povo chegava assim pra deixar a roupa, eu ficava triste, aí o jeito que tinha era trabalhar”.

Mas sabia que teria melhor futuro trabalhando fora de casa. Consegui um emprego numa empresa, para trabalhar em serviços gerais. Ainda não tinha documentos necessários teve que pedir dinheiro emprestado para poder tirar. Deixava os filhos maiores cuidando dos menores. E confessa

“Eu já lutei, menina, pra criar 17 menino, não é brincadeira não (...) Minha vida foi lutada e eu ainda agradeço a Deus por ter ainda saúde”.

A casa era pequena para tanta gente e à medida em que os filhos foram crescendo a situação ficava ainda mais complicada. Era uma “aporrinhação”, passava a noite abrindo a porta para os filhos que iam chegando da rua. Pedia a Deus pra “ter um cantinho” sossegado. O jeito era bater uma laje e ir morar na casa de cima, briga comprada com o marido que não queria enfrentar o desafio:

“Se eu contar, a senhora vai dizer que eu tô mentindo, aqui não tem um centavo de ninguém, a casa é de laje, eu comprei meu material, eu fazia caixa. Sabe o

que é caixa? fiz caixa, aí fiz isso aqui, aí paguei o pedreiro, ele fez. Comprei porta, comprei tudo, sozinha e Deus”.

Depois de pronta “ele [o marido] não queria vir. O véio não queria vir não, ele veio na raça, não queria não. Eu disse se você não vai, eu vou. Daí ele passou uma noite ou foi duas, lá embaixo dormindo sozinho, quando ele viu que tinha que subir mesmo aí ele subiu”.

A idosa mora sozinha na casa de cima, na de baixo moram o filho caçula, uma filha solteira e uma neta. No fundo da casa os filhos foram construindo suas casas, são quatro “apartamentos” onde moram três filhas e um filho, casados, com suas famílias.

As outras também trabalharam muito para sustentar a família

Sra. Amélia, 63 anos, teve 14 filhos, 7 estão vivos, mora com o pai dos seus filhos há 42 anos, hoje ele está desempregado. Com o casal moram dois filhos, uma é empregada doméstica e o rapaz de 27 anos está desempregado. A família vive com o dinheiro da sua aposentadoria e a ajuda de alguns filhos. Ela “tinha que trabalhar pra ajudar meu marido a criar eles [os filhos]”. Conta orgulhosa:

“Bordava na maquina, saia pra vender, pra entregar, já tinha aquela amiga que entregava. Vendi muito bordado, costurava pra homem, costurava pra mulher, costurava pra todo mundo, qualquer tipo de coisa que você queria no figurino mandava eu costurar, eu costurava”.

Sra. Edna, 72 anos, solteira, criou sozinha os filhos que teve com um companheiro com quem conviveu por sete anos. Ela conta: “eu trabalhava, costurava em casa de família, era diarista, trabalhei muitos anos pra criar eles[os filhos]”, até uma cliente conseguir um emprego, serviço de limpeza, em colégio do estado. É aposentada como funcionária pública estadual. Com ela mora uma neta de 10 anos, cuja mãe, hoje com 37 anos, “nunca gostou de trabalhar não” e “agora ela me arranhou um tal de um alemão aí e tá por aí. Tá lá na Barra, lá junto com ele”. A idosa e a neta vivem com o dinheiro da aposentadoria. A filha aparece esporadicamente em casa e não dá nenhum tipo de ajuda.

Sra. Josefa, 79 anos, solteira, teve 11 filhos de dois companheiros, tem 5 filhas vivas. Trabalhou como empregada doméstica para criar os filhos, a maior parte do tempo sozinha, sem a ajuda física ou financeira dos pais dos seus filhos. Hoje mora sozinha e, diferente das demais, não tem filhos morando por perto. Eventualmente, um dos 16 netos passa dias lá com ela. É aposentada.

Sra. Paula, 77anos, é casada, mas, como ela diz: “Ói, eu sou casada, mas meu esposo ele se desafastou um pouco de casa”. Teve oito filhos, dois morreram recentemente. Ela começou a trabalhar aos 13 anos:

“Comecei lavando roupa da rua. Pegava aquelas camisa com goma pra engomar com ferro de cauvão. Era trouxas e mais trouxas (...) eu vou dizer a senhora, eu fui uma pessoa puxada... trabalhando pra criar oito filho, oito filho”.

A idosa não é aposentada, ainda trabalha vendendo acarajé com a filha que mora com ela. O filho que também mora com ela está desempregado, faz biscate.

Sra. Gleide, 94 anos, viúva, teve 10 filhos, 8 dos quais estão vivos. A idosa, como é comum entre as mulheres de sua geração, deixou de trabalhar fora de casa quando se casou, passando a se ocupar dos filhos que iam chegando em seqüência : “tive um filho, ai continuou, quando tava com um ano, dois, aparecia outro. Vida cansada né?”, diz ela. Recebe pensão e sustenta um filho solteiro, já também idoso (61 anos) sem emprego fixo, faz biscates. Com ela também mora outro rapaz, “filhos de criação”, de aproximadamente 40 anos, que tem emprego fixo, porém contribui irregularmente com as despesas domésticas : “...ele ajuda, comprar alguma coisa que precisar, ele compra. O dinheiro custa muito de receber, as vez, aí eu tenho o meu ai eu gasto”.

Sra. Marina tem 86 anos, é viúva, teve 6 filhos, atualmente tem quatro filhas. Assim como dona Gleide, deixou de trabalhar fora de casa quando casou, mas nos momentos mais necessários lavava roupa “de ganho” para ajudar na criação dos filhos. Ela mora no bairro há mais de 20 anos. Sua casa fica em um lugar de difícil acesso, porém ela sobe e desce as ladeiras e escadarias com invejável desenvoltura. Ela mora sozinha, mas nem tanto. Duas filhas fizeram suas casas no fundo da dela, quase que um contínuo, com uma estreita entrada lateral, porém com porta lateral de acesso para

a casa da idosa. Sua casa funciona como uma extensão da casa dos netos e bisnetos que brincam e assistem a televisão enquanto conversamos. Recebe pensão no valor de um salário mínimo.

Sra. Paloma é vizinha de frente de dona Gleide. Tem 67 anos, é viúva e tem cinco filhos. O marido teve AVC e ficou sob seus cuidados por 4 anos, até falecer. Mora em casa própria, deixada pela sogra, na qual ela levantou um andar para poder abrigar uma filha casada. Ela mora no andar de cima em companhia do cunhado que sofre de problemas mentais, herança também deixada pela sogra: “A mãe dele quando tava pra morrer me pediu pra tomar conta dele. Deus me perdoe, já me arrependi muito”, e um filho mais novo, alcoólatra que não casou e fica tempos com ela e tempos numa casa ao fundo da dela, também de sua propriedade. A idosa reclama bastante por ter de arcar sozinha com as despesas com o cunhado sem a colaboração dos familiares dele. Eles vivem com a pensão que ela recebe.

Os homens, que tiveram trabalho formal, estão aposentados, mas também, ainda carregam a responsabilidade de prover os filhos desempregados ou separados.

Sr. Valdemir, 80 anos, casado, teve nove filhos, tem oito vivos. Hoje está aposentado - foi funcionário da Petrobrás-, e mora há 49 anos no bairro. A casa onde mora foi sendo ampliada, ao longo do tempo. Quatro filhos moram no mesmo terreno, um na parte superior e outros três ao lado. Com o idoso moram a esposa e a filha mais velha (51 anos), com a filha/neta.

Começou a trabalhar aos 10 anos, na roça, “e nunca mais parei”. Parou de estudar, só fez até o “terceiro ano”, porque os pais não tinham condições.

“(...) dormi em cocheira de gado, dormi em serraria, porque não tinha recurso. Fui trabalhando, chamando por Deus, pedindo a Deus, e Deus me clareou os meus passos que eu cheguei onde cheguei. Arranjei um empregozinho, que cheguei a minha aposentadoria. Hoje eu tô tranqüilo, não me preocupo com nada, só me preocupo com minha saúde. Aí adquiri o que eu queria adquirir que era minha aposentadoria, pra hoje eu ficar tranqüilo”.

Ele é quem mantém a casa com sua aposentadoria, mas guarda em segredo a faixa de valor dos seus proventos, para que a filha não saiba. Durante a entrevista, na

qual a filha estava em casa e, atenta, muitas vezes intervinha na conversa, ele sinalizava para a entrevistadora indicando que não poderia falar na frente dela, depois diz “bota aí três”.

Sr. Valdir , 66 anos, casado, tem sete filhos. Aposentou-se por invalidez depois de sofrer um acidente vascular cerebral – AVC – e está também com Mal de Parkinson. Trabalhou muitos anos como motorista de caminhão, até ter o problema de saúde que o levou à aposentadoria. Na casa, moram o idoso, a esposa e três filhos homens. O único que tem renda garantido é o idoso. Os filhos estão desempregados, fazem doces e salgados em casa para vender e a mulher vende produtos da Avon, para ajudar nas despesas domésticas.

5.4. A dinâmica relação de dar–receber–retribuir em família

A família é sempre pensada como lugar natural da dádiva, na perspectiva maussiana. As relações de trocas e entreaajuda que se processam no seu interior, entretanto, são difíceis de serem apreendidas ou, mais que isso, por seu caráter simbólico e diversificado, e ainda, pelo intervalo no tempo entre os atos, como assinala Bourdieu (1996), de modo geral não são contabilizados ou são pouco percebidas como tal pelos sujeitos envolvidos na relação. A solidariedade familiar, desse modo, constitui-se como “uma rede subterrânea e invisível”, como expressa Pitrou (1977 apud Fernandes, 1997).

As solidariedades familiares adequaram-se aos novos modos de vida e arranjos familiares das sociedades urbanas industrializadas, na qual, mesmo quando perdem as características tradicionais de família extensa – coabitação, relações de poder hierarquizadas - os laços familiares são permanentemente renovados através das trocas vivenciadas cotidianamente.

Estudos na área têm demonstrado que fatores tais como proximidade espacial, gênero e estado civil, influenciam nas relações de troca, de reciprocidade familiar. Pude observar que os idosos/as entrevistados mantêm maior relação de troca com as

filhas que se encontram mais próximos especialmente os que moram junto com eles. Este fato pode ser interpretado tanto como o estabelecimento de uma relação mais estreita e compartilhada de entreaajuda quanto como uma certa imposição proveniente do próprio fato de morar junto ou mais próximo. Ademais, o tipo de ajuda fornecida pelos filhos especialmente mais próximos é mais instrumental, ou seja, diz respeito às coisas práticas, tais como, acompanhar o idoso ao médico, ao banco, prestar cuidados necessários, fazer compras, lavar roupas, limpar a casa. Vejamos como eles falam dos filhos com quem mais se relacionam e as ajudas que recebem deles:

Sra. Amélia, 63 anos, tem uma série de complicações de saúde, adquiridas ao longo da vida. Há muitos anos, desde a mocidade, apresenta transtorno mental e, mais recentemente, surgiram hipertensão, diabetes e Mal de Parkinson. Esses problemas vêm limitando sua capacidade funcional e a tornou mais dependente. Todas as atividades domésticas são realizadas pelo marido e pelos filhos que moram com ela. Sai pouco de casa por causa dos problemas de saúde, que dificultam subir e descer as ladeiras e escadas que dão acesso à sua casa. Nomeou a filha que mora com ela como sua procuradora.

“(...) essa que mora comigo me dá muita atenção, ela que é minha procuradora, é ela quem resolve tudo pra mim. É ela quem recebe, é ela quem tira o dinheiro de meu pão e me dá”.

O filho, que está desempregado e também mora com ela, “é que faz pagamento de água, de luz, de telefone, da Vital Med, que eu tenho a Vital Med também”

O marido tem 63 anos, não trabalha e não está aposentado. Ele passa o dia com ela em casa: “hoje ele cuida de mim, faz comida pra mim, ele que faz, que me dá merenda...”.

A ajuda financeira, além da filha que mora com ela, que trabalha como diarista três dias na semana, vem também dos outros filhos que moram fora:

“A que mora em Valéria me dá uma ajuda em dinheiro. A [filha] daqui telefona pra ela, ‘mãe já tá sem dinheiro pro pão, mãe já tá sem coisa’”.

Em outras ocasiões:

“Eu pra comprar remédio, comprar esses remédios de pressão, minha filha compra no cartão aí quando recebe meu dinheiro aí ela paga”.

“[o filho que mora na mesma rua] esse que faz biscate, quando faz biscate, que entra um dinheirozinho pra ele, ele me ajuda comprar meu pão, as vez ele diz assim ‘mãe deixa que eu pego seu pão hoje, que eu trago sua banana hoje’”.

As relações de ajuda financeira se fazem no interior do grupo, que parece buscar um equilíbrio entre a divisão de tarefas e a economia doméstica, num dinâmico movimento de reciprocidade. Desse modo, os que trabalham “pagam” pelos serviços realizados por outros que se encontram desempregados no momento.

“Quem lava a roupa já é essa menorzinha que passou aqui, que é a caçula. E a que trabalha paga a ela, da uma ajuda pra ela. Que ela também tem a filhinha dela pra comprar as coisas. O marido é empregado, mas ganha salário mínimo...”.

A solidariedade familiar, no apertado orçamento doméstico, se faz presente também na divisão do que se tem.

“Tem vez que ele faz biscate, tem vez que não faz nada, aí, nós damos uma ajudazinha a ele, num deixa ele passar fome. E esse que tá desempregado, que tá aqui comigo, dá, porque ele tá desempregado aí a gente tá dando uma alimentação a ele”.

Um esforço ainda maior se faz para “encaminhar” os netos:

“(...) esse mermo que fez 18 anos, eu mermo falei pra ele que vou dá um dinheiro a ele pra ele fazer essa carteira do exército”.

Sra. Edna, 72 anos, é uma das poucas que fala mais explicitamente dos conflitos familiares, do difícil relacionamento com seus dois filhos. Ela dividiu (literalmente, levantou uma parede dividindo a casa em duas, com entradas independentes) a casa dela com o filho que casou e hoje tem dois filhos (3 e 4 anos). Mas se refere assim à relação que tem com ele:

“o filho... é mais pra lá, pro lado da família dela [a nora]. É pra lá, pra mulher dele, acredita mais é nela e....Complementa enfaticamente “.... é um vizinho. Se tiver alguma coisa assim pra fazer aí ele vem, ainda faz, mas os vizinhos tudo me ajuda. Ele faz assim, toma a benção, "bença mãe". Vim pra aqui é difícil, entra [na casa dela] assim de ano em ano”.

Com a filha que também tem dois filhos de companheiros eventuais, uma de 16 anos, já casada e morando próxima à casa da avó, e a outra de 10 anos que vive sob os cuidados da idosa, pois ela “está na Barra com um alemão”, a situação é ainda pior:

“A minha filha é esquisita, não conversa comigo quase que nunca, nem a vida dela, pouca coisa. Ela é esquisita, uma pessoa que desde pequena que ela é calada”.

As relações de ajuda fluem mais no sentido da idosa para os filhos e especialmente os netos. Mesmo com prolapso da bexiga (popularmente conhecida como bexiga baixa), que não a deixa dormir a noite e a tem impedido de ir ao culto, ela sobe a ladeira para pegar os netos menores na escola. Ainda ajuda financeiramente o filho, quando “sobra”, mas fala aborrecida:

“Eu que estou interando de vez em quando, no mês que tá sobrando a mais eu dou..... ai vai comprar cerveja, vai... mas eu pago meu dizimo e ainda ajudo na minha igreja”.

Ela faz todas as atividades domésticas sem ajuda de ninguém. A ajuda do filho só se faz quando solicitada :

“Se houver alguma necessidade e chamar ele vai. Por exemplo, se eu for pra algum hospital vai me levar, vai me buscar, essas coisas assim, faz. Mas ela [a filha], é a coisa mais difícil... até agora”.

Fala das relações familiares como algo muito pesado que ela tem que carregar e se apega a Deus pra suportar a vida com resignação.

“Suportar nora, suportar neto, suportar pessoas que não entende a gente só quer ser entendido, não quer entender as pessoas, que são intolerantes mesmo, mas aí eu que tenho que tolerar... aí Deus me dá paciência pra isso, para tolerar também, e calar com as coisas que não é pra calar, que as pessoa sem fé em Deus, sem nada, dá vontade logo de chorar, de dar a louca, aí Jesus mobilizou, dá calma. Ôxe, a nora, só tá bem quando tá tudo bem do lado dela, quando você tá aceitando as coisa dela, mas no dia que você não aceitar uma coisa, aí as vez é um nada, um nada, você fala uma coisa, entende outra e bota que aquilo é aquilo mesmo, mas só pra poder perturbar. É muita coisa, mas mesmo assim eu vou me levando, vou agüentando, porque Deus vai me ajudando... é a vida”.

Sra. Anita, tem 68 anos, é bastante independente, faz todos os serviços da casa sozinha. Como é aposentada e agora recebe também a pensão do marido, não precisa da ajuda financeira dos filhos.

De todos os 17 filhos, são as duas filhas que moram em apartamentos no “quintal” de sua casa que mais lhe prestam serviços eventuais: fazer algumas compras, quando ela não quer ir, receber seu dinheiro no banco: “por que os ladrão já gosta de ... quando vê uma pessoa de idade como eu. Quem vai pra mim é aquela neguinha, aí eu peço a ela pra pegar, aí dou um agradinho a ela aí ela vai pegar, a minha e a dele [pensão do marido]”.

Apesar da idosa dizer que nenhum dos filhos precisa da sua ajuda financeira, pois todos trabalham, na fala anterior, mais uma vez podemos notar como funciona esta “rede subterrânea e invisível” de entreatajuda no espaço familiar.

Nem tudo são flores, há também os conflitos e as mágoas. Revela os conflitos, tipicamente geracionais e de valores, que tem com uma de suas filhas e um dos filhos: “Fala comigo e tudo, porque eu não fiz nada com ele, mas não é assim aquela coisa”.

“Ói doutora porque não é falar mal, mas se eu fosse uma mulher, que eu fosse sozinha e arrumasse um homem que ele, desculpe minha expressão, que ele quisesse só me usar, eu mandava ele pra casa da zorra, você não mandava não? Porque esse homem quando ele quer dorme aí [...] não resolve nada na vida, eu vou me meter pra ajudar? E ainda tem filho, ela tem um filho que não é dele, e ele tem filho que não é dela. E ela fica assim, quando ele precisa ele acha, relaxada é ela e eu digo mesmo que relaxada é ela, ela que ainda tá com ele, eu não taria mais. Não é porque o meu eu casei e só larguei por morte, mas se eu visse que não dava certo, eu mandava ele rodar, ficar perdendo tempo, não bota ela em casa, ela trabalha, nem despesa ela dá a ele, porque ela trabalha”.

Aos 94 anos Sra. Gleide tem a mobilidade comprometida, anda com dificuldade, mas é bastante lúcida, bem humorada, participa da vida dos dois filhos que moram com ela. É especialmente com um deles, também idoso, que ela mais conta, atribui isso ao fato dele morar com ela

“Ele é mais chegado a mim, mora aqui, né?.. Ele tem aquele cuidado. Ele é que tem mais cuidado, que recebe meus trocadinho....”

Recebe ajuda eventual dos outros filhos, mas se refere especialmente aos filhos homens:

“Quando eles podem, que tá mais desapertado, eles me ajuda um pouquinho. Não pode dar muito porque tem família, né?. O Orlando tem despesa, o Carlito também tem despesa, quando ele pode me arranja qualquer coisinha e me dá”.

Na impossibilidade de realizar as tarefas domésticas e ainda necessitar de ajuda para realizar atividades de auto-cuidado – banho, vestir-se, ir ao banheiro - , a idosa

tem uma "senhora" contratada para esse fim. Ela é a única do grupo que dispõe de ajuda não-familiar, o que representa um ônus "contabilizado" no restrito orçamento familiar, só conta com o dinheiro da sua pensão. As trocas familiares também têm um ônus, como temos visto, porém dificilmente são contabilizados como tal, tanto por tratar-se de alguém da família, portanto, aparece como obrigação, quanto por ser fornecido, em geral, por mulheres, desse modo aparece como parte das suas atribuições.

Sra. Marina é cheia de vitalidade aos 86 anos, cuida de tudo sozinha. Sai muito de casa, sozinha, apesar de morar em uma das regiões mais íngremes, para ir à casa de uma das filhas que mora no mesmo bairro.

Conta com a ajuda da filha que mora no fundo de sua casa, e de uma neta para acompanhá-la ao médico, ou alguma coisa que precise.

Sua aposentadoria, apesar de ser "pouca, muito pouca", lhe dá condições de viver independente da ajuda das filhas, e ao contrário, ajudá-las quando "a coisa aperta". Por medo da violência é uma neta que vai receber seus proventos.

Eventualmente, "um neto me pede pra ficar aqui em casa um tempo". Acolher netos, especialmente nos momentos de crise familiar, é uma prática observada também em outros relatos.

A presença de filhos homens morando com as idosas, como é o caso de Amélia, Paloma, Alice, não tem significado o maior envolvimento ou ajuda financeira ou instrumental deles – com exceção da Sra. Gleide, que apesar de ter "empregada" conta muito com a ajuda do filho.

Sra. Alice, por exemplo, tem dois filhos morando com ela e não conta com eles pra nada. Ela relata:

"Eu mesma vou receber o dinheiro, faço supermercado, pago um menino para trazer aqui em casa, eu arrumo, faço a comida, lavo, passo, agora tá melhor porque tenho máquina de lavar... eles não ajudam em nada não, não fazem nada pra ajudar não, tudo, tudo, tudo sou eu".

Inclusive financeiramente "(...) podia dizer assim 'toma aqui mãe 30 reais pra ajudar a pagar as contas..."

A fim de manter a paz “eu não gosto de oprimir ninguém não, aí vou levando (...) é melhor calar do que falar, né?”.

A idosa expressa claramente como os vínculos precisam ser construídos e mantidos cotidianamente, ao falar de uma das filhas, a que é “mais chegada”:

“(....) essa [uma das filhas], não tem um dia que não telefone pra mim pra saber se tô bem, todos os dias ela liga. As outras também não são ruins não, mas são displicentes. São displicentes porque tem telefone em casa, todos têm, mas não tem aquela lembrança ‘vou ver como está minha mãe’ (...) Essa menina é uma coisa incrível comigo. Às vezes as pessoas dizem ‘ah, porque a senhora gosta mais de fulana’, não, a gente gosta de todos, mas aquele que mais procura a gente fica mais apegado. O que nunca lhe procura você lembra porque é mãe, nunca esquece...mas não é tão chegado como o outro que procura todo dia, toda hora”.

Hoje dona Alice não depende financeiramente de nenhum filho, mas confessa que trabalhou muito para isso, porque “... tinha medo de eu amanhã ou depois eu ficar...procurar uma casa de meus filhos, a casa dos meus genros, eu não queria...”

A incerteza do futuro, o receio da dependência dos filhos “quando não tivesse mais forças”, o exemplo da experiência de violência e maus tratos cometidos por filhos/as, noras e genros, especialmente contra pessoas idosas, impulsionaram dona Alice a batalhar e para ter seus próprios recursos

“... ter que ir pra casa de um filho ou pra casa de uma nora, ser maltratado, porque hoje ninguém quer ninguém em suas casas, quer alguém em casa? Não quer, principalmente se tiver velho e doente e sem recursos. Se tiver um recurso e ainda dê pra eles, eles tiram e fazem que gostam de você. Porque a gente vê os exemplos aí”.

E, principalmente, ter o “seu cantinho” e não precisar nem dos filhos:

“A gente quando tá velho também, da minha idade, gosta de seu cantinho ... todo mundo gosta de ter seu próprio cantinho,, porque na casa dos outro a gente nunca se sente à vontade, a gente gosta de nosso canto, pra gente acabar nossos dia de vida, e acabar nossos dias de vida feliz e não mendigando”.

Os homens dessa geração, tradicionalmente, se mantêm como provedores da família, porém, dependem da ajuda das mulheres, esposas ou filhas, para realização das atividades da vida prática. A situação dos dois entrevistados não é diferente, entretanto é mais agravada pelos problemas de saúde.

Sr. Valdemir, hoje com 80 anos, foi um dos pioneiros no bairro, mudou para lá em 1958. Fala com muito orgulho sobre sua trajetória de trabalho que lhe possibilita ter cinco dos seus oito filhos morando em casas construídas no seu terreno e a garantia do rendimento de sua aposentadoria. Essa condição lhe permite continuar sendo o “chefe” da família. Mas já teve dois episódios de AVC, que deixaram como consequência limitação na mobilidade. Recebe os cuidados da esposa e de uma das filhas.

Mesmo com dificuldade para andar vai receber seus proventos sozinho. Segundo sua filha, que durante a entrevista esteve atenta, mesmo a uma certa distância e, por vezes, interveio no diálogo, ele sai escondido para receber o dinheiro, “quando a gente vai ver ele já foi e já voltou” , diz a filha.

Ajuda financeiramente os filhos, quando precisam, mas a maior ajuda é dada a essa filha e à neta, que moram com ele na mesma casa. Responde com evasiva qual dos filhos tem maior proximidade:

“Moça é o seguinte, eu gosto de todos os meus filhos, amo, amo todos os meus filho, agora sempre tem um que assim um preferido assim”.

Mais uma vez a filha participa da conversa e complementa “pra falar a verdade ele não conversa muito com a gente não (...) nem os problemas de saúde quando ele sente ele num diz, só quando a gente vê assim ele já ta mal”.

Sr. Valdir, 66 anos, também teve AVC há alguns anos e está com Mal de Parkinson. A aposentadoria que ele recebe é insuficiente para a manutenção do grupo

familiar – o idoso, a esposa e três filhos. A ajuda financeira dos filhos, mesmo irregular, tem sido fundamental, como ele mesmo diz: “Ai se não fosse os meninos, a gente não tava guentando!” . Ele toma nove medicações de uso contínuo, parte delas tem que ser comprada por ele.

A esposa também contribui com as despesas, vendendo produtos da Avon, mas sua maior ajuda está relacionada aos cuidados com ele, uma vez que, com o avanço da doença, ele tem se tornado cada dia mais dependente. Na sua ausência os filhos assumem seu lugar:

“Quando Raimunda não está em casa, o filho que tiver bota meu almoço, escova minhas costas. Eles têm muita paciência comigo. Eles saem comigo quando preciso”.

O idoso tem saído pouco de casa. Deixou de ir à igreja batista que freqüentava porque acha que as pessoas ficam lhe “olhando” – por causa dos tremores causados pela doença – e ele fica com vergonha.

5.5. Solidariedade local : vizinhos e amigos

A grande maioria dos idosos entrevistados mora no bairro há mais de trinta anos, isso significa dizer que ali constituíram suas famílias, criaram seus filhos, acompanharam o crescimento do bairro, assim como das famílias que ali foram chegando. Nesse processo de sociabilidade local foram construindo e estreitando os laços e as redes de vizinhança.

No caso dos idosos em questão, observa-se que a proximidade espacial dos filhos faz deles seus “vizinhos” imediatos. É a eles que os idosos mais recorrem na hora da necessidade. Desse modo, a rede de vizinhança, em geral, só é acionada na ausência ou impossibilidade dos filhos atenderem à demanda. Como diz dona Alice : “antes um vizinho perto que um parente longe, né? Porque, muitas vezes, você vai se servir é com um vizinho que tá perto, não é com um parente que tá longe”.

Essa relação de vizinhança é regulada por uma lógica, ao mesmo tempo, de intimidade e distanciamento, mas, principalmente, de confiança e reciprocidade. Ao mesmo tempo em que se conhecem intimamente – os afetos e conflitos familiares – não é conveniente freqüentar a casa do vizinho. Dona Marina expressa bem isso: “Todo mundo aqui na rua é amigo, mas é eles lá e eu aqui, não gosto de casa de ninguém”.

No que concerne às mulheres, essa premissa se revela fortemente como uma questão de gênero. Socializadas para desenvolver atividades no âmbito doméstico, diferente dos homens preparados para o espaço da rua, do trabalho, dos bares, uma mulher que fica na rua, na vizinhança, sem motivo justificável, não é vista com bons olhos. Há sempre a possibilidade de criar conflitos, fofocas, inimizades. O relato das idosas, especialmente o de dona Alice ratifica essa questão:

“(...) porque eu fui criada assim, eu não gosto de tá na porta de vizinho ... Porque uma boa dona de casa nunca falta o que fazer, nunca falta o que fazer dentro de casa. Às vezes a gente vê as pessoas pelas portas dando prosa, conversando, aí surge tanta coisa ruim, né? Briga, tudo...”

Conservar as boas relações de vizinhança, “tratar bem” aqueles que os rodeiam é imprescindível como norma de bom viver. A manutenção dos vínculos implica uma relação de confiança que envolve uma ética de obrigação de reciprocidade. Há uma expectativa, confia-se que em caso de necessidade possa efetivamente contar com a ajuda de qualquer um dos vizinhos. Do mesmo modo que se colocam também disponíveis quando forem solicitados.

“Graças a Deus todo mundo é legal, se eu precisar de alguma coisa, de algum favor, qualquer um deles [vizinhos], os que têm carro, eu tenho um menino que tem carro, mas mora por lá ô, longe. Mas, se eu precisar de um favor, qualquer um ajuda. A senhora sabe que a gente fazendo por viver é feliz em qualquer lugar” (Anita)

“(...) se precisar, se tiver uma precisão e me chamar, se precisar de mim eu largo tudo que tiver fazendo vou lá, espio, mas sair da minha casa pra casa de vizinho nenhum, não” (Alice).

“Eu trato meus vizinhos muito bem porque na hora que eu precisar tá de braços abertos” (Paloma).

Para os idosos é especialmente nos momentos de crise, de doença que o não cumprimento da “obrigação” de fazer ou receber visita do vizinho é quase imperdoável.

“Se tiver doente chego na porta, mas se não tiver passo direto, cada um na sua casa. Não ocupo vizinho com nada, só meus filhos” (Marina)

“Se eu precisar tirar a pressão e meu filho não tiver em casa e a filha dela [vizinha] tiver aí, aí ela vem e tira. Só é chamar ela” (Amélia).

“Os vizinhos cada qual é responsável. Eu não vou na casa dos vizinhos. Quando tá doente, geralmente eu vô procurar saber, se por exemplo morre ou vai no hospital, alguma coisa, eu procuro saber. Mas pra ficar trocando vai aqui, vai ali, vizinho aqui, vizinho ali, eu não gosto não” (Paula).

“Todos os vizinhos aqui foi me visitar” (Valdemir, quando teve “derrame” e esteve internado no hospital).

“Vem sempre uma [vizinha] aqui pra vê como eu tô”. (Gleide).

“(...) elas não vem aqui, não. Mesmo que eu adoença, ninguém vem aqui” (Sra. Josefa fala com magoa dos vizinhos).

Essas relações, entretanto, não se fazem apenas de solidariedades, mas também, de conflitos. Os conflitos são gerados especialmente quando há quebra das

normas da boa vizinhança, no caso dos idosos é principalmente o barulho que mais os afeta. Nesse sentido, relata Sr. Valdemir :

“(...) me dou bem com uns, e outros não. Meu vizinho aqui mesmo defronte a mim, a gente era assim ô [gesticula aproximando os dedos indicadores]. Ele aí botou um bar, bem aí... som aí direto, “nome” direto, na minha porta. Eles fazem é de propósito, tem dia que é a noite toda, sabe que eu sou um homem doente, não posso ouvir zoadas, mas ele faz de proposital, então, um elemento desse eu não posso ter contato nenhum. Você num sabe que eu já pedi várias vezes, então eu isolei, num quero conversa com ele e nem ele quer comigo, pronto acabou”.

Também a Sra. Amélia se indispôs com os vizinhos por causa do barulho das crianças:

“(...) os menino fica aqui me atentando, os meninos dela [vizinha que é também cunhada], aí eu me reto, e xingo”.

Raramente se referem aos vizinhos como amigos. As relações de amizade são bastante restritas e parecem pertencer a uma outra categoria. As mulheres, ou se referem às velhas amigas, às quais visitam periodicamente, passam a tarde ou dia na casa delas, ou as que, aparentemente, limitam-se aos encontros na igreja, a não ser pelas visitas feitas por mulheres da igreja católica àquelas que não saem de casa, como é o caso de dona Gleide:

“(...) tenho [amigas] aí da igreja mesmo, elas vêm aqui me ver, dá eucaristia”
(Gleide)

“Tenho amiga lá em baixo na rua, vou muito na casa dela, ela fica me chamando pra ficar na casa dela, `fica pra dormir´, eu não, vou pra minha casa”
(Paloma)

“ Tem vez que eu vou na casa dela [da amiga] aí digo assim ‘ai já tá ficando tarde, já é onze horas, eu vou embora’, ‘não vá não, demore mais, é tão bom’, aí eu digo ah não, vou embora, aí me prende, eu fico. Passo a tarde e venho pra casa já de tardinha” (Josefa).

“Tenho os amigos da igreja, né? (Edna)”

“Tem algumas amigas na igreja” (Alice)

Os homens, todos dois, dizem ter muitos amigos e com estes se encontram regularmente, quase todas as tardes, para bater papo ou jogar dominó ou dama.

De modo geral fazem e recebem poucas visitas, a não ser as dos filhos que moram longe e costumam visitá-los nos finais de semana. As mulheres, em geral, passam o dia envolvidas nas tarefas domésticas - arrumam a casa, cozinham, lavam e passam ferro - o que não significa uma vida solitária, pois têm sempre o entra e sai de filhos e netos, e ainda a companhia do rádio e da televisão que estão permanentemente ligados. Suas saídas se restringem às igrejas. Só duas, além dessas atividades, têm uma vida mais “agitada”, fora de casa. Dona Paula passa a tarde e parte da noite vendendo acarajé e está sempre procurando uma coisa para fazer, “emendando uns paninhos”. Dona Josefa, que mora sozinha e longe dos filhos, tem a semana preenchida com ioga, hidroginástica, grupo de convivência e aula de costura, e passa os finais de semana na casa de uma das filhas.

5.6. Os companheiros

Os estudos estatísticos têm demonstrado que as mulheres, diferente dos homens, passam os anos da velhice sozinhas, seja porque seus companheiros morrem mais cedo, seja porque seus relacionamentos se desfizeram ao longo da vida. As lembranças da vivência conjugal de muitos anos, em alguns casos, deixam saudade, especialmente, do compartilhamento dos problemas. Mas a saudade não apaga as

lembranças da experiência de submissão e humilhações que passaram em nome da família e dos filhos, como grande parte das mulheres desta geração.

Sra. Gleide, aos 94 anos, dos quais mais de 50 passou casada, ri quando pergunto se sente falta de um companheiro e diz:

“Eu não, minha filha, antes eu sentia, porque quando ele faleceu logo, eu sentia aquela falta, porque a gente sempre conversava. Tinha caso pra contar um para o outro, que as vez, nem sempre não podia conversar com filho. Então, só nisso que a gente sente aquela falta da pessoa”.

Mas é a Sra. Anita que conta com detalhes algumas coisas que teve que “agüentar” do marido, porém se orgulha de ter conseguido criar todos os 17 filhos:

“(...) 52 anos de casado, não é brincadeira não, a gente saber que não volta mais. Passei muitas coisas quando era moderna, mas já passou...”

Mas ficou na memória :

“Agüentei muita pirraça dele, arrumava mulher na rua e dizia ‘se quiser é assim, se não quiser é assim mesmo’. Doutora, eu olhava pra um lado, olhava pra aqueles meninos. Me criei na casa dos outros, porque mãe morreu no interior, e pai deu a gente, aí quando eu imaginava, já me criei pela rua, na casa dos outros, pra ver meus filhos aí a toa. Ele arrumava mulher na rua, ele ía pra festa, a senhora se lembra de goma, roupa na goma? ele tinha dois ternos. Ave que dia de sábado ele separava aquela roupa, ele tinha um terno de linho, de carrapicho, aí eu dava aquela roupa na goma, aquele colarinho todo engomado de goma. Aí quando voltava tudo aqui cheio de batom. Quem é que vai lavar? Eu sempre lavava. ‘Güentei’ muita coisa, mas eu vou dizer, doutora, eu não queria ver meus filho a toa, e graças a Deus tá todo mundo criado, hoje se eu morrer não faço falta não. (...) Passei, minha filha, muitas coisas aqui”.

Nem todas suportaram os maus tratos dos seus companheiros e preferiram cuidar sozinhas dos seus filhos. Sra. Edna, por exemplo, foi vítima de violência e preferiu ficar só.

“(...) o cara me agrediu, não dava certo (...) E eu nunca fui de suportar coisa de homem ruim. Não tô aqui pra tolera homem não, trabalhar pra sustentar piorou, meus filhos eu sustentei, mas homem da rua, não. Oxe, que nada, tenho cara de bobona (risos). Ter que sustentar homem o tempo todo, cheia de agonia, Deus que me livre. Não quis mais ninguém”.

Estar sem um companheiro não é sinônimo de solidão, nem parece ser encarado com pesar, ao contrário, muitas vezes, ficar só é uma decisão tomada deliberadamente a partir das experiências anteriores e que lhes dão sentimento de independência, autonomia e liberdade.

“Não [sente falta de um companheiro]. Ninguém me consome. Recebo minha pensãozinha, dá pra viver. Tenho minhas filhas. Tá bom. Pra que homem?”
(Marina)

“Eu sempre disse que se meu marido me deixasse ou morresse eu não ia querer mais ninguém” (Paloma)

“Minha companhia é esse rádio aí e Deus. Mas eu não me vejo insatisfeita, não tenho negócio de complexo, nem de..... eu não me acho só” (Edna).

5.7. Na ausência do Estado só resta a família: políticas sociais, aposentadoria e velhice

No âmbito da solidariedade pública, vimos que o Brasil conta hoje com uma ampla legislação visando a promoção e proteção aos direitos sociais do idoso, porém, grande parte das políticas sociais voltadas para essa população ainda não passa de

intenções. No que se refere à Seguridade Social, a Previdência parece ser a que tem um impacto mais constante e positivo na vida não só dos idosos, mas, também, nas relações intergeracionais na família.

As pesquisas têm apontado a importância das aposentadorias e pensões para a manutenção não só do idoso, mas para todo o grupo familiar e até mesmo para a economia de alguns municípios, especialmente no nordeste brasileiro. A falta de políticas de Estado que intervenham nas desigualdades sociais, que diminuam o índice de desemprego, que afeta especialmente as gerações mais jovens, e, por outro lado, as restrições cada vez maiores no acesso aos benefícios previdenciários e assistenciais e a não implementação de programas assistências voltados para a população idosa têm tornado a família uma fonte de apoio imprescindível para todas as gerações.

A solidariedade familiar, as trocas intergeracionais têm-se dado de muitas maneiras – coabitação, ajudas financeiras, trocas cotidianas, guarda de netos – especialmente, no sentido dos pais idosos para os filhos adultos e netos. As aposentadorias e pensões, ou seja, o sistema de solidariedade pública, têm sido fundamentais na manutenção dos vínculos familiares.

Os idosos entrevistados reconhecem que, apesar do valor recebido ser pouco, é com esse dinheiro certo que contam para sobreviver e, quando necessário, ainda ajudam os filhos. Dão graças a Deus por poder contar com ele face às situações de necessidades vividas por eles em fases anteriores de vida, e da falta de emprego ou de perspectivas dos mais jovens. Na fala deles:

“Ainda dou graças a Deus, né, por receber esse pouquinho, que tem muitos que nem isso recebe. A gente deve agradecer a Deus” (Sra. Gleide).

“Eu acho pouco, mas Deus multiplica, né?. Dá pra viver, vou vivendo. Graças a Deus eu não passo fome, não. O filho quando não tava trabalhando e tava morando de aluguel era eu quem ajudava” (Sra. Edna).

“Pra mim tá bom, se fosse até menos eu tava satisfeita, porque eu lutei tanto, minha filha, passei por tanta dificuldade, tanta coisa, não posso tá reclamando. É

um dinheirinho certo todo mês. Pior é quem tá trabalhando aí que às vezes nem recebe” (Sra. Alice).

“Eu digo que é ótima porque eu trabalhei muitos anos pra adquirir e é com essa aposentadoria que eu tô sobrevivendo. E não é ruim minha aposentadoria, eu pego um trocadinho que dá pra eu comer, pra juntar não dá, mas pra comer dá” (Sr. Valdemir)

É com esse dinheiro pouco, mas certo que as despesas da casa são pagas. No caso dos que ganham um pouco mais a sobra ou vai pra ajudar os filhos que precisam ou para fazer um “fundo de reserva” para não vir a precisar dos filhos:

“Pago a água, a luz, aí deixa uma reservazinha pra se precisar de alguma coisa, porque eu não gosto de ficar pedindo, porque outro dia, aquele que eu te falei [o filho], fui pedir um negócio a ele, aí ele: “a senhora já gosta de pedir” (fala baixinho). Não é orgulho, eu bato na boca, não vou dizer que eu não preciso, mas enquanto eu puder me livrar de pedir qualquer coisa a ele, eu me livro” (Sra. Anita).

“Compro o que precisa, compro coisa pra dentro de casa, pago a água, pago a luz, compro o gás, pago essa moça, pra fazer a limpeza” (Sra. Gleide).

“Eu faço supermercado, eu pago luz, eu pago água, eu pago telefone, eu pago remédio, eu compro as coisa que precisa pra dentro de casa. Se acontece de um filho me pedi emprestado eu tiro e dou. Se ela [a esposa] precisar eu tiro e dou, entendeu?”

E acrescenta com orgulho próprio de pai provedor:

“...então eu me considero um ótimo pai, que dentro da minha casa não falta nada, na graça de Deus. Que quando eu vim morar aqui eu morava numa casinha de taipa aí em baixo e com esse emprego que eu tive minha

aposentadoria foi que eu adquiri alguma coisa. Tudo aí é nosso [mostrando o terreno e as casas dos filhos construídas nele] (Sr. Valdemir).

Duas das entrevistadas estão com o orçamento apertado, a primeira porque fez um empréstimo consignado para construir um sanitário dentro de casa e fazer uma pequena reforma na casa. O dinheiro não foi suficiente para terminar a obra e sua aposentadoria ficará reduzida por 2 anos. Entretanto, ela está convencida de que foi um bom negócio, pois esse é o único meio para realizar seus sonho ou necessidade:

“(...) é 90,00 reais que ele tira todo mês, por dois anos, mas o juros é grande. Mas no fundo vale, porque eles vão esperar quase dois anos que vão cobrar meu empréstimo e só depois vão ter o lucro, não pode ser menos não. Eu peguei 1600,00 [reais]. Eu nunca fiz nada porque não dava” (Sra. Edna).

A segunda “associou” o filho desempregado e a ela mesma no RR Soares - uma espécie de rede evangélica que tem programa na televisão – na esperança de que os problemas de ambos sejam resolvidos.

“Eu me associei no RRSOares, depois eu associei meu filho que tá desempregado pra ver se Deus ajuda que ele se emprega logo, porque eu fico com pena dele desempregado (...) elas [as filhas] não queria que eu associasse meu filho, eu disse: não, eu vou associar meu filho, pra vê se ele se emprega logo, vê se Jesus abençoa ele né? porque nada pra Jesus e Deus é difícil. (...) eu mando 30 reais meu e agora que associei meu filho, mando mais 30. Ai diminuiu meu dinheiro” (Sra. Amélia).

Os idosos, tanto os homens quanto as mulheres, mesmo vivendo na comunidade onde, aparentemente, têm mais acesso às informações, desconhecem os direitos dos idosos, ou melhor, já ouviram falar, mas não sabem do que se trata, nem a Política Nacional do Idoso e nem o Estatuto:

“Já ouvi falar na televisão” (Sra. Amélia).

“Já ouvi falar, mas não sei não” (Sra. Anita).

“Ah doutora, não sei, ainda não procurei” (Sra. Alice).

“Já ouvi falar aí, (risos) a cabeça não dá pra lembrar não. Eu acredito que o idoso deve ter paz, sossego, entendeu?” (Sr. Valdemir).

Quanto ao atendimento prestado pelo SUS, as reclamações são muitas, especialmente da morosidade do sistema, o idoso continua não tendo prioridade. Mas há aqueles que se sentem bem tratados, e já que não tem outro jeito...

“Não é uma coisa muito boa como se fosse um particular, porque eles demora. Se marcar um exame como esse mesmo do coração que marcou e levou não sei quantos tempo pra me atender. Foi pra fazer um exame, foi não sei quantos tempo pra atender, pra fazer um exame” (Sra. Amélia).

“Doutora, pra mim tá bom, porque, graças a Deus, quando eu preciso o pessoal me trata bem, então eu não tenho que falar. Porque, a senhora sabe, não tem dinheiro pra pagar tem que ir pra o SUS mesmo, é o que socorre a gente” (Sra. Anita).

“Graças a Deus não tenho o que falar. Me tratam muito bem, não tenho o que falar” (Sr. Valdir).

O Sr. Valdemir, como usa o convênio da Petrobrás, considera o SUS

“(...) caquético, né?, Tá passando aí na televisão, que Deus me livre da humilhação”.

Quase todos fazem uso de medicação de uso contínuo e nem sempre encontram o remédio no posto ou o posto não dispõe de todos os medicamentos receitados pelo médico. Tem que ter o dinheiro sempre disponível para comprar.

“Às vezes eu compro, porque nem todo remédio o posto tem” (Sra. Anita).

“Ele me dá a receita pra eu tomar no posto. pego, com a receita que eles dão. Mas, quando não tem, peço pra minha neta comprar na farmácia” (Sra. Gleide).

Sr. Valmir tem muitos problemas de saúde, inclusive Mal de Parkinson e recebe a medicação no CREASI, mas toma outras medicações que não são oferecidas pelo serviço público. Ele é o único que conhece o CREASI.

“Recebo parte das medicações lá [no CREASI], tem outros que eu compro”.

A vida de trabalho pela sobrevivência parece ser uma seqüência, sem tempo nem condições para planejar a velhice ou talvez nem se espere que chegue até lá. Mas uma meta sempre presente é a casa própria, sonho que realizaram.

“Não [planejou o que iria fazer quando se aposentasse], eu planejei que não queria ficar toda vida morando em casa de aluguel. Deus tinha que me amostrar a minha casa, e com isso ele me amostrou. Mostrou o terreno, eu fiz a casa. Eu tenho aquele gosto de comprar as coisa de dentro de casa” (Sra. Paula)

“Ah, eu peço a Deus que ele me dá, um sonho que eu tenho, que eu quero, a lage da minha casa. Por enquanto ainda não tá lá.” (Sra. Josefa, sonha em poder levar uma das filhas para perto dela).

A velhice vai sendo vivida sem muitas expectativas, sem pensar no futuro, ou o futuro é agora, e, quanto mais a idade chega, o futuro fica ainda mais próximo.

“Ai doutora, nunca pensei nisso. Quando tem um tempinho saiu, vou pra igreja, aí vai levando” (Sra. Anita).

“Futuro, eu não penso mais é nada. Eu espero que Deus me dê a vida até o dia que ele mesmo quiser. Eu tô no fim da vida, minha filha, vou pensar mais nada. Eu! Chegou essa idade assim, cabou. Cabou o prazer” (Sra. Gleide).

“Esse mesmo,né? O futuro não tem jeito” (Sra. Marina).

“Qual é o futuro mais que eu tenho. O meu futuro agora é comprar meu paletó de madeira e viajar” (Sr. Valdemir).

Sr. Valmir teve seus planos interrompidos pela doença ...

“Queria viajar para o interior, ter uma casinha no interior. Queria ter um carro pequeno. [Agora} Nenhum, só saúde. [e sonha] Se pudesse queria trabalhar de novo”.

Sra. Anita, ainda cheia de vitalidade, se lembra do tempo que passou cuidando e se dedicando aos filhos e se nega a ser cerceada por eles:

“Quando eu era moça era bom, porque eu ia pras minhas brincadeiras, minhas festas. Aí, me casei, aí depois, tome menino, tome menino, e a gente nunca teve condições de ir pra lugar nenhum. Agora, depois que tá todo mundo criado... ninguém vem pra cá me empatar de ir pra um lugar não, que não tem conversa. Eu criei filho, filho não me cria, não. Porque tem umas mães que é abestalhada, os filho diz ‘mainha a senhora não vai pra lugar nenhum não’. Vou. Agora veja se eu vou fazer vontade a filho. De hoje a oito vai ter um passeio aí, e a gente vai [ela e um grupo de pessoas da rua onde mora]”.

A velhice é vista pela maioria com otimismo, tempo de contabilizar as vitórias, mas as limitações e dependência metem medo e quando se instalam fazem dela uma fase ruim.

“Eu estou contente com ela [velhice], todo dia eu digo, feliz quem chega na idade que eu estou. Feliz, sadia, batalhadeira, batalhei, venci muitas coisas e hoje estou com 69 anos, então eu só tenho que dá gloria a Deus, né?” (Sra. Alice)

“Só quando a pessoa fica doente, assim na cama é que é ruim” (Sra. Paloma).

“Não quero ficar em cima de uma cama dando trabalho aos outros, não” (Sra. Anita)

.”A velhice é uma coisa boa. É melhor viver até os 80, 90 do que morrer cedo, né? Eu acho ótima” (Sr. Valdemir).

“A velhice é quando a pessoa fica velha, não pode trabalhar, não pode mais fazer nada, esperando pelos outros fazer, e é isso aí até o dia que Deus mesmo quiser. Chegou a velhice, cabou, perdeu a graça. Não é bom não, viu, é ruim mesmo” (Sra. Gleide).

6. SOLIDARIEDADE E RELAÇÕES INTERGERACIONAIS

A tensão na definição das responsabilidades e obrigações sociais para com os mais velhos é gerada nas relações entre as gerações. Como podemos verificar, tanto o sistema de solidariedade primária quanto a solidariedade pública ou secundária, ambos dizem respeito às formas como as gerações se relacionam. No primeiro, trata-se da maneira como as redes de relações primárias são mantidas ou recriadas entre as gerações no decorrer do tempo e essas também sofrem a influência das formas de solidariedade pública estabelecida nos diferentes momentos histórico-sociais. No segundo caso trata-se da transferência de recursos dos ativos para os inativos (os jovens contribuindo para a aposentadoria dos velhos), ou seja, a relação das sucessivas gerações criada através de políticas sociais

São exatamente esses pontos que ainda gostaria de retomar brevemente, considerando que estamos vivenciando um momento de mudanças das relações entre as gerações no qual precisamos confrontar posições tradicionais com as novas configurações demográficas, políticas, econômicas, sociais e familiares geradas e geradoras de tais mudanças. Os dados desta e de outras pesquisas na área nos ajudam a refletir sobre essas questões.

A primeira questão diz respeito à naturalização da família como espaço harmônico, propício para viver a velhice, onde o/a idoso/a encontra apoio, proteção e cuidado incondicionais. A segunda, refere-se às políticas públicas que reforçam essa idéia acerca da família e a responsabilizam por tais cuidados, fazendo vista grossa para o processo de mudança em curso e a repercussão das referidas políticas nas relações familiares.

Para Bourdieu (1996, p.133-134) a família é um princípio de construção da realidade social, mas um princípio de construção socialmente construído, comum a todos os agentes socializados. Ele alerta para a necessidade de “deixar de apreender a família como um dado imediato da realidade social, para ver nela um instrumento de construção dessa realidade”. É preciso pensar a categoria família tanto na sua existência objetiva quanto no espírito. Nas sociedades modernas o Estado é o principal

responsável pela “construção de categorias oficiais”, e o faz através de um trabalho de codificação que combina efeitos econômicos e sociais bem concretos, visando a privilegiar uma certa forma de organização familiar, reforçar e encorajar o “conformismo lógico” e o “conformismo moral”.

Para esse autor, a família é produto de um “trabalho de instituição” ritual e técnico com o objetivo de instituir de maneira duradoura sentimentos adequados e assegurar a integração, que é a condição de sua existência. Os ritos de instituição – adoção de nome, casamento, etc. – visam a constituir a família como uma unidade estável, unida, integrada, indiferente à flutuação dos sentimentos individuais. Outros atos dão continuidade a esse processo inicial a fim de reafirmar e produzir “as afeições obrigatórias e as obrigações afetivas do sentimento familiar (amor conjugal, amor paterno e materno, amor filial, amor fraterno)”. Mas, para a manutenção dos laços afetivos, lembra o autor, é necessário um “trabalho simbólico e prático”, no qual a obrigação de amar se transforma em “disposição amorosa”, gerando dos membros da família um “espírito de família”. Este espírito de família se traduz em gestos de generosidade e de solidariedade, que se expressam nas inúmeras formas das trocas cotidianas - de serviços, de ajuda, de visitas, de atenções, de gentileza -, e nas trocas “extraordinárias e solenes das festas familiares” (BOURDIEU, 1996, p.129-130).

A família é também considerada o lugar básico da dádiva, é o lugar onde ela se mostra intensamente, é onde se aprende a dar sem pedir nada em troca. Godbout (1999, p. 41) afirma que a família se fundamenta, ela própria, no princípio da dádiva. A união de dois estranhos cria o vínculo próprio da dádiva, formando o “núcleo daquilo que será o lugar menos estranho, o da própria definição do que não é estranho: a família”. É o encontro entre dois estranhos que produz a relação de dádiva, o lugar de transmutação, o lugar de ‘nascimento’, do aparecimento do vínculo social e não apenas biológico. É através dessa transmutação – de estranho a familiar – que a sociedade perpetua-se como sociedade, renovando a aliança em cada geração.

Mas, a família, lembra Britto da Motta (1998: 71), também é

(...) o lugar social dos afetos radicais – onde as relações são quase simbióticas, as afeições mais doces e os embates entre os sexos/gêneros e as gerações podem ser mais dolorosos. Onde se encontram os modelos de sentimentos em estado mais depurado: os amores, as aceitações ilimitadas, as mais fundas

solidariedades; ou as rejeições mais chocantes, os conflitos cotidianizados, ressentimentos 'inexplicáveis' e ódios. Explícitos ou recalcados.

As relações familiares comportam tanto atos solidários, amor incondicional, quanto conflito, ressentimentos e ódio, ou seja, as relações familiares não se dão com a tranqüilidade que se idealiza, mas o espaço familiar é um palco de contradições e de sentimentos que são permanentemente revisados. Deste modo, a solidariedade familiar não pode ser pensada como "natural", mas ela está na dependência de como os laços entre seus membros são criados e recriados cotidianamente. Só assim se pode perceber quais são os que fazem parte da rede familiar, que obrigações e responsabilidades têm com os outros membros e que tipo de apoio se pode esperar desses.

Nunes (1995, p.11) assinala que os direitos e obrigações para com os membros da rede familiar são estabelecidos sob duas condições: primeiro em função de algumas características, tais como: sexo, idade, geração, relação de parentesco, proximidade de residência, profissão ou ocupação, "de acordo com definições tácitas do que deve ser o comportamento adequado dos actores sociais em função dessas características". E, em segundo lugar, esses direitos e obrigações se apóiam no que o autor chama de "práticas de ancoragem", ou seja, em atividades que confirmam ou redefinem o lugar que os sujeitos ocupam na rede de solidariedade primária, uma vez que o fato de fazer parte da rede por nascimento, casamento ou afinidade não garante sua permanência nela, pois "o estatuto pode ser modificado através da história subsequente dessas relações, podendo mesmo conduzir, em certos casos, à exclusão". A permanência na rede de solidariedade primária, portanto, depende do sistema de troca, de dádiva, que ocorre no interior da rede, criando e recriando os laços sociais.

A "naturalização" da família, tanto como fonte de apoio – financeiro, de proteção e cuidados – quanto como responsável pela reprodução social, alimenta a crença de que ela – família – seja capaz de realizar a redistribuição interna dos recursos e ajuda mútua, independente das determinantes de gênero, idade, relação afetiva, reciprocidade, etc. Nega-se, com isso, a vulnerabilidade, a dependência e a exclusão que acontece no seu interior.

Cabe lembrar aqui as diversificadas e fluidas conformações familiares na atualidade que, em boa medida, refletem como vêm se dando as relações entre as gerações, especialmente no que concerne às gerações mais velhas: o aumento progressivo de mulheres idosas chefes de família; o crescimento de arranjos familiares compostos de mulheres sem cônjuge e com filhos adultos dependentes dela; o aumento de unidades domiciliares unipessoais, especialmente de mulheres idosas; o envelhecimento e maior longevidade da população, principalmente feminina; e as precárias condições econômicas e sociais em que as famílias têm vivido, em especial aquelas chefiadas por mulheres.

Esses dados revelam a situação de maior vulnerabilidade social das mulheres, aumentando a possibilidade delas precisarem mais das políticas públicas, ou mesmo tornarem-se dependentes delas, como é o caso das idosas moradoras dos asilos.

Pesquisas que buscam identificar os tipos de arranjos familiares e as transferências de apoio familiar (SAAD, 2003, 2004; WILMOTH, 2002; ATTÍAS DONFUT, 1995), constatam que as ajudas dadas pela geração mais velha às mais novas são mais intensas quando o/a idoso/a é o/a chefe da família. Mas, a reciprocidade nem sempre ocorre. Como observado nos depoimentos das idosas entrevistadas, as trocas, muitas vezes, estão relacionadas aos condicionantes sociais tradicionais dos papéis de gênero e geração, gerando um duplo encargo às mulheres: por um lado, grande parte delas, assumem o lugar do provedor – função que elas já vinham desempenhando ao longo da vida, mas tradicionalmente pensada como atributo dos homens -, por outro, como mães, a obrigação de cuidar dos filhos, mesmo já homens adultos. Ao passo que, esses filhos homens impossibilitados pelas contingências macrosociais de prover a família, também não contribuem com as tarefas tradicionalmente femininas.

A co-habitação entre gerações tem sido uma demanda das gerações mais novas, em decorrência, especialmente, das precárias condições de trabalho, pelo desemprego ou ainda, pelo rompimento de relações afetivas. Entretanto, o compartilhamento do espaço familiar não garante o bem-estar do idoso, como vem sendo apregoado pelas políticas sociais na área. Ao contrário, pode representar um ônus para o idoso na medida em que, muitas vezes, ele se vê obrigado a retornar ou

permanecer no mercado de trabalho a fim de garantir a sobrevivência do grupo familiar (SIMÕES, 1998; PEIXOTO, 2004). Não esquecendo que é no espaço familiar e por familiares, especialmente filhos e cônjuges, que ocorre o maior índice de violência contra o idoso, principalmente contra as mulheres idosas (MENEZES, 2000; SANCHES, 2006; BRASIL, 2005).

Por outro lado, viver sozinho não significa abandono familiar, as possibilidades de troca familiar e de assistência recebida pelo idoso podem ser ainda mais intensas, especialmente quando há uma proximidade entre as residências, situação muito comum entre as famílias das classes populares. Além disso, as pesquisas (BRITTO DA MOTTA, 1999; GOMES, 2001; CABRAL, 1997) têm demonstrado a satisfação e sentimento de liberdade e autonomia, especialmente expressado pelas mulheres que tem ampliado seu espaço de sociabilidade para além da família – morando ou não com ela: mulheres que participam de grupos de convivência de idosos.

O alongamento da vida, proporcionada pelo desenvolvimento científico e tecnológico, especialmente na faixa etária considerada idosa – a partir dos 60 anos -, vem modificando o sentido da velhice, tornando a experiência de envelhecimento ainda mais heterogênea, porque, como lembra Britto da Motta (2007, p. 114):

(...) entre os 60 e os 110 anos, e mais, experimenta-se momentos diferentes na trajetória de vida e na participação no ciclo de reprodução na família, como também no desenvolvimento dos grupos domésticos, na atuação no mundo do trabalho e na política.

Um dos efeitos que essa crescente longevidade tem produzido é a coexistência de várias gerações na família. As mulheres, por viverem mais tempo que os homens, vivenciam mais essa experiência. Segundo Attias-Donfut (1995) a geração mais solicitada é aquela que se situa no meio da cadeia, a qual ela refere como “geração pivô”, ou seja, uma geração de mulheres idosas ou de meia-idade que se vêem obrigadas a dividir os cuidados e o apoio tanto com as gerações mais velhas ou ascendentes – pais – quanto com as gerações mais novas ou descendentes – filhos e netos. Este fato traz sérias conseqüências se considerarmos que 44% das famílias do nordeste brasileiro (IBGE, 2006) possuem rendimento de até ½ salário mínimo per capita, e, juntando-se a este fato, as mulheres estão, em proporção crescente de casos, assumindo a responsabilidade ou a chefia da família, especialmente mulheres com

mais de 60 anos, como vimos. Estes dados são extremamente reveladores das condições de precariedade a que as famílias vêm sendo submetidas e neste contexto destaca-se a posição de vulnerabilidade das mulheres, pondo em cheque, deste modo, as possibilidades de manutenção dos laços familiares, principalmente, quando elas ocupam a posição de pivô na família – como cuidar dos pais idosos?

Outro aspecto importante relacionado ao alongamento da velhice diz respeito às variadas condições de saúde e graus de dependência física ou mental no decorrer do processo e a necessidade de apoio e cuidados correlatos a essas condições. Estudos que analisam a relação entre arranjos familiares e a demanda assistencial dos idosos no Brasil, como os desenvolvidos por Lebrão, Duarte e Lima (2005) constatam que o grau de dificuldades na realização das atividades aumenta com a idade e o auxílio fornecido pelas famílias aos idosos é inferior às necessidades deles, o que compromete sua qualidade de vida. Os homens recebem mais auxílio que as mulheres, fato que pode estar relacionado com o estado conjugal: os homens recebem ajuda das suas companheiras. Só 50% dos idosos com dificuldades recebem ajuda familiar. Do mesmo modo, um estudo sobre os muito idosos no Município de São Paulo, descrito por Ferreira (2006), mostra que “uma proporção alarmantemente alta de muito idosos” não recebem ajuda nem para a realização das atividades básicas, e conclui sugerindo que “a família não consegue atender a essa sobrecarga de demanda e que os muito idosos são deixados em situação de desamparo”, tanto pela família como pelo poder público.

Entre os idosos moradores da comunidade/bairro podemos constatar que os dois homens entrevistados tinham problemas de saúde e eram plenamente assistidos pelas companheiras e filhos. A única mulher que apresentava limitações físicas, e era também a de mais idade, afortunadamente contava com o cuidado formal, ou seja, de não parente - situação ainda pouco comum nas classes populares. Apesar de ter oito filhos/as, só conta com a ajuda mais efetiva de um filho, também idoso, que mora com ela.

Ainda com relação aos cuidados demandados por idosos com limitações da capacidade funcional de diferentes origens e graus, muito vem sendo estudado (SANTOS e RIFIOTIS, 2006) sobre o chamado “estresse do cuidador”, principalmente familiar, provocado pelas dificuldades relativas ao cuidado com o idoso. O desgaste

físico, o sofrimento emocional, o isolamento social impingido pelo cuidado contínuo do idoso são aspectos que comprometem a qualidade do cuidado e a saúde tanto do idoso quanto do próprio cuidador.

No que concerne aos idosos moradores do Abrigo é interessante observar como as diferenças de gênero são um fator de peso nas relações intergeracionais. Não só na instituição estudada, como também em outros estudos na área (CHAIMOWICZ, F., GRECO, 1999 ; HERÉDIA et al, 2004; YAMAMOTO, 2002.) as mulheres estão em proporção muito maior à dos homens (70% em média), proporção esta muito superior à encontrada na população idosa em geral, e que não se justifica só pela maior longevidade feminina.

Este fato é aparentemente contraditório se considerarmos que as mulheres são as principais responsáveis por manter, criar e reproduzir as relações sociais. Vários autores (NUNES, 1995; BOURDIEU, 1996; CAILLÉ, 2002; GODBOUT, 1999) são unânimes em reconhecer que é sobre as mulheres que recaem os esforços na manutenção dos laços sociais, não só nas redes de solidariedade primária, mas também na solidariedade entre estranhos ou na dádiva a estranhos. Godbout (1999) destaca a posição central das mulheres no sistema da dádiva. Nas sociedades primitivas elas chegavam a ser elemento de troca em sinal de aliança (BALANDIER, 1977). Nas sociedades modernas elas são as principais agentes de todos os tipos de dádiva – ritual, íntima, comunitária, e da dádiva a estranhos, são elas que prestam a maior parte dos serviços voluntários, especialmente, as mais velhas.

As pesquisas recentes sobre solidariedade intergeracional na família (ROSSI, 1995; ATTIAS-DONFUT, 1995; CAMARANO, 2003, 2004) revelam o importante lugar que as mulheres ocupam no circuito das trocas intergeracionais. A pesquisa de Rossi (1995), por exemplo, que trata das relações de gênero e das obrigações normativas para com a parentela, revela a maior intensidade das relações de reciprocidade, intimidade e de entreatajuda na díade do mesmo sexo, de mães e filhas, que a encontrada entre pais e filhos. Aqui duas questões surgem em articulação com gênero: o estado conjugal e a constituição e manutenção do laço filial. No primeiro caso, observa-se que um número maior de mulheres permanece ou ficam sozinhas em algum período ou ao longo de suas vidas, por um lado, porque a diferença populacional

entre mulheres e homens faz com que um maior número delas permaneça solteira, por outro, porque as mulheres recasam com menor frequência que os homens após a viuvez e a separação/divórcio. No segundo caso - constituição e manutenção do laço filial – observa-se que quando há separações/divórcios a relação mãe- filho/a permanece, já que é com elas que, em geral, os filhos ficam morando, ao passo que os laços entre os pais - filhos/as vão gradativamente se esgarçando, chegando muitas vezes ao rompimento, devido ao afastamento prolongado deles.

No caso dos idosos institucionalizados estudados, observamos nitidamente esta situação. Por um lado, temos quase a totalidade das mulheres na condição de solteiras e viúvas, sem filhos; isso faz com que essas mulheres não possam contar com o apoio familiar/filial. Por outro lado, temos a metade dos homens oficialmente solteiros, porém, também a metade com filhos ainda vivos. Confrontando as histórias de vida desses homens e mulheres, verificamos, com frequência, casos de abandono e alcoolismo como fator predominante do afastamento na relação pai-filhos. Se acrescentarmos, ainda, a situação financeira de homens e mulheres, veremos que a condição econômica das mulheres é duplamente afetada pelo subemprego e por salários sempre mais baixos que os dos homens. Esta situação se agrava ainda mais nos casos de separações e viuvez, já que, quase sempre, são elas que assumem sozinhas os encargos com a família. Por outro lado, os homens, nos casos de separação ou viuvez, desfrutam de melhores condições financeiras, e, muitas vezes, recasam com mulheres mais jovens que passam a ser suas cuidadoras na velhice. Há então uma probabilidade muito maior das mulheres que não tiveram filhos precisarem de ajuda em vários períodos de suas vidas, especialmente na velhice. Mas mesmo aquelas que tiveram filhos não estão isentas de necessitarem de apoio extra-familiar na velhice.

Esses são pontos essenciais que precisam ser considerados quando se trata de pensar as políticas de proteção social que têm como base a família.

Na atual conjuntura de diminuição progressiva dos recursos do Estado destinados ao sistema de proteção social, ou seja, na tentativa de restrição de responsabilidades do Estado e instauração de um Estado Mínimo, tem-se questionado a influência das ações deste nas transformações das relações entre as gerações. Neste sentido Caradec (2001) aponta duas teses que vêm sendo confrontadas: a da

substituição e a do reforçamento. Na tese da substituição alega-se que a solidariedade pública ao substituir a solidariedade primária tem provocado a desmobilização da família. Esta tese vem sendo progressivamente contestada. Ao contrário do que ela supõe, a solidariedade familiar não diminuiu e está estreitamente imbricada com a solidariedade pública.

Pesquisas realizadas em vários países têm demonstrado a importância das políticas sociais para a manutenção dos laços familiares. Caradec (2001) cita como exemplo o trabalho de Segalen e Attias-Donfut (1995) realizado no subúrbio operário de Nanterre, Paris, o qual mostra que a instauração da aposentadoria permitiu a reinvenção de figura familiar esquecida: a avó, que dispõe de tempo para ocupar-se dos netos; apontam ainda que em famílias de três gerações as transferências financeiras no seio da família circulam no sentido inverso da transferência pública, ou seja, os mais velhos ajudam, com suas aposentadorias, seus filhos e netos; e com relação aos “velhos dependentes” as ajudas profissionais se combinam com as ajudas familiares, mas não as substituem.

No Brasil, onde as desigualdades sociais são gritantes, os benefícios previdenciários têm sido fundamentais para a sobrevivência e manutenção de muitas famílias. A contribuição financeira dos/as idosos/as vem se constituindo parte significativa do orçamento familiar, inclusive deslocando as famílias da situação de miséria/indigência. Os trabalhos de Britto da Motta (1994, 1998), Camarano (1998, 2003), dentre outros, confirmam isso: “Os mais velhos, inclusive os das classes populares, estão sendo freqüentemente arrimo (pelo menos parcial), da família, até abrigando, em casa, filhos e netos, ou mantendo-os muito próximo” (BRITTO DA MOTTA, 1998: 74). Camarano e Beltrão (1998:5) constatam que “(. ..) o rendimento do idoso é importante na renda familiar. Em 1996, sua renda total contribuía com 44% da renda familiar”.

Dados mais recentes – censo 2000 – reforçam as pesquisas anteriores. Camarano (2003:29) fazendo um recorte de gênero, destaca a contribuição das mulheres idosas neste processo:

(...) chama-se a atenção para a importância da contribuição da renda da idosa no orçamento familiar. Nas famílias *de idosas*, ela foi de 46,4% e nas *com idosas*, 26,4%. A contribuição da renda do benefício previdenciário na renda

dessas famílias foi de 34,3% nas *famílias de idosas* e 15,8% de nas *com idosas*. Em muitos casos, o benefício social constitui-se na única fonte de renda das famílias que, como já se viu, não são famílias compostas apenas por idosos⁵⁹.

Neste sentido, pesquisa realizada por Künemund e Rein (apud Caradec, 2001), em cinco países, partindo da idéia de que as trocas entre filhos adultos e pais idosos repousam sobre quatro tipos de motivação - a reciprocidade, a afeição, as normas de obrigação e as necessidades da pessoa ajudada -, constata que a solidariedade pública reforça a solidariedade familiar na medida em que as primeiras atenuam as normas e obrigações e fazem desaparecer certas necessidades, reforçando assim os outros dois “motores de ajuda”. A reciprocidade é estimulada, pois os pais, quando dispõem de recursos próprios, podem mais facilmente dar a seus filhos e estes tendem então a lhes retribuir em retorno, conforme os mecanismos de dom e contra-dom – dizem os autores. E concluem dizendo que os rendimentos provenientes da aposentadoria parecem, então, susceptíveis de reforçar, antes que enfraquecer as relações intergeracionais.

Nunes (1995), avaliando a importância da relação entre a solidariedade pública e a primária, ressalta a impossibilidade da segunda substituir a primeira, por duas questões: primeiro, porque o Estado-Providência e a Sociedade-Providência⁶⁰ respondem a carências e problemas distintos. Diferente do Estado e do mercado, a sociedade civil tende a organizar as relações sociais e a definir a obrigação moral dentro dos limites dos espaços de interconhecimento, ficando de fora, desse modo, aqueles que se encontram além desses espaços. Já o Estado e o mercado são instituições orientadas para “organização e regulação dessas relações ‘para fora’”, ou seja, no caso do Estado, para a redistribuição dos recursos entre os cidadãos.

A segunda questão levantada por Nunes diz respeito à tensão que perpassa a Sociedade Providência entre, por um lado, o potencial humanizador e emancipador e, por outro, um potencial de produção de desigualdade e exclusões. Defende o autor que

⁵⁹ Nesta análise Camarano distingue família “de” idosas e família “com” idosas. O primeiro caso refere-se à família onde a idosa é a chefe ou cônjuge, no segundo a idosa mora na condição de parente do chefe ou do cônjuge.

⁶⁰ Nunes (1995, p.5) se refere à sociedade-providência, no sentido definido por Santos, ou seja, às “redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade semelhante à da relação de dom estudada por Marcel Maus”.

estes tipos de “relações sociais que subjazem à sociedade providência funcionam numa base quotidiana, no sentido de criação de inclusões e exclusões, hierarquias e subordinações”. Deste modo, seja qual for o sistema de solidariedade social – quer ele se baseie na solidariedade primária ou secundária, quer seja organizado segundo os princípios da troca, da redistribuição ou da reciprocidade – haverá permanente tensão na definição das obrigações para com os que “são próximos ou distantes, em termos sexuais, geracionais, nacionais, étnicos, raciais ou de classe e estilo de vida”. Conclui apontando como alternativa à crise do Estado-Providência não a “ilusória substitutibilidade mútua desses princípios e formas de organização, mas pela capacidade de articulação destes, de modo a gerir a referida tensão e a neutralizar os efeitos geradores de desigualdades e exclusões que cada um deles produz” (idem, p.8).

Na atual conjuntura brasileira, o sistema de proteção social acionado pelo Estado – mesmo que muito precário e insatisfatório – vem ajudando a manter e reforçar os vínculos familiares, uma vez que o custo de manutenção dos mais velhos vem deixando de ser um “peso” para a família, como costumava ser pensado, mas, ao contrário, os recursos dos idosos têm servido, em muitos casos, para o sustento da família, como vimos. Entretanto, as relações familiares são muito mais complexas e demandam um trabalho contínuo de trocas – simbólicas e materiais, de reciprocidade.

As relações de troca intergeracionais envolvem muito mais que questões econômicas, elas são parte importante na manutenção dos laços familiares, mas há questões instrumentais e subjetivas que são ainda mais importantes.

Em síntese, a família, ou a solidariedade primária, sem dúvida é um importante fonte de apoio para todos que participam da rede, porém, precisamos levar em consideração alguns aspectos: primeiro, a existência mesmo dessa rede familiar; segundo, o potencial da família em promover a proteção e inclusão de seus membros sozinha; e ainda, os critérios – materiais ou simbólicos - de inclusão ou exclusão a que são submetidos os que dela participam. Do mesmo modo, precisamos avaliar em que medida as políticas sociais que têm a família como base atendem às necessidades da população idosa. É preciso repensar os mecanismos de proteção social, tendo em vista as novas formas de solidariedade intergeracional e as relações de interdependência que vêm se configurando nesse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas sociedades contemporâneas há uma crescente complexificação das relações sociais, fazendo com que o sistema de solidariedade social, base da coesão social, se torne mais fluido e diversificado.

Neste contexto de transformações das relações – de trabalho, familiares, políticas, econômicas – por que vêm passando as sociedades capitalistas, o crescente envelhecimento populacional ganha destaque, na medida em que repercute em todos esses campos, redesenhando as relações entre as gerações.

Percorrer o longo caminho trilhado no processo de constituição do sistema de proteção social possibilitou apreender as formas como vêm sendo construídas as relações de solidariedade intergeracionais ao longo do tempo, suas configurações na esfera pública e as fortes repercussões nas relações de solidariedade primária. Por outro lado, a aproximação ao real vivido por idosos em diferentes contextos relacionais, permitiu observar como o sistema de trocas intergeracionais – tanto público como familiar e comunitário – vêm se conformando na vida cotidiana.

A proteção social à velhice, quando envelhecer era uma experiência de poucos, se dava no contexto familiar e privado, numa ordem social hierarquizada, com clara distribuição de papéis e lugares na divisão social do trabalho e de poder. Nessa ordem social as limitações da idade eram compensadas pela experiência e transmissão de conhecimentos que os mais velhos detinham. Fora da ordem familiar a velhice era invisível, já que se confundia com a pobreza que atingia também outras faixas etárias, e sua proteção ficava a cargo das instituições de caridade. A proteção social, fora da família, se restringia aos incapazes para o trabalho, dentre eles os velhos pobres e sem vínculos familiares. A família e a comunidade local eram as maiores fontes de solidariedade.

O desenvolvimento tecnológico, especialmente na área de saúde, prolongou a vida, e a velhice vem sendo experimentada por um número cada vez maior de pessoas. O envelhecimento populacional, entretanto, ocorreu concomitante a um dinâmico processo de mudanças da ordem social: as sociedades se industrializaram e se

urbanizaram, transformando as relações de trabalho; a estrutura e organização familiar tornaram-se plurais; os papéis de gênero passaram a ser mais fluidos; as mulheres entraram no mercado de trabalho e ganharam autonomia; os membros da família individualizaram-se; o Estado, progressivamente, passou a regular as relações sociais e privadas, com a criação do sistema de proteção social, as aposentadorias e pensões, implementação de políticas sociais, de leis que regulamentam as relações familiares e a criação de programas direcionados aos diversos segmentos sociais. Nesse processo de mudança, a solidariedade familiar permaneceu, mas a institucionalização do sistema de solidariedade pública pelo Estado produziu formas novas de relações intergeracionais, alterando também as formas de trocas intergeracionais na família.

Os sistemas de proteção social implementados pelo Estado nas sociedades capitalistas seguiram diferentes perspectivas ou modelos, de acordo com o momento histórico e as condições sociais, econômicas e culturais vividas por elas. As transformações nas relações de trabalho foram determinantes na construção da proteção social estatal, ou seja, na criação do Estado de Bem-Estar Social. A concessão de aposentadoria aos trabalhadores velhos foi uma das primeiras intervenções do Estado no sentido da promoção de proteção social à velhice.

No Brasil, a proteção social estatal também tem início com a criação do sistema de aposentadoria. A criação do Instituto de aposentadorias e pensões pode ser considerada um marco inicial desse processo. Ainda que de forma lenta e fragmentada, o sistema de proteção social brasileiro vem avançando. A Constituição de 1988 representou uma conquista no que tange à questão social, com a estruturação de um amplo sistema de proteção social que, sob o rótulo de Seguridade Social, reúne a Previdência, a Assistência Social e a Saúde.

A Seguridade Social, como princípio da proteção social estatal, não cumpriu o previsto pela Constituição de 1988, tanto do ponto de vista organizacional e financeiro quanto do ponto de vista do padrão de benefício e cobertura. Entretanto, esse sistema de solidariedade pública tem sido vital para a grande maioria da população idosa brasileira, na medida em que: os benefícios da Previdência Social, mesmo que ainda não universalizados, têm sido responsáveis pela manutenção não só do idoso, mas também do seu grupo familiar; a Assistência Social, especialmente através do BPC, tem

tirado o velho da pobreza extrema e, ainda que precariamente, tem garantido a sobrevivência dos velhos sem vínculos sociais ou com frágeis vínculos familiares e comunitários, através da assistência asilar; e o SUS é o único meio de assistência à saúde a que 70% dos idosos brasileiros podem ter acesso.

Entretanto, o Estado, seguindo a cartilha neoliberal, vem, progressivamente, propondo e desenvolvendo políticas sociais restritivas – plenamente visíveis nas sucessivas reformas da Previdência -, e de transferência de obrigações e responsabilidades públicas para a família – haja visto as atuais propostas nas áreas da Assistência Social e da Saúde, PAIF e PSF. Políticas essas que afetam integral e negativamente as famílias, sobrecarregando seus membros, especialmente as mulheres, comprometendo e responsabilizando a família e a comunidade no desenvolvimento de ações e procedimentos que muitas vezes requerem conhecimento especializado. Transformam a família em vilã, culpabilizando seus membros por não mais corresponderem aos papéis que lhes são tradicionalmente atribuídos, impingindo-lhes o rótulo de “disfuncionais”, desconsiderando as condições políticas macroestruturais e as condições de vida de grande parte das famílias brasileiras além das mudanças nas relações entre os gêneros e as gerações. A centralidade das políticas sociais na família, apelando para a tradicional solidariedade familiar, tem sido desenvolvida mais pela falta de outras alternativas estruturais que por uma política ativa de apoio e incentivo à família.

No campo específico da proteção social ao idoso, constata-se que a velhice passou a fazer parte da agenda das políticas sociais do Estado, obtendo grande avanço em termos da legislação nas últimas décadas, graças aos movimentos sociais organizados, porém muito pouco tem se efetivado na prática.

Nessa direção, destacam-se três instrumentos legais que vêm traçando o rumo da proteção social ao idoso: a Constituição de 1988, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. Todos eles atribuem à Família, ao Estado e à Sociedade o dever de proteger e assegurar os direitos dos mais velhos, mas recai sobre a família a obrigação de atender às necessidades do idoso, sob pena de punição, quando do seu descumprimento, sem que sejam observadas ou asseguradas à família as condições necessárias para isso. Ao idoso sem vínculo familiar o Estado se compromete a prestar

assistência integral, na modalidade mais antiga e excludente, o asilo. Mesmo assim, esse tipo de assistência cada vez mais tem sido deixado a cargo da filantropia/caridade ou de instituições privadas que exploram e violam os direitos dos idosos. Nas poucas instituições públicas destinadas a este fim, a assistência é precária, e indigna, beirando o limite da indigência, como é o caso da instituição apresentada nesta pesquisa.

As Assembléias internacionais têm sido importantes espaços de discussões, e vêm repercutindo positivamente nas políticas para a velhice em nosso país. Os Planos e acordos provenientes de tais eventos têm impulsionado a formulação e aprovação de políticas nessa área e vêm contribuindo para ampliar a visão sobre as questões que envolvem a velhice, ou seja, a diversidade de condições - econômicas, sociais, culturais, de gênero, de relação entre as gerações, de saúde – que tornam o processo de envelhecimento um fenômeno plural.

As políticas para a velhice, tanto as nacionais quanto as da Bahia, são bastante abrangentes, envolvendo diferentes setores da administração pública. Observa-se, entretanto, que apesar do empenho, especialmente das organizações não-governamentais e dos movimentos sociais organizados que atuam na área, a implementação de tais políticas anda a passos lentos.

A complexidade e abrangência das questões que envolvem a velhice têm gerado inúmeras discussões e propostas, em grande medida, condizentes com as necessidades e demandas dessa população. Na prática, nota-se que há uma fragmentação das ações, ausência de um órgão que possa coordenar e articulá-las, assim como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas nas diferentes áreas/ministérios/secretarias. As ações são pulverizadas e os resultados concretos delas são quase imperceptíveis.

Tomando como parâmetro as ações desenvolvidas apenas pelas três instâncias que compõem o principal sistema de proteção social público – Previdência, Assistência Social e Saúde -, percebe-se, primeiro, o papel fundamental da Previdência Social na possibilidade de manutenção dos laços de solidariedade primária, permitindo a sobrevivência de idosos e familiares e ampliando as possibilidades de trocas intergeracionais; segundo, a dificuldade de adequação dos programas e políticas específicas para as gerações mais velhas às políticas nacionais de saúde e de

assistência social. Três questões têm contribuído para dificultar ou impossibilitar a implementação de ações específicas ao atendimento do idoso: a estrutura fragmentada dos programas, a falta de preparo das equipes técnicas para lidar com a multiplicidade de questões, e a centralidade das ações na família, sem que seja levada em conta a dinâmica das relações intergeracionais. Ademais, a centralidade das ações na família pode acarretar tanto a invisibilidade do idoso frente às demandas das outras faixas etárias, sempre consideradas de maior prioridade – gravidez na adolescência, saúde reprodutiva da mulher, saúde da criança, etc.- como a transferência da responsabilidade pelos cuidados aos idosos mais fragilizados - que muitas vezes necessitam de atenção especializada -, aos membros da família, nem sempre disponíveis. Mais grave ainda é a situação do idoso que não dispõe desse apoio familiar e só agora começa a ser lembrado, pelo menos nos documentos e discursos, mas na prática continuam invisíveis.

A modalidade de assistência não asilar prevista em lei – Hospital-Dia, Centro-Dia, Casa-Lar, Oficina Abrigada de Trabalho,– que poderia essa sim, ser de grande apoio às famílias, permitindo a convivência do idoso junto a elas sem prejuízos, ainda não passou do papel para a prática. O Centro de Convivência é a única forma de assistência difundida no país, mas ainda não existe em número suficiente, deixando grande parte da população idosa sem acesso a ela.

Enfim, a implementação das políticas de atenção ao idoso tem encontrado grande dificuldade para sua efetivação, seja por questões organizacionais, seja por falta de compromisso ou investimento na área. Para que elas possam, de fato, se concretizar é necessária uma maior articulação entre os diversos setores da administração e que o Estado cumpra suas obrigações e responsabilidades para com os cidadãos mais velhos.

O trabalho de campo realizado com mulheres e homens idosos em contextos relacionais distintos – vivendo em instituição asilar e vivendo na comunidade –, com algumas semelhanças entre si – de classe, escolaridade, gênero, geração –, mas também diferenças – especialmente relacionadas aos vínculos familiares e comunitários -, possibilitou refletir sobre o circuito de trocas do qual fazem parte, considerando as diferentes posições que eles ocupam no sistema de solidariedades sociais. A intenção

não foi, em nenhum momento, mensurar as relações de troca, seja através do que circula - tipo de ajuda ou serviços que prestam ou recebem - no circuito familiar ou no circuito público. Busquei essencialmente captar o sentido que esses homens e mulheres atribuem a essas trocas/dádivas.

O estudo em dois campos – asilo e comunidade – indicava a possibilidade de confrontar – à luz do referencial teórico proposto - as condições de vida ao mesmo tempo individuais e coletivas de mulheres e homens idosos. Para tanto foi importante conhecer as condições de vida dos sujeitos a partir de uma leitura da realidade que ampliasse sua compreensão. Nessa direção, a dinâmica da articulação das categorias de gênero e geração mostrou sua eficácia na análise interpretativa, juntamente com outra categoria fundante da dimensão social que já havia sido determinada apriori: tratava-se de idosos pertencentes às classes populares.

A primeira evidência dessa análise não surpreende: o espaço institucional é ocupado predominantemente por mulheres. Dado já revelado historicamente e por outras pesquisas atuais, mas não deixa de ser contraditório quando consideramos que as mulheres são as principais responsáveis pela criação e manutenção dos laços sociais. O surpreendente, entretanto, é constatar que as mulheres, em geral, solteiras e sem filhos, têm ingressado cada vez mais tarde no abrigo. Uma análise utilitarista diria que permanecendo mais tempo independentes elas têm prolongado seu “tempo útil” para a família, como avalia uma assistente social. Na perspectiva adotada, isso indica que elas mantêm os laços sociais, conquistados ao longo da vida, ativos por mais tempo e, mais que os homens, os conservam também depois de internadas.

Entretanto, observamos, pouco aprofundamento nos relatos feitos por essas mulheres, tanto em comparação aos dos homens do Abrigo quanto aos/as idosos/as da comunidade. Alguns fatores podem ter contribuído para isso, tais como: a falta de privacidade e o medo de maior exposição frente às outras idosas; preservação da identidade já tão devassada pelas condições institucionais; constrangimentos próprios da condição de gênero e geração – baixa escolaridade, restrições ou inexistência de relações amorosas e sexuais; vivência limitada ao espaço doméstico, dentre outras. Por outro lado, causou surpresa a disposição dos homens do abrigo em revelar os conflitos familiares e institucionais. Considero que isso se deve, em parte, ao fato deles de

sentirem-se mais à vontade ao serem entrevistados por um rapaz, bolsista de iniciação científica, que participou de parte da pesquisa.

Um contraste entre as experiências de vida das mulheres dos dois grupos sugere que as idosas da comunidade conquistaram uma maior independência e autonomia – assumiram a chefia da família ou em ativa co-participação, criaram filhos sozinhas, tomavam decisões independente ou contra a vontade dos companheiros -, ao passo que as idosas hoje asiladas tiveram atuação mais passiva e subordinada – “criaram” filhos dos outros, tiveram ocupações que requerem maior submissão: empregadas domésticas, ou cuidaram de pais ou outros parentes até a morte desses. Essas últimas, de certo modo, mantêm a mesma postura de subordinação até hoje: em geral, não administram seus recursos, são sempre mais obedientes às normas e regras institucionais, aceitam com resignação e gratidão o pouco que lhes é dado – seja pela instituição, seja pela família ou por estranhos.

Essas diferentes trajetórias ou conjunturas de vida tiveram repercussões também diferentes para umas e outras no que se refere às relações de troca familiares. No caso das mulheres do abrigo, tanto no passado: não terem constituído suas próprias famílias e/ou terem ocupações que as mantinham longe dos familiares (empregadas domésticas no estilo antigo, dormindo no trabalho); quanto no presente: morarem afastadas dos membros que restam da família, ambos os fatores não contribuíram para formação/manutenção dos vínculos familiares, ou de laços solidários. A distância espacial, a falta de convivência cotidiana, diminuem as possibilidades de troca. As trocas com os familiares se processam no subterrâneo das relações: ajudas financeiras não explícitas e longe dos olhares dos profissionais da instituição, ou no sentido inverso – família-idosas - visitas mais ou menos freqüentes, compra do que a idosa necessita: remédios, lanches, material de uso pessoal, etc. - mesmo que feito com o recurso da própria idosa. Os conflitos familiares são velados, pouco falam a respeito, e quando o fazem demonstram culpa pelo desencadeamento do problema. Queixam-se do ambiente barulhento ou da falta de espaço na casa dos familiares. Mais que espaço físico, parece não existir é espaço na vida dessas, em geral, sobrinhas para suas tias idosas, realidade difícil de encarar, ainda mais quando se trata de sobrinhas que elas “ajudaram a criar”, como são muitos casos.

Os homens asilados, diferente das mulheres, apesar de terem tido muitos filhos, suas histórias de alcoolismo e não-cultivo dos laços com os filhos, ao longo de suas trajetórias de vida, refletem-se hoje na fragilidade dos vínculos ou ausência destes. Expressam abertamente os conflitos que os impossibilitam de permanecer convivendo com a família. Causa espanto, nesse caso, a queixa de abandono, frequentemente expressa e exposta pela imprensa, e a cobrança de retorno dos poucos gestos de generosidade feito por eles aos filhos ou a outros parentes. Por outro lado, eles se mantêm mais independentes e autônomos que as mulheres, na medida em que, em geral, administram suas aposentadorias, buscam manter alguns vínculos extramuros, saem com freqüência para visitar familiares, ou encontrar amigos antigos ou eventuais, além de mulheres.

Já os/as idosos/as da comunidade, com seus inúmeros filhos, têm, por isso mesmo, ampliado seu circuito de solidariedade. Mesmo em face aos conflitos, de certo modo naturais nas relações entre as gerações, já que também são relações de poder, o fluxo de trocas cotidianas é intenso. A entreaajuda se processa de múltiplas formas, envolvendo filho/as e netos/as: apoio e abrigo aos desempregados e descendentes, ajudas financeiras, prestação de serviços, guarda de netos, apoio afetivo. Esse circuito é possível em grande medida pela participação do Estado, da solidariedade pública, materializada nos proventos das aposentadorias, que torna os idosos/as mais autônomos e independentes, mas, ao mesmo tempo, os transformou nos principais, se não os únicos, provedores da família, face à crise do trabalho que afeta as gerações mais jovens.

As trocas circulam de forma distinta no interior da família em relação ao gênero e à proximidade espacial. Em geral, as filhas que moram com os/as idosos/as prestam serviços – compras, saque de dinheiro, limpeza da casa, lavagem de roupa, cuidados de saúde, etc. – enquanto os filhos/as que moram mais longe prestam ajuda financeira eventual. O dado mais surpreendente, nessa área, entretanto, foi a presença de filhos homens adultos morando com as mães idosas, sem nenhuma ou com muito pouca participação no sistema de trocas. Empregados ou desempregados contribuem pouco ou nada com as despesas familiares ou quaisquer tipos de serviços. Eles parecem manter, ao mesmo tempo, uma postura machista e de dependência, por vezes,

também, alimentada por elas. Desse modo, essas mulheres idosas exercem dupla função: provedoras e aquela tradicionalmente atribuída às mulheres, cuidadoras, agora, de filhos adultos – lavam suas roupas, fazem comida para eles -, mesmo elas estando com idade avançada.

As relações familiares, de modo geral, se tornaram mais interdependentes. Os mais velhos têm hoje uma participação ativa na dinâmica familiar, saindo da situação de dependência que caracterizava o velho de algumas décadas atrás. A independência financeira em relação aos filhos, tornada possível com a aposentadoria, modificou também as expectativas de trocas intergeracionais. Já não esperam que os filhos os mantenham, esperam deles apoio e atenção, mas sem que isso represente cerceamento da sua liberdade e individualidade. São especialmente as mulheres idosas que mais expressam isso em palavras e em atos - não permitindo que os filhos interfiram em suas vidas; morando ou desejando morar sozinhas, mesmo que muito próximas dos filhos.

A vida familiar também é permeada de conflitos, nem sempre explicitados, o que faz com que a família não seja sempre a única ou melhor fonte de apoio. Vizinhos, irmãos de fé, amigos e comadres, muitas vezes, ocupam um lugar mais significativo no sistema de trocas.

No que diz respeito à solidariedade local, observamos profundas diferenças entre os dois grupos. No caso dos idosos da comunidade, o vizinho, como um “real imediato” (CASCUDO, apud SARTI, 2007), é valorizado como suporte social e apoio eventual, na ausência dos filhos ou em substituição a eles. Visto como um igual, é alguém em quem se pode confiar, apesar de manter certa distância, considerada por eles como necessária para preservar a intimidade familiar, e a fim de evitar conflitos. Estão atentos à manutenção dos vínculos de obrigações: visitas em caso de doença, trocas de serviços, ajudas nos momentos de necessidade ou de crise. Colocam-se sempre disponíveis para atender o Outro, e esperam o mesmo deles. Há uma grande expectativa de reciprocidade. Mas também, exigem-se limites e respeito, colocando em evidência sua posição geracional ou condição de saúde – não ser incomodado por crianças, música alta, barulho, etc., por já estar velho ou doente.

Obedecendo às regras sociais tradicionais de gênero, entre as mulheres as relações com a vizinhança são tecidas, prioritariamente, no espaço doméstico – especialmente as mais idosas recebem visitas eventuais das vizinhas para saber como estão passando. Entre os homens, os encontros acontecem mais cotidianamente e nos espaços públicos – nas calçadas das ruas, nos bares, nas esquinas, principalmente, para jogar dominó ou apenas conversar.

No caso dos idosos/as do abrigo, são muitas as barreiras simbólicas que os impedem de verem-se como iguais. A imagem que a sociedade ainda tem do velho asilado – coitadinho, abandonado, rejeitado pela família e pela sociedade - é também a imagem que têm dos companheiros de destino. Como se identificar com essa imagem? Como se ver igual a ele? Seus relatos sugerem que esse é o principal motivo que impede que as trocas entre eles ocorram.

Considerando que as trocas, materiais e simbólicas, representam simbolicamente o desejo de construir relações com o Outro, a ausência dessas trocas indica que não há “interesse” em manter relações com seus iguais. Os/as idosos/as não se implicam no sistema de obrigações que caracterizam o laço social, bloqueando, assim, o circuito da dádiva. No circuito de reciprocidade dar tem a mesma importância que receber, negar-se a dar, recusar-se a receber é manter-se fora da relação, é abrir espaço para o conflito. O que se observa é a indiferença e a falta de confiança no Outro, elementos fundamentais na constituição do vínculo. Deliberadamente não abrem o sistema, não dão nenhum tipo de ajuda ao Outro: “os funcionários fazem isso”, “estou aqui para descansar...”. Do mesmo modo, não há expectativa de receber ajuda do outro – como poderiam ajudar se estão em uma situação pior que a dele? O velho é sempre o outro, como diz Beauvoir (1990), e nesse caso o velho abandonado é sempre o Outro.

Na ausência da troca, ao se negarem a participar do sistema da dádiva, instaura-se o conflito. Vivido diferentemente por homens e mulheres, o conflito, a intolerância, mais explicitado entre eles que entre elas, leva ambos ao isolamento, ao silêncio, só rompidos pela presença do “estranho”, daqueles que vêm de fora. Esses últimos abrem uma janela para outro mundo, representam uma possibilidade de troca – de palavras,

de gestos, de presentes – mesmo que efêmera. Os visitantes fazem com que eles sintam-se vivos, lembrados, assim, os acolhem e os seduzem, investem na relação.

Os idosos de ambos os grupos desconhecem parcial ou inteiramente seus direitos como cidadãos idosos, as políticas que os protegem. As marcas de gênero se fazem também presentes nesse aspecto, confirmando a tradição de maior despolitização das mulheres: política diz respeito ao mundo público, portanto, ao mundo dos homens. Eles, mesmo sem conhecerem mais intimamente as leis, argumentam com veemência a favor dos seus direitos. Essa postura se mantém nas reivindicações e críticas à instituição, o que faz com que os homens sejam vistos sempre como rebeldes. Na percepção dos homens do abrigo, diferente das mulheres, o Estado é devedor, tem obrigações e responsabilidades para com eles, cobram certa reciprocidade do Estado como cobram da família.

O modo como a velhice é percebida está condicionado a múltiplos fatores, alguns deles se mostram com mais clareza: idade, mais ou menos avançada, condições de saúde, história de vida, situação familiar, perspectiva de futuro, etc. De modo geral, os idosos que moram na comunidade têm uma visão mais otimista desse período da vida, avaliam as dificuldades por que passaram, as coisas que conquistaram – casa própria, filhos criados, sobrevivência garantida pela aposentadoria ou pensão -, e se vêem hoje em melhores condições que no passado e até mesmo em relação aos mais jovens. A velhice vista por essa ótica é bastante positiva. Mas as limitações, especialmente físicas, causadas por doenças, tornam a vida pesada, sem prazer, e sem expectativa de futuro, a não ser a morte. Essa é a expressão predominante entre as mulheres moradoras do abrigo. Sem muitos ganhos, sem muitas conquistas, sem esperança de mudança, já em idade bem avançada, encontram pouco prazer na vida. A velhice torna-se assim, um fardo pesado. Os homens, mesmo morando no abrigo, são mais otimistas, vivem de forma mais ativa, mantêm desejos, fazem alguns planos. Não aceitam serem infantilizados e manifestam sua indignação quando tratados por termos que consideram pejorativo: velhinho, vovô. Em parte, essa atitude revela uma resistência a se verem como velhos, atitude comum entre os homens em geral, que se negam sempre a participar de “coisas de velho” ou “lugar que só tem velho”, como os grupos de convivência de idosos ou programas e bailes da terceira idade.

Para finalizar, resta (re)afirmar que as formas de solidariedade intergeracionais na atualidade vêm se configurando como um circuito de relações de interdependência entre a solidariedade pública e a primária, imprescindíveis uma a outra, conformando novas possibilidades de trocas entre as gerações. Em todos os casos – contando ou não com a rede de solidariedade primária - a solidariedade pública tem sido vital. A família já não pode ser mais vista como o único nem melhor lugar para viver a velhice. Mas o Estado não tem oferecido condições necessárias, nem a eles e nem às outras gerações, que permitam um exercício pleno da autonomia e independência, gerando, muitas vezes, uma sobrecarga para os próprios idosos, que se vêm constrangidos à dupla responsabilidade, prover e cuidar dos filhos adultos e netos, ou viverem em precárias condições em instituição pública.

Compreender esse dinâmico processo tornou-se indispensável para pensar o lugar que as gerações mais velhas vêm ocupando na sociedade.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, S.; VARGAS, A. O idoso – geração continuada – um olhar no mundo. In: SÉGUIN, E. (org) . *O Direito do Idoso*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 1999.

ARRETCHE, M.T.S. Emergência e desenvolvimento do Welfare State : Teorias Explicativas. *Boletim Informativo e Bibliográfico (BIB) das Ciências Sociais*, n.39, Rio de Janeiro: ANPOCS/Relume-Dumará,1995.

ATTIAS-DONFUT, C. Les double circuit des transmissions. In: _____ (Org.). *Les solidarités entre générations*. Paris: Nathan, 1995. p. 41-81.

_____. *Sociologie des Générations*. Paris: PUF, 1988.

_____. Solidarités et entraides entre générations. In: SINGLY, F., et al. (Orgs.). *La famille em questions*. Paris: Syros, 1996.

_____. Sexo e envelhecimento. In: PEIXOTO, C.(org). *Família e Envelhecimento* . Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. p. 85-108.

ATTIAS-DONFUT, C.;SEGALEN, M. *Grands-parents* : la famille à travers les générations. Paris : Odile Jacob, 2007.

ATTIAS-DONFUT, C.;SEGALEN, M.; LAPIERRE, N. *Le nouvel esprit de famille*. Paris : Odile Jacob, 2002.

AUGÉ, M. *Não-lugares*: introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas, SP: Papirus, 1984.

AZEVEDO, L. E. *Aposentados em movimento*: tensões e convergência com o movimento sindical. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

BALANDIER, G. Homens e mulheres ou a metade perigosa. In: _____. *Antropológicas*. São Paulo: Cultrix, 1977. p. 10-66.

BAWIN-LEGROS, B.; GAUTHIER, A.; STASSEN, J.F. Les limites de l'entraide intergénérationnelle. In: ATTIAS-DONFUT, C. *Solidarités entre générations*. Paris: Nathan, 1995. p.117-130.

BEHRING. E. R. *A Política Social no Capitalismo Tardio*. São Paulo: Cortez, 1998

BEHRING. E. R; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. 2ªEd. São Paulo: Cortez, 2007.

BELO, I. *Lacunas do óbvio: conteúdo sócio-político do processo de envelhecimento e da institucionalização do idoso*. Recife, 1990, Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Pernambuco.

BENGTSON, V. Is the contract across generations changing? In: _____; ACHENBAUM, W. ANDREW (Ed.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine de Gruyter, 1993. p. 3-23.

BENGTSON, V.; GIANRUSSO, R. Effets à long terme du lien filial. In: ATTIAS-DONFUT, C. (Org.). *Les solidarités entre générations*. Paris: Natthan, 1995. p. 83-95.

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: VERAS, Renato (org). *Terceira Idade – um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UnATI/UERJ, 1995.

BOSCHETTI, I. *Assistência Social no Brasil: um direito entre a originalidade e o conservadorismo*. 2ª ed. Brasília : UNB, 2003

BOURDIEU, P. A juventude é apenas uma palavra. In: *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

_____. *Marginália: Algumas notas adicionais sobre o dom*. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 7-20. 1996a.

_____. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 3ªed. São Paulo, Campinas: Papyrus, 1996b.

BRASIL (2007) -. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005.132p.

BRASIL. DECRETO N.º. 1.948/1996 - Regulamenta a Lei 8.842 de 1994 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

BRASIL. LEI N.º. 10.741/2003 - Lei Especial - Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

BRASIL. LEI N.º. 8.842/1994 - Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, Presidência da República. Disponível em <www.planalto.gov.br

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.395/GM. Política de Saúde do Idoso, de 10 de dezembro de 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.528/GM. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 19 de outubro de 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria nº.2529/GM. Institui a Internação Domiciliar, no âmbito do SUS. de 19/10/2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399/GM. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério

da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

BRASIL. PORTARIA N.º 73, DE 2001 - Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, Secretaria de Políticas de Assistência Social Departamento de Desenvolvimento da Política De Assistência Social, Gerência de Atenção a Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de Ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Brasília, 2005.

BRITTO DA MOTTA, A. *“Não tá morto quem peleia”*: a pedagogia inesperada dos grupos de idosos. Salvador:1999. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação.

_____. Reinventando fases: a família do idoso. *Caderno CRH*, Salvador, nº 29, pp. 69-87, jul./dez. 1998.

_____. “Chegando pra idade”. In: LINS DE BARROS, M. *Velhice ou Terceira Idade?* Rio de Janeiro: FGV, 1998.

_____ *Sociabilidade de gênero e geração*. IX Congresso Brasileiro de Sociologia. Porto Alegre, RS. 1999.

_____. Gênero e geração – de articulação fundante a “mistura indigesta”. In: FERREIRA, S. L.; NASCIMENTO, E. R. (Orgs.). *Imagem da mulher na cultura contemporânea*. Salvador: NEIM/UFBA, 2002. p. 35-49.

_____. *A categoria geração na pesquisa científica*. XXII Seminário Nacional de Pesquisa Científica em Enfermagem. Porto Seguro-Ba, 2003.

_____. Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. In PEIXOTO, Clarice Ehlers (ORG.). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro : Fundação Getúlio Vargas, 2004.

_____. Teoria de gerações na perspectiva de gênero. In: CRUZ, M. H. S.; ALVES, A. A. (Orgs.). *Feminismo desenvolvimento, direitos humanos*. Aracaju: REDOR/NEPIMG/UFS/FAP-SE, 2005. p. 131-137.

_____. Família e Gerações: Atuação dos idosos hoje. In: BORGES, A.; CASTRO, M. G. (Org.) *Família, gênero e gerações: desafios para as políticas públicas*. São Paulo: Paulinas, 2007. p. 111 – 134.

_____. *Cem anos e um segredo*. 25ª Reunião Brasileira de Antropologia. Goiânia, GO, 2006.

CABRAL, B.E.S.L. *Solidariedade geracional, uma experiência dos grupos de convivência de idosos*. VIII Encontro Norte/Nordeste de Ciências Sociais. Fortaleza. 1997

_____. Família e Idosos no Nordeste Brasileiro. *Caderno CRH*. Salvador, n.29, p.49-67, jul/dez, 1998.

_____. *A superação das desigualdades na velhice: mais uma questão social no século XXI*. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, PT, 2004.

CAILLÉ, A. *Antropologia do Dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes, 2002

CAILLÉ, A.. Nem holismo nem individualismo metodológicos. Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 13, n. 38,out.1999

CAMARANO, A. (Org.) . *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1998.

_____. Envelhecimento da população brasileira :problema de quem? *Bahia Análise e Dados*. Salvador, V.10, nº 4,p36-48.mar., 2001

_____. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*. São Paulo, V. 17, nº 49, set/dez, 2003

_____. *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?*. Rio de Janeiro: IPEA, Set de 2004.

CAMARANO, A. , et al. *Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CAMARANO, A. ; EL GHAOURI, S. K. *Famílias com idosos: ninhos vazios?* Rio de Janeiro: IPEA, Abr 2003 (Texto para discussão, 950.)

CAMARANO, A. ; KANSO, S.; MELLO, J. L.; PASINATO, MT. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?*. Rio de Janeiro: IPEA, Set de 2004.

CAMARANO, A BELTRÃO, K..I,. Características Sócio-Demográficas da População Idosa Brasileira. *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, IFCS/UFRJ, vol. 5, nº 1, 1998.

CAMARANO, A.; PASINATO, M. T. *Envelhecimento, Condições de vida e Política Previdenciária, Como ficam as mulheres*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMPOS, M. S. *Família e política social: o caso brasileiro e o estudo particular de São Paulo*. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, Pt., set, 2004

CAPONI, S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência medica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CARADEC, V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Nathan, 2001.

CARVALHO, M. do C. B. O lugar da família na política social. In:_____. (Org). *A família contemporânea em debate*. 4ª ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2003.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. *CADERNO CRH*, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997

CASTEL, R. *Metamorfose da questão social*. Petrópolis: Vozes, 2003.

CHAGAS, A. M. R., et al. *A política de assistência e a participação social: o caso do conselho nacional de assistência social (CNAS)* Rio de Janeiro: IPEA, 2003 (Texto para discussão, nº 1005)

CHAIMOWICZ, F., GRECO, D.B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Revista Saúde Pública*, v.33, n. 5 São Paulo out. 1999

CORDERO, B.C. Universalização da Previdência Social no Brasil: uma questão ainda em aberto. Dissertação. fl. 99 Universidade Estadual de Campinas: Instituto de Economia, Campinas- SP, 2005.

COSTA, N.E.; MENDONÇA, J.M.; ABIGAIL, A. Políticas de assistência ao Idoso: a construção da política nacional de atenção à pessoa idosa no Brasil. In: FREITAS, E. , et all. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 1999.

DELBES, C.; GAYMU, J. Les familles à quatre générations. *Informations Sociales*, Paris, v.32, p.8-12, 1993.

DELGADO, G.C.; CARDOSO Jr., J.C. *O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização*. Rio de Janeiro: IPEA (texto para discussão, n. 688).

DOMINGUES, J. M. *Interpretando a modernidade: imaginário e instituições*. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas. In: IPEA. *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas*. Brasília: IPEA, 1990.

DRAIBE, S. O padrão brasileiro de proteção social: desafios à democratização. *Análise de conjuntura*, 8(2), fev. IPARDES: Curitiba, 1986.

DRAIBE, S. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. In: *Caderno de Pesquisa*, n. 08, UNICAMP, 1993

DRAIBE, S; HENRIQUE, W. “ Welfare state”, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. nº 6, vol. 3, fev., 1988.

DUARTE, Y.A O; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 17(5/6), 2005

DURKHEIM, E. *A divisão do trabalho social*, vol. I, Lisboa, Editorial Presença, 1989

EISENSTADT, S. N. Grupos etários e estrutura social. In: _____. *De geração a geração*. São Paulo: Perspectiva, 1956. p. 1-35.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova*, n. 24, São Paulo: CEDEC, 1991.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na ordem mundial. *Lua Nova*. São Paulo: CEDEC, 1995

FALEIROS, Vicente de Paula. *O que é política social*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 1988.

FERNANDES. A. A. Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.36, Oeiras, set., 2001.

FERREIRA, J. V. C. *Os muito idosos no município de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, 2006, Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.

_____. *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras, Portugal: Celta, 1997

FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. A seguridade social e os dilemas da inclusão social. *RAP*, Rio de Janeiro 39(3):449-69, Maio/Jun. 2005

FORACCHI, M. M. O conflito de gerações. In: _____. *A Juventude na sociedade moderna*. São Paulo: Pioneira, 1972, p. 19-32.

FOUCAULT, M. A política de saúde no século XVIII . In: _____. *Microfísica do poder*. 13ª ed. Rio de Janeiro : Graal, 1979. p.193-207.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995

FRANÇA, G; DZIMIRA, S. Economia Solidária e Dádiva. *O&S*, v.6, nº14, jan/abr., 1999

GIDDENS. A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1993.

_____. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1991.

_____. *Terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro de social-democracia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2005

_____. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002

GODARD, F. Le conflit de générations. In: *Informations Sociales*, n. 30, 1993, p. 86-92.

GODBOUT, J. Introdução à dádiva. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol.13 – no.38, Out/98

_____. *O Espírito da Dádiva*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOLDANI, A.M. Mulheres e Envelhecimento : Desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In : CAMARANO, Ana Amélia (org.). *Muito além dos 60 : os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro : IPEA, pp. 75-113,1999. .

_____. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? In: CAMARANO, A. (Org.) *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?*. Rio de Janeiro: IPEA, Set de 2004.

_____.Arranjos familiares no Brasil dos anos 90 : proteção e vulnerabilidade. In: IPEA. *Como vai ? População brasileira*. Ano III, nº 3, Brasília, DF,dez.pp.14-23 ,1998.

_____. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras os anos 90 e seus desafios como fator de proteção. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v19, n1, jan /jun. 2002

GOMES, M. Q. C. *Velhas e Velhos: a busca de novos espaços de sociabilidade*. Dissertação de Mestrado, Salvador: Universidade Federal da Bahia, PPGCS/UFBA, 2001.

GROISMAN. D. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. *Cadernos Pagu*, Dossiê Gênero em Gerações. São Paulo: UNICAMP. N 13, p.161- 190, 1999.

_____. Asilos de velhos: passado e presente. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*. v. 2, p. 67-87 1999 – Porto Alegre UFRGS núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento PROEXT/ UFRGS

GUERRERO, P. Universidade da 3ª Idade: a experiência da PUC de Campinas In: *Bahia Análise & Dados*: SEI Salvador. V.6 nº 1, jun, 1996.

HAREVEN, T. K. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do Curso da Vida. *Cadernos Pagu*, Dossiê Gênero em Gerações. São Paulo: UNICAMP, n 13 p. 11-35, 1999.

HERÉDIA, V.B.M., CASARA, B. M., CORTELLETTI, I. A , RAMALHO, M. H., SASSI, A ., BORGES, M. N. A realidade do idoso institucionalizado., *Textos Envelhecimento* v.7 n.2 Rio de Janeiro 2004.

IANNI, Octavio. O jovem radical. In: _____. *Industrialização e desenvolvimento social*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1963.

IBGE, SESAB/DICS *INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIAIS E DE SAÚDE SALVADOR-BAHIA* – 2002 disponível em http://www.saude.ba.gov.br/dados_saude/publicacoes/IDSS_2002.pdf

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2005. Estudos e Pesquisas: informações demográficas e socioeconômicas. Rio de Janeiro, nº 17, 2006.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2007. Estudos e Pesquisas: informações demográficas e socioeconômicas. Rio de Janeiro, , nº 21, 2007.

IPEA. *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise*. Nº13 Edição Especial, 2006.

KEYNES, J.M. *A teoria geral do emprego, do juro e da moeda*. São Paulo: Nova Cultura, 1988. (Coleção os Economistas).

LANIADO, R. Desempenho institucional e justiça em relação à exclusão social no Brasil contemporâneo. In: *Cadernos CRH*, n. 35, Jul/Dez, 2000

_____. *Troca e reciprocidade no campo da cultura política*. XXV Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, out., 2001

LENHART, G. E; OFFE,C. Teorias do Estado e política Social. Tentativas de Explicação Político-Sociológica para as Funções e os Processos Inovadores da Política Social. In: OFFE,C. *Problemas estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

LENOIR,. Objeto Sociológico e Problema Social. In: CHAMPAGNE, Patrick, LENOIR. Remi, MERLLIÉ, Dominique. *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis. Vozes, 1998.

LINS DE BARROS, M. *Autoridade e Afeto : avós, filhos e netos na família brasileira*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1987

_____. Introdução - Sobre gerações, famílias e políticas sociais. In: _____ *Família e Gerações*. Rio de Janeiro : Fundação Getúlio Vargas, 2006.

_____. (org.). *Família e Gerações*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

LUHMANN, N. Familiarity, confidence, trust: problems and alternatives. In: GAMBETTA, D. (Ed.) *Trust: making and breaking cooperative relations*. New York: Basil Blackwell, 1988.

MAGALHÃES, R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. *Caderno de Saúde pública*, v. 17, nº3, Rio de Janeiro, mai/jun., 2001.

MANNHEIM, Karl. O problema das gerações. In: _____. *Sociologia do Conhecimento*. Porto, Portugal: Res Editora, [1928]. p.115-176.

MARSHALL, T. H. Cidadania e classe social. In: *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTIN, C. Os limites da proteção da família : Introdução a uma discussão sobre as novas solidariedades na relação Família-Estado. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. N 42, maio – 1995

MARTINEZ, W. N. *Direito dos idosos*. São Paulo: LTR,1997.

MARTINS, P. H. (org.) *A dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis, RJ. Vozes, 2002.

_____. *A dívida e sua importância teórica para se pensar as relações entre Estado, mercado e comunidade*. VIII Congresso Luso-Afro-brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, Portugal, set. 2004

_____. *O Estado e o Dom da Cidadania*. XI Congresso Brasileiro de Sociologia, Campinas, set. 2003.

_____. *O paradigma da dívida e as ciências sociais no Brasil*. XXV Encontro anual da ANPOCS, Caxambu, 2001

MARTINS, S. P. *Direito da Seguridade Social*. 16ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dívida. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In : _____. *Sociologia e Antropologia*. v. II. São Paulo : Edusp. 1974[1923-24].

MERCADANTE, O. A. (Coord.) *Evolução das políticas e sistema de saúde no Brasil*. In: FINKELMAN, J. (Org.) *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 236-313.

MENEZES, M. R. *Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso*. Tese (Doutorado em Interunidades Saúde do Adulto Idoso), 2000, Universidade de São Paulo, USP.

MESTRINER, M.L. *O Estado entre a filantropia e a Assistência Social*. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica In: Rev. bras. saúde matern. infant., Recife, 3 (1): 113-125, jan. - mar., 2003

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME Secretaria Nacional de Assistência Social Sistema Único de Assistência Social – SUAS - Norma Operacional Básica - NOB/SUAS RESOLUÇÃO Nº 130, DE 15 DE JULHO DE 2005. BRASÍLIA

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME - Secretaria Nacional de Assistência Social Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social Orientações Técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social , Versão Preliminar, Brasília, junho de 2006

MPAS. Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília :MPAS/SAS, 1997.

NERI, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil: Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade*. São Paulo: Fundação Perceus Abramo/Sesc, 2007.

NUNES, J. A . Com mal ou com bem, aos teus te até: As solidariedades primárias e os limites da sociedade- providência. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. N 42, maio – 1995.

OFFE,C. *Problemas estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. *Plano de ação sobre o envelhecimento, 2002*. Plano e ação de Arlene dos Santos. Brasília, Secretaria dos Direitos Humano, 2003.

PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS,R. (org). *Terceira Idade : desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relumê Dimará, UnATI/UERJ, 1997.

_____. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade . .In: LINS DE BARROS, Myriam (org.) *Velhice ou Terceira Idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1998.

_____. Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar. In: _____ (org.) *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro : Fundação Getúlio Vargas, 2004.

_____. Prefácio. In: SINGLY, F. *Sociologia da família contemporânea*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

PFEIFER, M; NOGUEIRA, V. M. R. O papel do Estado e o “Welfare Mix”. *Emancipação*, 5(1): 143-160, 2005.

PINHEIRO, L. I. F. Fundo Nacional de Assistência Social: da teoria à prática social. *Revista Virtual Texto & Contexto*. nº 4, dez. , 2005.

PLANO DE AÇÃO Internacional sobre o Envelhecimento, 2002/ Organização das Nações Unidas. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

RIOS, R.B. Lógica Territorial na Organização Sócio-Espacial da Cidade de Salvador: aplicando as geotecnologias Disponível em : http://www.cpatc.embrapa.br/labgeo/srgsr3/artigos_pdf/018_t.pdf. acessado em: 23/3/2007

RIZZINI, I. *O movimento de salvação da criança no Brasil: idéias e práticas correntes de assistência à infância pobre na passagem do século XIX para o XX*. Congresso Brasa VIII, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, UEA, 2006. Disponível em : <http://sitemason.vanderbilt.edu/files/gNt5Uk/Rizzini%20in%20Portugues.06%20port..pdf> Acessado em 09/06/2007

RIZZINI, I.& PILOTTI, F. (Orgs.). *A Arte de Governar Crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1995.

RODRIGUES, M. L. A. *Curso de formação de Conselheiros em Direitos Humanos*, SEDH, 2006 (mimeo).

ROSANVALON, P. *A crise do Estado de Previdência*. Lisboa: Editorial Inquérito, 1984.

_____. *A Nova Questão Social*. Repensar o Estado Previdência. Petrópolis: Vozes, 1998.

ROSSI, A. S. Intergerational Relations: Gender, Norms, and Behavior. In: BENGTON, Vern; ACHENBAUM, W. Andrew (Ed.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine de Gruyter, 1995. p. 3-23.

SAAD, P. M. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, A. A., *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?*. Rio de Janeiro. IPEA, Set de 2004.

_____. Arranjos domiciliares e transferência de apoio informal. In: LEBRÃO, M.L. SABE – *Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento* - O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

SANCHAES, A.P. R. *Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo*. 2006. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) Faculdade de Saúde Pública – USP.

SANT'ANNA, Maria Josefina. UnATI, a Velhice que se Aprende na Escola : Um perfil dos seus usuários. In: VERAS, Renato(Org.). *Terceira idade: desafios para o Terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UnAT/UERJ, 1997.

SANTOS, S. M. A.; RIFIOTIS, T. *Cuidadores familiares de idosos dementados: um estudo crítico de práticas quotidianas e políticas sociais de judicialização e reprivatização*. 25ª Reunião Brasileira de Antropologia. Goiânia, GO, 2006

SANTOS, W.G. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SARTI, C. A. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Educação e Realidade. Porto Alegre, V. 16, n.2, p. 5-22, jul – dez, 1991.

SCOTT, P. Gerações, comunidades e o Programa de Saúde da Família: reprodução, disciplina e a simplificação administrativa. In: LINS DE BARROS, M. (Org.) *Família e Gerações*. Rio de Janeiro: FGV, 2006, p.107-129.

SEGALEN, M. *Sociologie de la famille*. Paris: Armand Colin, 1993.

SÉGUIN, Elida (org) . *O Direito do Idoso*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 1999.

SILVA, E. R.; SCHWARZER, H. Proteção social, aposentadorias, pensões e gênero no Brasil. Brasília : IPEA, 2002. (Texto para discussão, nº 934).

SILVA, M. L. L. Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência Social: Impacto e Significado Social. In: SPOSATI (Org.) *Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004.

SIMIONATTO, I.; NOGUEIRA, V.M. R. As demandas de pesquisas sobre proteção social no Mercosul: exigências para o Serviço Social. *KATÁLYSIS*, v. 9 n. 2 jul./dez. Florianópolis, SC, 2006. p. 200-208

SIMMEL, Georg. *Sociologia*. Coletânea organizada por Evaristo de Moraes Filho. São Paulo: Ática, 1983.

SIMÕES, J. "A maior categoria do país": o aposentado como ator político. In: LINS DE BARROS, M. (org.) *Velhice ou Terceira Idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

_____. A Previdência Social no Brasil: um histórico . In: NERI, A.L.; DEBERT, G. *Velhice e Sociedade*. Campinas, SP: Papyrus, 1999.

_____. O movimento de Aposentados e Pensionistas e a Solidariedade Pública entre as Gerações. In: *Bahia Análise e Dados*, SEI , vol.1, 1996.

SINGLY, F. O nascimento do “indivíduo individualizado” e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In: PEIXOTO, C.; SINGLY, F.; CICHELLI, V. (Orgs.) *Família e individualização*. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p. 13-19

_____. *Sociologia da família contemporânea*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

_____. et al. (Orgs.). *La famille em questions*. Paris: Syros, 1996.

SPOSATI, A. Benefício de Prestação continuada como mínimo social. In: _____ (Org.) *Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004.

SPOSATI, A; FALÇÃO, M.C.; FLEURY, S.M.T. *Os direitos (dos desassistidos) sociais*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TELLES, J. L. *Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do pacto pela vida/saúde da população idosa 2006/2007: contribuições para o debate*. DAPE/SAS/MS, 2006.

_____. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revam: UCAM, IUPERJ, 1998.

_____, Que reforma ? o sistema brasileiro de proteção social, entre a previdência e a seguridade. *Ser Social*, n. 11. UnB, Departamento de Serviço Social, dez, 2002.

VIEIRA, E. B. *Instituições Geriátricas : avanço ou retrocesso?* Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

YAMAMOTO, A., DIOGO, M. D. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 5 Ribeirão Preto set. /out. 2002.

WILMOTH, J. Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias*, nº7, Porto Alegre, jan/jun., 2002.

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS MORADORES NO BAIRRO DE PAU DA LIMA

Nome:	Idade	Ocupação	Instrução	Religião	Situação conjugal	Número de Filhos	Pessoas no domicílio
1. Amélia	63	Costureira e bordadeira/ dona de casa	Primário	Evangélica	Solteira / Companheiro	14	2 filhos Companheiro
2. Edna	72	Costureira	Primário incompleto	Evangélica	Solteira	02	1 Neta 1 filha eventualmente
3. Anita	68	Lavadeira/ Serviços gerais	Alfabetizada	Evangélica	Viúva	17	Sozinha
4. Gleide	94	Costureira/ dona de casa	Primário incompleto	Católica	Viúva	08	2 filhos
5. Marina	86	Dona de casa	Alfabetizada	Batista	Viúva	04	Sozinha Netos eventuais
6. Paloma	67	Lavadeira/ Dona de casa	Primário incompleto	Católica	Viúva	05	1 Filho 1 cunhado
7. Josefa	79	Emp.Domestica	Não Alfabetizada	Evangélica	Solteira	05	Sozinha
8. Paula	77	Lavadeira/ Vendedora ambulante	Primário incompleto	Evangélica	Separada	06	2 filhos
9. Alice	69	Dona de casa/ comerciante	Primário incompleto	Evangélica	Viúva	09	2 filhos
10. Valdemir	80	Almoxarife	Primário	Católico	Casado	08	Esposa 1 filha 1 neta
11. Valdir	66	Motorista	Primário	Batista	Casado	07	Esposa 3 filhos

APÊNDICE B – CARACTERIZAÇÃO DAS IDOSAS ENTREVISTADAS MORADARAS DO ABRIGO D. PEDRO II

Nome	Idade	Ocupação	Instrução	Religião	Situação conjugal	Número de Filhos	Tempo de internação	Responsável
1. Vanda	91	Censora de escola	Primário Inc.	Evangélica	Viúva	00	1 ano	Irmã de Fé
2. Divina	93	Trabalhadora rural / Lavadeira	Não-alfabetizada	Católica	Solteira	00	20 anos	Amiga
3. Eugênia	85	Costureira	Primário incompleto	Espírita	Solteira	00	2 anos	Sobrinho
4. Dulce	90	Emp.Dom./ Babá	Não-alfabetizada	Católica	Solteira	00	7 anos	Sobrinha
5. Paula	92	Emp.Dom./ Cozinheira	Não-alfabetizada	Católica	Solteira	01	16 anos	Sobrinha
6. Bernadete	92	D.Casa/ Catequista	Primário incompleto	Católica	Solteira	00	8 anos.	Primo
7. Josefa	80	Emp. Dom./ Cozinheira	Não-alfabetizada	Católica	Solteira	00	10 anos	Sobrinha
8. Lea	88	D de casa/ Costureira	Primário incompleto	Católica	Viúva	00	13 anos	Sobrinha
9. Valdete	80	Costureira	Primário incompleto	Católica	Solteira	00	4 anos	Sobrinha
10. Delia	77	Serviços gerais no Abrigo	Primário incompleto	Católica	Solteira	00	47 anos	Não tem

**APÊNDICE C– CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS MORADORES DO
ABRIGO D. PEDRO II**

Nome	Idade	Profissão	Instrução	Religião	Situação conjugal	Número de Filhos	Tempo de internação	Responsável
1. Aurélio	64	Artesão/ Padeiro	Primário	Não tem	Separado	2	3 anos	Filho
2. Daniel	68	Pintor	Primário	Católico	Viúvo	14	7 anos	Filha
3. Anselmo	74	Caseiro	Não- alfabetizado	Católico	Solteiro	00	26 anos	Ex- patroa
4. Bartolomeu	75	Policia Militar	2º. Grau	Não tem	Separado	3	7 anos	Filha
5. Miguel	79	Vendedor ambulante	Primário incompleto	Espírita	Viúvo	10	9 anos	Filha
6. Lúcio	82	Motorista de caminhão	Primário	Católico	Solteiro	00	4 anos.	Sobrinha
7. Valter	76	Vendedor ambulante	Primário incompleto	Católico	Solteiro	00	7 anos	Cunhada
8. Arlindo	66	Cobrador de ônibus/pintor	Primário incompleto	Católico	Solteiro	01	3 anos	Irmão
9. José	78	Pedreiro	Primário incompleto	Não tem	Separado	17	5 anos	Filho
10. Tadeu	63	Motorista	Primário	Católico	Separado	00	3 anos	Ex-esposa

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM IDOSOS/AS MORADORES/AS DO ABRIGO D. PEDRO II

I. Dados de identificação

Nome :

Data de Nascimento:

Profissão/ocupação:

Escolaridade:

Estado civil:

Tempo de internação:

Idade:

Fonte de renda:

Filhos:

II. Da situação no abrigo

1. Por que veio morar aqui?
2. Algum dia pensou em morar num Abrigo?
3. Onde morava antes de vir para o Abrigo?
4. Como é a vida na instituição? Rotina.
5. Quais os pontos positivos de morar aqui?
6. E os negativos?
7. Recebe visitas de parentes ou amigos que tinha antes de vir morar aqui?
8. Com que frequência? Qual a última vez?
9. Sai da instituição? Com quem? Qual a última vez que saiu? Para onde?
10. Sente falta de alguma coisa? O que? (material ou sentimental?)
11. Tem amigos na instituição? E inimigos? Com quem se relaciona mais?
12. Faz alguma atividade na instituição? O que? O que gostaria de fazer?
13. Se você pudesse escolher onde e com quem moraria?
14. Precisa da ajuda de alguém para alguma coisa?

III. Percepções da velhice

15. Você planejou o que iria fazer neste período de sua vida ? O que?
16. Tem plano para o futuro?
17. Que período da sua vida você considera o melhor ? Por que ?
18. O que você mais gosta de fazer hoje ? Por que ?
19. O que você pensa sobre a velhice ?
20. Tem alguma coisa no seu corpo que lhe incomoda ou preocupa ?
21. Você tem algum problema de saúde ? Ele interfere em sua vida ?
22. Você sente falta de um companheiro/a ?
23. O que te deixa feliz?
24. O que te deixa triste?

IV. Relações sócio-familiares

25. Tem parentes/familiares (irmão, filhos, netos, sobrinhos) ? (Sexo, Idade, Situação conjugal)
26. Onde moram?
27. Mantém contato com algum parente? Qual? Que tipo (por telefone, correspondência, visitas, através de outras pessoas)? Com que frequência?
28. Em alguma ocasião da vida morou com algum parente ou vice-versa? Como foi esta experiência ?
29. Atualmente ajuda algum parente ou amigo? Quem? Que tipo de ajuda (financeira, instrumental, afetiva)? Com que frequência ?
30. Recebe alguma ajuda de parentes ou amigos? Quem? Que tipo de ajuda (financeira, instrumental, afetiva)? Com que frequência ?
31. Quando fica doente quem dá assistência?

V. Relações intra-institucional

32. Fornece ajuda a alguém aqui na instituição? Quem? Que tipo de ajuda (financeira, instrumental, afetiva)? Com que frequência ?
33. Recebe ajuda de alguém aqui da instituição? Quem? Que tipo de ajuda (financeira, instrumental, afetiva)? Com que frequência ?
34. O que acha das visitas de estranhos aqui na instituição?
35. O que esses visitantes fazem aqui?
36. Os visitantes dão alguma coisa aos idosos ?
37. Os idosos dão alguma coisa aos visitantes?
38. Já fez amizade com algum visitante?
39. Como é sua relação com os outros moradores do abrigo?

VI. Relações com o Estado

40. O que acha da sua aposentadoria/ pensão/ benefício?
41. Quem vai receber?
42. O que você faz com o dinheiro que recebe?
43. Quando fica doente o que costuma fazer (vai ao médico, toma remédio caseiro, vai a rezadeira) ?
44. Qual a última vez que foi ao médico? Que serviço utilizou (público, privado, ONG, posto de saúde, hospital, ambulatório) ? Qual (nome do serviço) ?
45. O que acha do atendimento de saúde público?
46. Utiliza alguma medicação de uso contínuo (antihipertensivo, para osteoporose, insulina, etc.)? Recebe do Estado ou compra?
47. Conhece o Centro de referencia do Idoso (já ouviu falar ou já foi lá?)
48. Conhece a PNI e o Estatuto do Idoso?
49. Conhece algum direito que o idoso tem ? Já fez uso dele?
50. Você teria condições de morar em algum lugar que pagasse (pensionato, ILPI, casa alugada, etc.)?
51. Morar num asilo público é um direito ou um favor da prefeitura?

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM IDOSOS/AS MORADORES/AS DA COMUNIDADE/BAIRRO

I. Dados de identificação

1. Nome :
2. Data de Nascimento: Idade:
3. Profissão/Ocupação: Fonte de renda:
4. Escolaridade:
5. Estado civil: 6. Filhos:
7. Exerce alguma profissão/ocupação remunerada :

II. Situação sócio-familiar:

8. Histórico familiar (casada/o, companheiros/as, viúva/o, há quanto tempo, filhos, netos, bisnetos) : (Sexo, Idade, Situação conjugal de filhos e netos)
9. Fonte de renda : (aposentada, pensionista, nenhuma, outros)
10. Quanto ao imóvel que reside: (próprio, alugado, emprestado) Quem é o proprietário ? Mora a quanto tempo? Tem quantos cômodos? Quantas pessoas moram na casa ?
11. Quantas pessoas que moram na casa têm trabalho fixo ou recebem aposentadoria ou pensão?
12. Qual a renda familiar ? 1 salário mínimo, 1 a 2 salários mínimos, 3 a 4 salários mínimos, mais de 5 salários mínimos
13. Quem mantém a casa financeiramente (quem mais contribui com as despesas?)
14. Quem faz as tarefas domésticas (limpeza, compras, comida)

III. Relações sócio-familiares:

15. Onde moram os filhos (ou outros parentes próximos) ?
16. Qual o/a filho/a (ou outros parentes próximos) que mais se relaciona?
17. Recebe ajuda de algum filho/a ou neto/a (ou outros parentes próximos)? De que tipo (financeira, instrumental, afetiva)? Com que freqüência ?
18. Fornece ajuda a algum filho/a ou neto/a (ou outros parentes próximos)? De que tipo (financeira, instrumental, afetiva)? Com que freqüência ?
19. Na ausência deles quem a/o ajuda?
20. Tem amigos (quem são e qual a idade)? Os vê com que freqüência ?
21. Recebe visitas? De quem? Com que freqüência ?
22. Faz visitas ? A quem? Com que freqüência ?
23. Se relaciona com vizinhos (vai na casa ou ele vem, recebe ajuda ou dá)?
24. Costuma sair de casa? Para onde? Sozinho/a ou acompanhado/a (com quem)?
25. O que faz durante o dia (rotina)?

IV. Relações com o Estado

26. O que acha da sua aposentadoria/ pensão/ benefício?
27. Quem vai receber?
28. O que você faz com o dinheiro que recebe?
29. Quando fica doente o que costuma fazer (vai ao médico, toma remédio caseiro, vai a rezadeira) ?
30. Qual a última vez que foi ao médico? Que serviço utilizou (público, privado, ong, posto de saúde, hospital, ambulatório) ? Qual (nome do serviço) ?
31. O que acha do atendimento de saúde público?
32. Utiliza alguma medicação de uso contínuo (antihipertensivo, para osteoporose, insulina, etc.)? Recebe do estado ou compra?
33. Conhece o Centro de referencia do Idoso (já ouviu falar ou já foi lá?)
34. Conhece a PNI e o Estatuto do Idoso?
35. Conhece algum direito que o idoso tem ? Já fez uso dele?

V. Outros aspectos

36. Você planejou o que iria fazer neste período de sua vida ? O que?
37. Tem plano para o futuro?
38. Que período da sua vida você considera o melhor ? Por que ?
39. O que você mais gosta de fazer hoje ? Por que ?
40. O que você pensa sobre a velhice ?
41. Tem alguma coisa no seu corpo que lhe incomoda ou preocupa ?
42. Você tem algum problema de saúde ? Ele interfere em sua vida ?
43. Você sente falta de um companheiro/a ?
44. O que te deixa feliz?
45. O que te deixa triste?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A DIREÇÃO DO ABRIGO

Nome :

Idade :

Tempo no cargo:

Formação profissional e na área :

Vinculo institucional:

1. Como vê a instituição asilar no contexto das políticas públicas ?
2. Em sua opinião quais as obrigações do Estado com relação aos mais velhos ? E da família ?
3. O que o Estado/ Prefeitura oferece concretamente aos velhos abrigados aqui?
4. Há compromissos que não são cumpridos, ou o não o são satisfatoriamente? Por quê?
5. Como vê a situação desses velhos asilados?
6. A instituição estabelece algum tipo de relação com outras instituições governamentais? Que tipo (funcionários, serviços, verba, etc) ?
7. E com instituições não governamentais? Quais? De que tipo?
8. O Abrigo cumpre com as determinações nas normas estabelecidas para as ILPI?
9. Quantos funcionários o abrigo dispõe hoje – por categoria ?
10. Como é a relação da instituição com os familiares (obrigações legais, exigências da instituição, cobrança da família, espaço de participação, formas de colaboração: financeira, serviços ou de outra natureza, etc) ?
11. Com relação ao problema ocorrido no ano passado – interdição dos salões – como as famílias reagiram diante da situação?
12. A comunidade, o empresariado, ou de outros órgãos do Estado prestaram algum tipo de ajuda? De que tipo?
13. Com que recursos foi feita a reforma?
14. Há pessoas desenvolvendo trabalho voluntário? Que tipo de trabalho? E estágios, que áreas?
15. A instituição participa, presta ou recebe algum serviço, ou desenvolve alguma atividade junto à comunidade local ? Quais ?
16. Com relação às visitas, como isso é visto pela instituição?
17. Quais os problemas mais freqüentes entre os moradores? Qual o procedimento da instituição nos casos mais graves (descumprimento de normas, agressão física ou moral, etc.)?
18. Há diferenças entre o comportamento ou punições para homens e mulheres?
19. Como a instituição procede frente aos idosos que tornam-se dependentes/ dementes/ doentes?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SERVIÇO SOCIAL DO ABRIGO

Nome :

Idade :

Tempo no cargo:

Formação profissional e na área :

Vínculo institucional:

1. Quais os critérios de admissão do idoso na instituição ?
2. Quantos idosos moram hoje no Abrigo?
3. Há vagas disponíveis? Há lista de espera por vaga? Quando não há vaga para onde o idoso é encaminhado?
4. Em sua opinião quais as obrigações do Estado com relação aos mais velhos ? E da família ?
5. Quanto às reuniões com familiares – temas tratados, participação (número, como) , problemas mais frequentes, contribuições, visitas (frequência)
6. Tem mais Idosos aposentados, pensionistas ou que recebem BPC?
7. Quem recebe o dinheiro deles ?
8. O Serviço Social tem registro das pessoas que visitam a instituição ? Quem são – homens, mulheres, faixa etária, religião, parentes ou desconhecidos, grupos ou individuais, o que fazem
9. Quais as atividades regularmente oferecidas aos idosos? Quantos participam, em média?
10. Há problemas de convivência entre os idosos? Quais os motivos mais frequentes?

ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTORES DE POLITICAS

Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate á Pobreza
Coordenação do Idoso

Nome :

Idade :

Tempo no cargo:

Formação profissional e na área :

Vínculo institucional:

1. Como foi criada a Coordenação do idoso no atual governo?
2. Como a Coordenação do idoso está estruturada hoje? Ligado a que setor? Quantas pessoas trabalham no programa? Quem são e quais as funções?
3. Qual o nível de autonomia dessa coordenação?
4. Esse organismo administrativo nesse formato de Coordenação atende às necessidades de elaboração, acompanhamento, fiscalização etc das políticas específicas para o idoso?
5. Essa Coordenação dispõe de verba para implementação de projetos?
6. A atual coordenação/programa do Idoso vem dando continuidade ao trabalho que vinha sendo desenvolvido ou tem novas propostas, programas ou projetos?
7. Os grupos de convivência de idosos era um das ações coordenadas pelo programa do idoso? Ainda continua? Quantos (em percentuais) idosos são atendidos nessa atividade?
8. A Política Estadual do Idoso estabelece as competências das diversas Secretarias dentre elas as do Desenvolvimento Social (Ação Social). Quais dessas ações vêm sendo desenvolvidas? Há dificuldades para pô-las em prática? Quais?
9. Qual o nível de articulação dessa Coordenação com as demais Secretarias do Estado e outros órgãos governamentais e não governamentais que tratam da problemática do Idoso?
10. A grande preocupação hoje das Secretarias de Desenvolvimento social têm sido a implementação do SUAS. A coordenação do idoso tem participado desse processo? Como?
11. Como as questões do idoso são vistas dentro da proposta do CRAS/ PAIF ?
12. A SEDES tem obrigação de apoiar técnica e financeiramente as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Como vem sendo feito este trabalho? Qual a verba que dispõe para este fim?
13. Quantas ILPI são cadastradas no CEAS na Bahia?