

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS COMPENSATÓRIAS:
O Benefício de Prestação Continuada no Município de Palmas, Tocantins

Autora: Doriane Braga Nunes Bilac

Brasília, 2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS COMPENSATÓRIAS:
O Benefício de Prestação Continuada no Município de Palmas, Tocantins

Autora: Doriane Braga Nunes Bilac

Tese apresentada ao Departamento de
Sociologia da Universidade de
Brasília/UnB como parte dos requisitos
para obtenção do título de Doutora.

Brasília, janeiro de 2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS COMPENSATÓRIAS:
O Benefício de Prestação Continuada no Município de Palmas, Tocantins

Autora: Doriane Braga Nunes Bilac

Orientadora: Doutora Anália Laura Sória Batista (UnB)

Banca: Prof. Doutor João Gabriel Lima Cruz Teixeira (UnB)
Profa. Doutora Tania Cristina Siqueira (UnB)
Prof. Doutor Geraldo da Silva Gomes (UNITINS)
Profa. Doutora Neila Barbosa Osório (UFT)
Profa. Doutora Lourdes M. Bandeira (UnB) (SUPLENTE)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da força, perseverança e pela oportunidade de concluir o curso de Doutorado em Sociologia.

À CAPES, pelo apoio a esta pesquisa.

À minha orientadora professora doutora Anália Laura Sória Batista, pela amizade, pelo incentivo e pela seriedade nas constantes orientações.

À minha mãe e meus irmãos que sempre me acolheram, me amaram e me acompanharam durante toda minha vida.

Ao meu pai, com saudades (*in memoriam*), pelos sábios ensinamentos.

Ao companheiro Júlio Kener e ao meu filho Gabriel, que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando em todos os momentos.

Aos professores doutores do Departamento de Sociologia (SOL) da Universidade de Brasília (UnB), que participaram do curso de Doutorado em Sociologia.

Ao Coordenador do SOL, professor doutor Marcelo Rosa Carvalho, pelo incentivo.

À Diretoria de Pós-Graduação da Fundação Universidade do Tocantins (UNITINS) e a UnB, pela oportunidade de realização do Doutorado Interinstitucional (DINTER).

Aos colegas de Doutorado: Willany, Sônia, Leila, Jaqueline, Joaquim, Valcerli e Eliene, que me acompanharam nesta jornada acadêmica.

À professora doutora Maria de Lourdes F. G. Aires, coordenadora do DINTER/UNITINS, pelo apoio incondicional nesta jornada.

RESUMO

Estudo multidisciplinar em que procuramos compreender o *status* no ambiente familiar do idoso do município de Palmas, estado do Tocantins, que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC), identificando as contribuições dessa política social para a manutenção, ruptura ou reconfiguração, dentro da família, do prestígio, do poder, da autonomia, da posição e do papel social desses idosos, indivíduos carentes de maior visibilidade e que vivem em situação de vulnerabilidade social extrema. Utilizou-se o Método Dialético Crítico com enfoque qualitativo, embora dados quantitativos também tenham sido apreciados. A pesquisa de campo, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade do Tocantins (UNITINS) e autorizada pela Secretaria Municipal de Assistência Social de Palmas/TO, foi realizada no município de Palmas, tendo como escopo uma população de 1.572 idosos com idade de 60 anos ou mais, residentes na malha urbana da cidade de Palmas/TO, dos quais, aleatoriamente, foram escolhidos 393 idosos. Os dados coletados, tanto qualitativos quanto quantitativos, foram analisados, organizados, codificados e categorizados em três temas: Envelhecimento, Políticas Sociais e Família. Ao longo da coleta de dados surgiram categorias temáticas empíricas como autonomia, papel social, poder, prestígio. Os resultados evidenciaram que expressões antagônicas podem ser utilizadas para retratar o *status* do idoso que recebe o BPC: na saúde (dependente x independente); na política (cidadão x subcidadão); na família (empoderado x desempoderado); na gestão (autonomia x heteronomia); no econômico (pobreza x riqueza), no social (produtivo x improdutivo). Justamente pela possibilidade de o *status* ser desta forma tão variada, sua constituição está baseada em múltiplas influências, tanto as de ordem ambiental quanto as do próprio ser humano, porque este influencia o seu contexto, e esse contexto mutante, por sua vez, age sobre a pessoa, modificando-a. Essa dualidade está baseada na premissa de que, na idade mais avançada, o ser humano apresenta poucos aspectos positivos, de acordo com a visão contemporânea, que compensem os negativos e sejam relevantes para o homem e a sociedade. Esse antagonismo também está presente porque a identificação do *status* está diretamente relacionada à variabilidade, à complexidade e aos diferentes aspectos, valores, circunstâncias e tipos do envelhecer, como também às diferenças entre os próprios idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento, Família, Políticas Sociais

ABSTRACT

Multidisciplinary study which sought to understand the status of the elderly in the family environment of the city of Palmas, Tocantins State, which receives the Continuous Cash Benefit, identifying the contributions of this social policy for the maintenance, disruption or reconfiguration within the family, prestige, power, autonomy, social position and role of the elderly, individuals lacking visibility and living in situations of extreme social vulnerability. We used the method Dialectical Critical with qualitative approach, although quantitative data were also assessed. The field research, endorsed at the Foundation University of Tocantins by Ethics in Research Committee and approved by the Municipal Social Assistance Palmas, Tocantins, was held in the city of Palmas having scoped a population of 1,572 elderly aged 60 or older living in the urban area of the city of Palmas, Tocantins, of which, randomly, 393 seniors were chosen. The collected data, both qualitative and quantitative, were analyzed, organized, coded and categorized into three themes: Aging, Family and Social Policies. Throughout the data collection emerged empirical themes such as autonomy, social role, power and prestige. The results showed that antagonistic expressions can be used to picture the status of the elderly receiving BPC: health (dependent or independent), in politics (citizen or renegade); family (empowered or disempowered); management (autonomy or heteronomy), the economic (poverty or wealth), social (productive or unproductive). Precisely because of the possibility that this status have so varied forms, its constitution is based on multiple influences, both environmental reasons and the human being, because this influence its context, and this changing context, in turn, acts on the person modifying it. This duality is based on the premise that, in older age, the human being has few positive aspects, according to the contemporary view that outweigh the negatives and are relevant to man and society. This antagonism is also present because the identification status is directly related to the variability, complexity and the different aspects, values, circumstances and types of aging as well as differences among the elderly themselves.

Keywords: Aging. Family. Social policy.

Resumé

Une étude multidisciplinaire dans laquelle nous avons cherché à comprendre le *statut* de la personne âgée dans le cercle familial de la ville de Palmas, Etat du Tocantins, qui reçoit le Bénéfice de Prestation Continue, en identifiant les contributions de cette politique sociale pour l'entretien, la rupture ou la reconfiguration, au sein de la famille, du prestige, du pouvoir, de l'autonomie, de la position et du rôle social de ces personnes âgées, qui sont souvent en manque d'une plus grande visibilité et qui vivent dans des situations de vulnérabilité sociale extrême. Nous avons utilisé la Méthode Dialectique Critique avec un accent qualitatif, même si des données quantitatives auraient également été très appréciées. La recherche sur le terrain, approuvée par le Comité sur l'Éthique dans la Recherche de la Fondation Université du Tocantins et autorisée par le Secrétaire Municipal de l'Assistance Sociale de Palmas, Tocantins, a été réalisée dans la ville de Palmas avec, comme champ d'application, une population de 1572 personnes âgées de 60 ans ou plus, habitant dans le réseau urbain de la ville de Palmas, Tocantins, parmi lesquels ont été choisis 393 personnes âgées aléatoirement. Les données collectées, tant les qualitatives que les quantitatives, ont été analysées, organisées, codifiées et catégorisées selon trois thèmes : Vieillesse, Politiques Sociales et Famille. Tout au long de la collecte des données sont apparues des catégories thématiques empiriques telles que l'autonomie, le rôle social, le pouvoir, le prestige. Les résultats ont mis en évidence que des expressions antagoniques pouvaient être utilisées pour décrire le *statut* de la personne âgée qui reçoit le BPC: dans la santé (dépendant x indépendant); dans la politique (citoyen x sous-citoyen); dans la famille (l'autorité x la sous-autorité); dans la gestion (autonomie x hétéronomie); dans l'économique (pauvreté x richesse), dans le social (productif x improductif). Précisément grâce à la possibilité de cette grande variation dans le *statut*, sa constitution est basée sur de multiples influences, autant d'ordre environnemental que celles du propre être humain, parce que celui-ci influence son contexte, et ce contexte variable, quant à lui, agit sur la personne en la modifiant. Cette dualité est basée sur la prémisse que, à l'âge avancé, les êtres humains présentent peu d'aspects positifs, selon la vision contemporaine, qui compensent les négatifs et qui soient pertinents pour l'homme et la société. Cet antagonisme est présent également parce que l'identification du *statut* est directement en relation avec la variabilité, la complexité et les différents aspects, valeurs, circonstances et types de vieillissement, tout comme les différences entre les propres personnes âgées.

Mots-clés: Vieillesse. Famille. Politiques sociales.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACEPI	- Associação Cearense Pró-Idosos
AIVD	- Atividades Instrumentais da Vida Diária
ANFIP	- Associação Nacional dos Fiscais de Contribuições Previdenciárias
ANG	- Associação Nacional de Gerontologia
ARNE	- Área Residencial Nordeste
ARNO	- Área Residencial Noroeste
ARSE	- Área Residencial Sudeste
ARSO	- Área Residencial Sudoeste
Art.	- Artigo
AVD	- Atividades da Vida Diária
BA	- Bahia
BPC	- Benefício de Prestação Continuada
CAP	- Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	- Centro de Atendimento Psicossocial
CC	- Código Civil
CECEP	- Centro de Consultas Especializadas de Palmas
CEREST	- Centro de Referência à Saúde do Trabalhador
CEROP	- Centro de Referência em Oftalmologia
CF	- Constituição Federal
CLT	- Consolidação das Leis de Trabalho
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CNSS	- Conselho Nacional de Serviço Social
COFINS	- Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CP	- Código Penal
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
CSSR	- Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva
DATAPREV	- Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DINTER	- Doutorado Interinstitucional
DST	- Doença Sexualmente Transmissível

EMBRATUR	- Instituto Brasileiro de Turismo
FAB	- Farmácias Municipais Básicas
FGTS	- Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FINSOCIAL	- Fundo de Investimento Social
FNAS	- Fundo Nacional de Assistência Social
FUNRURAL	- Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
GO	- Goiás
IAP	- Institutos de Aposentadorias e Pensões
IES	- Instituição de Ensino Superior
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
LBA	- Legião Brasileira de Assistência
LDB	- Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOAS	- Lei Orgânica de Previdência Social
LOPS	- Lei Orgânica da Previdência Social
MA	- Maranhão
MDS	- Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	- Ministério da Saúde
MP	- Ministério Público
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
MT	- Mato Grosso
MTE	- Ministério do Trabalho e Emprego
Nº.	- Número
OCDE	- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PA	- Pará
PAB	- Piso Assistencial Básico

PAEG	- Plano de Ação Econômica do Governo
PAI	- Programa de Assistência ao Idoso
PETI	- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PI	- Piauí
PIB	- Produto Interno Bruto
PIS	- Programa de Integração Social
PNAS	- Política Nacional de Assistências Social
PNDH	- Programa Nacional de Direitos Humanos
PNI	- Política Nacional do Idoso
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRORURAL	- Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PSF	- Programa de Saúde da Família
RGPS	- Regime Geral da Previdência Social
RMV	- Renda Mensal Vitalícia
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBGG	- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SBPS	- Sistema Brasileiro de Proteção Social
Sec.	- Século
SEPLAN	- Secretaria de Planejamento do Estado do Tocantins
SESC	- Serviço Social do Comércio
SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUAS	- Sistema Único de Assistência Social
SUL	- Área Residencial Sul
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	- Tocantins
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UF	- Unidade da Federação
UFF	- Universidade Federal Fluminense
UnB	- Universidade de Brasília
UNITINS	- Fundação Universidade do Tocantins
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidades de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Agenda Internacional sobre o envelhecimento.....	27
Figura 2 – Pirâmides populacionais: 2000 e 2050.....	53
Figura 3 – Pirâmides Populacionais no Brasil (em milhões de pessoas).....	57
Figura 4 – Características da população idosa no Brasil em 2013.....	60
Figura 5 – Interconexão entre problema, estratégia e métodos.....	112
Figura 6 – Fluxograma da análise de conteúdo.....	141
Figura 7 – Fluxograma do percurso metodológico.....	146
Figura 8 – Pirâmide etária do município de Palmas, Tocantins, Brasil – Censo 2010, IBGE.....	174

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Evolução do Benefício de Prestação Continuada: Tocantins.....	102
Gráfico 2 –	Evolução do Benefício de Prestação Continuada: Palmas.....	104
Gráfico 3 –	Unidade da Federação de nascimento dos migrantes residentes na cidade de Palmas, Tocantins.....	168
Gráfico 4 –	Faixa etária por sexo.....	218
Gráfico 5 –	Escolaridade por sexo.....	221
Gráfico 6 –	Estado civil por sexo.....	222
Gráfico 7 –	Propriedade da residência por sexo.....	223
Gráfico 8 –	Com quem mora por sexo.....	224

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 –	Localização de Palmas no Estado do Tocantins.....	158
Mapa 2 –	Áreas residenciais de Palmas, Tocantins.....	164
Mapa 3 –	Fases para a ocupação da área urbana de Palmas, Tocantins.....	165
Mapa 4 –	Localização do Estado do Tocantins no Brasil.....	169

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Abrangência da ação social do estado em âmbito federal.....	83
Quadro 2 –	Cálculo da amostra para populações finitas.....	122
Quadro 3 –	Cálculo da amostra para a aplicação do formulário.....	122
Quadro 4 –	Apresentação das categorias e subcategorias da análise de conteúdo.	144
Quadro 5 –	Síntese dos instrumentos e procedimentos de análise.....	147
Quadro 6 –	Composição da Área Noroeste – ARNE.....	159
Quadro 7 –	Composição da Área Nordeste – ARNO.....	160
Quadro 8 –	Composição da Área Sudeste – ARSE.....	160
Quadro 9 –	Composição da Área Sudoeste – ARSO.....	161
Quadro 10 –	Composição da Região Sul – Parte I.....	162
Quadro 11 –	Composição da Região Sul – Parte II.....	162
Quadro 12 –	O Benefício de Prestação Continuada na perspectiva feminina: perdas, ganhos e ambivalências.....	226
Quadro 13 –	O Benefício de Prestação Continuada na perspectiva masculina: perdas, ganhos e ambivalências.....	230

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Porcentagem de idosos no mundo, em 1950, 2000 e 2050 (projeção)...	51
Tabela 2 –	Expectativa média de vida no Brasil para homens e mulheres (em anos).....	59
Tabela 3 –	Evolução da população idosa no Brasil.....	59
Tabela 4 –	Benefícios de Prestação Continuada concedidos no Brasil (1996-2010).....	101
Tabela 5 –	Benefícios de Prestação Continuada concedidos no estado do Tocantins (1996-2010).....	102
Tabela 6 –	Idosos pesquisados com o formulário.....	123
Tabela 7 –	Idosos entrevistados pela composição familiar.....	124
Tabela 8 –	Idosos participantes da pesquisa.....	124
Tabela 9 –	Taxas de crescimento demográfico de Palmas, Tocantins (1991-2010).	167
Tabela 10 –	Porcentagem da população residente, por naturalidade em relação ao Município e à Unidade da Federação – Resultados Gerais da Amostra, 2010, Palmas, Tocantins.....	168
Tabela 11 –	Áreas residenciais dos idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada em Palmas, Tocantins.....	170
Tabela 12 –	Áreas residenciais dos idosos pesquisados em Palmas, Tocantins.....	172
Tabela 13 –	População residente em domicílios particulares permanentes, por grupos de idade, segundo Brasil, Tocantins e Palmas, e a situação do domicílio – 2010.....	175
Tabela 14 –	População residente por cor ou raça, Palmas, Tocantins – 1991, 2000 e 2010.....	175
Tabela 15 –	Evolução do Produto Interno Bruto em Palmas, Tocantins – 1999 a 2010.....	176
Tabela 16 –	Atividades desenvolvidas pela população de Palmas, Tocantins.....	177

Tabela 17 – Unidades domésticas, por tipo, total e respectiva distribuição percentual por organização familiar, segundo Brasil, Tocantins e Palmas, 2010.....	179
Tabela 18 – População residente por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010.....	180
Tabela 19 – Idade dos idosos.....	182
Tabela 20 – Sexo dos idosos.....	183
Tabela 21 – Estado civil dos idosos.....	184
Tabela 22 – Estado da Federação de origem dos idosos.....	185
Tabela 23 – Raça/cor (critério IBGE).....	186
Tabela 24 – Nível de escolaridade dos idosos.....	187
Tabela 25 – Religião.....	187
Tabela 26 – Atividade profissional exercida antes do Benefício de Prestação Continuada.....	188
Tabela 27 – Onde passou a maior parte da vida.....	188
Tabela 28 – Propriedade da residência.....	191
Tabela 29 – Tipo de construção da residência.....	192
Tabela 30 – Quantidade de cômodos na residência.....	193
Tabela 31 – Meios de comunicação que possui.....	193
Tabela 32 – Quantidade de utensílios na residência.....	195
Tabela 33 – Serviço de água na residência.....	196
Tabela 34 – Serviço de esgoto na residência.....	197
Tabela 35 – Serviço de energia na residência.....	197
Tabela 36 – Endereços dos idosos pesquisados em Palmas, Tocantins.....	198
Tabela 37 – Com quem mora.....	201
Tabela 38 – Quantidade de filhos que teve.....	201
Tabela 39 – Possui filhos vivos.....	202
Tabela 40 – Quantidade de pessoas que moram com o idoso.....	205
Tabela 41 – Quem é o cuidador do idoso.....	205
Tabela 42 – Sexo do cuidador.....	206
Tabela 43 – Local onde reside o cuidador.....	206

Tabela 44 –	Relação do idoso com o cuidador.....	207
Tabela 45 –	Ajuda econômica recebida de terceiros.....	210
Tabela 46 –	Grau de dependência para realizar as Atividades da Vida Diária.....	211
Tabela 47 –	Grau de dependência para realizar as Atividades Instrumentais da Vida Diária.....	212
Tabela 48 –	Hábito de fumar.....	212
Tabela 49 –	Hábito de tomar bebida alcoólica.....	212
Tabela 50 –	Atividades de lazer praticadas (costume).....	213
Tabela 51 –	Refeições realizadas diariamente.....	213
Tabela 52 –	Quantidade de medicamento que toma diariamente.....	214
Tabela 53 –	Quantidade de medicamento que toma diariamente.....	216

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO HUMANO	38
1.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E CONSEQUÊNCIAS DO ENVELHECIMENTO	38
1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A IMAGEM DO IDOSO	45
1.3 TEORIAS SOBRE O ENVELHECIMENTO	47
1.4 CONTEXTO MUNDIAL DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	49
1.5 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO E AS POLÍTICAS VOLTADAS AOS IDOSOS	56
CAPÍTULO 2 – FAMÍLIA	68
2.1 FAMÍLIA: CONCEITOS/ABORDAGENS/PERSPECTIVAS	68
2.2 A FAMÍLIA: ASPECTOS ESTRUTURAIS, INTERGERACIONAIS E TRANSGERACIONAIS	76
2.3 VIOLÊNCIA, FAMÍLIA E O IDOSO	77
CAPÍTULO 3 – POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL	79
3.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA BRASILEIRO DE PROTEÇÃO SOCIAL	80
3.1.1 POLÍTICAS CENTRADAS NO EMPREGO E NO TRABALHO	84
3.1.2 POLÍTICAS CENTRADAS NA ASSISTÊNCIA SOCIAL	87
3.1.3 POLÍTICAS CENTRADAS NOS DIREITOS INCONDICIONAIS E DE CIDADANIA SOCIAL	91
3.1.4 POLÍTICAS CENTRADAS NA INFRAESTRUTURA SOCIAL	93
3.2 BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA	94
3.3 A FAMÍLIA NA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA	109
CAPÍTULO 4 – PERCURSO METODOLÓGICO	111
4.1 O MÉTODO DIALÉTICO CRÍTICO	112
4.2 NATUREZA DO ESTUDO	119
4.3 LOCAL DA PESQUISA	121
4.4 UNIVERSO/POPULAÇÃO DA PESQUISA	121
4.5 COLETA DE DADOS: INSTRUMENTOS, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	125
4.5.1 PRIMEIRA ETAPA: LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	126

4.5.2 SEGUNDA ETAPA: ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA.....	126
4.5.3 TERCEIRA ETAPA: LEVANTAMENTO DAS CARACTERÍSTICAS REGIONAIS.....	129
4.5.4 QUARTA ETAPA: OBTENÇÃO DA LISTA OFICIAL DOS IDOSOS.....	129
4.5.5 QUINTA ETAPA: CONTRATAÇÃO E TREINAMENTO DOS APLICADORES.....	130
4.5.6 SEXTA ETAPA: APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO.....	131
4.5.6.1 PRÉ-TESTE DO FORMULÁRIO.....	134
4.5.6.2 COLETA, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS DO FORMULÁRIO.....	135
4.5.7 SÉTIMA ETAPA: REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	136
4.5.8 OITAVA ETAPA: ANÁLISE DE CONTEÚDO – PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DOCUMENTOS E DOS TEXTOS DAS ENTREVISTAS.....	139
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	147
4.7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	148
CAPÍTULO 5 – O STATUS NOS DISCURSOS.....	149
5.1 O MUNICÍPIO DE PALMAS, TOCANTINS.....	154
5.2 O MUNDO DA VIDA PESSOAL DO IDOSOS DO BENEFÍCIOS DE PRESTAÇÃO CONTINUADA.....	181
5.2.1 SEÇÃO A: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS PESQUISADOS.....	182
5.2.2 SEÇÃO B: CONDIÇÕES DE MORADIA.....	188
5.2.3 SEÇÃO C: ARRANJO FAMILIAR.....	199
5.2.4 SEÇÃO D: REDE DE APOIO FAMILIAR.....	202
5.2.5 SEÇÃO E: AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	207
5.2.6 SEÇÃO F: ESTILO DE VIDA E SAÚDE.....	211
5.2.7 SEÇÃO G: APLICAÇÃO DO RECURSO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA.....	214
5.2.8 AS MULHERES DA PESQUISA.....	216
5.2.9 OS HOMENS DA PESQUISA.....	228
5.3 O SUPORTE ASSISTENCIAL.....	231
5.4 A REDE FMILIAR E SOCIAL.....	235
5.5 EM BUSCA DO <i>STATUS</i> NO DOTIDIANO DO IDOSO.....	239
5.6 O <i>STATUS</i> : ENTRE A PERMANÊNCIA E A MUDANÇA.....	243
5.7 DOS INDICADORES À HIPÓTESE.....	246
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	250
REFERÊNCIAS.....	262

APÊNDICES.....	279
APÊNDICE “A” – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	280
APÊNDICE “B” – ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS OPERAÇÕES FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA.....	281
APÊNDICE “C” – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS IDOSOS.....	284
APÊNDICE “D” – ROTEIRO DE FORMULÁRIO.....	286
APÊNDICE “E” – FOTOS DAS RESIDÊNCIAS DE ALGUNS DOS BENEFICIÁRIOS PESQUISADOS.....	293

INTRODUÇÃO

Iniciar este texto foi tão difícil quanto concluí-lo. Ao principiar o estudo, as intenções eram múltiplas, a vontade de concretizar um sonho era desejada e os desafios estavam começando. Ao final restou a sensação de que inúmeras vertentes se abriram frente àquelas que havia. O estudo pareceu multiplicar-se. E como a pesquisa envolveu áreas de conhecimento distintas, isso pareceu ficar ainda mais intenso, pois os caminhos da pesquisa abriram espaços para outros desejos e novas vontades.

A vontade de fazer uma pesquisa que busca relacionar uma política pública com o seu próprio beneficiário, à primeira vista, pode parecer estranha. Quando a pesquisadora comentava que estava pesquisando no ambiente familiar o *status* dos idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC), sempre acabavam lhe perguntando de onde surgiu o seu interesse pelo tema, visto que sua curiosidade e atividade profissional sempre estiveram relacionadas ao controle contábil do patrimônio das pessoas físicas e jurídicas.

Ela mesma ficou um pouco surpresa com sua temática de estudo. Até bem pouco tempo ela não diria que, no futuro, estaria desenvolvendo alguma pesquisa vinculada à velhice, políticas públicas e família. Pode dizer, então, que esse desejo foi recente, tendo surgido durante o processo seletivo para participar do curso de Doutorado Interinstitucional em Sociologia da Universidade de Brasília (UnB) com a Fundação Universidade do Tocantins (UNITINS), em 2009/02 e, ao se enamorar dele, durante as leituras e estudos realizados, ao longo do curso, resolveu tomá-lo como temática. Ao mesmo tempo, já tinha sensibilidade para algumas questões sociais (invasão de terra, adolescentes grávidas, mulheres desempregadas, falta de alimentos, necessidade de serviços na área da saúde, habitações precárias, famílias extensas, desemprego) vivenciadas no período em que esteve à disposição da Secretaria de Desenvolvimento Social do município de Gurupi/TO e ao visitar diversas pessoas em bairros periféricos da cidade de Gurupi/TO, quando participou, como cabo eleitoral, de quatro campanhas eleitorais. Além disso, chegou a conhecer sua bisavó; durante a adolescência morou com sua avó; sua família era composta pelo núcleo familiar mais tio, primo, irmão de criação e empregada, todos morando juntos; seus pais falavam sempre da necessidade e da importância de estudar e de auxiliar o próximo.

Então, um pouco influenciada por essa trajetória e com o incentivo dos pais, adquiriu conhecimentos nas áreas contábil, jurídica, pedagógica e de processamento de dados. Esses conhecimentos possibilitaram trabalhar em instituição financeira, de desenvolvimento de sistema, educacional e como servidora municipal, estadual e federal.

Quando estava atuando na área educacional compreendeu o quanto seria importante se qualificar e, por isso, cursou especializações, fez mestrado em Contabilidade Avançada e neste momento finaliza o doutorado em Sociologia. No percurso, operou com o mutável, porque sempre que buscava entender algo, esse algo parecia ficar mais complexo e repleto de perspectivas variadas. A pesquisadora se transformou, porque a educação não a ensinou a ser apenas profissional de uma determinada área, mas também como deve pensar e fazer relações.

Então, de repente, ela compreendeu que estava no curso de Doutorado Interinstitucional em Sociologia da Universidade de Brasília - UnB com a Fundação Universidade do Tocantins – UNITINS, vivendo um momento especial e percebeu-se fascinada pelos seres que envelhecem. As leituras realizadas não mudaram apenas a sua forma de pensar a terceira idade, mas também o modo como se relaciona com a velhice, especialmente com sua mãe, uma vez que os outros membros idosos da sua família haviam falecido.

A pesquisadora, a partir desse “namoro acadêmico”, começou a se perguntar:

- Quem é idoso?
- Como é envelhecer na sociedade contemporânea?
- Que aspectos biológicos, psicológicos e sociais estão associados à velhice?
- Quando e por que o envelhecimento passou a ser estudado?
- Como a família se relaciona com seu idoso?
- Quais são as condições de vida dos idosos brasileiros?
- Quais são as políticas sociais brasileiras de atenção ao idoso?

Ao procurar respostas para essas indagações em conjunto com o levantamento bibliográfico, a pesquisadora identificou que, à medida que o tempo passa, mais pessoas, de todas as classes sociais, chegam à velhice, tanto em áreas urbanas quanto rurais e, por

isso, o envelhecimento foi reconhecido como um importante fenômeno que acomete a sociedade.

Entretanto, no Brasil, as demandas dos idosos, na visão de Giacomini (2012), ainda não foram satisfatoriamente atendidas por dois motivos essenciais: suas prioridades não estão elencadas no orçamento e políticas públicas e há o descumprimento das leis pelo Estado pela falta de efetivação dos direitos dos idosos na forma de políticas públicas eficientes. Como consequência

faltam políticas de cuidado na Saúde e na Assistência Social; a Previdência Social não recompõe os salários de quem ganha acima de um salário mínimo; na Educação os idosos estão fora das escolas, e o envelhecimento fora dos currículos; cidadãos e profissionais formados desconhecem o que representa viver em um país envelhecido; enquanto são tolerados a discriminação e o preconceito contra a velhice e contra as pessoas idosas (GIACOMINI, 2012, p. 62).

Para Faleiros (2010), a ineficiência das políticas públicas, aliada à falta de educação no trato para com os idosos; a carência financeira; a crença de que os velhos são descartáveis e inúteis e que seu estado físico depende de comportamentos adequados ao longo da vida contribuíram para que os idosos sofram maus-tratos, tais como a violência física, psicológica, financeira e até sexual e, na maioria dos casos, não relatados/denunciados pelos idosos devido à sua relação de confiança para com seus familiares. Esses aspectos motivaram a Organização das Nações Unidas (ONU) a instituir 15 de junho como o Dia Internacional de Combate à Violência contra a Pessoa Idosa.

Outro aspecto também ressaltado por Coelho (2001) refere-se à (in)visibilidade do mundo paralelo do idoso. O mundo familiar, social e pessoal em que o idoso vive, via de regra, rejeita-o, despreza-o e abandona-o ao fim de sua vida, como também o culpa pela sua doença, pobreza e vulnerabilidade¹. A família finge desconhecer esse mundo, por conveniência ou por falta de solidariedade humana (priva o idoso de participar); o poder público parece não ver esse mundo quando faz ouvidos moucos às suas queixas, como se não as entendesse e elas não estivessem diante de seus próprios olhos (vê o idoso como ônus); a sociedade marginaliza esse mundo ao isolar e privar o idoso das práticas comuns (imagem estereotipada negativa do idoso); e o próprio idoso (in)conscientemente rejeita esse mundo quando não aceita a velhice. De acordo com Beauvoir (1990), existe uma conspiração de silêncio e para Faleiros (2010) é o conluio do silêncio.

¹ Para Sposati (2009), o conceito de vulnerabilidade social relaciona-se aos riscos sociais (eventos que provocam privações e danos, como: pobreza, desemprego, doença, deficiência, violência, desemprego, etc.) e às condições de sua ocorrência.

Além desses aspectos, as condições de vida do idoso tendem a ser mais adversas quanto mais vulneráveis forem o seu capital físico (bens duráveis, moradia e serviços públicos), o seu capital humano (escolaridade, experiência, educação) e o seu capital social (emprego, estrutura familiar, participação social). Essa vulnerabilidade agregada ao estereótipo que vincula o idoso à improdutividade e à dependência de cuidados contribui para que o velho integre a parcela da população considerada marginal e excluída e, por isso, sujeita ao estado de carência.

Redimensionar essas situações é o desafio que se apresenta para toda a sociedade. Abre-se, dessa maneira, espaço para que a família (enquanto recurso para o desenvolvimento social), a sociedade (enquanto espaço de convivência), as comunidades acadêmicas (enquanto produtoras de conhecimento e agente que analisa realidades) e o Estado (enquanto regulador social) executem ações de intervenção e proteção social, tanto preventiva como emergencial para atender às vulnerabilidades e às necessidades de famílias empobrecidas e dos indivíduos mais fragilizados como os idosos (DEBERT, 1999; HADDAD, 1986).

A assistência realizada aos idosos pela família² contemporânea, ambiente reconhecido como fonte de cuidados de longa duração, apesar de atualmente ter múltiplas formas de composição familiar, autoridade, laços afetivos e sociais (RODRIGUES, WATANABE, DERNTL, 2006; COLLIÉRE, 2003; PASSOS, 2005), acontece com os apoios materiais³, funcionais⁴ e instrumentais⁵. Normalmente, o cuidado é realizado pela figura feminina (YAMASHITA et al., 2010). Esse cuidado está vinculado ao contexto socioeconômico, às necessidades geracionais, à coresidência e às características familiares, como: estado conjugal, quantidade de filhos adultos, gênero, distância geográfica, recursos financeiros e físicos, qualificação do cuidador. A diversidade do apoio

² A família já foi considerada como a célula do Estado, hoje, é denominada como a base da sociedade. Sua formação, composição e disposição familiar foram modificadas. Por isso, novos padrões de funcionamento e núcleos relacionais foram instituídos, ao mesmo tempo, que houve uma reconfiguração de papéis e responsabilidades. Hoje, são identificadas as famílias homoparentais, monoparentais, nucleares, separadas, recasadas, multigeracionais, longevas (SCHREINER, 2006; BARRETO, 1999; NASCIMENTO, 2006).

³ O apoio material diz respeito a ações que envolvem transferências financeiras ou de produtos de necessidade básica, como: comida, roupas e utensílios domésticos para os que não têm como garantir sua subsistência (CAMARANO, LEITÃO, KANSO, 2009).

⁴ O apoio funcional implica ajuda na realização das atividades mais básicas do cotidiano, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar ou levantar, caminhar, sair de casa e ir ao banheiro (CAMARANO, LEITÃO, KANSO, 2009).

⁵ O apoio instrumental diz respeito a atividades como preparar refeições, fazer compras, realizar tarefas domésticas e cuidar do próprio dinheiro (CAMARANO, LEITÃO, KANSO, 2009).

familiar realizado por meio da transferência de ajuda e de trocas⁶ entre gerações (no sentido descendente de pais idosos para filhos adultos ou vice-versa) “passa pelas relações de poder entre indivíduos, marcadas pela condição de classe, gênero e raça” (GOLDANI, 1999, p. 87). Reconhece-se, nesse contexto,

[...] a universalidade da família, [...] conservando um núcleo, mesmo que imaginário, [não só] de relações de afeto e solidariedade baseadas em consanguinidade, mas também pela ação efetiva do grupo familiar na realização de projetos pessoais (GUIDI, PINTO, 1999, p. 10).

Contudo, deve ser destacado que a redução dos laços de solidariedade familiar (resultantes dos processos de migração), a maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, a queda da fecundidade, a diminuição na taxa potencial de apoio (número de adultos para cada idoso) e as mudanças nos arranjos familiares têm contribuído para uma diminuição na disponibilidade de suporte familiar à medida que aumenta o número de pessoas que demandam esse apoio (CAMARANO, 2008; SARTI, 2005). Esses fatores, aliados à necessidade de geração de renda familiar, à ausência de condições psicológicas, afetivas e financeiras e à sobrecarga de trabalho imposta às famílias podem fazer com que a família seja o lugar das relações de poder, do despotismo e da violência: humilhação, discriminação, ameaça, abandono, abuso, negligência, uso indevido do dinheiro do idoso, falta de paciência para ouvir o idoso (FALEIROS, 2010; BILONDO, 2006). Muitos idosos em situação de vulnerabilidade vivem em casa de familiares, em condições precárias, sendo, em alguns casos, submetidos a maus-tratos, por ausência de alternativas de moradia (PASINATO, KORNIS, 2009). Nesse sentido, a família está perdendo a capacidade de exercer sua antiga função de abrigo e cuidado dos mais velhos, enquanto estes continuam necessitando de algum tipo de proteção social.

Além da família, outras entidades têm ofertado serviços voltados para o cuidado, o ensino e a pesquisa em relação aos idosos, como: Organização das Nações Unidas (ONU)⁷;

⁶ O apoio intrafamiliar tem sido estudado pelas seguintes hipóteses: seguro de velhice e compensação parental; do altruísmo e intercâmbio social (SAAD, 1999).

⁷ Em 1973, a Assembleia Geral da ONU chamou atenção para a necessidade de se protegerem os direitos e o bem-estar das pessoas idosas. Em 1982, a ONU promoveu a I Assembleia Mundial do Envelhecimento na qual foi elaborado e aprovado o Plano de Ação Internacional de Viena (Áustria). Esse Plano tinha o propósito de incentivar a elaboração de políticas sociais direcionadas aos idosos (COSTA; MENDONÇA, ABIGALIL, 2002). Em 1991, a Assembleia Geral adotou resolução sobre os Princípios das Nações Unidas em favor das pessoas idosas: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade. Em 2002, aprovou o Plano de Ação Internacional de Madrid e uma Declaração Política que expressa envelhecimento seguro e fora da pobreza, por ocasião da Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); Associação Nacional de Gerontologia (ANG); Serviço Social do Comércio (SESC); Universidades etc.

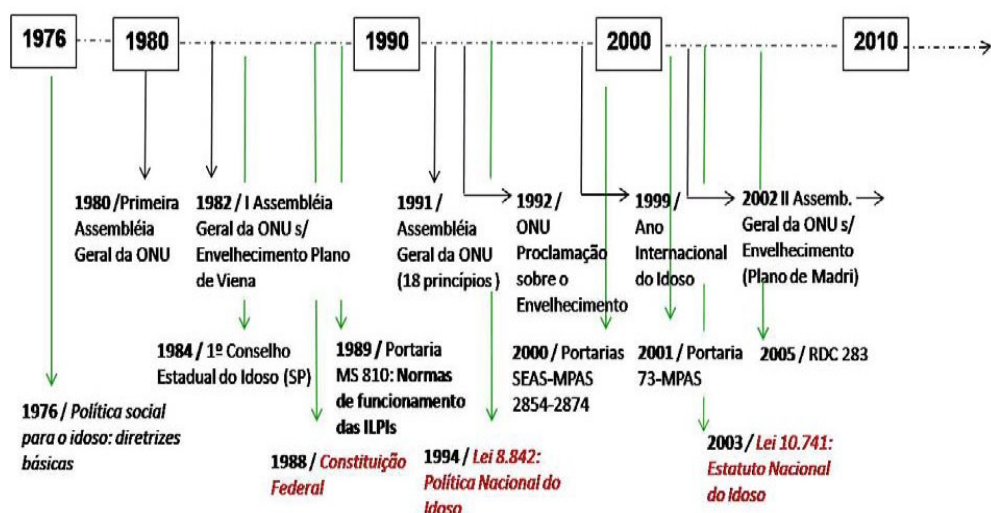
O Estado, enquanto regulador social, também deveria amparar e proteger o idoso por meio das políticas sociais⁹. Esse amparo refere-se à inserção, ao bem-estar, ao acesso à cidadania e aos bens e serviços mais essenciais (GIOVANNI, 1998; SINGER, 2003). Em nível internacional, as implicações sociais sobre o envelhecimento foram abordadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A preocupação inicial com a situação de vulnerabilidade da população idosa foi apresentada, em 1968, na Conferência dos Direitos Humanos realizada em Teerã. A partir desse reconhecimento, foram realizados diversos fóruns globais para a aprovação de políticas de ação voltadas ao idoso, com o fim de garantir sua independência (física e financeira); participação (integração e socialização ativa); cuidados (familiar ou institucional); autorrealização (desenvolvimento pessoal e educacional) e dignidade (vida digna e segura). A efetivação dessas políticas deveria acontecer com a formação de parcerias entre Estado, sociedade civil e setor privado, levando em conta as especificidades de cada região.

O Brasil, para **garantir e evitar lesões aos direitos** dos idosos, conta com os seguintes entes jurídicos: Ministério Público e Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais do Idoso. **Para proteger e amparar** os idosos, a intervenção do Estado se processa com políticas de caráter contributivo (para os trabalhadores do sistema formal – seguro social) e não contributivo (para os pobres, necessitados e excluídos do setor formal – assistencial) (SPOSATI, 2004a) previstas em diversas legislações a partir das discussões na agenda internacional conforme diagrama a seguir.

Figura 1 – Agenda Internacional sobre o envelhecimento.

⁸ Em 1980, a Organização Pan-Americana de Saúde aprovou a resolução CD27.R16 – *Programa de Envejecimiento Y Salud*. Esse Programa informa sobre a falta de planos adequados para o idoso e incentiva os Estados-Membros a fixarem programas e políticas públicas (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1998).

⁹ Políticas sociais, para Carvalho (2007, p. 74-75), significam um “conjunto de diretrizes, orientações, critérios e ações que permitem a preservação e a elevação do bem-estar social, procurando que os benefícios do desenvolvimento alcancem todas as classes sociais com a maior equidade possível”. Portanto, podem estar relacionadas à seguridade social (previdência, assistência e saúde) ou a situações mais específicas no campo do trabalho, da educação e do lazer, direcionadas a crianças, adolescentes, deficientes ou idosos.



Fonte: Camarano e Pasinato (2004).

Ao analisar o diagrama pode-se inferir que a partir de 1976 foram apresentadas, no Brasil, as primeiras diretrizes para uma política social voltada ao idoso. Posteriormente, o Art. 230 da Constituição Federal de 1988 indicou os entes que devem proteger o idoso; a Política Nacional do Idoso (PNI) assegurou os direitos sociais e criou condições para a integração e a participação efetiva do idoso na sociedade; o Programa Nacional de Saúde do Idoso foi instituído com objetivo de promover a saúde do idoso para que possa ter um envelhecimento ativo¹⁰ junto à família, com níveis altos de função¹¹, autonomia¹² e com melhor qualidade de vida possível; o Estatuto do Idoso regulamentou os direitos básicos do idoso (saúde, alimentação, educação, respeito etc.) e fixou penalidades para situações de desrespeito aos idosos; a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) garantiu um salário

¹⁰ O envelhecimento ativo pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o fim de melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece. Assim, envolve políticas públicas que possam promover modos de vida mais saudáveis e seguros, como, por exemplo: atividades físicas no cotidiano e no lazer, prevenção às situações de violência doméstica e urbana, acesso a alimentos saudáveis etc. Isso implica mudança no enfoque das políticas baseadas em necessidades e passa a ter uma abordagem nos direitos dos idosos à igualdade de oportunidades e tratamento igualitário em quaisquer situações da vida (BRASIL, 2006b).

¹¹ Função é a capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas cotidianos. Ela pode ser avaliada em duas categorias: atividades básicas da vida diária (AVD) – tarefas relacionadas ao autocuidado e à própria subsistência do idoso – e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) – tarefas relacionadas com a comunidade e com o meio ambiente (CALDAS, 2003).

¹² Autonomia é o exercício da autodeterminação, ou seja, o indivíduo autônomo é o que mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida (GORDILHO et al., 2000).

mínimo de benefício mensal ao idoso que atenda a certas condições prefixadas por meio do Benefício da Prestação Continuada (BPC)¹³.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício de caráter individual, permanente e assistencial¹⁴, integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)¹⁵ que concede à pessoa idosa e/ou com deficiência o valor de um salário mínimo (renda mínima, não vitalícia, intransferível) mensalmente para que possa viver dignamente e, ao mesmo tempo, garantir a sua sobrevivência, por conta própria ou com o apoio da família¹⁶. Nesse sentido, é um programa de transferência¹⁷ de renda porque não exige contrapartida de seus usuários. Para ter direito a esse benefício, a pessoa idosa ou deficiente não pode estar recebendo nenhum benefício previdenciário, e a renda da sua família deverá ser inferior a ¼ do salário mínimo por pessoa. Será classificado como idoso, para efeito desse benefício, a pessoa que tiver 65 anos¹⁸ ou mais de idade e deficiente aquele que não pode trabalhar e levar uma vida independente e que comprovou sua deficiência e o nível de incapacidade por meio de avaliação do Serviço de Perícia Médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

¹³ A implantação da política do BPC evidencia a intenção de introduzir o princípio da garantia de mínimos sociais de existência em oposição à lógica dos benefícios previdenciários vinculada à contribuição salarial e voltada aos trabalhadores formais (BOSCHETTI, 2006).

¹⁴ O BPC tem caráter assistencial porque não está vinculado à exigência de cotizações à previdência ou de vinculação passada ao mercado de trabalho, por isso pode atingir pessoas de maior vulnerabilidade melhorando suas condições de vida. Contudo não dá direito à gratificação natalina (13º Salário Mínimo) e não é transferido em caso de morte do beneficiário.

¹⁵ O SUAS prevê uma organização participativa e descentralizada ao oferecer serviços, programas e benefícios à população brasileira. Os benefícios assistenciais se caracterizam em duas modalidades: BPC e os Benefícios Eventuais (atender a cidadãos em momento de fragilidade advindos de nascimento, morte, calamidade pública).

¹⁶ De acordo com Ministério de Assistência Social e Combate à Fome (BRASIL, 2006a, p. 14), foi “[...] considerando o conceito de família vigente à época da concessão do mesmo, ou seja, os benefícios concedidos até 10.08.97 [...] [foram] revistos com base no primeiro conceito de família ‘a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes’ e os concedidos a partir de 11.08.97, com base no conceito vigente ‘o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei nº 8.213/91, desde que vivam sob o mesmo teto”, portanto, aquela constituída pelos membros consanguíneos diretos e os legalmente reconhecidos. Isso significa incluir os seguintes parentes do requerente do benefício: cônjuge ou companheiro, pais, filhos ou enteados de até 21 anos de idade ou inválidos e os equiparados, inclusive o enteado e o menor tutelado; e os irmãos menores de 21 anos ou inválidos. Para Maciel (2005), esse conceito restringe a possibilidade de enquadrar como família outras formas de arranjos que fogem dos padrões das famílias consanguíneas.

¹⁷ Transferência de renda é a transferência monetária direta a indivíduos ou às famílias (SILVA, LIMA, 2010).

¹⁸ A idade mínima de elegibilidade dos idosos foi alterada progressivamente de 70 (texto original do art. 20 da LOAS) para 67 (texto original do art. 38 da LOAS foi alterado pela Medida Provisória nº 1.599.39, de 11 de dezembro de 1997, convertida na Lei nº 9.720, de 30 de novembro de 1998. Essa nova idade passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 1998) e, atualmente, para 65 anos (art. 34 do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Essa idade passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2004).

Portanto, o BPC proporciona renda às pessoas que, em particular situação de vulnerabilidade e risco social, exigem um conjunto de necessidades especiais e de cuidadores, porque comprovam não ter meios de prover a própria manutenção (pela inexistência de atividade remunerada ou pela incapacidade para uma vida independente) ou tê-la provida por sua família (já que cada um de seus membros deve prover suas necessidades no mercado com ¼ do salário mínimo. São pessoas que sobrevivem na linha de indigência¹⁹/pobreza extrema, isto é, pessoas com renda insuficiente para obter a cesta alimentar básica ou sobrevivendo na linha da pobreza, já que sua renda é insuficiente para atender às necessidades mínimas. Essa é a situação, em abril de 2013, dos 1572 beneficiários do BPC no município de Palmas, estado do Tocantins. Acrescente-se a esses fatores a falta de informações precisas sobre os beneficiários do BPC, porque os dados existentes sobre esse público no Estado do Tocantins e no município de Palmas referem-se a informações obtidas nas revisões realizadas sobre os benefícios concedidos até novembro de 2001. Para os anos subsequentes, ainda não foi realizada a revisão e, portanto, não há dados mais atualizados sobre essa população.

Em relação ao BPC, de uma forma geral, estudiosos apontam aspectos positivos e negativos. Em ambos os casos, torna-se necessário analisar esse programa para verificar como a renda que ele proporciona está influenciando na configuração (manutenção/ruptura) do *status* dos idosos do município de Palmas – Tocantins em seu ambiente familiar.

O termo *status* é usado, na linguagem informal, como sinônimo de prestígio, riqueza e poder pela posição que uma pessoa ocupa na sociedade. Portanto, o *status* é o lugar que a pessoa ocupa na **estrutura social**. Nesse sentido, pode-se afirmar que o homem, ao participar da vida social, sempre ocupará alguma posição (*status*), inferior ou superior, por sua própria escolha ou não, na hierarquia social do ambiente urbano ou das sociedades rurais. Essa posição é legitimada pelo julgamento coletivo ou consenso de opinião do grupo e é, ao mesmo tempo, o elemento que identifica as diferenças sociais que existem entre um indivíduo e outro de determinada sociedade (SANTANA, 2008).

Quando essa posição é caracterizada por direitos (reivindicações/privilégios) e obrigações (deveres) reconhecidos pública e juridicamente, tem-se o *status* legal. Deve ser

¹⁹ Para Sposati (2004a), o salário mínimo é insuficiente e miserável porque se refere tão somente às necessidades de alimentação com uma ração precária e que não dura todo o mês. Portanto, configura a linha de indigência.

ressaltado que a relação entre os privilégios e os deveres depende do tipo de estrutura social e da posição que a pessoa tem dentro dessa estrutura. Quando as características da posição não são definidas por lei, mas pelo comportamento socialmente esperado e/ou aprovado, tem-se o *status* social. Assim, o *status* é determinado por fatores extrínsecos às pessoas, como: parentesco (reputação, tradicionalismo, legitimidade ou não da família); riqueza (orienta o nível de vida, o conforto, o bem-estar e o prestígio); ocupação/função (importância da função na sociedade, conhecimento para exercer a função); educação (analfabeto, alfabetizado, erudito, titularidade); religião (prestígio social dos membros, posição ocupada na hierarquia religiosa); e fatores biológicos (grupos etários, sexo, características físicas) (LAKATOS, 1982, p. 94).

Percebe-se que cada posição ocupada gera direitos e deveres que são instituídos jurídica ou socialmente. Isso significa dizer que os *status* são fatos sociais porque “consistem em maneira de agir, de pensar e de sentir exteriores ao indivíduo, dotados de um poder de coerção em virtude do qual se lhe impõe” (DURKHEIM, 1963, p.71).

As pessoas podem ocupar posições por escolha pessoal ou não. Assim, são duas as formas de obter *status*. As posições ocupadas independentemente da vontade do indivíduo, ou seja, é-lhe atribuído em virtude de seu nascimento, são denominadas de *status* atribuído (sexo, etnia, idade, ordem do nascimento, legitimidade, riqueza e parentesco). Os lugares ocupados em função da opção individual, de habilidades, conhecimento, capacidade, esforço e aperfeiçoamento pessoal são os *status* adquiridos (educação e profissão são elementos de ascensão de *status*) (NOVA, 2000). Ao conviver em sociedade, o homem pode adquirir diversos *status*. A posição definida com base no sexo é denominada de *status* geral. Se a posição é atribuída levando em consideração o indivíduo como representante de um grupo, tem-se o *status* posicional. Será classificada como *status* específico cada posição que a pessoa ocupar simultaneamente. Aquela posição que se destaca e gera mais prestígio, poder e riqueza, em determinado momento da vida de uma pessoa, é denominada de *status* principal.

Para Weber (1987), os elementos prestígio e riqueza permitem localizar o indivíduo no sistema de estratificação social e, ao mesmo tempo, dão origem a duas ordens: a econômica (distribuição de riqueza estratificando em classes) e a social (distribuição de prestígio estratificando em estamentos). O terceiro elemento, o poder, ou seja, a possibilidade de impor aos outros a própria vontade, é derivado da riqueza e do prestígio.

O indivíduo, ao ocupar determinada posição, lutará para manter o *status* que possui ou elevá-lo a outra categoria. Deve ser ressaltado que as possibilidades de mudança de *status* (mobilidade social vertical) variam de sociedade para sociedade, sendo mais aceitáveis nas sociedades abertas do que nas fechadas. Mas em qualquer que seja o tipo de sociedade, a luta pela manutenção ou pela ascensão social pode gerar competição, dominação, submissão, exploração, conflitos, rivalidades, hostilidade e afastamento, caso haja mais pretendentes do que vagas para a posição desejada.

Para cada *status* que a pessoa possui, há um comportamento esperado (o que deve fazer e como deve agir), ou seja, corresponde a um **papel social**. Esse comportamento esperado constitui instrumento de controle social (as ações de um indivíduo são controladas pelo outro) e de fluência do convívio social (indivíduo não precisa raciocinar sobre cada ação que executará). Assim,

[...] os termos “status” e “papel” são considerados como definidores da posição social e do modo geral de interação entre os indivíduos. A cada “status” pessoal têm-se papéis que, somados, definem a posição individual da pessoa, ou seja, a soma dos direitos e obrigações que representam o seu comportamento social (ZIMERMAN, 2000, p. 22).

Dessa forma, pode-se inferir que a participação do homem na sociedade se faz por meio das posições que ocupa, dos papéis que desempenha, dos grupos e dos agregados (deve ter proximidade física) de que participa e das categorias (pessoas separadas fisicamente, mas com características comuns) às quais pertence.

No caso dos idosos, essa participação dependerá das condições materiais de produção e reprodução social (BEAUVOIR, 1990), da forma de vida que ele levou e das condições atuais em que se encontra. Não tendo essas condições materiais, uma função, um papel, um lugar ou uma posição social, o indivíduo idoso torna-se um ser frágil, limitado, triste, passivo, impotente e incapaz de gerenciar a própria vida. Também, isola-se e adota posturas e atitudes tímidas. É excluído das relações sociais, do espaço público, do mundo produtivo, político, é desvalorizado ou pseudovalorizado, enfim passa a ser um objeto, destituído de qualidades e necessidades (BOSI, 1979).

Sua imagem passa a ser de uma pessoa carente que necessita de inúmeros cuidados e medidas de proteção. O cuidado se refere aos bens e aos serviços que permitem às pessoas alimentarem-se, educarem-se, estarem bem e viverem em um local propício. Nesse

sentido, inclui o cuidado material (trabalho), econômico (custo) e psicológico (vínculo afetivo e projeto de vida). O cuidado deve estar baseado em relações e não somente em obrigação jurídica estabelecida pela lei. Esse cuidado, nem sempre voluntário ou recompensador e normalmente não registrado ou remunerado, tradicionalmente é realizado por pessoas do sexo feminino que têm proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos) ou física (vive junto) com o idoso, ou seja, um membro da família, podendo também ser outro idoso (GREEN, 2001; RODRIGUEZ, 2005; NERI, 1997; TRONTO, 2007; CHAIMOWICZ, 2006).

Nesse contexto, o espaço privado, “segregado” e reservado ao idoso dentro da família, junto com a invisibilidade de sua potencialidade, é o terreno em que são criadas tanto condições objetivas e subjetivas para a sua circulação desigual como condições para uma tensão conflitiva entre espaço de poder e de subordinação. Isso pode acontecer porque, ao envelhecer,

[...] o indivíduo é forçado a se deparar com alterações físicas e psicológicas, em si próprio, e também com mudanças nas suas possibilidades de atuação no mundo, especialmente no que se refere a seu lugar na estrutura familiar (LOPES, CALDERONI, 2002, p. 99).

Evidencia-se esse fato porque, na sociedade atual, capitalista e ocidental, qualquer valoração fundamenta-se na ideia básica de produtividade. É na atividade produtiva que o homem deposita suas aspirações e perspectivas de vida. Ao tentar dizer quem é ele, acaba por dizer o que ele é, reservando, assim, lugar de destaque para sua força produtiva. O idoso, não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, perde o seu valor simbólico e passa a ocupar um lugar secundário na existência humana (VERAS, 2002; GOLDMANN, 2000; BENTO, 1999). Retirado do seu ciclo produtivo, a autoestima e a sensação de ser útil se reduzem.

Portanto, o envelhecimento vincula a pessoa idosa a um determinado ponto do ciclo de vida orgânico (última fase do ciclo vital²⁰), como também define seus novos papéis nas diversas esferas da vida social (trabalho, família) (MORAGAS, 1997). “As idades da vida não correspondiam apenas a etapas biológicas, mas às funções sociais” (ARIÈS, 1981, p. 39-40).

²⁰ Debert (1998) não concorda com o discurso de autonomizar a velhice como a última etapa da vida porque essa fase representa um momento de realização pessoal, de satisfação e de prazer. Nesse sentido, essa fase pode ser vivida de maneira mais madura e útil.

A realidade descrita instiga a construção de uma problemática de pesquisa, que alia um fato real e uma curiosidade acadêmica ao interesse pessoal em obter informações para o seguinte **questionamento**: Os números grandiosos que o governo tem divulgado de forma positiva sobre o BPC são uma ilusão estatística que escamoteia, no ambiente familiar, o verdadeiro *status* e as reais condições de vulnerabilidade por que passam os idosos atendidos pelo BPC no município de Palmas – TO?

A afirmação provisória (**hipótese**) definida como possível resposta aos questionamentos de pesquisa foi: a visão positiva do governo em relação à aplicação do recurso público no BPC não representa com fidedignidade, no ambiente familiar, o *status* do idoso do município de Palmas/TO que recebe esse benefício.

Para confirmar ou rejeitar a hipótese, o raciocínio utilizado na busca pela resposta deste questionamento permitiu estabelecer como **objetivo geral**, compreender o *status*, no ambiente familiar, do idoso do município de Palmas, estado do Tocantins que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC), identificando as contribuições dessa política social para a manutenção, ruptura ou reconfiguração, dentro da família, do prestígio, do poder, da autonomia, da posição e do papel social desses idosos, indivíduos carentes de maior visibilidade e que vivem em situações de vulnerabilidade social extrema. Para um melhor dimensionamento da questão foi entendido como pertinente estabelecer os seguintes **objetivos específicos**: *i)* identificar o perfil sociodemográfico dos idosos que recebem o BPC do município de Palmas, estado do Tocantins: quanto à idade, ao sexo, ao estado civil, à escolaridade, à composição familiar, à profissão, à moradia, às condições de saúde, ao uso e acesso da rede de apoio social e familiar; *ii)* descrever as condições de vida atuais do idoso que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e *iii)* analisar os mecanismos de proteção social disponibilizados pelo Estado brasileiro para os idosos.

Definidos o problema e os objetivos da pesquisa, a pesquisadora foi delineando os interesses do seu estudo e mapeando autores, livros e artigos que poderiam ser interessantes para sua pesquisa. Ao lê-los, também anotava as bibliografias que haviam sido utilizadas por esses autores, criando assim uma rede de possibilidades interpretativas para analisar o seu **objeto de estudo**, isto é, o *status* do idoso que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O **caminho metodológico**²¹ que foi desenvolvido no estudo de campo foi embasado no Método Dialético-Crítico, com sua concepção de homem e de mundo, conforme as seguintes categorias teórico-metodológicas: Historicidade, Contradição e Totalidade. A pesquisa pautou-se em uma abordagem qualitativa e quantitativa. O enfoque **qualitativo** foi realizado por meio de **entrevistas semiestruturadas, diário de campo e análise documental**, de modo a captar a operacionalização do BPC e o perfil individual, familiar e social dos entrevistados. Essa abordagem foi pertinente porque a dinâmica do processo a ser analisado deveria compreender valores e motivações humanas dentro de um contexto específico, isto é, a família, e em um processo interativo, direto e pessoal. Portanto, apresentou-se como uma possibilidade metodológica adequada para estudar o significado, o contexto, a trajetória histórica e a prática social dos idosos analisados. Com a entrevista buscou-se identificar demarcadores indicativos da sua trajetória familiar (origem, configuração, assunção de papéis, posição hierárquica, autonomia e poder); do trabalho já realizado (natureza e mudanças) e da participação social (reflexo do processo participativo na vida dos entrevistados). Procurou-se também conhecer a percepção dos entrevistados acerca do Benefício de Prestação Continuada (BPC) em seus aspectos positivos e negativos. Os dados qualitativos foram coletados no período de setembro a dezembro de 2013, organizados, codificados e categorizados em três temas: Envelhecimento, Políticas Sociais e Família. Ao longo da coleta de dados surgiram como categorias temáticas empíricas: autonomia, papel social, poder, posição social. Para a análise dos dados qualitativos foi usada a **Análise de Conteúdo**.

O enfoque **quantitativo** foi executado por meio do **formulário** com o fim de identificar o perfil e as condições de vida dos idosos pesquisados. O formulário foi estruturado em oito seções assim definidas: dados de identificação, perfil social, condições de moradia, composição familiar, estilo de vida, rede de apoio familiar e social, avaliação funcional e fins do BPC. Os dados quantitativos foram coletados no período de julho a setembro de 2013, organizados e **processados pelo software** Statistical Package for the Social Sciences (**SPSS**), versão 2.2 e estatisticamente analisados de forma descritiva.

Para escolher o **local** onde o estudo foi realizado (área urbana do município de **Palmas, Estado do Tocantins**), a pesquisadora levou em consideração dois aspectos. O primeiro remete a uma questão pessoal: local onde a pesquisadora reside e pretende ficar

²¹Explicações mais detalhadas poderão ser visualizadas no capítulo relacionado à metodologia.

indefinidamente. O segundo é pela facilidade de localização dos idosos e possibilidade de continuar desenvolvendo um trabalho de pesquisa com idosos, público com crescimento significativo na cidade.

O público-alvo foi composto por 1.572 idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais de idade, da área urbana da cidade de Palmas/TO, que receberam, em abril de 2013, o Benefício de Prestação Continuada (BPC). A **amostra** selecionada de forma aleatória totalizou **393 idosos** que responderam ao formulário. Posteriormente, foram selecionados, intencionalmente, 50 idosos para participar das entrevistas. Na amostra foram contemplados idosos bastante heterogêneos: com grau de instrução diferenciado, situação de dependência diversa, gênero, múltiplos arranjos familiares e condições de moradia diferenciada. Ao levar em conta essa diversidade, o propósito era o de verificar em que medida ela influenciaria os posicionamentos e/ou as práticas sociais dos idosos da pesquisa em relação ao seu *status* na família. Também foram escolhidos três servidores públicos (um em nível federal, outro estadual e, mais um, na esfera municipal) para falar sobre o BPC.

Por **questões éticas** foi atendido o que está prescrito na Resolução nº 196/ 96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em relação à preservação da identidade dos participantes, à confidencialidade das informações obtidas e ao consentimento livre e esclarecido dos pesquisados. A pesquisa também foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade do Tocantins (UNITINS) e autorizada pela Secretaria Municipal de Assistência Social de Palmas/TO.

O processo de pesquisa constituiu-se em um momento particularmente rico, em que os entrevistados falavam amplamente acerca de suas vidas e famílias. Os relatos extrapolaram os contextos das perguntas. Geralmente, o tempo transcorrido ultrapassava o previsto.

Para a pesquisadora, que não conhecia os idosos pesquisados, os encontros foram momentos importantes para uma compreensão maior de determinadas posturas que se manifestavam nos processos interativos. Além disso, a conversa sobre suas vidas, possibilitada pelas entrevistas, permitiu uma leitura mais ampliada das relações de poder e subalternidade, das razões de muitas escolhas, do significado da família nas suas vidas e, principalmente, do *status* do público analisado. As leituras dos discursos evidenciou um

processo de ruptura e continuidade, de autonomia e (in)dependência, que foram analisados com base numa (re)configuração da velhice no quadro societário vigente.

Com esse pano de fundo, apresento a estrutura desta tese. No primeiro capítulo, **O envelhecimento humano**, conforme a perspectiva dialética, é realizada uma contextualização do envelhecimento e suas configurações contemporâneas, ressaltando questões como a heterogeneidade do envelhecer, considerando que esse processo pode ser vivenciado de modo diferente em cada indivíduo; a evolução demográfica como essencial e de relevância aos debates conjunturais; as dificuldades e as possibilidades que se apresentam para uma população que envelhece num país para cuja realidade não está preparado e que dispõe de uma legislação tão avançada quanto distanciada da efetividade requerida.

No segundo capítulo, **A família**, apresenta-se uma reflexão acerca das concepções sobre família e de sua centralidade nas políticas sociais, em especial, na assistência social.

No terceiro capítulo, **Políticas sociais no Brasil**, são apresentadas as principais iniciativas da intencionalidade governamental quanto à efetivação das políticas públicas consignadas à população idosa e, de forma especial, sobre o BPC.

O quarto capítulo, **Percurso metodológico**, trata do caminho metodológico escolhido para compreender a realidade objetiva e subjetiva dos sujeitos estudados, fundamentado pela pesquisa dialética que se volta para a compreensão e não só para a explicação. É apresentada a natureza da pesquisa, justificada a escolha do local, demonstrada a seleção da amostra, informados os instrumentos de coleta de dados utilizados, evidenciadas as atividades de coleta de dados e a organização, o processamento e a análise dos dados coletados e, por último, as considerações éticas pelo estudo ter envolvido seres humanos.

Apresentar e discutir os resultados no quinto capítulo, **O status nos discursos**, se configura naturalmente por meio das falas dos idosos, moradores em bairros de periferia, numa situação sociocultural desprivilegiada, que participaram ativamente deste estudo. Traduzir as falas em categorias e, em seguida fazer reflexões em relação à teoria, desafiou a pesquisadora a caminhar entre a realidade e os conceitos teóricos.

Nas **conclusões** são retomados os principais temas que fluíram na pesquisa e desenvolvidas considerações analíticas sobre o fenômeno estudado.

Na possibilidade de alcance dos objetivos definidos, espera-se que o retrato apresentado **contribua** para aumentar o debate sobre o papel social do idoso na família e, ao mesmo tempo, indique caminhos para serem pensados para que as ações a realizar em prol dos idosos estudados estejam alicerçadas em um conhecimento mais efetivo da realidade. Também se almeja contribuir com a possibilidade de construção de um novo modo de ver e imaginar o envelhecimento tanto para quem o vive, como para quem o aguarda, pois na condição de se estar vivo, envelhecer é sempre uma esperança, mas, é preciso participar desse processo com dignidade e com novas formas de realização.

CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO HUMANO

Neste capítulo, busca-se pontuar aspectos relevantes a respeito de como vem se configurando o envelhecimento na sociedade contemporânea. Para tanto, apresentam-se os aspectos conceituais e as consequências do envelhecimento, a imagem do idoso, as teorias sobre o envelhecimento e dados demográficos mundiais e nacionais.

1.1 Aspectos conceituais e consequências do envelhecimento

O envelhecimento em massa da população mundial se manifesta de forma rápida e distinta em diversas nações. Nos países desenvolvidos, o processo inicia-se no final da década de 40; e nos países menos desenvolvidos, como o Brasil, na década de 60, como resultado das medidas políticas e de saúde pública e do desenvolvimento social e econômico como um todo. É um dos maiores êxitos da humanidade, mas gera muitos desafios, pois cria responsabilidades e exigências econômicas e sociais abrangentes.

Assim, por ser uma realidade incontestável, o envelhecimento passou a ser temática relevante para pesquisadores e promotores de políticas públicas e sociais das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento.

No campo científico, os estudos sobre o processo do envelhecimento passaram a ser sistematizados nos séculos XVII e XVIII e difundidos na metade do século XIX, devido ao envelhecimento da população e ao interesse médico por essa etapa da vida. Mas é a partir da década de 1950 que acontece a consolidação das investigações teóricas e empíricas sobre a maturidade e a velhice, uma vez que o envelhecimento contribui para modificar a composição e a organização familiar, o mercado de trabalho, a saúde e a assistência médica, as pensões, o consumo, entre outros elementos (NERI, 1997). Disso decorre que diversas áreas do conhecimento, como antropologia, sociologia, jornalismo, comunicação, enfermagem, fonoaudiologia, saúde pública, psicologia, serviço social, educação, direito, educação física, farmácia, administração etc. (GOLDSTEIN, 1999), se esforçam para expandir o saber sobre a velhice.

Estudos realizados em países desenvolvidos sobre o envelhecimento deram enfoque aos seguintes temas: perfil dos idosos que permanecem em casa, não em instituições; perfil demográfico dos muito idosos; estudos de centenários; qualidade de vida; medicina interna e geriatria (cognição, depressão); sociologia e políticas sociais (índices de pobreza,

arranjos domiciliares, institucionalização, cuidadores, participação da família); processos psicológicos (funcionamento intelectual, personalidade e relações sociais) e psiquiatria (pensamentos, objetivos futuros). Eles também contribuíram para o reconhecimento da existência da quarta idade.

Hoje um sexagenário está velho apenas no sentido burocrático, porque chegou à idade em que geralmente tem direito a uma pensão. [...] Hoje, ao contrário, a velhice não burocrática, mas fisiológica, começa quando nos aproximamos dos oitenta, que é afinal a idade média de vida, também em nosso país [...] O deslocamento foi tamanho que o curso da vida humana tradicionalmente dividido em três idades [...] foi prolongado para aquela que se convencionou chamar de quarta idade. No entanto, não há nada que melhor comprove a novidade do fenômeno do que constatar a inexistência de uma palavra para designá-lo: mesmo nos documentos oficiais, aos *âgés* seguem-se os três *âgés* (BOBBIO, 1997, p. 2).

Pesquisas brasileiras sobre os idosos demonstram que: não há uniformidade entre os grupos de idosos, devido às diferenças existentes entre os que têm acima de 85 anos e os mais jovens; há predominância feminina na velhice; viver sozinho representa uma forma bem-sucedida de envelhecimento, e não necessariamente abandono, descaso e/ou solidão; há prevalência de doenças crônicas exigindo controle e cuidados permanentes dos órgãos públicos; os apoios formal, informal e familiar são fundamentais para os idosos; nos países desenvolvidos, o envelhecimento acontece de forma gradual e harmoniosa com o desenvolvimento econômico, enquanto nos países em desenvolvimento a população idosa vem aumentando rapidamente e em um cenário de pobreza e despreparo.

Nesse sentido, a temática do envelhecimento que há quarenta ou cinquenta anos era assunto que se restringia, quase exclusivamente, à esfera privada, familiar, transformou-se numa questão social e pública. Historicamente, esse processo tem sido analisado sob duas perspectivas: uma que reconhece o envelhecimento como sendo uma etapa de tópicos evolutivos (infância, adolescência, adulto, velhice), das perdas biológicas, de crise, a fase do declínio das capacidades físicas que culmina na morte; e outra que o identifica como a fase da maturidade, de novas conquistas e da serenidade (BOSI, 1979). Passar de uma perspectiva para outra foi um processo lento porque o envelhecimento e a velhice não são entendidos e explicados de forma idêntica em todas as áreas científicas, nem mesmo dentro de uma mesma área.

Mas o que pode ser entendido por envelhecimento?

Na área das ciências biológicas há várias linhas de pensamento para analisar o envelhecimento e a velhice. Há um grupo que reconhece basicamente a velhice como a época pós-reprodutiva, com suas consequências dentro da vida ontogenética. Outro grupo define a velhice pelo conjunto de mudanças ligadas ao envelhecimento, que envolvem a diminuição das capacidades biológicas ligada à diminuição da capacidade funcional, podendo contribuir direta ou indiretamente com a probabilidade de morte.

Para Carvalho Filho e Alencar (1994, p. 2) o envelhecimento, do ponto de vista biológico, é um

processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Isso significa que o envelhecimento é um processo em que modificações acontecem tanto na estrutura orgânica como nos mecanismos funcionais, nas condições emocionais, intelectuais, na imunidade e na nutrição, gerando uma vulnerabilidade crescente e maior probabilidade de vir a morrer.

Partindo do pressuposto que o envelhecer faz parte de um processo contínuo que se inicia com a concepção e só termina com a morte, envelhecer significa

um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006a, p.8).

Nessa definição fica evidenciado que o envelhecimento humano é uma condição inerente à natureza humana. Inicia-se com a concepção e se completa com a morte. Nesse ciclo, mudanças ocorrem, de maneira dinâmica, progressiva e irreversível nos âmbitos biológico, cognitivo, psicológico e social do indivíduo (BRASIL, 2004). Portanto, não é simplesmente uma etapa/fase da vida, é sim, um processo permanente, complexo e amplo, presente na vida das pessoas (JECKEL NETO, CUNHA, 2002).

As alterações no âmbito biológico ou envelhecimento biológico (PAPALÉO, 2002) dão-se essencialmente no nível celular básico com a diminuição no número de células funcionais no organismo. Essa diminuição gera alterações estruturais nas células, na pele, nos ossos, nos músculos, no peso corporal, como também alterações funcionais nos mais

diversos sistemas do ser humano (respiratório, digestivo, urinário, renal, nervoso, reprodutor, cardiovascular etc). Isso faz com que haja diversos efeitos na imagem corporal, como também alterações permanentes ou parciais das funções realizadas pelo organismo humano (insônia, incontinência urinária, artrite, hipertensão, anemia, problemas cardíacos, disposição, força física etc.) provocando a diminuição da plasticidade comportamental, o aumento das vulnerabilidades e da probabilidade de morte. Quando as alterações funcionais acontecem sem que seja resultado de processos patológicos dá-se o nome de **senescência**. Quando as manifestações funcionais são alteradas devido aos problemas patológicos atribui-se a denominação de **senilidade** (MAZO et al., 2001; PERRACINI, NERI, 2002). Essas alterações foram abordadas pela perspectiva da fisiologia (até o século XIX), do ponto de vista químico (início do século XX) e, hoje, pelo conhecimento genético (NERI, 2002). Assim, sob a ótica biológica, o processo do envelhecimento é caracterizado como um momento de declínio e perdas, já que o ser que passa por esse processo não atende o padrão de vigor físico e corporal priorizado pela sociedade atual. Nesse momento, é conveniente destacar que o cotidiano dos idosos pesquisados demonstrou capacidades e adaptabilidades surpreendentes aos desafios ambientais.

As alterações em nível psicológico ou envelhecimento psicológico (GATTO, 2002) diz respeito aos aspectos cognitivos (pensar, perceber, lembrar, localizar, processar informações, agir etc.) e às emoções (sentir). As alterações originam-se devido às mudanças que os idosos sofrem no seu dia a dia, obrigando-os a desempenhar novos papéis, ter novos comportamentos e a enfrentar novos problemas. Em outras palavras, surgem devido ao contexto socioambiental em que estão inseridos. Como exemplo pode-se citar a lentidão de pensamentos, enfraquecimento da memória, acentuação da prudência, dificuldade em adaptar-se a novos papéis, depressão, baixa da autoimagem e da autoestima, falta de motivação, dificuldade em adaptar-se às mudanças rápidas, diminuição do entusiasmo, sentimentos de solidão e isolamento, suicídio, dentre outros. Para a manutenção do bem-estar do idoso é necessário que seja mantida sua autonomia, independência, liberdade e capacidade de tomar decisões e, ao mesmo tempo, que o idoso tenha força de vontade, habilidade e flexibilidade para ir se adaptando às mudanças sofridas no processo de envelhecimento (ZIMERMAN, 2000).

Num estágio de decadência, os idosos enfrentam, numa sociedade diferente, famílias diferentes, perdas significativas em seu prestígio socioprofissional e cultural e, quantas vezes, desenraizamento de sua casa e do seu lar. [...]. Tudo isto conduz a um estado de solidão associado à vulnerabilidade de morte próxima [...] potenciando isolamento e depressão (JACQUES, 2004, p. 35).

As alterações na esfera social ou o envelhecimento social é construído pela sociedade, tanto em relação às condições econômicas como também no plano simbólico, na percepção coletiva sobre a velhice. Desse modo, ao estabelecer práticas e representações da velhice, determinam regras sociais para os velhos na comunidade e na família, assim como também determinam como serão vistos e tratados pelos mais jovens (DEBERT, 1999) Portanto, está associado ao papel social e ao tipo de comportamento, atitudes, vestuário e outros elementos que se espera que o idoso adote na comunidade e na família e que esteja coerente com a sua idade. Assim, “[...] o homem não vive nunca em estado natural, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence” (MERCADANTE, 1997, p.64). Essas alterações estão relacionadas com os seguintes elementos: as relações e atividades sociais (frequência, contexto e qualidade), os recursos sociais (rendimentos, habitação e condições ambientais), o suporte social (tipo de ajuda recebida) e a família (sobrecarga de atividade do cuidador) (MAZO et al., 2001). Como exemplo dessas alterações pode-se citar:

- Atividades Sociais: a não realização de atividades pode fazer com que o idoso se sinta inútil e, como consequência, pode aumentar o sentimento de marginalização para consigo mesmo, para com a família e para com a sociedade.
- Relações Sociais: o idoso que ficou muito ausente da sua vida familiar, devido, por exemplo, a sua dedicação ao trabalho, pode ter problemas de relacionamento no ambiente familiar, assim como podem surgir conflitos de gerações, a falta de amizade e a não aprovação do comportamento do idoso.
- Recursos Sociais: muitas mulheres idosas veem o seu orçamento ser reduzido com a morte do cônjuge idoso masculino, além de ter que aprender a viver sozinhas ou com outros familiares.

- Suporte Social: muitos idosos não recebem os cuidados de que necessitam e, em alguns casos, o cuidador usa da violência física ou psicológica contra o idoso.
- Família: as novas configurações familiares podem contribuir para a institucionalização do idoso. A perda do papel na família como chefe de família e provedor pode conduzir o idoso ao isolamento.

Todas essas alterações não acontecem de uma só vez, mas de forma gradual e natural no indivíduo. Contudo, não de maneira igual, já que o envelhecimento é singular para cada pessoa e, por isso, o idoso pode tomar diferentes posições e formas de ser e de se comportar durante esta fase da vida. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo dependem da atitude de cada pessoa, como também das condições psicossociais, genéticas, ambientais, familiares, sociais, educacionais, históricas, regionais, de gênero e culturais de cada ser (NERI, 2001) e são marcados pela classe social, pela cultura e pelas condições socioeconômicas, sanitárias e coletivas da região (GOLDMANN, 2000).

Do exposto pode-se inferir que o envelhecimento humano não é provocado por uma única causa; ele é fruto de uma multiplicidade de situações e condições individuais e/ou coletivas, isto é, são múltiplos os seus fatores e suas dimensões, justificando a grande variabilidade de comportamento biológico e psicossocial de um idoso em relação a outro. Todavia, é comum que as pessoas e a sociedade o entendam considerando apenas os aspectos biológicos, porque são, na maioria das vezes, mais visíveis. Assim, o envelhecimento é mais nítido aos olhos dos outros do que aos do próprio ser que envelhece (BEAUVOIR, 1990) e “[...] velho é sempre o outro” (DEBERT, 1999, p. 121).

Para Beauvoir (1990), a velhice é resultado do prolongamento do processo de vida e está ligada a uma ideia de mudança e transformação. Não é uma realidade vivida igualmente por todos os indivíduos, pois suas especificidades são definidas segundo as condições materiais de produção e reprodução social. Isso acontece porque na sociedade capitalista, qualquer valoração fundamenta-se na ideia básica de produtividade. Ao ser retirado do ciclo produtivo, o idoso perde o seu valor simbólico, assume papel secundário na existência humana e passa a ter uma imagem de pessoa carente que necessita de inúmeros cuidados e medidas de proteção. Perdendo a sua força de trabalho, o idoso passa

a ser rejeitado pela sociedade, já que ele “não é produtor e nem reprodutor” (BOSI, 1979, p. 37).

Para Bobbio (1997), se envelhece como se vive, porque o modo de vida do idoso, suas atitudes e comportamentos estão relacionados ao estilo de vida social desenvolvido ao longo da infância e da fase adulta.

Entretanto, em que momento o envelhecimento se manifesta e o indivíduo é considerado idoso?

Devido à dificuldade na definição precisa do início do processo de envelhecimento, o indicador mais utilizado é o cronológico. Ele é utilizado nos estudos que abordam o envelhecimento como também pelas políticas públicas. Esse critério define o envelhecimento pela quantidade de anos vividos. Considera-se idoso o indivíduo que está dentro do indicador cronológico estabelecido pela legislação, isto é, nos países desenvolvidos, pessoas com mais de 65 anos de idade, e nos países em desenvolvimento, pessoas com mais de 60 anos de idade. Essa definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1982, através da Resolução 39/125, durante a 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena. Esse critério cronológico tem sido muito discutido e, por isso, é para Camarano (2004a) falho e arbitrário, porque o envelhecimento é vivenciado de forma heterogênea pela população, além de só quantificar o tempo de existência do nascimento à morte e não as vivências, peculiaridades, experiências e a personalidade de cada ser.

Para Debert (1997), esse sistema baseado na idade contribuiu para a invenção social da velhice. Classificar quem e o que faz alguém ser considerado velho ou qual o momento em que se passa a ser considerado como tal é uma tarefa ambígua e imensurável, que acaba contribuindo para aumentar as barreiras entre gerações (PAPALÉO NETO, 2002).

Costa et al. (2001) dividiram os idosos em três grupos: idosos jovens (de 60 a 74 anos), idosos velhos (74 a 84 anos) e idosos muito velhos (com mais de 85 anos). Essa subdivisão também é compartilhada por Neri (2001), alterando apenas as denominações entre velhice inicial, velhice e velhice tardia. Para Moragas (1997), Lopes e Calderoni (2002) essa classificação biológica define novos papéis para os idosos no que se refere ao trabalho e a seu lugar na estrutura familiar e para Ariès (1981) há a definição de novas funções sociais.

Para Callis (1996), as várias designações para identificar o envelhecer (velhice²², terceira idade²³, melhor idade, velhos-jovens, velhos-velhos²⁴, sênior²⁵), assim como o termo mais apropriado para representar o sujeito que envelhece (velho²⁶, idoso²⁷, aposentado, ancião, geronte, moribundo) demarcam, na realidade, as formas culturais, temporais e territoriais quanto às maneiras de dar sentido e valor ao envelhecimento e de tratar os velhos.

Segundo Caldas (2003) e Bobbio (1997), o aumento da expectativa de vida prolongou o curso da vida humana – tradicionalmente dividido em três idades – para a quarta idade. A primeira idade está relacionada com a infância e juventude; a segunda idade relaciona-se com a vida ativa e reprodutiva; a terceira idade refere-se à etapa ativa da aposentadoria; e a quarta idade está vinculada à fase em que ocorre a perda das capacidades funcionais e cognitivas. Para Barros (2004), essas etapas institucionalizam o tempo para a escolaridade, o trabalho, o casamento e a aposentadoria e, como consequência, implica mudanças de papéis e de comportamentos do idoso na família e na sociedade. Tomar conhecimento dessas mudanças implica conhecer como os idosos eram vistos e tratados desde os tempos mais remotos e, ao fazer isso, perceber que, o tratamento dispensado aos idosos varia de cultura para cultura e de época para época.

1.2 Aspectos históricos sobre a imagem do idoso

Leme (1999) e Secco (1999), ao analisar distintos períodos históricos, evidenciam a imagem daquilo que seria a velhice no pensamento ocidental. Para eles não há um período na história onde a velhice tenha sido naturalmente respeitada e valorizada. Destacam que o

²²Para Papaléo Neto (2002) a velhice é uma fase da vida, a última, caracterizada pela perda da capacidade funcional, de trabalho, da resistência, de papel social.

²³O termo “terceira idade” foi criado na Europa em 1957, pela Organização Mundial de Saúde, e utilizado pelo gerontologista francês Huet para designar o grupo de pessoas inativas e improdutivas, isto é, os aposentados franceses designados como “jovens velhos” (PEIXOTO, 2000).

²⁴ Considerando apenas o fator idade, são velhos-velhos as pessoas com 85 ou mais de idade.

²⁵ A velhice é discutida nos conceitos da terceira e quarta idade com noções de envelhecimento ativo e dependente, respectivamente. Posteriormente, baseado no exemplo francês, surgiu um grupo que engloba pessoas com mais de cinquenta anos conhecido como os sênior-jovens, aposentados ou não, com melhor poder de compra (PEIXOTO, 2000).

²⁶A palavra velho tem sua origem do latim *vetulo* que significa muito idoso, obsoleto, gasto pelo tempo, antiquado (PEIXOTO, 2000). Portanto, esse termo apresenta uma visão de inutilidade e de uma imagem negativa da forma de envelhecer.

²⁷Para Néri (2001), idoso é o indivíduo que pode ser categorizado pela duração de seu ciclo vital.

prestígio do idoso estava relacionado com o lugar de poder que ocupava na hierarquia social.

Na Grécia, a explicação mítica da realidade impedia a dialetização entre juventude e velhice. Contudo, nos séculos IX e VIII a.C., com o abandono gradativo do sistema gerontocrático²⁸ e o rompimento da concepção cíclica do viver, a velhice representa o prenúncio da morte e os idosos têm seu valor diminuído (SECCO, 1999).

Em Roma, com a transferência do poder político das mãos do Senado para as dos militares (homens jovens, belos e conquistadores) não havia qualquer privilégio para com os idosos. Aulus Cornélius Celsus (10-37 d.C) e Galeno (129-200 d.C) pregavam o autocuidado e a autorresponsabilidade pela saúde e pelo velho. Nesse período, era considerado idoso quem tinha acima de quarenta anos de idade (SECCO, 1999).

Na Idade Média (séc. V até XV), a velhice representava o prenúncio da morte, sendo esta considerada o caminho para a remissão dos pecados e à salvação (SECCO 1999). Os idosos eram respeitados até o limite de suas capacidades físicas e de sua autonomia. As relações sociais eram marcadas pelos laços de dependência e de dominação entre senhores e servos. O poder estava configurado em duas instâncias: a do Estado e a da Igreja (LEME, 1999).

No Renascimento (séc. XIV, XV e XVI) aclamava-se a beleza do corpo jovem e rejeitava-se a feiúra dos velhos, já que havia uma exaltação dos ideais clássicos da estética greco-romana (SECCO, 1999).

Durante o século XVI, começo da mundialização do capitalismo pela Europa Ocidental surgiu um novo homem, que é valorizado não pela sua família ou linhagem, mas pelo seu esforço e capacidade de trabalho (SECCO, 1999).

No século XVII, na França, devido às más condições de higiene e de alimentação, bem como ao excesso do trabalho, metade das crianças morria antes de 1 ano e os adultos entre os 30 e os 40 anos. A partir desse período ampliaram-se as discussões acerca da velhice normal e da velhice doente, e o idoso passou a ser considerado como aquele ser não mais capaz de produzir (LEME, 1999).

A infância e a velhice, excluídas dos círculos de produção, pairam, idealizadas, acima da condição humana. [. . .] A velhice passa a ser encarada como uma segunda infância, cabendo ao velho o ócio como recompensa pelos anos de trabalho. [. . .] Esta concepção romântica da velhice é ambígua e paradoxal, uma

²⁸No sistema gerontocrático, o poder e as decisões comunitárias são da responsabilidade dos anciãos.

vez que o velho, por não ser uma força produtiva, perde totalmente sua função social (SECCO, 1999, p. 19-20).

Na Europa do século XVIII assistiu-se a um aumento da população idosa entre as classes mais privilegiadas, porque na burguesia o acúmulo de riqueza era repassado de geração em geração, dando poder econômico aos idosos e, por isso, protegidos pelas famílias. Entretanto, os idosos camponeses consumidos pela miséria, fadiga e trabalho contavam somente com o apoio da igreja (BEAUVOIR, 1990).

No século XIX, com o progresso da medicina, as pessoas passam a viver mais, embora o processo de envelhecimento ainda fosse visto com muita ênfase pela dimensão biológica (período de perdas e sinônimo de doença e incapacidade física). Nesse sentido, a velhice era caracterizada de forma negativa e discriminatória e a imagem dos idosos continuava vinculada à velhice e à morte (pessoas doentes, de ideias retrógradas, sem atividades profissionais). Como consequência, eram segregados nas sociedades (PEIXOTO, 2000).

A partir do século XX diversos fatores que influenciaram, influenciam ou influenciarão a vida dos idosos passaram a ser considerados no processo de análise da velhice. Essa visão é mais abrangente que a da dimensão biológica. Nesse período, o abandono dos velhos incapacitados torna-se mais raro. Apesar dessa troca de atitude, ainda há na sociedade estereótipos e concepções erradas sobre a velhice, associando-a a doença e a incapacidade funcional e, por consequência, vinculando os idosos a pessoas inválidas, doentes, senis, solitárias, amargas, improdutivas. Nesse sentido, os idosos são vistos como um peso social, sempre recebendo benefício e nada oferecendo em troca porque ainda se constrói grande parte das atividades e das expectativas sociais, com base no desenvolvimento do ser humano (MAZZO et al., 2001).

Na sequência, muitos aspectos devem ser compreendidos em relação ao processo do envelhecimento. Essa compreensão passa pelas diversas concepções teóricas sobre o envelhecimento.

1.3 Teorias sobre o envelhecimento

As teorias sobre o envelhecimento podem ser classificadas em biológicas, psicológicas e sociológicas.

As **teorias biológicas** apresentam o processo de envelhecer pelas alterações que acontecem no corpo, devido às alterações moleculares e celulares em órgãos e sistemas. Jeckel Neto, Cunha (2002) informam que essas teorias foram classificadas em estocástica e sistêmica, após considerar a origem da mudança relacionada ao envelhecimento. As teorias estocásticas sugerem que o declínio fisiológico progressivo ocorre devido à acumulação aleatória de lesões, associadas à ação ambiental, em moléculas vitais do organismo. As teorias sistêmicas partem do pressuposto de que a perda de funcionalidade decorre de danos sequenciais e coordenados com as moléculas e as células do corpo.

Para Neri (2002), as diversas **teorias psicológicas** foram influenciadas por quatro paradigmas: mecanicista (desenvolvimento é produto de estímulo e resposta), organicista (desenvolvimento se dá em estágios), contextualista em sociologia (desenvolvimento é um processo contínuo de adaptação) e dialético em psicologia (desenvolvimento é um processo não linear, multidimensional e multidirecional, onde o idoso é uma pessoa potencialmente ativa e capaz de mudanças permanentemente). Essas teorias estão relacionadas como desenvolvimento da pessoa quanto às mudanças de ambiente. Estão fundamentadas em três aspectos. O primeiro baseia-se no desenvolvimento ontogenético, isto é, o desenvolvimento do ser humano passa por três estágios: crescimento, estabilidade e declínio (envelhecimento). O segundo apresenta a velhice como resultado da mútua influência entre o indivíduo e o ambiente social. O terceiro analisa o envelhecimento pelo desenvolvimento que se processa ao longo de toda a vida e, por isso, é percebido como resultado da interação do organismo com o ambiente, ambos ativos e em mudança, numa tensão constante.

Siqueira (2002) classifica as **teorias sociológicas** em três gerações. Na primeira (1949-1969), o envelhecimento é fenômeno não dependente do contexto e dos fatores sociais. É visto como um período caracterizado pelas perdas biológicas. A segunda geração (1970-1985) apresenta a velhice como categoria social, ou seja, procura interpretar o envelhecimento pelas diversas relações que podem ser estabelecidas entre a organização da sociedade e a localização do indivíduo dentro da hierarquia social. Isso significa dizer que a maneira pela qual as pessoas envelhecem depende das transformações nas suas condições sociais. As teorias da terceira geração compreendem o envelhecimento a partir da questão de gênero (feminista), dos aspectos estruturais (crítica) e comportamentais (construtivismo social) e cada uma apresenta as seguintes características:

- Teoria feminista do envelhecimento: ao relacionar o gênero com o envelhecimento considera que a compreensão do envelhecer deve se pautar pelo princípio de que homens e mulheres envelhecem com e em condições diferenciadas e, por isso, o gênero deve ser estabelecido como fator organizador da própria vida. Essa teoria considera que as mulheres, durante todo seu processo de vida, são as maiores vítimas da exclusão social.
- Teoria do construtivismo social: essa teoria sofre influência do interacionismo simbólico ao analisar as questões do comportamento. A análise microssocial procura estudar o significado social, as realidades sociais e as relações sociais no envelhecimento. Também analisa as atitudes perante a idade e o envelhecer.
- Teoria crítica: essa teoria é influenciada pela abordagem político-econômica de Marx e pelo pós-estruturalismo de Foucault. Avalia questões estruturais e humanísticas por meio dos conceitos de poder, de ação social e de significados sociais.

As diversas abordagens teóricas sobre o envelhecimento confirmam que ao analisar esse fenômeno outros enfoques são apresentados sobre as alterações que provoca tanto no aspecto estrutural como no plano simbólico e na percepção coletiva.

Tomar conhecimento dessas abordagens implica reconhecer que o envelhecimento é complexo e, por isso, merece ser reconhecido como um importante fenômeno que acomete a sociedade.

1.4 Contexto mundial do envelhecimento populacional

O envelhecimento tem sido reconhecido como um fenômeno social importante devido ao seu relacionamento com os cuidados social, econômico, de saúde, familiar, dentre outros, que deverão ser proporcionados e custeados pela sociedade como um todo. O reconhecimento desses aspectos em conjunto com as tendências demográficas e a situação de vulnerabilidade da população idosa foram discutidos, em 1968, na Conferência dos Direitos Humanos realizada em Teerã e também motivou a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU) a elaborar planos de ação voltados à pessoa idosa.

A Organização Pan-Americana de Saúde incentiva, desde 1980, que os Estados fixem programas e políticas públicas voltados aos idosos (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1998).

A Organização das Nações Unidas (ONU) incentivou a criação de Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento para que os governantes se comprometessem com a questão do envelhecimento.

A 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento foi realizada em Viena, no ano de 1982. Impulsionou o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas voltadas para os idosos, adotando o conceito de envelhecimento saudável. Tinha como meta discutir sobre a segurança econômica e social dos idosos, bem como sua integração social. O resultado final dessa assembleia constituiu na elaboração do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Viena. Esse plano foi estruturado com 66 recomendações para melhorar as condições de vida dos idosos distribuídas em sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação e família. Parte das recomendações visava promover a autonomia e a independência financeira do idoso por meio de políticas associadas ao mundo do trabalho e estavam voltadas para os países desenvolvidos (CAMARANO, 2004a).

Em 1992, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento, estabelecendo o Ano Internacional dos Idosos como sendo o ano de 1999, com o *slogan* “Uma sociedade para todas as idades”. Os parâmetros para alcançar essa sociedade foram elaborados, em 1995, pela ONU, e foram assim dimensionados: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social.

Por meio de debates e discussões, na década de 90 as análises de que os idosos são vulneráveis e dependentes foi sendo substituída por outras que veem o idoso como um segmento ativo e atuante.

A 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento foi realizada em Madrid no período de 8 a 12 de abril de 2002. Seu objetivo era provocar o debate sobre os impactos e as consequências do envelhecimento mundial. Ao final foram aprovados os seguintes documentos:

- Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento – Madrid. Esse plano possui 35 objetivos e 239 recomendações que poderão guiar os governos nacionais na formulação de normativas (programas e políticas públicas) que poderão ser executadas em parcerias com a sociedade civil e o setor privado. Dentre as recomendações defende o convívio intergeracional. Está fundamentado em três eixos principais: os idosos e o desenvolvimento; promover a saúde e o bem-estar até a chegada da velhice; criação de ambientes propícios e favoráveis para a convivência intergeracional (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002).
- Declaração política que contém os compromissos assumidos pelos governos para a execução do plano e um novo.

A partir dos acordos firmados nessa assembleia, o envelhecimento populacional passou a ser considerado um fenômeno mundial. Para apresentar a grandiosidade desse fenômeno no mundo, por área, região ou país nos períodos de 1950, 2000 e 2050, apresenta-se a tabela a seguir.

Tabela 1 – Porcentagem de idosos no mundo, em 1950, 2000 e 2050 (projeção).

ÁREA, REGIÃO OU PAÍS	ANO		
	1950	2000	205
Mundo	5,2%	6,9%	19,3%
África (países subdesenvolvidos)	3,2%	3,3%	6,9%
América Latina e Caribe (países subdesenvolvidos)	3,7%	5,4%	16,9%
China	4,5%	6,9%	22,7%
Índia	3,3%	5,0%	14,8%
Japão (países desenvolvidos)	4,9%	17,2%	36,4%
Europa (países desenvolvidos)	8,2%	14,7%	29,2
Itália	8,3%	18,1%	35,9%
Alemanha	9,7%	16,4%	31,0%
Suécia	10,3%	17,4%	30,4%
EUA (países desenvolvidos)	8,3%	12,3%	21,1%

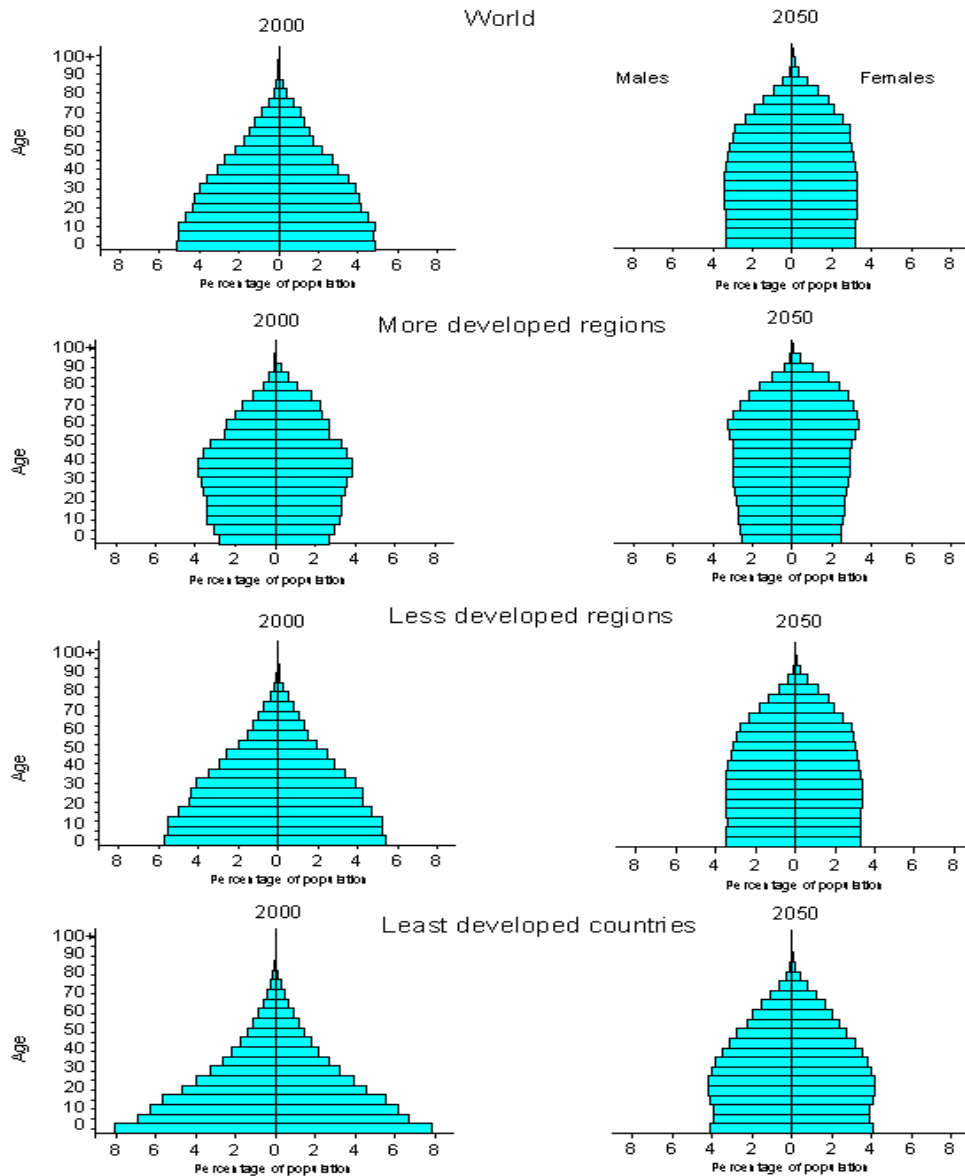
Fonte: ONU (2002).

Ao analisar a tabela acima percebe-se que a maior porcentagem de idosos concentra-se nas regiões consideradas desenvolvidas. No entanto, outros estudos informam que é nos países em desenvolvimento que se verifica um crescimento mais rápido desse grupo populacional.

Para SESC (2008), em 2000 havia 249 milhões de idosos nos países menos desenvolvidos, correspondendo a 59% da população mundial e com a estimativa de que, em 2030, haverá 686 milhões de idosos, correspondendo a 71% dessa população e há previsões de que em 2050 haverá 1,2 bilhões de idosos nos países subdesenvolvidos, enquanto nos países desenvolvidos esse valor será de aproximadamente 300 milhões. Também informa que, após 2010, o número de idosos classificados como muito idosos irá crescer de forma acentuada em todos os países. Já Giddens (2005) estima que a partir de 2020, nos países desenvolvidos, uma em cada quatro pessoas terá idade superior a 75 anos, e o número de velhos-velhos (idoso com mais de 85 anos) crescerá mais rapidamente que os velhos-novos.

Para melhor compreensão do envelhecimento são apresentadas na Figura 2, a seguir, as pirâmides populacionais referentes aos anos 2000 e 2050, em quatro estágios: no mundo, nas regiões mais desenvolvidas, nas regiões menos desenvolvidas e nos países menos desenvolvidos.

Figura 2 – Pirâmides populacionais: 2000 e 2050.



Fonte: SESC (2008).

Diante do exposto, as pirâmides populacionais tomaram formatos totalmente distintos. Originalmente, no ano 2000, igualavam-se a triângulos, já em 2050 estarão mais próximas de um cilindro. No ano de 2025, haverá, no total, em torno de 1,2 bilhões de

idosos Em 2050 esse número se elevará a 2 bilhões, 80% dos quais nos países em desenvolvimento, como o Brasil (SESC, 2008).

Nos estudos estatísticos realizados pela Organização Pan-Americana de Saúde estão contidas informações que indicam para o séc. XXI as seguintes estimativas: existirão no mundo 600 milhões de pessoas maiores de 60 anos e perto de 15 milhões com mais de 85 anos; os Estados Unidos e o Canadá terão 50 milhões de pessoas de 60 anos ou mais; o Caribe e a América Latina terão 42 milhões de idosos, e há previsão de que em 2020 esta região terá 12,4% de sua população total com mais de 60 anos de idade (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1998).

No estudo denominado *The 2006 Revision*, realizado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da Divisão de Populações das Nações Unidas, há a informação de que 9% da população da América Latina já possui 60 anos ou mais de idade, e a previsão para 2050 é de que, para cada cinco latino-americanos, um terá essa idade (SEBRAEPREV, 2008).

Para Scliar (2008, p. 405-409),

Nos Estados Unidos, pessoas com mais de 65 anos representavam, em 1900, 4% da população; no final do século XX, a percentagem chegava a 13%. Este incremento é uma tendência mundial, mesmo nas regiões mais pobres; na Ásia, 9,3% das pessoas têm mais de 60 anos; na América Latina e no Caribe, são 8,8% das pessoas. Prevê-se que, nas próximas décadas, três quartos da população idosa do mundo viverão nos países em desenvolvimento.

É conveniente neste momento destacar que para a OCDE (1998) um país é considerado velho quando “a porcentagem de pessoas com mais de 65 anos ultrapassa a 7%”.

O envelhecimento enquanto fenômeno demográfico passou a ser analisado de forma mais significativa a partir da segunda metade do séc. XX, nos países desenvolvidos. A partir desse momento, isto é, a partir da década de 60, começa a transição demográfica²⁹: as pessoas vivem mais, ao mesmo tempo em que menos nascimentos ocorrem. Em outras palavras, há uma queda nas taxas de mortalidade e natalidade, com o consequente envelhecimento da população (CHAIMOWICS, 2006).

²⁹ Transição demográfica consiste na passagem de um modelo demográfico com elevados índices de mortalidade e natalidade para baixos níveis de mortalidade e natalidade.

Esses dois fatores, isto é, o aumento do tempo de vida e a diminuição na capacidade reprodutiva da população, são considerados por Veras (2002), Bobbio (1997), Netto (2006) e Camarano (2004a) como os responsáveis pelo processo do envelhecimento.

Segundo os autores citados acima, a taxa de natalidade tem decaído de forma significativa devido, entre outros fatores, ao aumento do nível de instrução e da inserção da mulher no mercado de trabalho; aos programas de esterilização em massa nas regiões carentes; o retardar da idade média da mulher ao primeiro casamento e ao nascimento do primeiro filho; a difusão dos métodos modernos de contracepção; a afirmação social e profissional do casal; a dificuldade de conciliar a vida profissional, familiar e pessoal; o prolongamento da escolaridade obrigatória etc.

Para os mesmos autores, a longevidade é devida, em grande parte, ao saneamento, às mudanças nos hábitos de vida, à descoberta no uso de antibióticos, à elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental, a vacinas e ao progresso dos avanços tecnológicos e da medicina.

Com a diminuição da taxa de mortalidade houve uma elevação na expectativa de vida média da população mundial de 41 anos, em 1950, para 62 anos em 1990 e expectativa de 70 anos para 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Considerando esses aspectos demográficos, a Organização das Nações Unidas (ONU) estipulou o período de 1975-2025 como a Era do Envelhecimento.

Outro aspecto a ser destacado sobre o processo de envelhecimento mundial diz respeito a maior proporção de mulheres no segmento idoso. O predomínio de mulheres idosas em relação aos homens é conhecido como feminilização da velhice.

Para Rosa, Seabra e Santos (2003), a feminilização acontece devido a maior longevidade das pessoas femininas em relação às masculinas, já que nos países desenvolvidos a expectativa de vida se situa nos 80 anos para as mulheres e nos 72 anos para os homens. Nos países subdesenvolvidos, está na faixa de 64 anos para as mulheres e 61 para os homens.

Outros estudiosos citados por Camarano et al. (2004a) explicam a feminilização da velhice pelas diferenças na exposição aos riscos ocupacionais, diferenças no consumo de álcool e tabaco, diferenças em relação a doença, diferenças nas taxas de mortalidade por causas externas entre os homens. Destacam também que as mulheres idosas vivem em domicílios multigeracionais, na sua maioria são viúvas, sem muita experiência no mercado

de trabalho formal e sem instrução educacional, devido ao fato de muitas delas terem sido discriminadas, durante toda a vida, quanto a empregos e salários, e aos tradicionais valores patriarcais que as condicionavam a permanecer em casa dando assistência à família.

Para Goldani (1984), o curso de vida da mulher, especialmente na velhice, é influenciado pelas experiências familiares, sociais, econômicas e culturais e pelos papéis que desempenharam na sociedade, como os de mães e de esposas – cuidando da casa e da prole. Esse desempenho contribui para que se tornem dependentes na velhice.

Para Camarano (2003), a dependência da mulher idosa não se limita somente ao campo econômico, pode atingir as habilidades funcionais, acarretando perda de autonomia e incapacidade para lidar com as atividades básicas e instrumentais da vida diária, visto que há um aumento da morbidade por doenças crônicas. Além disso, as idosas incorporam novos papéis sociais, como o de responsável pela criação de netos, sustentam a família e chefiam seus lares, em decorrência por exemplo da viuvez. Segundo o Censo de 2002, nos domicílios pelas mulheres chefiados, 90% das mulheres não viviam com o cônjuge e eram as principais provedoras de suas famílias.

A posição ocupada pela mulher na família pode ser central ou periférica e envolve questões de autoridade, poder, tradição e relações entre as gerações ao longo dos tempos.

Diante desse cenário mundial aqui apresentado, o presente estudo, a seguir, trata do processo do envelhecimento da população brasileira.

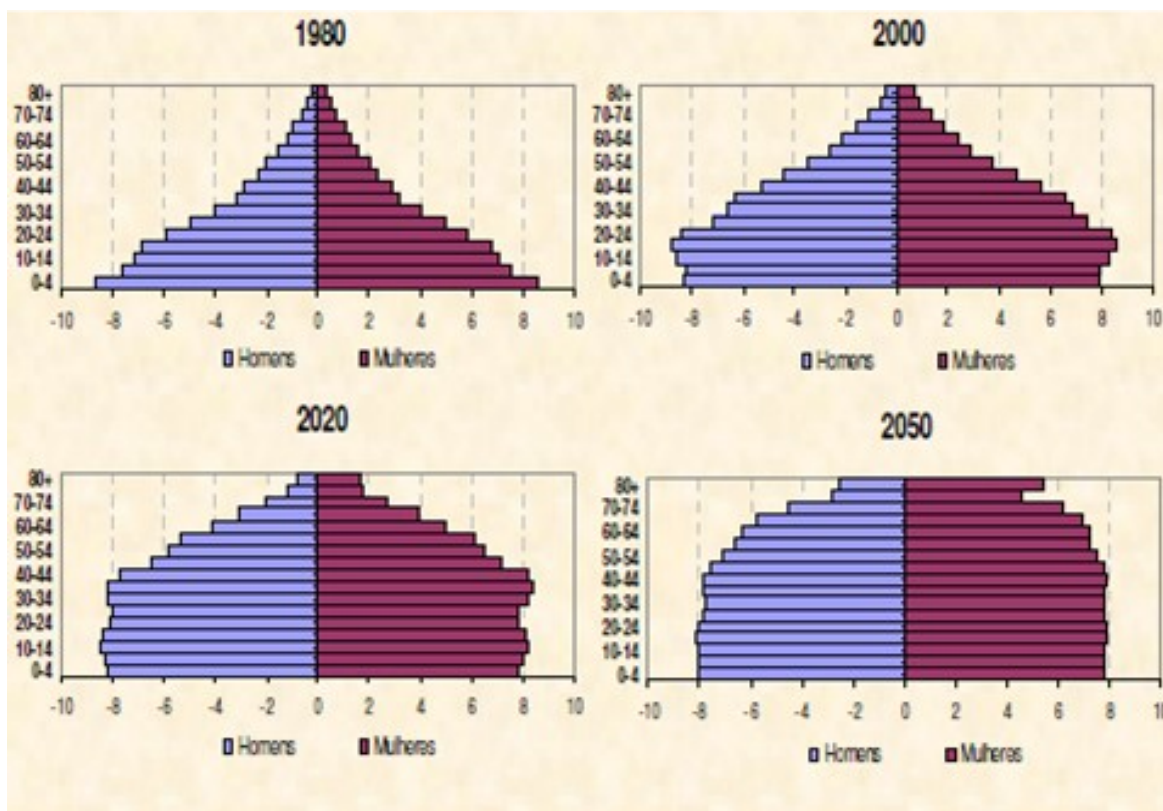
1.5 Envelhecimento populacional brasileiro e as políticas voltadas aos idosos

Seguindo a tendência mundial, a proporção de idosos na população brasileira é cada vez maior. Esse processo teve início a partir da década de 40 com a queda da taxa de mortalidade (uso de antibióticos e melhorias no saneamento básico) e a partir da década de 60, com a diminuição da taxa de fecundidade e, por isso, é considerado um fenômeno relativamente recente no Brasil (CAMARANO, 2004a).

Kalache, Veras e Ramos (1987) ressaltam que enquanto a França levou 115 anos para dobrar a proporção de pessoas mais velhas de 7% para 14%, o Brasil levará apenas 20 anos para obter o mesmo percentual.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) informa que até 2025, com cerca de 32 milhões de idosos, representando 15,1% de sua população, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas e que provavelmente o envelhecimento da população brasileira estará consolidado na década de 2030 (BRASIL, 2002b). Para melhor elucidar esse processo, apresentam-se as pirâmides populacionais no Brasil para os anos 1980, 2000, 2020 e 2050.

Figura 3 – Pirâmides Populacionais no Brasil (em milhões de pessoas).



Fonte: IBGE (2010).

Para o Ministério da Saúde, em 2000 existiam cerca de 17 milhões de idosos no Brasil, e, destes, 12,8% tinham mais de 80 anos de idade (BRASIL, 2004). Isso evidencia uma alteração na composição etária dentro do próprio grupo, gerando uma heterogeneidade dentro dessa população, uma vez que existem no próprio grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (CAMARANO et al., 2004).

Os motivos para o envelhecimento da população brasileira, segundo Scliar (2008, p. 405-409) são:

[...] em **primeiro lugar aumentou a expectativa de vida ao nascer**, isto é, o número de anos que uma pessoa pode esperar viver quando nasce era de 42,7 anos em 1940, passou para 70,4 anos, em 2000. Detalhe curioso: apesar de serem consideradas o “sexo frágil”, as mulheres brasileiras vivem em média oito anos a mais que os homens. Em 2000, para cada cem mulheres idosas havia 81,6 homens idosos. **Paralelamente ao aumento da expectativa de vida, diminuiu a natalidade**: em 1940 as mulheres de 15 a 49 anos tinham em média 6,2 filhos; 60 anos depois essa média caiu para 2,4 filhos. E não estamos falando de gente inativa, longe disso. Segundo o Censo 2000, 62,4% dos idosos e 37,6% das idosas são chefes de família, somando 8,9 milhões de pessoas. Além disso, 54,5% dos idosos chefes de família vivem com os seus filhos e os sustentam. Nas famílias chefiadas por idosos a renda média é superior àquelas chefiadas por adultos não idosos. É uma população urbana, como de resto o é a população brasileira: 80% dos idosos vivem em cidades. Nos próximos 20 anos a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população.

Percebe-se que o envelhecimento no Brasil, também se origina pela queda nas taxas de mortalidade e natalidade, além do aumento da expectativa de vida, decorrente, dentre outros fatores, dos avanços registrados na área do saneamento e na saúde. Podem-se citar como exemplos de ações médico-sanitárias realizadas nas primeiras décadas do século XX a vacinação, a higiene pública e as campanhas sanitárias e, a partir da década de 40, o desenvolvimento tecnológico na rede de saúde pública.

Entretanto, Magalhães (1987) destaca que os ganhos auferidos com as ações implantadas não foram estruturais, isto é, não geraram melhorias na qualidade de vida da população, não interferiram na desigualdade da distribuição de renda e de serviços, não diminuíram os desequilíbrios sociais e regionais do desenvolvimento brasileiro e, por isso, nas camadas e nas regiões de baixa renda o prolongamento da vida se mantém em patamares críticos, de 40 a 50 anos, em virtude das carências nutricionais, sanitárias, educacionais, habitacionais, de saúde pública, de cuidados médico-sociais e de uma vida cheia de privações, ocorrendo o denominado envelhecimento desamparado.

Para Saad (1999), o Censo Demográfico de 1970 já indicava o início da transição demográfica brasileira porque ele demonstrou um decréscimo no grupo etário de zero a 4 anos, que era de 16%, em 1960, e passou a ser de 14,9%, em 1970. Esse processo contínuo e progressivo fez com que o número de brasileiros com 60 anos ou mais aumentasse de forma significativa.

O decréscimo na taxa de mortalidade contribuiu para aumentar a expectativa de vida dos brasileiros, que passou de 45,50 anos, em 1940, para 72,78 anos, em 2008, e estima-se para 2050, o patamar de 81,29 anos (IBGE, 2008), conforme demonstrado na Tabela a seguir.

Tabela 2 – Expectativa média de vida no Brasil para homens e mulheres (em anos).

Ano	1900	1950	1960	1980	2000	2006	2050	2100
Média de anos vividos	33,7	43,2	55,9	65,6	70,4	72,3	81,3	84,3

Fonte: IBGE (2008).

O aumento evidenciado na tabela acima também colabora para justificar o acréscimo de idosos no Brasil.

Os indicadores do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) (2010) revelaram que em 1950 o Brasil possuía 2,3 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade; em 2008, esse público era de 17,9 milhões, representando 10,5% da população brasileira; em 2010, passou para 20 milhões de pessoas, representando 12% de toda a população brasileira e, para 2050, há uma projeção superior a 64 milhões. Para visualizar esse crescimento da população idosa no Brasil, os dados da Tabela 3, a seguir, são esclarecedores.

Tabela 3 – Evolução da população idosa no Brasil.

ANO	Percentual de idosos em relação à população total brasileira	População de idosos em milhões
1940	4%	1,7
1992	7,9%	11,5
2000	8,6%	14,5
2008	10,5%	17,9
2025	15,1%	32

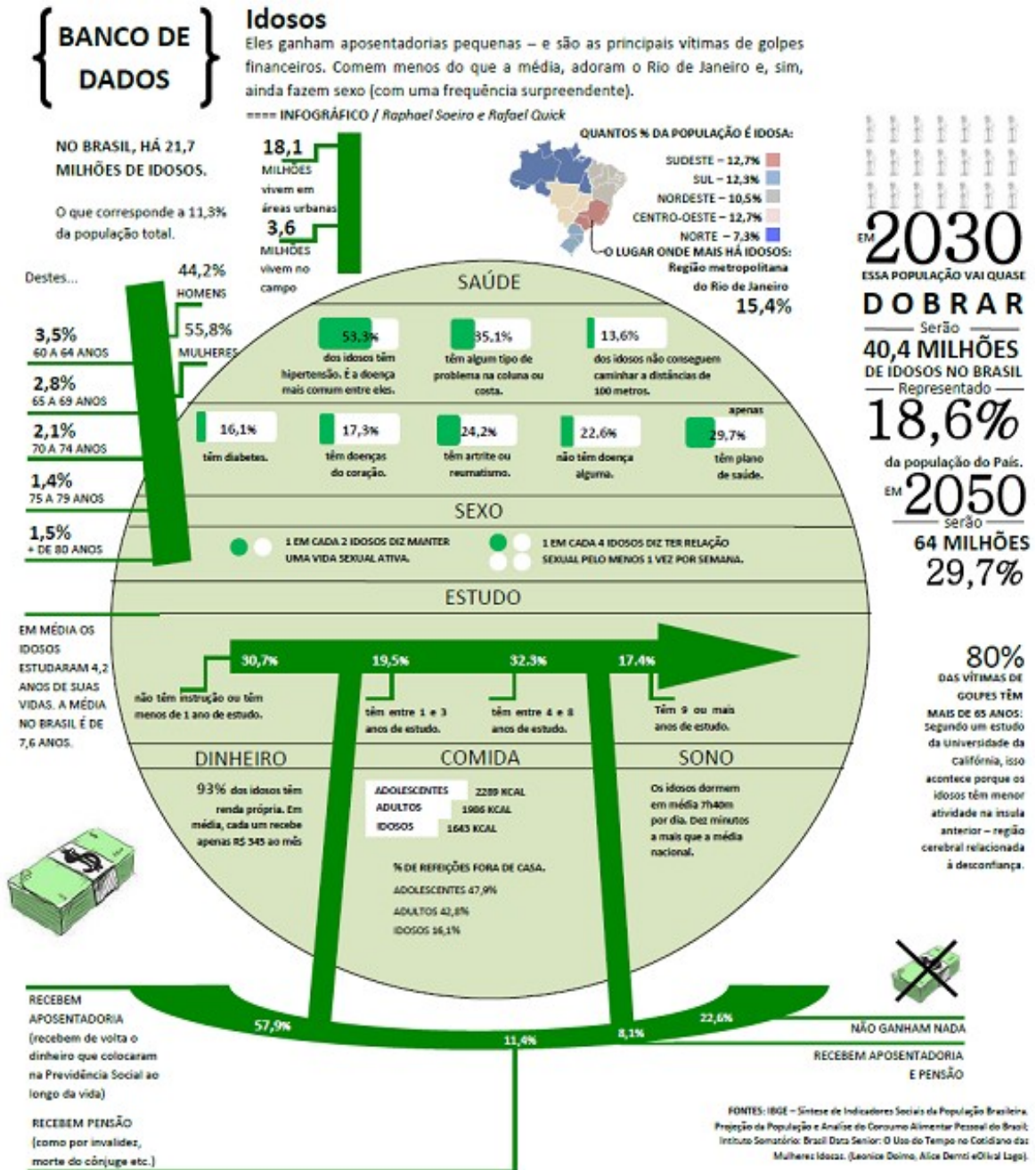
Fonte: IBGE (2008).

Entretanto, Camarano et al. (2004) ressaltam que a maior parte dessa população idosa é do sexo feminino, configurando o que é denominado de feminilização da velhice. Chaimowicz (2006) destaca que, em 2000, para cada cem mulheres idosas havia 81

homens idosos; em 2050 haverá provavelmente 76 idosos para cem idosas. No grupo acima de 80 anos, estima-se que, em 2050, haverá duas idosas para cada idoso.

Para melhor visualização da população idosa no Brasil apresentam-se, na Figura 4, as características dessa população.

Figura 4 – Características da população idosa no Brasil em 2013.



Fonte: Superinteressante (2013, p. 25).

Para Vital (2011), a idade média da população era, em 1980, inferior a 21 anos; em 2010, está próxima de 29 anos e continuará a crescer, chegando a 46 anos em 2050. Nesse sentido, afirma que o Brasil já foi uma nação jovem e que agora possui uma composição nova, formada de muitos indivíduos com mais de 60 anos, os idosos.

Face a este novo cenário, o mobiliário urbano, as edificações públicas, privadas e para fins de moradia, os meios de transporte público, os conteúdos das disciplinas associadas à área médica, o próprio mercado de trabalho, os sistemas público e privado de saúde, bem como a previdência e a assistência social deverão passar por reestruturações para assegurar a inclusão, na família, na cidade e na sociedade de modo geral, de um contingente a cada dia mais volumoso de idosos (IBGE, 2008).

Isso quer dizer que o envelhecimento gerou um desafio para o país e poderá gerar outros a partir do momento em que a proporção da população inativa (crianças e idosos) for maior que a da ativa. Os desafios são muitos e de várias ordens, tais como:

- Em relação à família, esta passou a conviver com mais pessoas idosas que devem ser cuidadas em seus próprios lares ou sendo acolhidas junto ao grupo familiar, possibilitando maior convivência intergeracional. Contudo, a família não tem pessoas disponíveis para esse atendimento permanente;
- No âmbito jurídico será necessário elaborar/reestruturar a legislação para garantir os direitos dos idosos;
- Na área da saúde haverá um aumento das demandas devido às doenças crônicas e múltiplas que exigem internações frequentes e ocupação de leito por maior período;
- Na área da assistência, políticas e programas sociais deverão ser efetivados;
- Na área da previdência será necessário captar recursos e conciliar a sua aplicação aos auxílios pecuniários voltados aos idosos.

Assim, estratégias devem ser elaboradas e implementadas em todos os setores da sociedade para atender às necessidades dos idosos, já que as consequências do

envelhecimento repercutem de forma social, política e economicamente no âmbito da vida privada, na vida dos idosos e da família e no âmbito da vida pública (NERI e CACHIONI, 2004; PERRACINI, NERI, 2002). O que implicará também adequações, desde já, nas políticas sociais específicas para a população idosa, particularmente nas áreas de saúde, previdência e assistência social (IBGE, 2008; KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987; CAMARANO, 2002).

Nesse contexto, esses desafios sociais devem ser resolvidos através da intervenção do Estado, da família e da sociedade, para proporcionar à população idosa e excluída a inserção, a proteção, o bem-estar, o acesso à cidadania e aos bens e serviços mais essenciais, por meio das políticas sociais³⁰ (GIOVANNI, 1998; SINGER, 2003).

O Estado como regulador social apresenta as políticas sociais voltadas aos idosos por meio de leis federais, estaduais, municipais, como também por decretos e portarias.

No Brasil, as políticas sociais voltadas aos idosos têm raízes tanto no campo governamental como privado.

Em 1923, a Lei Eloy Chaves regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) dos trabalhadores urbanos. Segundo Debert (1997), essas instituições foram criadas para cuidar do proletariado que estava envelhecendo, porque a velhice dos trabalhadores estava vinculada à invalidez ou à incapacidade de produzir.

No campo privado, já em 1961 era fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Em 1963, o Departamento Regional do SESC de São Paulo iniciou um trabalho de implantação de novos modelos de atendimento aos idosos por meio dos Grupos de Convivência de Idosos. Mas é conveniente destacar, segundo Rodrigues (2001), que o idoso já havia recebido enfoque especial, em termos de assistência, em alguns artigos de legislações tais como: artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940) e do Código Eleitoral (1965).

Nos anos 70, o governo federal criou dois tipos de benefícios não contributivos: as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a Renda Mensal Vitalícia (RMV)³¹. A Renda Mensal Vitalícia (RMV) foi concedida de 1975 a 1996 quando foi substituída pelo BPC. Essa renda destinava-se ao maior de 70 anos de idade ou inválido que não exercesse

³⁰ Políticas sociais, para Carvalho (2007, p. 74-75), significam um “conjunto de diretrizes, orientações, critérios e ações que permitem a preservação e a elevação do bem-estar social, procurando que os benefícios do desenvolvimento alcancem a todas as classes sociais com a maior equidade possível”. Portanto, podem estar relacionadas à seguridade social (previdência, assistência e saúde) ou a situações mais específicas no campo do trabalho, educação e lazer, direcionadas a crianças, adolescentes, deficientes ou idosos.

³¹ A Lei n. 6.179, de 1974, cria a Renda Mensal Vitalícia.

atividade remunerada e não auferisse qualquer rendimento superior ao valor da sua renda mensal (salário mínimo) e não fosse mantido por pessoa de quem dependesse obrigatoriamente, bem como não tivesse outro meio de prover o próprio sustento. Além disso, o trabalhador deveria atender os seguintes requisitos: tivesse filiação à Previdência Social, em qualquer época, por no mínimo 12 meses, consecutivos ou não; tenha exercido atividade remunerada abrangida pelo Regime Geral da Previdência Social, no mínimo por 5 anos, consecutivos ou não; e tenha se filiado à Previdência Social Urbana após completar 60 anos de idade, sem direito aos benefícios regulamentares. A renda mensal deste benefício era equivalente a $\frac{1}{2}$ (meio) salário mínimo, sendo que após a Constituição de 1988 passou a ser de um salário mínimo. Esse benefício é de natureza pessoal. Cessava com a morte do titular e não era transformado em Pensão por Morte para eventual dependente.

Em 1971 foi inaugurado pela Lei Complementar nº 11 um sistema de assistência social aos idosos e inválidos do setor rural. Esse sistema foi implementado a partir de 1972 por meio do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural/Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Prorural/Funrural). O objetivo desse sistema consistia em oferecer uma aposentadoria, por idade aos 65 anos, de meio salário mínimo ao cabeça do casal (DELGADO, CARDOSO JÚNIOR, 1999).

A partir do ano de 1974, por meio do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS³², foi realizada a prestação de assistência ao idoso. Essa primeira iniciativa federal consistia no pagamento da internação custo-dia das pessoas com mais de 60 anos que fossem aposentadas ou pensionistas do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (COSTA; MENDONÇA; ABIGALIL, 2002).

Em 1975, foi implantado um programa em nível nacional, através do INPS, denominado PAI (Programa de Assistência ao Idoso). Esse programa implantou os grupos de convivência para idosos previdenciários. Posteriormente, passou a ser denominado PAPI, acrescentando outra função que era a da integração social do idoso através da conscientização de sua cidadania e de seus direitos.

No ano de 1976, o MPAS criou o documento denominado Diretrizes para uma Política Nacional para a Terceira Idade, resultado das conclusões de seminários que foram

³² O Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS foi criado em 1975 com o fim de analisar as questões referentes à saúde, à renda e à prevenção do asilamento.

realizados em São Paulo, Belo Horizonte, Fortaleza e Brasília. Todos visavam identificar as condições de vida da população idosa do Brasil e o apoio assistencial existente.

Após reformulações no governo, coube à Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), em 1977, a responsabilidade de assumir o PAI e desenvolver os programas de assistência ao idoso. O atendimento direto ao idoso realizado pelos técnicos da LBA era o de coordenar grupos de convivência e, de forma individualizada, distribuir aos idosos próteses, documentos etc. O atendimento indireto era realizado por meio dos asilos conveniados com a LBA. Assim, esse órgão realizou dois projetos principais: o conviver e o asilar.

No final da década de 70, começam a surgir as associações de idosos. A primeira delas foi a Associação Cearense Pró-Idosos (ACEPI). Nesse período foram iniciados os primeiros estudos gerontológicos sobre uma velhice marginalizada e carente de atenção.

Até a década de 80 as práticas de atendimento aos idosos propostos pelo governo ainda guardavam caráter assistencialista. O governo centralizava suas ações na garantia de renda e assistência social por meio do asilamento para os idosos em risco social (dependentes e vulneráveis). Para os demais idosos, nenhum programa ou serviço era oferecido.

A partir de 1982, por influência internacional, o Brasil passou a adotar em suas políticas o tema do Envelhecimento Saudável. A adoção do conceito positivo e ativo de envelhecimento foi incorporada na Constituição Federal de 1988. A Constituição garante aos idosos um sistema de proteção social e responsabiliza a família no amparo ao idoso (BRASIL, 1988). Isso evidencia a intenção de alterar o vínculo da rede de proteção social, que era apenas trabalhista e assistencialista, para adquirir uma conotação de direito de cidadania (BOSCHETTI, 2006). Nesse sentido, os idosos se tornaram, em tese, detentores de direitos, passando da condição de assistidos, carentes, pobres, para a condição de sujeitos de direito à proteção devida pelo Estado (SILVA, YAZBEK, GIOVANNI, 2004).

Na década de 1980, surgiram os Conselhos Estaduais e Municipais do idoso e foram implantadas ações realizadas pela iniciativa pública e pela iniciativa privada, tais como: o Clube da Maior Idade, programa do Instituto Brasileiro de Turismo (EMBRATUR) que auxilia os idosos nos custos com viagens; Programa Realidade, da Fundação Roquete Pinto, que instrui sobre aspectos legais, culturais, da saúde e do lazer da velhice; os programas de preparação para a aposentadoria; o Programa do Ministério da

Saúde intitulado "Viva bem a idade que você tem", que abordava temas do autocuidado e da promoção de saúde; os seminários organizados pela Associação Nacional de Gerontologia (ANG) (LEMOS et al., 2013).

Nos anos 90, proliferaram programas como as Escolas Abertas, as Universidades para a Terceira Idade, os Grupos de Convivência de Idosos, as atividades físicas para os idosos abrindo espaço para experiências coletivas de integração e interação dos idosos com os demais membros da sociedade (DEBERT, 1999).

Em 1992, foi implantado de forma efetiva o regime de universalização de atendimento aos idosos do meio rural. Os trabalhadores formais e os produtores de economia familiar passaram a receber um salário mínimo de aposentadoria por idade aos 60 anos para homens e 55 para mulheres (DELGADO, CARDOSO JÚNIOR, 1999).

Em 1993, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, regulamentou os artigos 203 e 204 da Constituição Federal de 1988 e dividiu a responsabilidade de proteção social ao idoso entre as três esferas governamentais ao instituir benefícios, programas e projetos de atendimento a esse público. Essa lei regulamentou o Benefício de Prestação Continuada (BPC), concedendo o valor de um salário mínimo aos idosos com mais de 70 anos de idade que tivessem renda per capita mensal de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (BRASIL, 1993). As condições impostas ao idoso para receber esse direito negam a perspectiva dos direitos sociais universais assegurados na Constituição Federal de 1988 (SPOSATI, 2004a). Contudo, esse recurso é complementar. A renda familiar, muitas vezes, é a única renda das famílias pobres.

A Lei n. 8.842, publicada no Diário Oficial da União em 5 de janeiro de 1994, e regulamentada pelo Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996, instituiu a Política Nacional dos Idosos (PNI) e criou o Conselho Nacional do Idoso, com o fim de assegurar os direitos sociais (saúde, educação, trabalho, habitação, justiça, cultura, esporte, lazer, urbanismo e previdência social) às pessoas idosas, ou seja, com 60 anos ou mais, e ao mesmo tempo criar condições para que seja promovida sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade através de ações intergeracionais (BRASIL, 1994b, VERAS, 2002).

Em 1996, o PNI passou a integrar o Programa Nacional de Direitos Humanos reforçando a importância de se garantir direitos de cidadania e combater quaisquer formas de discriminação contra os idosos.

Em 1999, foi desenvolvido o Programa Nacional de Saúde do Idoso com o objetivo de promover a saúde do idoso, para que ele possa ter uma melhor qualidade de vida.

Há também a Lei n. 10.741, publicada no Diário Oficial da União em 3 de outubro de 2003, denominada “Estatuto do Idoso”, que preconiza como obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público para com o idoso a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Essa lei reduziu de 67 para 65 anos a idade mínima para o idoso receber o BPC e permitiu a não consideração do valor do benefício já concedido a outra idosa na mesma família no cálculo da renda per capita (BRASIL, 2003). Nesta norma, a família é particularmente focalizada como um sustentáculo para a pessoa idosa, no qual se depositam os anseios e a confiança naqueles que deles cuidarão, seja um filho, um irmão ou a esposa; ou dos que não têm parentes próximos, que contam com vizinhos e até pessoas mais distantes pagas por essa ajuda necessária.

No âmbito estadual, destaca-se, para o Estado do Tocantins, a Lei n. 1.335, promulgada em 4 de setembro de 2002, que institui o Conselho Estadual do Idoso (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO TOCANTINS, 2009).

Na esfera municipal, observa-se, no município de Palmas – Tocantins, uma série de leis que beneficiam o idoso com atendimento domiciliar, com reserva de estacionamento público e privado, com a carteira de identificação, atendimento prioritário em empreendimentos econômicos, desconto no preço do ingresso em eventos culturais, com o Programa SOS Idosos, além de instituir o Estatuto do Idoso do Município e reconhecer de utilidade pública as associações dos idosos (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2009).

Pelo exposto, a incorporação do envelhecimento nas políticas brasileiras foi fruto de pressões e influência da sociedade civil e por muito tempo a questão do idoso e do envelhecimento se manteve ligada às esferas da saúde e da previdência social (CAMARANO, 2004a).

Apesar das políticas sociais de atenção às pessoas idosas brasileiras assegurarem as necessidades básicas e a proteção dos direitos humanos, elas não foram eficientemente aplicadas.

Além disso, as políticas sociais conferem destaque especial ao papel da família no cuidado do idoso. Sabe-se que o cuidar é dar atenção; é demonstrar afeto, respeito, carinho;

é saber acolher e usar as técnicas que são necessárias no âmbito da assistência; é ter tempo para se dedicar ao idoso; é ter responsabilidade e compromisso para garantir uma assistência efetiva. Também é sabido que as palavras afetivo e efetivo são premissas do cuidar. Sabe-se que para realizar a ação do cuidar é necessário no mínimo duas pessoas, mesmo que um desses dois não reconheça o outro. Nesse sentido, pode-se questionar: a família está preparada para realizar tal função?

CAPÍTULO 2 – FAMILIA

Com o aumento da longevidade, a instituição familiar vem tendo de se adaptar a mudanças que, muitas vezes, exigem novas formas de convivência entre os idosos e seus familiares. Nesse sentido, este capítulo apresenta o significado e as funções da família, bem como os arranjos familiares decorrentes das transformações na economia de mercado.

2.1 Família: conceitos/abordagens/perspectivas

De acordo com Houaiss, Villa (2001), historicamente o termo família tem origem do latim “*famulus*” que significa o conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto e que são dependentes de um chefe ou senhor.

A família está presente em todos os tipos de sociedade. Contudo, ao longo do processo histórico, ela tem passado por transformações quantitativas (no que se refere ao número decrescente de membros que a compõem), qualitativa (no que diz respeito às alterações no relacionamento familiar com um padrão intergeracional onde crianças e idosos convivem em um mesmo ambiente) e funcional (assumindo ou renunciando à função de proteção e socialização de seus membros).

Assim, neste novo milênio, a família aparece com novos arranjos e dinâmica relacional. Essa transformação aconteceu porque as relações entre gênero e as gerações estão se realizando de acordo com o ritmo dos acontecimentos históricos, econômicos, sociais e demográficos acontecidos ao longo do último século (MOTTA, 1998).

Para Motta (1998, p. 13), as relações entre homens e mulheres e entre ascendentes e descendentes se realizam em novas formas e segundo outros códigos, porque foram reformuladas as noções sobre o “casamento, a criação de filhos, as separações, o exercício da sexualidade, as chefias, a composição do orçamento doméstico, as solidariedades e responsabilidades intergeracionais”.

Para Fukui (1998, p. 18-19), essa transformação aconteceu devido à mudança de valores, pois o valor da família baseado no princípio que atrelava à sexualidade, à reprodução e ao casamento indissolúvel e monogâmico (família conjugal com relação de consanguinidade) não mais prevalece sobre o valor dos sentimentos individuais das pessoas (família socioafetiva com relação amorosa). A autora cita como exemplos três

situações: na primeira, informa que o número de filhos pode ser previsto e planejado (houve a separação da sexualidade com a reprodução); a segunda, não há mais filhos ilegítimos (a reprodução separou-se do casamento); na terceira, existe o reconhecimento das uniões consensuais (a sexualidade dissociou-se do casamento).

Para Dias (2005, p.1), o pluralismo das entidades familiares no mundo das relações aconteceu pela evolução dos costumes, a partir do momento em que houve o distanciamento entre Estado e Igreja (laicização do Estado). A autora relata que a Igreja intervinha nas relações familiares ao solenizar e abençoar como união divina as relações afetivas, e o Estado, para não ficar aquém dessa intervenção, normatizou o matrimônio religioso como um padrão moral e conservador da ordem social. Todos os que desobedecessem a esse padrão legal e moral eram condenados à invisibilidade. Mas a partir do distanciamento entre esses entes, sem o freio da religião, outros valores/referenciais foram invocados para manter a estrutura e o convívio social.

Os aspectos citados acima em conjunto com as mudanças nas relações (participação, exclusão, ritmo, remuneração) de trabalho, o intenso processo de urbanização, o papel da mulher dentro e fora do espaço doméstico, as condições de reprodução, a diminuição da fecundidade e mortalidade etc., são os multifatores que contribuem para que ocorram as transformações na família. Isso justifica o interesse acadêmico pela análise do universo familiar por várias áreas do conhecimento, porém com abordagens diferentes.

Assim, o universo familiar possui múltiplas interpretações, especialmente quando analisado nas perspectivas da Antropologia (parentesco), da Sociologia (configuração, arranjo familiar), da Psicologia (relações), da economia (empreendimento econômico) e das pesquisas demográficas realizadas pelo IBGE (definida em função da unidade de enumeração como o domicílio), do Direito (tutela jurídica sobre a constituição, convivência e dissolução da relação familiar).

Nas pesquisas demográficas, a família é definida como o grupo de pessoas que vive em uma mesma moradia, isto é, no mesmo domicílio (GOLDANI, 1984).

Woortmann e Woortmann (1999) informam que, na perspectiva econômica, a família possui as seguintes características: é uma unidade de produção (adultos) e de consumo (mulheres, crianças e idosos); é composta pelas forças plenas (adultos jovens) e

forças marginais (mulher, criança e velho) e é uma unidade de trabalho por complementaridade.

No enfoque antropológico, Lévi-Strauss (1982) mostra que a família é um grupo de parentes que corresidem. Assim, o interesse está no grau e na natureza do parentesco. O grau do parentesco envolve três tipos de vínculos: o consanguíneo (entre irmãos), o de aliança (marido e esposa) e o de filiação (pais e filhos). A natureza do parentesco está relacionada às manifestações de sentimentos que se desenvolvem nos vínculos citados, como o amor, o carinho, o ressentimento, a afinidade, a hostilidade, entre outros.

Na abordagem jurídica, Diniz (2007, p. 9-10) define a família em sentido amplo como sendo todos os indivíduos que estiverem ligados pelo vínculo da consanguinidade ou da afinidade, e em sentido restrito como sendo o conjunto de pessoas unidas pelos laços do matrimônio e da filiação. Para Nader (2006, p. 3), a família é “uma instituição social composta por mais de uma pessoa física, que se irmanam no propósito de desenvolver, entre si, a solidariedade nos planos assistencial e da convivência”. Na Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) a família é definida como a união estável entre homem e mulher ou qualquer dos pais e descendentes. Portanto, a família, unidade básica da sociedade, é formada por indivíduos ligados por laços afetivos ou não e estruturada por um conjunto invisível de padrões comportamentais que regulam a organização familiar.

Na perspectiva sociológica, Berenstein (1988) informa que o interesse está centralizado na configuração familiar (tamanho e forma do grupo familiar), como: família nuclear (pai, mãe e irmãos), família extensiva (pai, mãe, irmãos, avós, tios e outros parentes), família de procriação (pessoa, seu cônjuge e filhos). Nesse sentido, pode ser compreendida pelos seguintes pontos de vista: número de integrantes e sua extensão; se está organizada por casamentos, nascimentos, adoções; se foi reorganizada depois de mortes, divórcios ou novos casamentos. Para Fukui (1998), a família é um conjunto de relações sociais baseadas em elos de sangue, adoção e aliança social e legalmente reconhecidos. Para essa autora, a família pode ser abordada segundo três perspectivas: condições materiais de vida³³, instituição universal³⁴ e valor³⁵.

³³A família enquanto ente que se encarrega das condições materiais, isto é, da manutenção da vida: comer, vestir, abrigar, era, no passado, uma “unidade de produção”, porque ela mesma se encarregava da produção de seus meios de vida. Hoje, ela é uma “unidade de renda e de consumo”, encontrando no “trabalho individualizado” as bases para a sua manutenção (FUKUI, 1998, p. 16).

Na visão psicológica, Ackerman (1986) descreve a família como um conjunto de relações. Tal conjunto é representado por um grupo de pessoas que funciona como uma unidade e pode ser composto por todos os que vivem sob o mesmo teto (unidas por parentesco ou por se considerarem integrantes da família) ou de um grupo de pessoas liderado por uma pessoa em comum. Para Silva (2001), a família, na perspectiva de suas estruturas e funções, refere-se a instituições e agrupamentos diferentes que não têm a função exclusiva da reprodução e, por isso, em vários momentos históricos desempenharam as funções políticas e econômicas. Essa noção evidencia que o grupo familiar vai se transformando ao longo da vida em relação a sua forma, função e interação. Costa (2003, p.6), ao estudar o papel da família na constituição da subjetividade do ser humano, revela que não existe a família enquanto conceito único e globalizador. Existem configurações vinculares íntimas que dão sentimento de pertença, habitat, ideais, limites, papéis, regras e modos de se comunicar que podem ou não se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo no mundo. Para Falcão (2006), o sentimento de pertencer envolve afeto, liberdade, reciprocidade, responsabilidade compartilhada, solidariedade, alegria, angústia, raiva, desespero entre outros, todos classificados como aspectos inerentes à condição do ser humano.

Do exposto observa-se que a família não é um fato natural. O seu conceito foi construído em uma dimensão ideológica e social e por isso possui mais de um significado porque

restritamente, refere-se ao núcleo familiar básico e, amplamente, ao grupo de indivíduos vinculados entre si por laços consanguíneos, consensuais, jurídicos ou afetivos, que constituem complexas redes de parentesco e de apoio atualizadas de forma episódica, por meio de intercâmbios, cooperação e solidariedade, com limites que variam no que se refere a cultura, região e classe social (FALCÃO et al., 2006a, p. 6).

Neste estudo, família refere-se ao grupo de indivíduos vinculados entre si por laços consanguíneos, jurídicos, afetivos ou consensuais. Ela representa o ambiente natural e ideal para o bem-estar de todos os seus membros apesar de hoje estar constituída por complexas

³⁴ A família enquanto instituição representa um conjunto de normas e regras que rege as relações de sangue, adoção, aliança, definindo a filiação, os limites do parentesco, a herança e o casamento. Essas normas e regras foram historicamente constituídas e estão manifestadas nos costumes e na legislação (FUKUI, 1998).

³⁵ Sob a perspectiva do valor, a família representa um conjunto de valores definidos sobre o que ela “é” e “deve ser” e que são expressos por meio da ideologia, estereótipos, imagens e representações (FUKUI, 1998, p. 16).

redes de parentesco e de apoio, ser plural na sua configuração e nas relações socioafetivas e ser dual no suporte ofertado (é fonte de suporte emocional, econômica, cultural e social, como também é fator de exclusão e vulnerabilidades).

Com relação ao conceito de família, há de se ressaltar que o modelo triangular (pai, mãe e filhos) definido pelo historiador Ariès (1981) não é o predominante na realidade social. Entretanto, com frequência, é o modelo de família que orienta as políticas e as leis brasileiras. Fukui (1998, p. 16-17) expõe que

Historicamente, no mundo ocidental, as formulações sobre como a família deve ser couberam primeiramente à Igreja, depois ao Estado e, posteriormente, à própria ciência. [...] Hoje podemos incluir neste elenco os meios de comunicação de massa como um dos fatores que, se não são formuladores, são, no mínimo, divulgadores de ideias feitas sobre a família.

Segundo Ariès (1981), o padrão familiar que influenciou o Ocidente nasceu na sociedade europeia da Idade Média. Esse padrão consistia na família patriarcal extensiva, isto é, na mesma propriedade reuniam-se os filhos solteiros e casados, assim como irmãos, primos e cunhados. As relações familiares eram organizadas a partir do patrimônio e a hierarquia era expressa pelas relações de poder e autoridade patriarcal, portanto, “a família era uma realidade moral e social, mais do que sentimental [...]. Nos meios mais ricos, a família se confundia com a prosperidade do patrimônio, a honra do nome” (ARIÈS, 1981, p. 231). Nesse ambiente, os velhos podiam ocupar lugares centrais pela transmissão oral do saber dos ofícios e da sobrevivência ou lugares periféricos por causa das limitações físicas e mentais que surgiam.

Para Villela (1980), a única forma legítima de constituição da família francesa dos séculos XIX e XX era através do casamento. O objetivo da família desse período não estava voltado para a realização de cada ser dentro do próprio grupo. Seu objetivo restringia-se ao gerenciamento dos interesses privados, principalmente os patrimoniais. Enquanto unidade econômica tem a função de elemento essencial da produção. Logo, a fim de garantir o funcionamento econômico, a formação de mão de obra, o fornecimento de conhecimento e a transmissão do patrimônio, a função principal do vínculo familiar era a procriação.

Perrot (1992) destaca que havia um poder absoluto do marido sobre a mulher, que lhe devia obediência. A grandeza da mulher residia na submissão ao pai, posteriormente ao marido e, quando viúva, ao primogênito, depositário da residência ancestral. Quanto ao

casamento, identifica-o como um ato religioso e político. E complementa afirmando que a família nuclear, heterossexual, monógama, patriarcal, requer costumes, e o Estado requer leis. Assim, ao reforçar o poder doméstico, elemento natural do poder político, estaria consagrando a total dependência da mulher e dos filhos e garantindo a obediência constante dos povos. A família estava assentada na hierarquia e constituía-se em um meio de regular uma série de condutas, como a transmissão e a gerência do patrimônio e a predominância do pai no sistema patrilinear de transmissão de bens.

Com a industrialização, homens, mulheres e crianças transformaram-se em capital produtivo e tecnológico, deixaram de ser reconhecidos pelo nome, pela linhagem ou pela família e passaram a ser valorizados pelo seu esforço e pela capacidade de trabalho. Esses elementos, em conjunto com o fato de a tecnologia da produção em grande escala necessitar cada vez menos de mão de obra e o aumento dos movimentos sociais, fizeram com que a família reinterpretasse sua missão. A grande prole foi substituída por um número cada vez mais reduzido de filhos, possibilitando maior convívio entre os membros da família.

Ariès (1981) destaca que, com a urbanização e o início do capitalismo, surge um novo modelo de família – a família nuclear – desencadeando possibilidades, alternativas ou não de reconfiguração de visões, papéis e responsabilidades. Se antes ela estava voltada à produção, agora se concentra no consumo de diversos produtos, de modo que, quanto maior o orçamento interno, maior a possibilidade de consumo da família. Isso impulsionou o ingresso da mulher no mercado de trabalho, possibilitando cooperar com o orçamento familiar e recuperar sua defasagem social (SOBRINHO, 1987; SCHREINER, 2006; BARRETO, 1999), ao mesmo tempo em que diminuiu o poder patriarcal (HURSTEL, 1999; CASTELLS, 2003). Esse ingresso afetou os contratos tradicionais de gênero (mulher cuidadora e homem provedor), tendo como consequência a falta de pessoas para cuidar do idoso no ambiente familiar, já que as mulheres têm menos tempo para o cuidado doméstico e há um número menor de membros mais novos na família (CAMARANO, 2003).

No interior da família, além da redução do número de filhos e do ingresso da mulher no mercado de trabalho, uma nova alteração foi evidenciada. Trata-se da alteração da própria visão de família, isto é, deixou de ser vista com um contrato e passou a ser observada como uma instituição. Nesse processo, a família passa a existir enquanto um local onde persiste a reciprocidade e o afeto. Cresce, no seio da família, o equilíbrio e a

igualdade entre seus membros. Nesse sentido, a mulher deixa de ser colaboradora do marido para assumir um papel conjunto na direção da família e no gerenciamento do patrimônio. Ter filhos passa a ser uma opção livre e consciente. Reconhece-se a pluralidade de formas familiares e a obrigação de mútua assistência entre pais e filhos.

O Brasil herdou o modelo europeu de família extensiva patriarcal. Com a industrialização, a urbanização e a modernização, a sociedade brasileira passou a adotar o padrão da família nuclear burguesa. Esse modelo é defendido pela Igreja Católica como família conjugal, com base no atrelamento entre sexualidade, reprodução e casamento (GUEIROS, 2002).

Esta família moderna, nuclear/relacional, tem suas funções reestruturadas porque passa a privilegiar as funções afetivas, as relações interpessoais e proporciona maior autonomia para seus membros. Embora transformada, a família nuclear ainda preserva um traço típico da família anterior, qual seja, a rígida delimitação de papéis entre homem e mulher na divisão do trabalho: o homem trabalha fora para prover o sustento da família e a mulher fica em casa, para que se ocupe com a criação dos filhos e do trabalho doméstico (VITALE, 2007).

Todavia, o processo de industrialização e urbanização do país, a profissionalização da mulher, a queda da fecundidade e a crise econômica são alguns dos fatores que contribuíram para que houvesse, no Brasil, um novo padrão de comportamento individual dos elementos familiares, uma diminuição no tamanho das famílias e uma diversificação nos arranjos familiares. Na atual família brasileira pode-se verificar uma multiplicidade de tipos como, por exemplo, as famílias homoparentais (pai e filhos), monoparentais (mãe e filhos), estendida (pai, mãe, filho e parentes), composta (pai, mãe, filhos, parentes e não parentes), famílias reconstituídas (pai ou mãe, padrasto ou madrasta, filhos destes e de outros relacionamentos), famílias substitutas (avós, tios, padrinhos ou adotivos), separadas, recasadas, multigeracionais, longeva, homossexual, dos domicílios multifamiliares (com várias famílias) e das unidades individuais etc. (NASCIMENTO, 2006; SZYMANSKI, 1997), com novos padrões de funcionamento e núcleos relacionais.

Nas classes populares, o modelo nuclear, entretanto, não foi totalmente incorporado porque nesse universo não se encontram recursos simbólicos para a formulação e a efetivação de um modelo individualizado e de autonomia entre os sujeitos, de uma família a serviço dos indivíduos que pressupõe condições sociais específicas de educação, de

valores sociais, alheio às referências culturais e às experiências de que dispõem. As classes populares pensam seu lugar no mundo a partir de uma lógica de reciprocidade de tipo tradicional em que o que conta decisivamente é a solidariedade dos laços de parentesco e de vizinhança com os quais viabilizam sua existência. Portanto, a configuração dessas famílias se estabelece em rede de solidariedade que extrapola o núcleo restrito de pais e filhos e envolve parentes e vizinhos, fundamentados num sistema de obrigações morais que dificulta a individualização, mas, por outro lado, viabiliza as condições básicas para sua existência (SARTI, 2005).

A interdição da individualidade de uma família a serviço dos indivíduos, e não destes à família, se dá porque a família, para os pobres, é estruturada nos modelos de família extensa ou patriarcal (grupo hierarquizado), em que há precedência do homem sobre a mulher, dos pais sobre os filhos e dos mais velhos sobre os mais novos, prevalecendo o modelo tradicional de divisão sexual do trabalho, em que os homens são os provedores do lar e as mulheres as donas-de-casa. Nessas famílias, mesmo com a inserção cada vez maior das mulheres no mundo do trabalho, para auxiliar no orçamento familiar, sua renda é sempre complementar à que o marido ou companheiro traz para o lar. E mesmo quando esse não puder ser o provedor de sua família, devido ao desemprego, resta-lhe a autoridade moral da família, a respeitabilidade (VITALE, 2007).

Em casos de mulheres chefes de família, a sobrevivência de seu grupo familiar depende da mobilização cotidiana de uma rede social e familiar que ultrapassa os limites do lar, em que há a circulação de crianças entre as casas, a ocupação do papel masculino por outras figuras da família, como irmãos, avô, dentre outros, assim como o papel de mãe-dona-de-casa, pela avó, tias ou irmãs.

Nesse modelo, famílias extensas, os idosos integram o sistema de apoio mútuo contribuindo na rede familiar, não apenas com ajuda financeira, mas também nas relações afetivas, como auxiliares na socialização das crianças, nos trabalhos domésticos, dentre outros. Esses aspectos contribuem para mudar o papel do idoso na família, deixando de ser dependente para ser provedor, chefe do domicílio ou pessoa de referência no domicílio. Essa mudança acontece devido à pobreza, ao desemprego, ao aumento da desigualdade social e à insuficiência das políticas públicas e sociais voltadas para as pessoas carentes (CAMARANO, GHOURI, 2003).

Nesse cenário, como compreender a relação social existente nas famílias? Essa pergunta exige que reflexões sejam realizadas sobre a estrutura familiar e as relações familiares no âmbito intergeracional e transgeracional.

2.2 A família: aspectos estruturais, intergeracionais e transgeracionais

Para Minuchin (1982, p. 57), a família opera através de um conjunto invisível de exigências funcionais que são realizadas diariamente por meio de transações. Essas transações, quando executadas de forma contínua, estabelecem padrões de como, quando e como quem as pessoas devem se relacionar. Esses padrões formam a estrutura familiar, e esta organiza a maneira pelas quais os membros da família interagem e ao mesmo tempo regulam o comportamento dessas pessoas. Esses padrões transacionais devem ser flexíveis e podem ser mantidos pela hierarquia e pela maneira com que cada membro vê, sente e reage aos eventos do dia a dia. Portanto, permanecem como uma questão de acomodação mútua e de eficácia funcional. Todavia, para diferenciar determinado membro da família e delimitar suas responsabilidades e autoridade, desenvolveu-se a ideia de fronteiras.

Para analisar a estrutura das relações familiares, Teodoro e Kappler (2003) relatam que três dimensões devem ser consideradas: a coesão (proximidade emocional), a hierarquia (estrutura de poder) e a flexibilidade. A coesão é normalmente utilizada como sinônimo de vínculo emocional ou ligação entre os membros da família, envolvendo relações de amizade, união e de pertencimento ao grupo. Para Falcão (2006), a hierarquia pode se referir a níveis de *status*, de autoridade ou de poder (influência, adaptabilidade, controle e poder decisório) que cada pessoa da família possui e, por isso, seu significado pode variar de acordo com o contexto sociocultural. A flexibilidade é entendida como a capacidade de mobilizar/adaptar os padrões transacionais em determinadas situações, como por exemplo no nascimento, casamento, morte, adolescência e velhice.

Percebe-se que para enfrentar as diversas situações vivenciadas pela família, seus integrantes podem exercer diversos papéis, como por exemplo: o papel de pai, de filho, de esposo, de irmão, de primo, de sobrinho, dentre outros. Para cada um há um comportamento esperado. No entanto, pode haver também a inversão de papéis pais-filhos

no ambiente familiar. Nesse caso, o filho (a) assume a posição de pai ou de mãe numa ação de lealdade, a partir da noção de dívida e de reciprocidade.

2.3 Violência, família e o idoso

Os núcleos relacionais nas sociedades liberais e democráticas possibilitam ao indivíduo criar e recriar mais livremente suas experiências afetivas, sua própria história.

Nessa sociedade a família é considerada como um grupo de iguais. Nesse sentido, há múltiplas formas de composição familiar, de autoridade, de laços afetivos e sociais; prevalece uma horizontalidade nas relações internas; há a ausência de papéis fixos entre os membros; a filiação entre os sujeitos ocorre por laços de amizade; são diferentes as concepções de conjugalidade e parentalidade; a educação dos filhos tem sido delegada à escola e aos meios de comunicação, e os cuidados aos especialistas; as famílias são menores; crescimento na coresidência entre idosos e filhos; os laços familiares estão enfraquecidos devido ao aumento de divórcios (PASSOS, 2005).

Nessa realidade, a família se transformou em “lugar para as lutas entre a tradição e a modernidade” (GIDDENS, 2000, p. 63), com novas formas de ver e viver a realidade. Por isso, além de ser o lugar da solidariedade (imposta ou não), de recepção, acolhimento, reconhecimento, inserção e formação das subjetividades e fonte de suporte emocional, econômico, cultural e social, passou também a ser fator de exclusão, conflito, disputa, ausências, agressividade, desvios de comportamento, violência e vulnerabilidades, porque nesse espaço de convivência humana vínculos complexos e profundos são estabelecidos cotidianamente no encontro das pessoas.

Nesse sentido, a família

[...] que deveria ser a primeira a retribuir os anos de dedicação e trabalho a ela devotados, muitas vezes, é a primeira a tratar com descaso o idoso, deixando-o aos cuidados do Estado e de entidades não governamentais. [...] os idosos são abandonados, sem direito a nada, entregues à própria sorte, condenados a sobreviver em condições subumanas (DIAS, ARRUDA, 2005, p. 3-6).

Esse fato é explicado por Goldmann (2000) pela condição de estigmatização e marginalização que o idoso vivencia. Essa condição é decorrente das determinações socioculturais que foram incorporadas no imaginário das pessoas ao longo dos séculos.

Assim, o ambiente familiar também passa a ser o local onde podem ser criadas as condições objetivas e subjetivas para o tratamento desigual em relação ao idoso.

CAPÍTULO 3 – POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

O objetivo deste capítulo é fornecer um panorama das políticas e programas que compõem hoje o Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS) em nível federal; apresentar de maneira específica a forma de organização, atuação, tendências e perfil de cobertura do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e refletir sobre a convergência das funções da família e das políticas sociais para a proteção social dos indivíduos.

A organização do Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS) será apresentada a partir de três vertentes históricas. A primeira refere-se à proteção social de cunho corporativo, organizada durante a década de 1930 e configurada nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e na Consolidação das Leis de Trabalho (CLT); a segunda, de cunho filantrópico e caritativo, executada após a década de 1930, com o fim de atender certas situações de pobreza e, por último, as que estão assentadas na afirmação de direitos sociais de cidadania, consolidadas na Constituição Federal de 1988. Esta seção se inicia com dados históricos sobre a evolução da ação social do Estado do Brasil. Em seguida, identifica os eixos norteadores do Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS), isto é, o trabalho, a assistência social, os direitos sociais de cidadania e a infraestrutura social. Na sequência, apresentam-se de forma sintética a organização, a abrangência e os impactos da Constituição Federal de 1988 no SBPS.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) será apresentado a partir das justificativas para a sua criação. Em seguida, são elencadas as legislações que normatizam esse benefício. Na sequência, faz-se uma apresentação das condicionalidades para a obtenção desse benefício, assim como a pessoa que pode participar dessa política social. Nas seções seguintes são destacados a evolução do BPC em termos monetários e quantitativos e seus aspectos positivos e negativos.

A relação da família com as políticas sociais é discutida ressaltando a exigência da partilha de responsabilidade na proteção social prevista nos textos legais da assistência social.

3.1 Organização do sistema brasileiro de proteção social (SBPS)

A organização de sistemas de garantias legais, com o objetivo de assegurar a proteção social a indivíduos em face de alguns riscos sociais (doença, velhice, morte e desemprego), de combater a pobreza por meio de programa de mínimos sociais e de garantir acesso a serviços de educação e saúde, pode ser atribuída aos Estados de Bem-Estar consolidados no século XX, em vários países.

O chamado Estado do Bem-Estar, internacionalmente, nasceu da construção de um sistema de garantias, ao mesmo tempo político e social, em torno das relações de trabalho assalariadas (acesso e organização) e da vulnerabilidade daí decorrente. Em outras palavras, a construção desse sistema teve por objetivo responder à questão social que surge com a expansão da pobreza e da vulnerabilidade nos grupos participantes do processo de acumulação e de produção de riquezas. Sua construção foi impulsionada por dois fenômenos: os conflitos sociais que surgiram associados aos processos de industrialização nas economias capitalistas impulsionando o Estado a instituir certas garantias na medida em que foi reconhecido que a esfera econômica, via mercado, não supriria as necessidades consideradas socialmente relevantes, e as demandas por igualdade entre os indivíduos que surgiram num contexto de lutas pela democracia e organização política das sociedades modernas motivando o Estado a estabelecer ações sociais para enfrentar problemas advindos da ampliação/baixa da participação política do indivíduo pobre (VIANA, 2003).

É conveniente destacar que cada sociedade organizou de forma diferenciada seu sistema de proteção social devido à forma como foi reconhecida, constituída e legitimada no debate político a questão social da pobreza das populações capazes para o trabalho (operários), como também da pobreza das populações isentas da obrigação de trabalho (doentes, crianças, inválidos, idosos), sendo que estas são, há muito, objeto de intervenções privadas e confessionais e, em nível de Estado, receberam intervenção devido ao processo de expansão do assalariamento, do fortalecimento do Estado-nação e ampliação da cidadania via expansão de direitos. A pobreza, não mais considerada como um fenômeno natural ou como simples decorrência das trajetórias individuais, passou a receber intervenções diversas, tais como: valorização e obrigação do trabalho via mercado, movimentos filantrópicos vinculados à obrigação moral e ao dever de solidariedade, dentre outras. Mas, reconhecida politicamente, a ineficácia dessas ações para regular a questão social, ficam fortalecidas as ações políticas e econômicas garantidas pelo Estado,

consolidando assim o Estado Social. Nesse processo de consolidação houve a ampliação do campo de ação social do Estado por meio de políticas sociais para combater a questão da desigualdade social, ao mesmo tempo que possibilitou a construção dos direitos sociais (saúde, educação e proteção social), base da cidadania social (BOSCHETTI, 2006).

O Brasil organizou seu Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS) por meio de um conjunto de políticas e programas governamentais destinado à prestação de bens e serviços e à transferência de renda, com o fim de cobrir os riscos sociais, garantir direitos sociais, equalizar oportunidades e enfrentar as condições de destituição e pobreza. Esse sistema inicia-se por meio dos seguros sociais vinculados ao trabalho formal assalariado, posteriormente amplia o sistema de proteção às pessoas não vinculadas ao assalariamento, mas que comprovam a realização de trabalho útil, e, também, aos grupos considerados vulneráveis.

Nas décadas de 1980 e 1990, houve uma grande reforma no que se refere à ação social do Estado, gerando mudanças significativas no perfil do Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS). Essa reforma foi impulsionada, de um lado, pela retração econômica gerada em decorrência do modelo de desenvolvimento nacional implantado no país e, de outro lado, pelo movimento político em prol da redemocratização do Brasil. Com a retração econômica foi reconhecido que a política previdenciária assentada na expansão do assalariamento, no princípio do seguro social e financiada por contribuições sociais, não atendia as demandas da população, como também foi consolidada a ideia de que a regulação da pobreza pela filantropia e sua superação via desenvolvimento econômico não estava sendo a mais adequada. Com a redemocratização, a luta pela ampliação da democracia, os debates em relação às questões da pobreza, da igualdade, da cidadania e dos ideais universalistas como norteadores da ação pública foram recuperados (FALEIROS, 2000).

A partir desse conjunto de preocupações são estruturados debates/discussões sobre as políticas sociais, e diversas proposições são incorporadas à agenda constituinte. A Constituição de 1988 contribuiu para uma expressiva alteração da intervenção social do Estado ao propor a expansão da cobertura de políticas sociais no que diz respeito a bens, serviços, garantias de renda e equalização de oportunidades. Com base nos ideais universalistas e de cidadania, a Constituição de 1988 procurou instituir as bases para a organização de um sistema de proteção social ampliado no que diz respeito ao desenho das

políticas, à definição dos beneficiários e dos benefícios. Tentando superar com o autofinanciamento excludente e não distributivo, a Constituição de 1988 procurou dar garantias de financiamento que pudessem contribuir para: *i)* instituir a Seguridade Social com a integração das políticas de seguro social, assistência social e saúde; *ii)* prever a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) para prestar de forma gratuita, universal e pública serviços na área da saúde; *iii)* reconhecer a assistência social como política pública em prol dos idosos e portadores de deficiência em situação de extrema pobreza, garantindo-lhes direito de acesso a serviços e direito de renda de solidariedade; *iv)* reconhecer o direito à aposentadoria não integralmente contributiva dos trabalhadores rurais em regime de economia familiar; *v)* reconhecer o seguro-desemprego como direito social do trabalhador (PASTORINI, 2003).

Apesar desses avanços, o Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS) misto, que emerge da Constituição de 1988, reafirmou políticas anteriores (previdência de caráter contributivo e obrigatoriedade da educação do ensino fundamental), como também incluiu outras de caráter diferenciado e contraditório (a assistência é para ser universal, contudo identifica quais grupos vulneráveis deverão ser atendidos; a universalidade se aplica apenas à saúde). A referência a políticas organizacionais diferenciadas em relação ao acesso, financiamento e organização institucional deve-se à diversidade da ação social do Estado, à heterogeneidade institucional, à gestão da pobreza e às mudanças sociais vivenciadas pelo país.

Logo, o campo da proteção social que emerge da Constituição de 1988 contribui para a construção ou a reconstrução de diferentes políticas sociais que podem ser agrupadas, segundo Cardoso Júnior, Jaccoud (2005) em quatro eixos estruturantes: trabalho e emprego; assistência social e combate à pobreza; direitos incondicionais de cidadania social, infraestrutura social. Um retrato da ação do governo federal no Brasil, com seus principais programas e ações, pode ser observado no Quadro 1 descrito a seguir.

Quadro 1 – Abrangência da ação social do estado em âmbito federal (continua)

Eixos	Políticas Sociais	Principais programas/ações
Trabalho e Emprego	Regime Geral de Previdência Social Básica (RGPS)	<ul style="list-style-type: none"> • RGPS – Urbano • RGPS – Rural
	Previdência e benefícios a servidores da União	<ul style="list-style-type: none"> • Regime Próprio de Militares • Regime Próprio de Servidores Civis
	Políticas de proteção ao trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> • Abono e Seguro-Desemprego • Intermediação e Qualificação Profissional • Geração de Emprego e Renda • Valorização do Servidor Público
	Organização agrária e política fundiária	<ul style="list-style-type: none"> • Pronaf: Agricultura Familiar • Assentamento, Consolidação e Emancipação de Trabalhadores Rurais • Gerenciamento da Estrutura Fundiária e Gestão da Política Fundiária (inclui desapropriação)
Assistência Social e Combate à Pobreza	Assistência Social	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência (RMV e BPC/Loas) • Valorização e Saúde do idoso (RMV e BPC/Loas) • Atenção à Criança (Serviço de Atendimento à Criança - SAC/LOAS) • Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - Peti • Brasil Jovem
	Alimentação e nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • Merenda Escolar • Distribuição Emergencial de Alimentos, Assistência Alimentar e Combate a Carências
	Ações diretas de Combate à Pobreza via transferência de renda	<ul style="list-style-type: none"> • Bolsa Família • Bolsa Renda • Bolsa-Criança Cidadã • Agente Jovem
	Educação, outros	<ul style="list-style-type: none"> • Educação Infantil • Ensino Médio • Ensino Superior • Ensino Profissionalizante • Educação de Jovens e Adultos (EJA)
	Cultura	<ul style="list-style-type: none"> • Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas • Produção e Difusão Cultural • Preservação do Patrimônio Histórico

Quadro 1 – Abrangência da ação social do estado em âmbito federal (conclusão)

Eixos	Políticas Sociais	Principais programas/ações
Direitos Incondicionais de Cidadania	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • SUS: Atendimento Ambulatorial, Emergencial, Hospitalar e Farmacêutico • SUS: Prevenção e Combate a Doenças (inclui campanhas públicas) • Saúde da Família
	Educação, ensino fundamental	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino Fundamental (toda criança na escola e escola de qualidade para todos)
Infraestrutura Social	Habitação	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestrutura Urbana • Morar Melhor e Nosso Bairro
	Saneamento e Meio Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Saneamento Básico e Saneamento à Vida • Pró-Água, Infraestrutura, outros

Fonte: Cardoso Júnior e Jaccoud (2005, p. 277-278).

Compõem o eixo Trabalho e Emprego as políticas cuja garantia de cobertura se dá mediante a participação contributiva, ainda que desde a Constituição de 1988 sejam identificadas políticas que têm no trabalho não assalariado um critério de elegibilidade a ações governamentais. No eixo da Assistência Social e Combate à Pobreza reúne políticas que priorizam o acesso a benefícios pelo reconhecimento de um estado de extrema necessidade ou de vulnerabilidade do público-alvo. No eixo dos Direitos Incondicionais de Cidadania Social contempla as políticas de educação e saúde, cuja garantia de acesso é incondicional. As políticas de Infraestrutura Social são de natureza diversa, como habitação, saneamento e transporte coletivo, reconhecidas pela sua relevância social.

3.1.1 Políticas centradas no emprego e no trabalho

No Brasil, o modelo instituído para garantir fluxo de rendas e de serviços àqueles que, participantes do processo produtivo, se encontravam em condições de impossibilidade de trabalhar por motivos de doença, invalidez ou morte, foi o sistema bismarkiano. Esse sistema está fundamentado no exercício do trabalho legal e assalariado e na premissa de que as pessoas devem resolver suas necessidades, com base no seu desempenho profissional, em seu mérito. Isso evidencia que a formação do sistema nacional de proteção

social respondeu à necessidade de regular a relação capital-trabalho durante as fases de atividade e inatividade dos trabalhadores (FALEIROS, 2000).

Pode-se, então, dizer que a institucionalização do Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS) tem início com a Lei Eloy Chaves (1923), que funda, por intermédio das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), um modelo de proteção social (previdenciária e médico-assistencial) organizado inicialmente por empresa e, posteriormente (1930), por categorias profissionais, evidenciando um sistema corporativista das relações de trabalho (BOCHETTI, 2006).

Esse sistema consolida-se por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) organizados por setor econômico, financiados e geridos por empregados, empregadores e pelo Estado, com o fim de proteger os trabalhadores e seus familiares de certos riscos coletivos por meio de um complexo mecanismo de transferência monetária. A proteção social prestada pelos IAPs cobria os riscos tradicionais de incapacidade, velhice ou morte, como também serviços de assistência médico-hospitalar e intervenções nos campos da habitação e alimentação. Por isso, na política previdenciária de seguro social as gerações em atividade proveem os benefícios das gerações já em inatividade, fato este denominado solidariedade intergeracional.

Ao lado da constituição das caixas de seguro social foram regulamentadas as relações e as condições de trabalho por meio da promulgação da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) em 1943. O *status* da questão social passa a estar vinculado à regulação do mundo do trabalho, associando ao assalariamento garantias no campo da proteção social.

Cabe destacar que, na década de 1960, mudanças surgem na política previdenciária com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) e com o conjunto de reformas previstas no Plano de Ação Econômica do Governo (PAEG). Destacam-se como mudanças: a unificação institucional dos IAPs, em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); a incorporação à Previdência do seguro contra acidentes de trabalho. Na década de 1970, foi criado o Programa de Integração Social (PIS) com o fim de vincular o trabalhador aos ganhos de produtividade advindos do crescimento da economia nacional (CARDOSO JÚNIOR, JACCOUD, 2005).

Em síntese, entre 1930 e 1970, no campo da ação social vigora o princípio de justiça fundado no trabalho assalariado. A partir de 1970 há uma ampliação da cobertura previdenciária para os trabalhadores autônomos e domésticos, para o trabalhador da economia familiar rural, sem a exigência de contribuições passadas (Programa de Assistência ao Trabalhador Rural/Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural - Prorural/Funrural), e para as pessoas idosas e inválidas carentes que já tivessem contribuído ao menos durante 12 meses com a Previdência Social (Renda Mensal Vitalícia - RMV).

Nos anos 1980, antes da Constituição de 1988, foram criados o Finsocial e o seguro-desemprego. Apesar da produção legislativa do período, a relação entre o mundo do trabalho e a Previdência Social estava marcada por uma instabilidade econômica (deseestruturação do emprego formal e aumento das desigualdades socioeconômicas) e demográfica (comprometimento financeiro do sistema devido ao aumento da razão de dependência entre segurados e contribuintes).

Nos anos que se seguem, devido ao endividamento do setor público estatal, há uma deterioração das condições intergeracionais de sustentação do modelo de proteção social. Esse aspecto se manifesta num aumento potencial da desproteção previdenciária futura para trabalhadores urbanos dependentes de relações de trabalho não contributivas e não reconhecidas pelo Estado para fins previdenciários.

De forma sintética, as políticas de proteção social ligadas ao Emprego e ao Trabalho são:

- a) previdência social (regimes urbano e rural);
- b) previdência e benefícios aos servidores públicos (militares e estatutários);
- c) políticas de apoio ao trabalhador (seguro-desemprego, abono salarial, qualificação profissional, crédito para geração de emprego e renda, intermediação de mão de obra);
- d) políticas ligadas à organização agrária (assentamento, consolidação e emancipação dos trabalhadores rurais, crédito para agricultura familiar);
- e) política fundiária (gerenciamento da estrutura fundiária e gestão da política de desapropriação de áreas improdutivas para fins de reforma agrária).

O núcleo central dessas políticas, em termos institucionais e financeiros, está organizado em torno da participação contributiva e, por isso, tem como referência o mundo do assalariamento com carteira, isto é, o emprego assalariado formal. Portanto, o assalariamento formal-legal foi e continua sendo o meio de muitas pessoas ingressarem no mundo da proteção social, tanto no que se refere à cobertura de riscos sociais derivados do trabalho (seguro-desemprego, auxílio-maternidade, etc.) como no que diz respeito à aposentadoria por idade, tempo de serviço, invalidez e viuvez. Paulatinamente, os trabalhadores oriundos do mundo rural foram contemplados com a proteção social. Em todos os casos, as pessoas devem comprovar vinculação com o mundo do trabalho socialmente útil, em suas variadas e heterogêneas formas.

3.1.2 Políticas centradas na assistência social

A assistência social sempre foi vista como uma forma de proteção dos grupos vulneráveis e, por isso, tem restringidos vários direitos relativos à dignidade da pessoa humana: direito ao trabalho, à saúde, à locomoção, à alimentação, ao bem-estar, ao lazer, à moradia, dentre outros.

Historicamente, atribui-se à Lei dos Pobres, promulgada em 19 de dezembro de 1601, na Inglaterra, o primeiro registro da Assistência Social de que se tem notícia. Por essa lei, as paróquias eram encarregadas de desenvolver programas voltados para os grupos sociais que se encontravam em condições de carência, como as crianças desassistidas, os inválidos e os idosos incapacitados para o trabalho. O recurso para a efetivação desses programas era oriundo de uma taxa obrigatória criada pela própria lei (PIEROTTI, 2011).

Em 1891, o papa Leão XIII edita a Encíclica denominada *Rerum Novarum*, criticando a falta de princípios éticos e valores morais na sociedade laica de seu tempo. Esse documento faz referência a alguns princípios que deveriam ser usados na procura de justiça na vida industrial, como por exemplo: a caridade do patronato aos trabalhadores, a intervenção do Estado na economia a favor dos mais pobres e desprotegidos, a melhor distribuição de riqueza (PIEROTTI, 2011).

Em 1908, na Inglaterra, foi editada uma lei de natureza assistencial denominada *Old Age Pensions*, que concedia pensão aos maiores de 70 anos, sem exigir nenhum tipo de contribuição dos beneficiários (PIEROTTI, 2011).

Posteriormente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no ano de 1948, destacou em seus artigos 22 e 25 o direito à Segurança Social.

Art. 22. Toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade.

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

A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social (PORTAL BRASIL, 2009).

Em relação à Seguridade Social, Pierotti (2011) a dividiu em três fases. A primeira, fase da formação, iniciou-se em 1883, encerrou-se com o advento da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e destacou como documento importante dessa fase as leis Bismarck. A segunda fase da universalização teve como ápice o Tratado de Versalhes, que criou a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e foi finalizada com o advento da Segunda Guerra Mundial (1939-1945). A terceira, da consolidação, surgiu pela necessidade de reconstrução dos países envolvidos na Segunda Grande Guerra Mundial, teve como marcos fundamentais: o plano de Beveridge (proteção social abrangente, com cobertura universal e com benefícios garantidos como direitos); a Declaração de Santiago de 1942; a Declaração de Filadélfia de 1944; a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 e a Declaração dos Princípios Fundamentais de Direito do Trabalho e de Segurança Social, realizado no México em 1974.

No Brasil, as ações na área da Assistência Social foram previstas nos seguintes ordenamentos jurídicos: a Constituição do Império de 1824, ao assegurar socorros públicos à população carente; a construção de três entidades destinadas ao amparo às pessoas portadoras de deficiência: O Imperial Instituto dos Meninos Cegos, Instituto dos Surdos-Mudos e o Asilo dos Inválidos da Pátria; a Constituição Federal de 1891, prevendo

socorros públicos; a Constituição de 1934, amparando a maternidade e a infância; a Carta de 1937, protegendo a família pobre; a Constituição de 1937, amparando os filhos de pais carentes; a Constituição de 1946, prevendo a assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva ao trabalhador e à gestante; a Constituição de 1967, que elencava os direitos dos trabalhadores e inibia a vontade parlamentar de criar benefícios sem a sua correspondente fonte de custeio; a Constituição de 1988, que instituiu a Seguridade Social (PIEROTTI, 2011).

Em resumo, a responsabilidade, no Brasil, pela proteção social dos grupos com vulnerabilidade social foi assumida inicialmente pelas pessoas de forma voluntária, solidária e filantrópica, sem intervenção nenhuma do Estado. Posteriormente, o Estado interveio no campo assistencial colaborando com o trabalho filantrópico realizado pelas entidades consideradas beneficentes. A colaboração era realizada pela transferência de recursos diretos e indiretos a essas entidades. De forma sintética, a intervenção estatal foi concretizada e organizada com a criação, em 1930, da Legião Brasileira da Assistência (LBA) e do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), configurando a influência das elites políticas na assistência social, ao mesmo tempo em que reafirmou a primazia da ação privada nesse campo.

No período de 1930 até 1980, a Assistência Social preocupou-se, sobretudo, com a vulnerabilidade de situações ligadas ao ciclo de vida da população pobre, em especial com a maternidade e a infância. Contudo, na década de 1980, devido à precarização do mercado de trabalho, a ampliação de contingente significativo de trabalhadores excluídos de situações estáveis de trabalho e o risco de aumento da população em situação de indigência, houve uma retomada do debate sobre a pobreza (CARDOSO JÚNIOR, JACCOUD, 2005).

Foi neste contexto que a Constituição de 1988 reconheceu a assistência social como direito do cidadão e responsabilizou o Estado como ente prioritário para o atendimento às populações vulneráveis. A Constituição estende direitos aos idosos, aos portadores de deficiência pobres, às crianças e aos adolescentes carentes. Afirma, porém, que a assistência será prestada a quem dela necessitar, incluindo, entre o público-alvo, a família.

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

- I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II – o amparo às crianças e adolescentes carentes;

- III – a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV – a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal a pessoas portadoras de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988).

A eficácia do inciso V da norma constitucional é limitada, pois o pagamento de um salário mínimo aos idosos e portadores de deficiência somente poderia ser realizado após regulamentação legal que lhe desse exequibilidade (PIEROTTI, 2011).

A consolidação dessa política assistencial aconteceu somente em 1993, com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). A Loas instituiu uma política de mínimos sociais e de atendimento de necessidades básicas para grupos vulneráveis: crianças, jovens, idosos, deficientes e famílias pobres. A Loas e a Constituição de 1988 buscam definir os beneficiários, os critérios de elegibilidade (cortes etários e de renda) e as ações assistenciais. Com isso, políticas antes discricionárias e circunstanciais puderam tornar-se políticas de Estado. Destaca-se, contudo, que os direitos preconizados no âmbito da Assistência Social estão condicionados a grupos específicos e a critérios bastante restritivos de renda, mantendo a exclusão de uma parte da população que depende de estratégias individuais e particulares para a sobrevivência (SPOSATI, 2009).

As ações assistenciais previstas pela Loas são de quatro tipos: benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais. Os benefícios se subdividem em duas categorias: *i*) Benefício de Prestação Continuada (BPC), garantindo renda de um salário mínimo mensal a idosos e portadores de deficiência com renda mensal per capita inferior a um quarto de salário mínimo; *ii*) os Benefícios Eventuais, para assegurar o pagamento de um auxílio por natalidade ou morte à população com renda mensal per capita inferior a um quarto de salário mínimo. Os serviços assistenciais são definidos na lei como atividades continuadas que visam melhorar a vida da população e atender as suas necessidades básicas, tais como: asilos, abrigos, creches, socialização de idosos e jovens, habilitação de portadores de deficiência. Dentre os programas cita-se o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) e o programa de Combate à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Os projetos são, via de regra, de iniciativa local, tendo expressão, no nível federal, por meio de programas de geração de trabalho e renda (SPOSATI, 2004a).

Contudo, a residualidade da política de assistência social continua sendo confrontada com o problema da pobreza, já que a ação filantrópica torna-se insuficiente

para atender essa questão social. Entre uma demanda de ampliação da proteção social e a proposta de sua redução pela via de focalização nos mais pobres surge uma nova política federal no campo da assistência social: as políticas de transferência de renda como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Bolsa Família que unificou em 2003 todos os programas de transferência de renda sob responsabilidade do governo. A política de transferência de renda determina que o seu público-alvo comprove a incapacidade para o trabalho (situação dos inválidos ou idosos) ou a insuficiência de renda gerada do trabalho realizado (situação da população extremamente pobre). Em outras palavras, a proteção depende da comprovação da pobreza como situação duradoura de vida.

Dentro do campo assistencial ainda há programas voltados à alimentação. Dentre eles o programa da Merenda Escolar é a ação mais estruturada e consolidada no país, principalmente no âmbito da educação fundamental.

Sintetizando o exposto, pode-se dizer que as políticas originárias da condição de pobreza e outras vulnerabilidades sociais específicas que fazem parte do eixo da Assistência Social, da Segurança Alimentar e do Combate à Pobreza, foram iniciadas por meio da filantropia e, posteriormente, pelas redes de assistência estruturadas pelos governos. Como política de Estado, a assistência social conquistou esse *status* a partir da Constituição de 1988 quando passou a fazer parte da Seguridade Social. Essas políticas estão organizadas em torno dos grupos classificados como vulneráveis (criança, idosos e pessoa portadora de deficiência), da alimentação e transferência monetária para as pessoas em situação de extrema pobreza. As bolsas monetárias são benefícios temporários e de aplicação focalizada que dependem da benevolência dos governantes, portanto, “seus beneficiários, antes de cidadãos em sentido laico, são seus clientes preferenciais. Há, portanto, uma diferença clara de *status* dentre o público-alvo das políticas e programas de assistência social” (CARDOSO JÚNIOR, JACCOUD, 2005, p.282). Apesar desse destaque, todas as ações realizadas na área da assistência social vêm registrando um crescimento permanente.

3.1.3 Políticas centradas nos direitos incondicionais e de cidadania social

Paralelo às políticas de seguro e de assistência social, o Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS) conta com duas políticas de acesso universal, independentes de

condicionalidades de qualquer natureza: a saúde e a educação. O acesso a essas políticas não está condicionado por nenhum critério de seletividade, tendo por base única a cidadania. Pode-se afirmar que se trata de um direito pleno de cidadania porque não se exige nada das pessoas de um país, para o gozo desses direitos, além da pessoa pertencer àquela comunidade e do reconhecimento amplo e irrestrito por parte do Estado. Educação fundamental e saúde são políticas cujo acesso gratuito é assegurado em caráter obrigatório pelo Estado a todo cidadão brasileiro. Entretanto, hoje, devido à baixa qualidade dos serviços ofertados, a proteção pública é consumida predominantemente pelos pobres, dirigindo-se a classe média ao mercado para adquirir tais serviços.

O atendimento médico-hospitalar universal foi, por muitos anos, garantido apenas aos trabalhadores vinculados ao sistema de previdência social. De 1930 até 1980, o Estado interveio em dois níveis: com políticas de combate a endemias e serviços de natureza preventiva como também na oferta de tratamento médico-hospitalar aos trabalhadores do setor formal da economia. A partir da década de 1970, sucessivas reformas permitiram a ampliação da cobertura. Assim, a população rural, os autônomos e as empregadas domésticas e os casos de emergência passaram a ser atendidos pelos médicos da Previdência Social. Na década de 1980, a política de saúde foi reconhecida como direito social vinculado à cidadania e, por isso, tornou-se universal e de caráter permanente. Com a Constituição de 1988, há a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), deslocando a política de saúde para o campo dos direitos do cidadão. Organizado a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, o SUS é um modelo descentralizado de gestão financiado pelas três esferas de governo. Para apoiar a universalização dos serviços de saúde e reorientar o modelo de prestação de serviços, na década de 1990 várias estratégias foram executadas, como por exemplo a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) e a implementação do Piso Assistencial Básico (PAB) (DUARTE, 2003).

Se a saúde consolidou-se como política universal apenas em 1988, na Educação esse processo aconteceu em período bem anterior. Na verdade, a educação é um antigo campo de ação social do Estado no Brasil. Mas, apesar de a educação primária ser obrigatória desde a Constituição de 1891, o sistema nacional de educação só foi estruturado após 1930, com um amplo movimento de construção legal e institucional. Esse sistema foi classificado, até 1960, como dual e restrito: escola do povo versus escola da elite; educação para o trabalho versus educação para a formação geral. Sua expansão foi

realizada após a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), em 1961 (DUARTE, 2003).

3.1.4 Políticas centradas na infraestrutura social

Ao contrário dos direitos à proteção provenientes da vinculação ao mundo do trabalho, dos direitos das pessoas à assistência social e dos direitos incondicionais de cidadania, que são todos aplicáveis individualmente (de apropriação e direito individual), os direitos ligados à infraestrutura social (habitação e urbanismo; saneamento e meio ambiente) são de apropriação coletiva, ou seja, são direitos difusos.

As áreas de habitação e saneamento se estruturaram como políticas públicas tão somente após 1964. Antes disso, as soluções se davam, em grande medida, no âmbito privado. No caso da habitação, os trabalhadores de algumas categorias profissionais, por meio dos IAPs, podiam dispor de esquemas de financiamento para adquirir ou construir a casa própria. Já no caso do saneamento, havia alguns investimentos públicos esporádicos, não sistemáticos e localizados nos grandes centros urbanos para evitar os problemas de saúde pública (CARDOSO JÚNIOR, JACCOUD, 2005, p.282).

A política de habitação visa impedir o uso da terra para fins especulativos como também ofertar programas habitacionais diferenciados. No âmbito federal, os programas habitacionais estão estruturados em três linhas: *i)* apoio ao poder público: Pró-Moradia; *ii)* apoio ao cidadão: carta de crédito; e *iii)* apoio ao setor privado: Programa de Apoio à Produção (CARDOSO JÚNIOR, JACCOUD, 2005, p.282).

A política de saneamento busca melhorar as condições de vida da população pelo aumento da cobertura dos serviços de água e esgoto. Os programas dividem-se em rural e urbano.

Ao encerrar esta seção, destaca-se que a Constituição de 1988 foi o marco para as políticas sociais, ao garantir uma série de direitos sociais e ampliar o acesso da população a determinados bens e serviços públicos. O Estado passou a exercer papel essencial na produção, provisão e na regulação de bens e serviços sociais, além da defesa dos interesses coletivos. No entanto, a organização dessas políticas não é automática, e o reconhecimento dos direitos sociais passa por um processo de regulamentação jurídica que, por sua vez, determina a forma de implementação do direito. A seguir será descrito como foi a

efetivação de uma política de proteção social denominada Benefício de Prestação Continuada (BPC).

3.2 Benefício de Prestação Continuada (BPC)

No meio social, o ser humano absorve a realidade social para criar sua própria vida. Logo,

[...] depende da sociedade para proteção, conforto, alimentação, educação, equipamento, oportunidade e o sem-número de serviços definidos que a sociedade proporciona. Ele depende dela para satisfazer seus pensamentos, seus sonhos, suas aspirações e até mesmo muitas de suas doenças do espírito e do corpo. Seu nascimento na sociedade traz consigo a própria necessidade absoluta da sociedade (MACIVER; PAGER, 1973, p. 42).

Isso significa dizer que as relações entre as pessoas entrelaçam natureza e cultura, bem como dados que refletem interesses de natureza socioeconômica, ética e comportamental, próprios de cada época histórica e de cada cultura. Então, o ser humano não pode existir sozinho, só pode existir em relação com outra pessoa, em sociedade.

Apesar disso, a noção de sociedade que privilegia o individualismo reforça a noção de desenvolvimento social baseado no mercado de consumo e dos pobres como simples força de trabalho. Para romper com essa visão, amparar, proteger, educar e melhorar a vida do indivíduo, diminuir a pobreza, reduzir as desigualdades sociais, reconhecer os direitos individuais, políticos, civis, sociais e econômicos, **políticas públicas** e sociais com o bem-estar coletivo devem ser elaboradas e implementadas pelo Estado e pela sociedade, de acordo com suas responsabilidades e atribuições.

Uma política social que aparece como a grande novidade das políticas públicas, nacional e internacionalmente, é a ação de transferência de renda³⁶, que tem como principal objetivo direcionar uma renda mínima ou renda básica às famílias e aos indivíduos em situação de pobreza, uma vez que não conseguem garantir o mínimo necessário à sua sobrevivência digna. Mas deve ser ressaltado que essa transferência monetária está condicionada ao cumprimento de certas exigências no campo da saúde e do trabalho (LAVINAS, 2011).

³⁶ Programas de transferência de renda são os que não estão vinculados à exigência de cotizações à Previdência ou de vinculação passada ao mercado de trabalho, não exigindo contrapartida de seus usuários.

Segundo Suplicy (2002), a ideia de uma transferência monetária mínima ou básica, que assegure aos indivíduos meios de sobrevivência digna, encontra-se presente nos ideais de Thomas More (ao descrever uma sociedade imaginária, em que nada é privado, o que conta é o bem público), de Karl Marx e Engels (ao criticarem o modo de produção capitalista por permitir a apropriação das coisas que eram de uso comum pelas pessoas) e de Bertrand Russel e Bernard Shaw (ao defenderem uma renda mínima a todos, quer trabalhem ou não). Suplicy (2002) ressalta que as propostas apresentadas variam de acordo com a perspectiva ideológica dos proponentes.

Barbosa e Silva (2003) classificam essa perspectiva como liberal, progressista e de inserção. A perspectiva liberal/neoliberal concebe a renda mínima como uma ação compensatória, que é eficiente no combate à pobreza e ao desemprego, realizada por política substitutiva de programas e serviços sociais. A perspectiva progressista-distributiva percebe a renda mínima como uma ação de redistribuição da riqueza socialmente realizada pelas políticas de complementação dos serviços sociais básicos já existentes. A perspectiva de inserção situa a renda mínima como uma ação voltada para a inserção social e profissional dos cidadãos desempregados e pobres.

Internacionalmente, muitos países na Europa introduziram, a partir de 1930, programas de garantia de uma renda mínima nos seguintes formatos: garantia de benefícios às crianças; de auxílios a famílias com crianças dependentes; de renda aos idosos, inválidos e aos que ganham pouco (SUPLICY, 2002).

No Brasil, segundo Silva e Lima (2010), os programas de transferência de renda caracterizam-se pelas seguintes fases: a primeira começou em 1991, com a apresentação do projeto para instituir o Programa de Garantia de Renda Mínima para todo o povo brasileiro a partir de 25 anos de idade; a segunda compreende o período de 1991 até 1993, com a transferência monetária a famílias que tivessem crianças de 5 a 16 anos em escolas públicas; a terceira começou em 1995, com a aplicação efetiva desses programas em algumas cidades brasileiras; a quarta, iniciada em 2001, caracteriza-se pela expansão dos programas já implantados, criação de outros pelo governo federal e discussão sobre a renda de cidadania para todos os brasileiros; a quinta fase começou em 2003, com um conjunto de políticas para erradicar a fome e a desnutrição no Brasil, denominada Estratégia Fome Zero. Esses programas apresentam os seguintes pressupostos: complementar a renda da

família; enfrentar a pobreza e as desigualdades sociais e econômicas; possibilitar autonomia, inclusão social e proteção social das pessoas e famílias mais vulneráveis.

Os programas brasileiros de transferência de renda são abordados pela Política de Assistência Social (benefícios pecuniários de caráter não contributivo) que, em conjunto com a Saúde e Previdência (benefícios pecuniários de caráter contributivo), constituem o tripé da Seguridade Social. Esse fato abriu a possibilidade de se construir um modelo de Estado de Bem-Estar Social para consignar um padrão de proteção social compatível com as exigências de justiça social, equidade e universalidade.

Ao inserir a assistência à seguridade social, a Constituição Federal de 1988 conferiu à assistência o *status* de política pública (direito do cidadão e dever do Estado), atribuiu como sendo de responsabilidade do Estado e da sociedade a proteção social de seus cidadãos e instaurou o princípio de direito de cidadania como direcionador para a organização de suas ações.

A cidadania, na perspectiva de Marshall (1967), é composta pelos direitos civis, direitos políticos e direitos sociais. O direito civil seria composto pelos elementos necessários à liberdade e à igualdade perante a lei, como: liberdade de ir e vir, de imprensa, pensamento e fé, direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à Justiça. No aspecto político, está incluso o direito de votar e de ser votado, participar de instituições políticas de maneira direta ou indireta. A cidadania social seria “[...] tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade” (MARSHALL, 1967, p. 63).

Isso quer dizer que os direitos sociais estão relacionados ao acesso a bens e serviços de caráter universal e publicamente disponibilizados. Seu fim é reduzir os excessos de desigualdade gerados pelo mercado, garantindo um mínimo de bem-estar para os indivíduos. Eles podem ser ampliados ou redefinidos em função das mudanças na sociedade. Sua viabilização se concretiza pela intervenção ativa do Estado por meio de políticas sociais.

Assim, a partir do momento em que se considera que a cidadania está relacionada à concretização dos direitos civis, políticos e sociais, pressupõe-se que a assistência social realize, em relação aos idosos, ações para o bem-estar e a vivência digna de quem dela necessitar.

Esse fato evidencia a intenção constitucional de introduzir o princípio da garantia de mínimos sociais de existência em oposição à lógica dos benefícios previdenciários vinculada à contribuição salarial e voltada aos trabalhadores formais (BOSCHETTI, 2006).

Nesse sentido, representa um avanço em relação à garantia da assistência social, enquanto direito, o que implicou uma perspectiva de “passagem” de uma política pautada no clientelismo e no assistencialismo, pelo menos do ponto de vista formal, para uma política embasada no direito.

Esse fato levou a uma série de debates em torno das ações de transferência de renda que, por sua vez, originou diversos estudos, como: o atendimento da população pela renda básica (SUPLICY, 2002); os não cidadãos, sujeitos dessas ações (KOGA, 2003); a característica da proposta, isto é, focalizada³⁷ ou universal (MACEDO; BRITO, 2004; LAVINAS, 2003); os objetivos dessas ações (ARBACHE, 2003); o combate à pobreza e à articulação com outros programas (SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2004); a comparação com programas internacionais (VILLATORO, 2004); a trajetória de constituição da assistência enquanto política pública (SPOZATI, 2004a); a equiparação dos mínimos sociais com as necessidades básicas no plano político-decisório (PEREIRA-PEREIRA, 2011).

No Brasil, um programa de transferência de renda já realizado com o fim de melhorar as condições de vida, proporcionar a inclusão social, prevenir o isolamento, garantir o bem-estar da população idosa e promover seu envelhecimento de forma digna, saudável e ativa, é o Benefício de Prestação Continuada (SOUSA, 2006).

O BPC faz parte da política pública de assistência social, conforme estabelece o Art. 203 da Constituição Federal de 1988:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:
[...] V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988).

³⁷ As ações que atendem a um número restrito de pessoas com repasses baixos de valores à população beneficiada são denominadas de focalizadas.

Esse amparo constitucional permitiu que os idosos se tornassem, em tese, detentores de direitos, passando da condição de assistidos, carentes, pobres, para a condição de sujeitos de direito à proteção devida pelo Estado porque possibilitou a

[...] concessão de benefícios voltados para pessoas até então excluídas de qualquer mecanismo público de transferência de renda, e sua criação trouxe uma mudança no padrão de proteção social brasileiro no campo da garantia de renda, tradicionalmente identificado como os seguros sociais (GUIMARÃES, 2008, p.1).

O BPC foi instituído pela Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), com alterações posteriores realizadas pelo Decreto n. 1.744/1995 e pela Lei n. 9.720, de 30 de novembro de 1998. A LOAS concedeu um salário mínimo aos idosos com mais de 70 anos, que tivessem renda per capita mensal de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (BRASIL, 1993). O Art. 20 da LOAS dispõe sobre o BPC da seguinte maneira:

Art. 20. O Benefício de Prestação Continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§ 1º Para os efeitos do disposto no caput entende-se por família a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes.

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção de pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda per capita seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo.

§ 4º O Benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica.

§ 5º A situação de internado não prejudica o direito do idoso ou o portador de deficiência ao benefício.

§ 6º A deficiência será comprovada através de avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), credenciados para esse fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

§ 7º Na hipótese de não existirem serviços credenciados no município de residência do beneficiário, fica assegurado o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura.

O BPC foi implantado em 1º de janeiro de 1996 extinguindo, nesse caso, a Renda Mensal Vitalícia (RMV), o auxílio-natalidade e o auxílio-funeral. Também está previsto no art. 34 da Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003 – o Estatuto do Idoso. Em 2004, passou

a constituir parte integrante da Proteção Social Básica³⁸. Seu regulamento foi aprovado pelo Decreto-Lei n. 6.214, de 26 de setembro de 2007. Em 12 de setembro de 2008, esse regulamento foi alterado pelo Decreto n. 6.564. Em 2007, foi instituído o programa de Monitoramento e Avaliação do BPC para acompanhar os beneficiários e obter informações que fundamentarão o planejamento e o desenvolvimento de ações e pesquisas sobre o acesso, a implementação e o impacto do BPC sobre o beneficiário e sua família. Em termos de exigibilidade legal,

o BPC é um direito social claramente definido na Constituição e na legislação ordinária de sua regulamentação. Todos os indivíduos que satisfazem os critérios de seleção do programa podem receber o benefício (MEDEIROS, BRITTO, SOARES, 2007, p. 9).

O recurso que garante o BPC vem do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Esse fundo é mantido com receitas advindas da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Recursos Ordinários, Alienação de Bens Apreendidos, Receita de Aluguéis, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Pessoas Jurídicas, Outras Contribuições Sociais e Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

O gerenciamento, o acompanhamento e a avaliação do BPC cabem ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), e sua operacionalização é de competência do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) em conjunto com as Secretarias de Assistência Social. A agência que processa os dados desse benefício para o INSS é a Dataprev. O MDS repassa os recursos do BPC via FNAS para todos os municípios. Esses órgãos são responsáveis por promover uma rede de serviços públicos que garantam a superação das condições que deram origem ao benefício.

O BPC concedido deve ser revisado de dois em dois anos pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Assistência Social, em conjunto com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), conforme prescreve o Art. 21 da LOAS:

³⁸ A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) dividiu, em 2004, as ações e os serviços de Assistência Social em duas categorias: Proteção Social Básica (ações preventivas para fortalecer os laços familiares desenvolvidas nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, como, por exemplo, ações para crianças de zero a seis anos, o BPC); e Proteção Social Especial de Média e de Alta Complexidade (ações para situações em que os direitos do indivíduo e da família foram violados, como, por exemplo, erradicação do trabalho infantil, albergues e abrigos, políticas de cuidados aos idosos) (CAMARANO; LEITÃO; KANSO, 2009).

Art. 21. O benefício de prestação continuada deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem.

§ 1º O pagamento do benefício cessa no momento em que forem superadas as condições referidas no caput ou em caso de morte do beneficiário.

§ 2º O benefício será cancelado quando se constatar irregularidade na concessão ou utilização (BRASIL, 1993).

A revisão no município de Palmas - Tocantins é feita por um assistente social que visita o domicílio do beneficiário. Nessa visita, o assistente obtém informações relativas ao nível de renda, situação de óbito, não localização, necessidades de perícia médica, perfil do beneficiário e suas demandas por serviços. Todos esses dados são repassados ao INSS e aos gestores municipais de Assistência Social.

O programa especifica, de forma clara, seus beneficiários. Entretanto, são escassos os dados disponíveis sobre o seu perfil. Nas fontes já consultadas, foi identificado, em 2002, um relatório oficial elaborado a partir de 18.390 entrevistas realizadas no ato do cadastramento de novos beneficiários (idosos e deficientes) e dos processos de revisão dos benefícios já concedidos nacionalmente e, em 2006, a Universidade Federal Fluminense (UFF) também executou uma pesquisa nesse sentido. Os resultados informam que os beneficiários do BPC são: não alfabetizados (59%); vivem com o grupo familiar (69%); vivem sós (33%); contribuem com o sustento da família (44%); a renda melhorou a qualidade de vida e a autoestima (27%); uso da renda principalmente para a alimentação (32%) e medicamentos (25%); estão localizados na zona urbana (93,2%); a maioria é do sexo feminino (52,7%) (GUIMARÃES, 2008; SÓRIA BATISTA, et al., 2008).

Para Marsiglia (2007), a falta de informações precisas sobre os beneficiários do BPC deve-se ao baixo índice de localização dos beneficiários. A pesquisadora identificou esse fato após analisar os processos de revisão do BPC nacionalmente. As revisões analisadas foram executadas em cinco etapas, na seguinte ordem: em outubro de 1999, janeiro de 2001, junho de 2002, dezembro de 2003 e fevereiro de 2005 para os benefícios concedidos de janeiro de 1996 até julho de 2003. Nesse processo, o estado do Tocantins enviou apenas um relatório referente à quarta etapa, realizado em dezembro de 2003, em relação aos benefícios concedidos até 30 de novembro de 2001. A revisão foi feita em 134 municípios para 1.940 benefícios a revisar. Sua revisão foi realizada pelo próprio governo estadual, utilizando, para isso, os recursos repassados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e informando os municípios. Os motivos para a ação

direta do Estado foram: a) a existência de poucos benefícios a revisar; b) o envolvimento dos gestores com as eleições municipais não se interessando em executar diretamente a revisão; c) a utilização do BPC como alavanca eleitoral; d) a inexistência de assistente social na maioria dos municípios; e) o não cumprimento do processo de revisão nos municípios conveniados nas etapas anteriores: atraso na entrega de documentos e metodologia equivocada pela concentração de beneficiários num único local para serem revisados. Assim, o Estado do Tocantins e o município de Palmas têm informações a respeito dos idosos que receberam o BPC até novembro de 2001. Para os anos subsequentes, ainda não foi realizada a revisão e, portanto, não há dados mais atualizados sobre essa população.

Apesar desses contratempos, o BPC é o segundo maior canal de transferência de renda do governo federal – só perde para o Bolsa Família. Os números de usuários atendidos no país por esse benefício são bastante expressivos, além de se encontrar em constante aumento, como se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4 – Benefícios de Prestação Continuada concedidos no Brasil (1996-2010).

Ano	1996	2001	2006	2010
Deficiente	304.227	870.072	1.293.645	1.778.345
Idoso	41.992	469.047	1.183.840	1.623.196
Total	346.219	1.339.119	2.477.485	3.401.541

Fonte: Brasil (2012a).

Os dados da Tabela 4 evidenciam o crescimento no atendimento do público-alvo do BPC. O incremento dos beneficiários idosos é derivado, aparentemente, pelo aumento do envelhecimento da população, bem como pela redução da idade-limite para 67 anos, em 1998, e para 65 anos, em outubro de 2003. A proporção na evolução dos benefícios concedidos por categoria de usuário (idosos e deficientes) também tem se alterado desde o início de sua operacionalização.

Em março de 2011, o BPC atendeu, em todo o território nacional, a 1.807.048 pessoas deficientes e 1.638.135 idosos. O investimento financeiro acumulado em 2011 foi de aproximadamente R\$ 2.914.055.536,00 e R\$ 2.650.876.175,00, respectivamente (BRASIL, 2012a).

No **Estado do Tocantins** também pode ser verificado um crescimento na quantidade de usuários que passaram a ter o direito de receber o BPC, assim como dos recursos destinados ao provimento desse benefício (Tabela 5).

Tabela 5 – Benefícios de Prestação Continuada concedidos no estado do Tocantins (1996-2010).

Ano	1996	2001	2006	2010	11/2013
Deficiente	1.840	6.632	13.214	16.161	20.097
Idoso	432	5.008	12.095	15.592	15.945
Total	2.272	11.640	25.309	32.753	36.042

Fonte: Brasil (2013).

Em novembro de 2013, o BPC atendeu, no estado do Tocantins, a 15.945 pessoas deficientes e 20.097 idosos. O investimento financeiro acumulado em tal período foi de R\$ 146.413.162,59 e R\$ 118.256.509,14, respectivamente (BRASIL, 2013).

Gráfico 1 – Evolução do Benefício de Prestação Continuada: Tocantins.





G2

Fonte: Brasil (2013a).

No Município de **Palmas**, Estado do Tocantins, a Secretaria de Desenvolvimento Social (estadual) e a Secretaria de Assistência Social (municipal) são os espaços em que ocorrem o planejamento, a execução e a definição das ações da política de assistência social. O BPC, nessa cidade, começou a ser pago em março de 1996. As ações de atendimento da população, para concessão do benefício, são centralizadas na agência do INSS. O beneficiário procura o INSS com toda a documentação exigida e é atendido por uma assistente social que auxilia na verificação da documentação e, se necessitar, visita *in loco* para comprovar o alegado.

O BPC atendeu, em novembro de 2013, no município de Palmas - Tocantins, 2.110 pessoas deficientes e 1.913 idosos. O investimento financeiro acumulado foi de R\$14.068.380,60 e R\$ 12.670.231,97, respectivamente (BRASIL, 2013).

Gráfico 2 – Evolução do Benefício de Prestação Continuada: Palmas.



Evolução do Valor Total do Programa de Benefício de Prestação Continuada



Fonte: Brasil (2013b).

Pela sua significativa cobertura e investimento financeiro tem sido avaliado como um benefício que melhorou a vida da pessoa idosa, assim como possibilitou sua revalorização dentro da família (SOUSA, 2006). Também contribui para a redução da desigualdade de renda (SOARES et al., 2007; HOFFMANN, 2006; SÁTYRO, SOARES, 2006); é um direito humano que atende minimamente às necessidades básicas de pessoas que são vítimas das desigualdades do sistema capitalista (ALBERNAZ; PEREIRA, 2012); tem gerado impacto relevante sobre a pobreza e está efetivamente direcionado à população mais pobre (MEDEIROS, BRITTO, SOARES, 2007). Outros autores descrevem a capacidade do BPC em atender às pessoas vulneráveis:

O BPC tem uma surpreendente capacidade de atender aos extremamente pobres. Ele e as pensões e aposentadorias vinculadas ao salário mínimo são capazes de tirar grande parte das famílias beneficiadas da indigência e da pobreza, os outros programas de transferências de renda melhoram a situação dessas famílias sem, porém, necessariamente deslocá-las para acima da linha de pobreza (SOARES et al., 2006, p. 29).

[...] existem quatro tipos principais de políticas para a redução da pobreza e desigualdade. [...] Em quarto lugar posicionam-se as transferências governamentais (incluindo o Programa Bolsa Família, o Salário Família, o Seguro Desemprego, o Abono Salarial e o Benefício de Prestação Continuada, como exemplos). O Benefício de Prestação Continuada (BPC), considerado um programa de proteção social básica do governo, representa um importante instrumento para a redução da desigualdade e da pobreza na população idosa carente [...] e em decorrência, os membros de seu domicílio que os acompanham no seu novo *status* socioeconômico [...] dada a socialização da renda intradomiciliar. Dessa maneira, o BPC pode ser um importante instrumento de minoração das assimetrias socioeconômicas inter e intrarregionais (GUEDES; ARAÚJO, 2009, p. 8-14).

Isso significa dizer que o BPC revelou ser um importante programa de solidariedade social por amparar aqueles que estão incapacitados para a vida independente e para o trabalho, retirando-os da condição miserável em que vivem (SPOSATI, 2004b; BELTRÃO; CAMARANO; MELLO, 2005). Também é um programa de abrangência nacional com possibilidades para combater a pobreza³⁹, já que está focalizado em idosos pobres e extremamente pobres, pessoas que sempre ficaram à margem dos direitos considerados básicos para o indivíduo (SILVA; LIMA, 2010; BARBOSA; SILVA, 2003) e, na perspectiva da **lógica estatal da política social**, é uma ação que está concretamente sendo eficiente e eficaz no atendimento igualitário da segurança social de renda, do

³⁹ Pobreza é concebida como o não acesso a serviços sociais básicos, à informação, ao trabalho e à renda digna, é a não participação social e política (SILVA; LIMA, 2010).

convívio familiar e comunitário, de acolhida, do desenvolvimento da autonomia individual e de sobrevivência a riscos circunstanciais do idoso e de sua família.

Além disso, o idoso possui a possibilidade de, com sua renda, buscar privacidade e independência ao optar por morar sozinho ou ser solidário ao coabitar com os filhos ou outros parentes (CAMARANO, 2003) devido à situação precária em que vivem. Ao residir com os filhos gera mais bem-estar familiar, porque o benefício recebido pelo idoso é dividido dentro de suas famílias. Ao se direcionar o valor de um salário mínimo para os idosos de famílias de baixa renda, faz-se destes, em grande parte dos casos, os responsáveis pela única ou maior renda da família (ANFIP, 2001).

Apesar dos impactos positivos proporcionados pela regularidade da renda do BPC (possibilitar o planejamento dos gastos por ser renda fixa e certa mensalmente; realizar sonhos; aumentar a autoestima dos beneficiários; possibilitar a obtenção de crédito no mercado; proporcionar mudanças nas relações intrafamiliares e permitir um convívio menos conflituoso entre as gerações), estudiosos fazem ressalvas em relação a esse programa.

Para Guedes e Araújo (2009), o idoso que recebe o BPC, enquanto provedor, é uma pessoa importante e, por isso, possivelmente poderá ter outro ressignificado no meio familiar. Contudo destaca que essa (res)significação não pode se limitar apenas ao aspecto econômico – visão mercantil na relação da família com o idoso.

Para Barbosa e Silva (2003), benefícios da natureza do BPC não se constituem em fator de inclusão; não enfrentam a pobreza; discriminam o beneficiário por exigir renda atestadora de miséria e por ter de se manter invisível socialmente para permanecer inserido no rol dos beneficiários; reforçam o caráter personalista e caritativo das políticas públicas brasileiras; não se orientam na perspectiva de um direito, mas na condição de necessitado e impossibilitado; e não suprem todas as necessidades básicas do beneficiário, já que a renda é suficiente apenas para garantir necessidades imediatas (comprar alimentos, pagar contas de água e energia). Também chamam a atenção para a possibilidade de os usuários do BPC serem explorados até no interior da família, pois, em alguns casos, a importância do beneficiário se resume ao usufruto do benefício.

Para Rocha (2011), o BPC não atinge a todos os idosos devido à limitação na sua abrangência em relação aos critérios de elegibilidade e à classificação do beneficiário. Afirma também que, sendo o indivíduo – e não a família – a unidade nuclear considerada

para efeito de concessão do benefício, não vê impedimentos para que mais de uma pessoa, dentro da mesma família, tenha acesso ao BPC. E, por último, destaca que, por ser uma renda exclusiva e não complementar, impossibilita o idoso de ter ascensão financeira caso queira permanecer com essa renda. Esse fato foi por ele denominado de “armadilha da pobreza” – o mínimo passa a ser o máximo. Isso significa dizer que, apesar do BPC ter a capacidade de minorar as condições de miséria das famílias de baixa renda, não as retira dessa condição, senão as mantém em um patamar de pobreza que seja aceitável, porque esse é

[...] o limite que o capitalismo impõe à política social, permitindo que, contraditoriamente, atenda a algumas necessidades reais das populações, mas que esse atendimento permaneça em um patamar que não secundarize a produção, a produtividade e o lucro (SILVA; LIMA, 2010, p. 58).

Para Pereira et al. (2003), as famílias mais pobres sobrevivem da renda dos idosos, seja pela sua aposentadoria, seja pelo BPC, constituindo, assim, um grande número de idosos que são responsáveis por seus domicílios. Como essa é a única fonte de sustento dessas famílias, não há possibilidade de haver uma condição satisfatória de vida para o idoso.

Ao estudarem sobre a composição da renda das famílias mais pobres brasileiras, Dedecca et al. (2002) revelam que a renda dos idosos e dos deficientes advinda do BPC é utilizada para custear a sobrevivência de suas famílias. Nesse caso, a renda deixa de ser destinada a satisfazer a sobrevivência do idoso ou do deficiente e passa a ser da família. Isto é, o benefício tende a compor os recursos do grupo familiar, sustentando o próprio grupo ou aliviando os custos de manutenção do beneficiário. Portanto, a renda dos trabalhadores inativos – aposentados e pensionistas – é fundamental para retirar as famílias da linha da miséria.

Castel (1998) alerta para o fato de que programas de transferência de renda, como o BPC, estão perdendo seu caráter transitório para se tornarem permanentes, originando uma nova modalidade de existência social que está situada entre a completa exclusão e a integração.

Pastorini (1998) destaca que os programas focalizados contrapõem-se na prática às políticas sociais universais e aos direitos de cidadania. Justifica sua fala com os seguintes fatores: nesses programas, há a subordinação da ética da solidariedade à ética da eficiência

na utilização dos escassos recursos públicos; há uma estigmatização da população-alvo ao se pensar nela como necessitada e não apta ao trabalho; exclui-se grande parte do público-alvo pelos critérios de elegibilidade rígidos e perversos; os programas não complementam o salário, mas são um substituto dele ou mesmo o único salário para diversas famílias empobrecidas.

Além dessas ressalvas, o governo está preocupado com o BPC. A **primeira preocupação** diz respeito ao conceito de família. A polêmica se guia pelo fato de que o cálculo dos rendimentos familiares depende, evidentemente, do que se entende por família. O conceito utilizado pelo BPC diverge em relação ao entendimento de família do Programa Bolsa Família. Enquanto o Bolsa Família contabiliza as pessoas que vivem em uma família, o BPC exclui, entre outros, irmãos e filhos maiores de 21 anos, sogros, avós e netos dos beneficiários, independentemente de sua quantidade ou nível de renda (MEDEIROS et al., 2009a; MEDEIROS et al., 2009b). Assim, mudança no conceito de família no BPC pode gerar custos financeiros aos cofres públicos. A **segunda preocupação** se refere ao trabalho informal entre os jovens brasileiros, que pode gerar, no futuro, idosos dependentes das políticas de assistência, nesse caso o BPC, o que provocaria um aumento considerável de recursos para esse setor, resultando no fenômeno da assistencialização, ocupando o lugar de fato da previdência social. A **terceira preocupação** gira em torno do aumento do número de idosos e, em consequência, mais custos aos cofres públicos no futuro.

Esses elementos têm contribuído para que novas discussões sejam realizadas sobre o BPC. Para Ivo e Silva (2011), que analisam o processo de “seletividade estrutural” desde a concepção do direito constitucional básico até a assistência social, advindo do BPC, até a sua efetividade pelo gerenciamento da demanda e pela elegibilidade dos benefícios, os debates giram em torno de duas tendências. A primeira

[...] subordina a política social ao equilíbrio fiscal e defende uma reforma substancial nas regras do Programa, ancorada no argumento de que a existência do benefício desvinculado da necessidade de contribuição à previdência social geraria um desestímulo à contribuição previdenciária. Dada a pressão sobre os gastos públicos, considera também que nenhum benefício não contributivo deve ter valor equiparado ao salário mínimo. Essa posição, orientada pelo princípio de restrição de gasto social, defende o atendimento dessas pessoas pelo BPC, voltado aos grupos em maior situação de pobreza da sociedade. A segunda posição ressalta a importância do BPC para a efetivação do princípio de segurança de renda no campo do direito à proteção social (IVO; SILVA, 2011, p. 6).

É nesse debate e disputa política que as regras do BPC tendem a se tornar mais restritivas quanto ao acesso da população a esse direito, necessitando de análise sobre o seu público, já que, no caso específico do município de Palmas - TO, o idoso aparece nas estatísticas locais como número de beneficiário e como custo para os cofres públicos. Não há publicações locais sobre suas verdadeiras condições sociais e seu *status* social.

3.3 A família na política social brasileira

Os indivíduos que vivem em sociedade necessitam satisfazer suas necessidades por meio do consumo de bens, mercadorias e serviços. Para alguns desses elementos, dependem dos serviços ofertados pelo Estado; para outros dependem da família como provedora de afeto, socialização, apoio mútuo e proteção. Compreende-se, o exercício vital das famílias é semelhante aos papéis desempenhados pelo Estado: ambos regulam, normatizam, impõem direitos de propriedade, poder e deveres de proteção e assistência aos grupos que estão sob a sua tutela. Nessa direção, tanto a família quanto o Estado funcionam como filtros redistributivos de bem-estar, trabalho e recursos.

Nesse contexto, pode-se dizer que a família e as políticas sociais têm funções correlatas e imprescindíveis ao desenvolvimento e à proteção social dos indivíduos.

O Estado moderno, de direito, porém, reduziu várias das atribuições da família no campo da reprodução e da proteção social. Isso pode ser evidenciado na oferta universal de bens e serviços proporcionados pela efetivação das políticas públicas privilegiando, desde o pós-guerra, o indivíduo-cidadão. O desenvolvimento, a urbanização e o consumo fortaleceram a opção pelo indivíduo portador de direitos. Havia uma crença de que a família seria substituível por um Estado protetor dos direitos dos cidadãos.

No entanto, nas décadas mais recentes, a família voltou a ser pensada como corresponsável pelo desenvolvimento dos cidadãos e, por isso, passou a ser percebida como base estratégica para a condução de políticas públicas, principalmente para as que estão voltadas para a garantia de direitos e para o combate à pobreza.

As crescentes demandas de proteção social são apresentadas tanto pelos pobres e desempregados, como por diversas pessoas que se sentem ameaçadas pelo risco de vir a perder o trabalho, exigindo soluções partilhadas entre Estado e sociedade.

Nessa direção, as políticas de saúde e de assistência social vão introduzir serviços coletivos que combinam diversas modalidades de atendimento ancoradas na família e na comunidade. Fala-se hoje do médico da família, cuidador domiciliar, internação domiciliar, agentes comunitários de saúde, centros de acolhimento, programa de saúde das famílias etc.

As políticas de combate à pobreza buscam assegurar uma rede de proteção e de desenvolvimento socioeconômico voltado às famílias e às comunidades pobres. Os programas de renda mínima, com o fim de garantir ao grupo familiar recursos suficientes que permitam uma cesta alimentar; o programa de melhoria habitacional, de criação de microempreendimentos geradores de renda, dentre outros, são exemplos da relevância da família na implementação de políticas públicas no Brasil.

Hoje a responsabilidade da família está descrita na própria Constituição de 1988. No capítulo VII, artigo 229, dispõe que é obrigação dos filhos cuidar dos pais quando estes chegarem à velhice, em situação de carência ou doença, bem como estabelece a obrigação dos pais na criação dos filhos. O artigo 230 prescreve que o cuidado com os idosos é dever conjunto da família, do poder público e da sociedade e que este deve ser realizado na casa dos idosos, evitando a institucionalização.

CAPÍTULO 4 – PERCURSO METODOLOGICO

Esta unidade tem como propósito **apresentar a metodologia** que orientou a pesquisa realizada em relação aos métodos e às técnicas e, ao mesmo tempo, comunicar o processo operacional investigativo para a coleta e a análise dos dados.

Neste tópico descreve-se o caminho que norteou a pesquisa e definiu os eixos de investigação, a fim de esclarecer e tornar possível a compreensão do objeto de estudo e dos objetivos propostos, bem como responder ao problema de pesquisa.

A pesquisa realizada teve como **objeto de estudo** o *status* de um grupo de idosos do município de Palmas, Tocantins, que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Compartilhando a ideia de que é impossível compreender o *status* do idoso fora do contexto imediato no qual ele está inserido, isto é, a família, definiu-se o seguinte **questionamento**: Os números grandiosos que o governo tem divulgado de forma positiva sobre o BPC são uma ilusão estatística que escamoteia, no ambiente familiar, o verdadeiro *status* e as reais condições de vulnerabilidade por que passam os idosos atendidos pelo BPC no município de Palmas – TO?

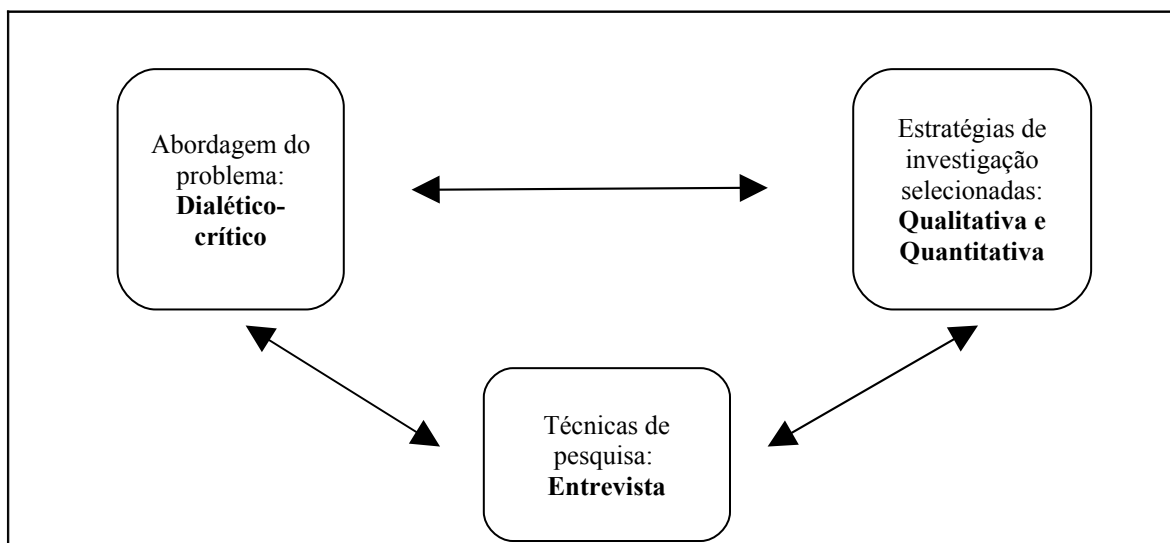
O fenômeno central que está sendo estudado – **o *status* – foi definido** como sendo a posição que o idoso ocupa dentro do grupo familiar, como também o papel que desempenha nesse ambiente levando em consideração seu prestígio, poder, autonomia e influência nesse grupo.

Na tentativa de responder o questionamento realizado foi estabelecido como **objetivo central** compreender o *status*, no ambiente familiar, do idoso do município de Palmas, estado do Tocantins, que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC). O estudo também buscou como **objetivos secundários**

- identificar o perfil sociodemográfico dos idosos que recebem o BPC em Palmas: quanto à idade, ao sexo, ao estado civil, à escolaridade, à composição familiar, à profissão, à moradia, às condições de saúde, ao uso e acesso da rede de apoio social e familiar;
- descrever as condições de vida atuais do idoso que recebe o BPC;
- analisar os mecanismos de proteção social disponibilizados pelo Estado brasileiro para os idosos.

Vale ressaltar que a visão de mundo, os valores e ideais, as experiências de vida e profissional, o conhecimento teórico, além da questão de pesquisa, contribuíram para que esta pesquisadora definisse o percurso metodológico deste estudo, isto é, para a interseção da abordagem do problema com a estratégia de investigação e os métodos específicos, conforme figura a seguir.

Figura 5 – Interconexão entre problema, estratégia e métodos.



Fonte: Da autora.

A figura acima mostra a concepção de realidade, de mundo e de vida que guiou a pesquisa, os procedimentos de investigação relacionados com essa orientação e os métodos específicos de coleta e de análise e interpretação dos dados que transformaram a abordagem em prática.

Com esse pano de fundo, inicia-se, a descrição do percurso metodológico pela **concepção de realidade social que guiou a pesquisa, isto é, o método dialético-crítico.**

4.1 O método dialético-crítico

A orientação geral sobre o mundo e sobre a natureza da pesquisa para a construção do saber científico sobre o *status*, no ambiente familiar, do idoso beneficiário do BPC que reside na cidade de Palmas, Tocantins foi o método dialético.

A palavra dialética remonta à filosofia grega, em que era entendida como a arte de, no diálogo, demonstrar por meio da argumentação as contradições expressas na fala dos

sujeitos. A dialética “é a explicação do movimento, da transformação das coisas [...] A dialética considera as coisas em movimento, relacionadas umas com as outras” (GADOTTI, 1997, p. 16).

Convém ressaltar que o importante, nessa perspectiva, não é somente o resultado obtido diante do problema estabelecido ou da realidade vivenciada, mas o movimento completo que determinou a situação com suas características históricas e conjunturais para que seja possível estabelecer uma prática que transforme a realidade anterior no plano do conhecimento e no plano histórico-social. Portanto, a dialética situa-se “no plano da realidade, no plano histórico, sob a forma da trama das relações contraditórias conflitantes, de leis de construção, desenvolvimento e transformação dos fatos” (FRIGOTO, 2006, p. 75).

A palavra método quer dizer caminho, ou seja, o plano a ser cumprido: no estudo de uma ciência, na busca de uma verdade ou na obtenção de um conhecimento específico. O método dialético-crítico visa analisar os dados para mostrar: as interconexões entre os fenômenos; as relações das partes com a totalidade; o movimento; a historicidade e suas contradições. Portanto, “[...] não é apenas um método para se chegar à verdade, é uma concepção do homem, da sociedade e da relação homem-mundo” (GADOTTI, 1997, p. 19).

Nesse sentido, o método dialético-crítico contempla uma visão de mundo como um todo, compreendendo-o como um conjunto único e integrado das diversas formas de organização humana nas suas mais diversas instâncias (família, poder, religião). Também vê o homem como um ser histórico e social que, apesar de influenciado por contextos econômicos, políticos e culturais, é o criador da realidade social e agente transformador desses contextos (FAZENDA, 2006).

A dialética vê a realidade material composta não por ajustes de harmonia, mas por contradições. Elas se expressam em conflitos que levam a permanentes transformações. Ou seja, pela visão materialista dialética, nada no mundo está acabado. As coisas, o mundo, as pessoas estão mudando sempre (DEMO, 2000, p. 102).

Assim, tanto a realidade quanto o sujeito social estão suscetíveis às mudanças e transformações qualitativas que ocorrem nesses contextos.

Na visão de Gadotti (1997, p. 22):

O materialismo dialético tem um duplo objetivo: 1º) como dialética, estuda as leis mais gerais do universo, leis comuns de todos os aspectos da realidade, desde a natureza física até o pensamento, passando pela natureza viva e pela sociedade. 2º) como materialismo, é uma concepção científica que pressupõe que o mundo é uma realidade material (natureza e sociedade) onde o homem está presente e pode conhecê-la e transformá-la.

Isso significa que na relação do homem com o mundo, nada é definitivo, absoluto e sagrado (imutável), tudo é dinâmico, transitório, passível de desenvolvimento, transformação e movimento para outra realidade.

Assim, conhecer e investigar uma determinada realidade, do ponto de vista da dialética, significa procurar respostas seja para um acontecimento, um fato, uma situação ou um fenômeno que aparece como estável e natural, quando na realidade foram naturalizados e construídos socialmente. Desvelar a essência do fenômeno pressupõe a investigação crítica da realidade pelo comprometimento com a realidade apresentada, pela busca da relação entre seus múltiplos fatores, pelo reconhecimento da historicidade dos diferentes contextos ao interligar de forma recíproca homem, sociedade e mundo e a indicação de possibilidades interventivas de transformação.

Agindo dessa maneira, haverá a operacionalização do método dialético-crítico porque

no processo de conhecimento ocorrerá o desvendamento da questão social na vida dos sujeitos, a partir da explicação da desigualdade social que interpenetra em suas vidas, violando seus direitos mais fundamentais. A continuidade se dará no processo de intervenção em que o objeto desvendado será trabalhado para ser superado (TURK, 2006, p.6).

É conveniente destacar que a materialização dessa operacionalização ocorre pela presença das categorias do método dialético-crítico nas leituras/discussões dos fenômenos investigados e na escolha dos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos do estudo.

Assim, para justificar as questões que se apresentam ao longo do processo de pesquisa, orientar a interpretação da realidade investigada e, ao mesmo tempo, compreender a realidade do universo estudado a partir das relações interpessoais no espaço dos sujeitos, foram eleitas para este estudo três categorias da abordagem dialética: a totalidade, a historicidade e a contradição, porque as categorias oferecem subsídios nos

atos de investigar a realidade social já que possuem dupla função, isto é, a “de intérpretes do real e de indicadores de uma estratégia política” (CURY, 2000, p. 21). Tendo em vista que essas categorias expressam a relação do homem com o mundo, interferindo desta forma nas relações sociais, é importante considerar que elas não são fixas, estão mutuamente imbricadas e devem ser analisadas dentro do contexto investigado (TURK, 2006).

As categorias não constituem um número definido. Aparecem novas categorias em razão das atividades que desenvolve o homem, atuando sobre a natureza e a sociedade, em seu afã de conhecer e transformá-las. O conteúdo mesmo das categorias muda e se enriquece com os processos de conhecimento (TRIVINOS, 1987, p. 55-56).

Isso significa que as categorias devem ser revistas constantemente, pois tudo é visto em constante mudança, sempre há algo que nasce e se desenvolve e algo que se desagrega e se transforma (GIL, 1999). Em outras palavras, o objeto de estudo deve ser analisado em todos os seus aspectos.

A categoria *Historicidade* está implicada nos movimentos que se estabelecem no cotidiano das pessoas, pois se constitui de um ciclo de fenômenos pelos quais as pessoas, de forma objetiva e prática, tomam decisões e promovem ações que, de forma direta ou não, interferem e interagem na sua realidade de forma constante e dialética (KOSISK, 1986).

Na perspectiva do homem vivenciando o seu tempo e suas instâncias de poder, a categoria da historicidade nos ajuda a entender o plano da realidade:

A historicidade da sociedade, a visão da “flecha do tempo” e por meio do jogo das fases: tese, antítese e síntese, tem a roda-viva da realidade dialética. A Realidade é complexa e ambivalente, não estabelece categorias dicotômicas, mas complementares (DEMO, 2000, p. 101).

O método dialético permite analisar a historicidade da sociedade, compreendendo-a com seus aspectos dinâmicos que permitem o entendimento da própria politicidade do método, ou seja, a capacidade de auto-organizar, aprender, criar e refazer.

Dessa maneira, aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais, do meio no qual o homem está inserido, influenciam a história que está sendo construída, mas cabe ao pesquisador ter presente que a realidade atual do indivíduo está ligada a um contexto

anterior, porque “a primeira premissa fundamental da história é que ela é criada pelo homem; a segunda premissa igualmente fundamental é a necessidade de que nesta criação exista uma continuidade” (KOSIK, 1986, p. 218). Esse aspecto possibilita que a historicidade revele atitudes presentes com raízes históricas, mas, ao mesmo tempo, retrate um futuro incerto que pode sofrer alterações mesmo que o passado insista em determinar ações perpetuadas (DEMO, 2000).

Desta forma, a historicidade nos remete à politicidade do método, pois se entende que na relação do conhecimento com o conteúdo, a sociedade e a história, todo discurso lógico é também retórico e metafórico. A dialética permite a construção de um conhecimento que dê conta da realidade em toda a sua complexidade, com seus elementos contraditórios e em suas permanentes transformações.

A historicidade está presente na pesquisa sobre a população idosa, pois esta valoriza suas raízes históricas, seus costumes, suas tradições, suas conquistas e valores pautados por hierarquias familiares, políticas e sociais determinadas por momentos históricos distintos. Cabe ao pesquisador, na sua investigação, ouvir e analisar o fenômeno em suas múltiplas dimensões e, ao mesmo tempo, apreender o específico e o singular (FRIGOTO, 2006, p. 80).

A categoria da *Totalidade* refere-se ao entendimento de que as particularidades dos fenômenos que interferem na vida cotidiana dos pesquisados sejam compreendidos como um todo, pois a realidade está totalmente interdependente, inter-relacionada entre os fatos e fenômenos que a constituem. Portanto, os fenômenos de uma determinada realidade devem ser compreendidos como parte de um contexto maior. Nesse sentido, todo o fenômeno está relacionado ao conjunto constituído pelas partes que se inter-relacionam reciprocamente.

No plano da realidade, a unidade de contrários se relaciona dentro do conjunto intrínseco, formando a ideia de totalidade. Assim,

Totalidade não é a soma de partes justapostas, mas apresenta-se de forma convergente e divergente. Logo, a totalidade não é um monolítico, algo sólido, mas possui fissuras por onde ocorre a dinâmica da mudança da realidade (DEMO, 2000, p. 99).

O princípio da totalidade considera que tudo se relaciona dentro de um conjunto. A natureza é um todo onde os componentes estão ligados entre si, influenciando-se uns aos outros. Destarte, o método dialético permite uma análise qualitativa, pois as mudanças não

acontecem num mesmo tempo. Pequenas mudanças quantitativas podem ocasionar uma mudança qualitativa, marcada por transformações radicais.

Considerando que as discussões sobre o processo do envelhecimento estão repletas de contradições ao estabelecer relações diversas, tanto de poder, quanto de dependência e, até mesmo de violência, é conveniente que o pesquisador saiba que a totalidade não é um todo já feito, pronto, acabado, “mas um processo de totalização a partir das relações” (CURY, 2000, p. 35).

Dessa forma, o pesquisador deve interligar todos os dados obtidos da fala do pesquisado com os aspectos globais da conjuntura que se apresenta para compreender o fenômeno real sob todos os aspectos. Isso possibilitará múltiplas interpretações e interações com o sistema político, social e cultural (DEMO, 2000).

A categoria *Contradição* busca compreender as forças opostas que interagem nos fenômenos, porque todos têm um passado e um futuro, têm elementos que desaparecem e elementos que se desenvolvem. A luta desses contrários, a luta entre o velho e o novo, entre o que perece e o que se desenvolve, abre margem a processos constantes de transformações (LAKATOS; MARCONI, 1999). Essas transformações tanto podem ser destruidoras como criadoras. Nesse sentido, é importante ter em mente que as contradições estão ligadas a uma relação de dominação, e o processo interventivo do pesquisador deve atingir essa dominação.

Demo (2000) traduz à dialética como:

[...] um método de pesquisa que tem como foco principal o diálogo, a contraposição, ou seja, contradição de ideias que leva a outras ideias. Em outras palavras, a dialética significa "caminho entre as ideias" (DEMO, 2000, p. 98).

A dialética permite analisar a contradição universal, e as mudanças acontecem porque a realidade é formada por forças contrárias que ao mesmo tempo se unem e se opõem. Para este autor a dialética expressa a unidade de contrários, apontando para o caráter contraditório e ambíguo da realidade e de si mesma. E assim tenta apanhar a dimensão intrinsecamente dinâmica da realidade objetiva e subjetiva, isto é, a realidade nos planos ontológicos, epistemológicos e lógicos. Contudo, a dialética expressa o movimento, pois nada está pronto, completo. Tudo se transforma constantemente e nada está acabado. Logo, a realidade se move justamente pela existência de forças contrárias que se chocam a todo o momento.

Em relação ao estudo do envelhecimento, as contradições podem se mostrar de formas contraditórias, pois há idosos que são vistos como cidadãos ativos na sociedade brasileira, mas desvalorizados no mercado de trabalho. Alguns são inúteis por não produzir, enquanto outros sustentam famílias inteiras. A mesma legislação que ampara o idoso pode desqualificá-lo para poder garantir o pleno exercício de seus direitos enquanto cidadão: são nítidos os conteúdos das abordagens teóricas biológica (declínio), cronológica (idade), sociológica (relações), psicológica (comportamento e desenvolvimento), política (direito), econômica (custo); a difícil aceitação de ser velho (velho sempre é o outro); a mercantilização do envelhecer pela indústria cultural; o cuidado familiar e a institucionalização; o isolamento das relações sociais.

Assim, ao olhar de forma dialética para as questões pertencentes ao envelhecer deve-se levar em conta dois aspectos: primeiro, que cada idoso possui determinadas peculiaridades resultantes de sua história e condições de vida e, em segundo lugar, que a sociedade é formada por sujeitos que são construtores de sua sociedade e, ao mesmo tempo, fruto dela. Ou seja, o idoso pertence a uma sociedade e nela se constrói como sujeito e, por isso, o pesquisador deve considerar o contexto histórico e todas as transformações pela qual o idoso passou.

Dentro desse entendimento justifica-se a escolha pelo método dialético-crítico, isto é, esta pesquisadora compreende que o idoso faz parte de um contexto mais amplo e, por isso, para compreendê-lo, faz-se necessário levar em conta os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais do meio no qual ele está inserido. Enquanto participe desse processo recíproco de relações não pode ele ser compreendido de forma fragmentada, mas a partir de sua totalidade.

Apesar do universo contraditório em que o idoso está inserido, deve ser destacado que para analisar a sua realidade as categorias contradição, totalidade e historicidade devem ser observadas de forma articulada para que o estudo possa gerar indicadores científicos de intervenções. Essa articulação será realizada pelo uso das estratégias de investigação qualitativa e quantitativa, assuntos da próxima seção.

4.2 Natureza do estudo

Consiste numa árdua tarefa desenvolver um estudo que visa entender o *status* do idoso na família, a partir de um benefício social, e como esses elementos se influenciam mutuamente, principalmente no que se refere às tomadas de decisão que precisam ser feitas em termos metodológicos.

Tendo como base a visão de que o fenômeno do envelhecimento é um processo complexo, multidimensionado, multideterminado, contextual, cultural, dinâmico, que modifica o *status* social do idoso, exigindo que ele se adapte a novos papéis no meio familiar, social e ocupacional, preferiu-se desenvolver uma proposta metodológica que combinasse a **estratégia quantitativa com a qualitativa do tipo analítico** para analisar de forma crítica o *status* dos sujeitos pesquisados, porque os fenômenos humanos e sociais estão em processo ininterrupto de transformação e articulados a interesses e significações múltiplas entre o novo e o velho.

A investigação que combina ou associa as formas qualitativas e quantitativas teve origem em 1959, quando Campbell e Fisk utilizaram múltiplos métodos para estudar a validade de traços psicológicos. Nascia assim a triangulação das fontes de dados que, posteriormente, evoluiu da convergência para a real integração, ou conexão, dos dados quantitativos e qualitativos porque os resultados desse mix podem: auxiliar na defesa de grupos marginalizados; reforçar resultados; mostrar a natureza interdisciplinar do estudo; explorar quanto explicar um fenômeno; “ajudar a identificar os participantes a serem estudados ou as perguntas a serem feitas pelo outro método” (CRESWELL, 2010, p. 39).

A **estratégia quantitativa descritiva** de investigar caracteriza-se pelo emprego de quantificação tanto na fase da coleta quanto na análise e no tratamento dos dados. Neste estudo, procurou-se com a aplicação desta estratégia descrever as características dos idosos que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) na cidade de Palmas, Tocantins, para em seguida estabelecer as relações entre as **variáveis: sexo, idade, estado civil, naturalidade, escolaridade, trabalho, condições de moradia, arranjo familiar, rede de apoio familiar, avaliação funcional (autonomia ou dependência) e gastos realizados com o valor do BPC, obtidas** por meio de um instrumento padronizado, isto é, o **formulário**. Essa estratégia foi utilizada para complementar e dar representatividade aos dados qualitativos, sendo caracterizada pela objetividade e pelos dados concretos, servindo

de sistematização e fundamentação ao conhecimento produzido pela abordagem qualitativa.

A **estratégia qualitativa** procura compreender, segundo Creswell (2010), a complexidade dos processos dinâmicos vividos por grupos sociais; as particularidades do comportamento dos indivíduos em seu ambiente circundante; os fatos a partir da interpretação que se faz destes no dia a dia dos sujeitos; os significados e as interpretações dos sujeitos e suas histórias.

Para Minayo (1992, p. 108), a pesquisa de base qualitativa

trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Portanto, a realidade deve ser analisada considerando a estrutura e a superestrutura na qual o sujeito está inserido, isto é, analisar a vivência do investigado em relação ao que a conjuntura social, política, econômica ou cultural apresenta (GIL, 1999).

Para esse estudo, a pesquisa qualitativa é fundamental por possuir as seguintes características: valoriza o ambiente natural (as ações podem ser mais bem compreendidas quando observadas no seu ambiente natural de ocorrência, isto é, no seu contexto); tem natureza descritiva (a realidade é examinada de forma detalhada porque todo dado constitui uma pista para o esclarecimento do objeto de estudo); utiliza o pensamento indutivo (as hipóteses não são construídas a priori, ao invés disso, as abstrações são constituídas à medida que os dados vão sendo agrupados); dá importância ao significado, isto é, ao modo como as pessoas dão sentido às suas vidas (TRIVIÑOS, 1987).

Nesse sentido, a abordagem **qualitativa foi usada para** entender o significado que o idoso atribui ao seu *status* no ambiente familiar, devido ao valor monetário que recebe do Benefício de Prestação Continuada (BPC) em relação às variáveis poder, autonomia, papel social e relações familiares, obtidas pela aplicação do instrumento denominado entrevista semiestruturada. Para isso, os dados foram coletados no domicílio do idoso, porque o conhecimento do contexto e das múltiplas realidades, constituídos pelos idosos, permitiu uma melhor compreensão acerca da temática estudada (CRESWELL, 2010).

Para uma melhor compreensão do contexto social onde os sujeitos da pesquisa estão localizados, apresenta-se a seguir o local da pesquisa.

4.3 Local da pesquisa

A realidade empírica que motiva o presente estudo se passa no **município de Palmas, capital do estado do Tocantins** (criado em 5 de outubro de 1988, pela divisão do estado de Goiás). A escolha dessa cidade deu-se, em primeiro lugar, por ser o local onde a pesquisadora reside, e, em segundo lugar, por ser um município novo, mas com um significativo contingente de idosos. Essa situação instiga a construção de uma problemática de pesquisa que alia um fato real e uma curiosidade acadêmica ao interesse pessoal.

4.4 Universo/população da pesquisa

Segundo Gil (1999, p.91), o universo ou a população pode ser considerado como sendo um conjunto de pessoas que possuem determinadas características. Sendo que, por amostra, se pode considerar um subconjunto de uma população.

Assim, neste estudo, **a população** escolhida para o Estudo de Caso foi constituída por todos **os 1.572 idosos** residentes na área urbana de abrangência do município de Palmas - TO que receberam, em abril de 2013, o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Essa população foi composta por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, do sexo masculino e feminino e que conseguem ou não realizar as atividades básicas do cotidiano. Para identificar a população do estudo, foram utilizados os registros dos seguintes órgãos públicos: Secretaria Municipal de Assistência Social, INSS, IBGE e Secretaria Estadual do Desenvolvimento Social, responsáveis por informações relativas aos idosos que são beneficiários do BPC no município de Palmas - TO.

Como essa pesquisa não atingiu todos os idosos que compõem a população deste estudo, surgiu a necessidade de escolher uma parte desse universo, isto é, definir sua **amostra**. Para definir o tamanho da amostra para populações finitas, Gil (1999, p. 101) recomenda o uso da seguinte fórmula:

Quadro 2 – Cálculo da amostra para populações finitas.

Fórmula para o cálculo de amostras para populações finitas
$n = \sigma^2 pqN / e^2 (N-1) + \sigma^2 pq$
<ul style="list-style-type: none"> • n = Tamanho da amostra • σ^2 = Nível de confiança escolhido, expresso em numero de desvios-padrão • p = Percentagem com a qual o fenômeno se verifica • q = Percentagem complementar (100 – p) • N = Tamanho da população • e^2 = Erro máximo permitido

Fonte: Gil (1991).

Para a realização do cálculo da amostra foram definidos os seguintes elementos: o nível de confiança será de 95%, o que equivale a 2 desvios-padrão; foi estimado que não haveria mudança de *status* em 30% dos idosos pesquisados e que o erro máximo permitido seria de 4%.

O cálculo da **amostra** para a identificação da quantidade **de idosos** que deveriam **responder o formulário** foi realizado conforme o Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 – Cálculo da amostra para a aplicação do formulário.

Cálculo do tamanho da amostra para a aplicação do formulário nesta pesquisa
$n = \sigma^2 pqN / e^2 (N-1) + \sigma^2 pq$
<ul style="list-style-type: none"> • n = Tamanho da amostra • σ^2 = Nível de confiança escolhido, expresso em numero de desvios-padrão (para o nível de confiança superior a 95%, foi aplicado 2 desvios. Então, $\sigma^2 = 2^2 = 4$) • p = Percentagem com a qual o fenômeno se verifica (30% não mudou o <i>status</i>) • q = Percentagem complementar (100 – p = 100 – 30 = 70) • N = Tamanho da população (1.572 idosos) • e^2 = Erro máximo permitido (erro tolerado de 4%, então $e^2 = 4^2 = 16$)
$n = 4 \times 30 \times 70 \times 1.572 / 16 \times (1572-1) + 4 \times 30 \times 70$ $n = 13204800 / 25136 + 8400$ $n = 13204800 / 33536$ $n = 393,75 \text{ idosos a serem pesquisados pelo formulário}$

Fonte: Da autora.

Após a identificação da quantidade de idosos que deveriam responder o formulário (393 idosos), foram definidos os critérios gerais para incluir e excluir os idosos nessa pesquisa. Como critérios de inclusão foram estabelecidos: morar na área urbana; ter 60 anos ou mais de idade; aceitar participar da pesquisa; receber o BPC e ter condições para responder ao e/ou a presença de um familiar ou cuidador que possa auxiliar nas respostas. Como critérios de exclusão foram considerados: não estar em casa após três tentativas de visita; falecer nos meses de coleta dos dados; mudar de residência; endereço incompleto; e não concordar em participar da pesquisa. A área urbana foi escolhida devido à obtenção junto à Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Palmas – TO da relação nominal de todos os beneficiários do BPC com seus respectivos endereços.

Para a aplicação do formulário a amostra foi classificada em probabilística aleatória simples, porque cada elemento da população recebeu um número único e, posteriormente, alguns desses elementos foram escolhidos por sorteio. Para garantir a escolha casual foi utilizada a tabela de números aleatórios.

Apesar da quantificação da **amostra para 393 idosos**, ao realizar a coleta de dados foram visitados 769 idosos, conforme dados a seguir.

Tabela 6 – Idosos pesquisados com o formulário.

Dados	Valor Absoluto	%
Idosos que responderam o formulário	393	51,11%
Idosos que não aceitaram participar da pesquisa	29	3,78%
Idosos que estavam com endereços incompletos na lista oficial	156	20,28%
Idosos que não foram encontrados após três tentativas	66	8,58%
Idosos que não residem no endereço da lista oficial	121	15,73%
Idosos falecidos	4	0,52%
TOTAL	769	100,00%

Fonte: Da autora.

Para a **realização da entrevista** foi definido que a **população-alvo** seria composta dos idosos que já haviam respondido o formulário, isto é, **393 pessoas**. Desse montante, a pesquisadora selecionou, intencionalmente, 50 idosos de acordo com a variável “com quem moram”. Essa variável foi escolhida com o fim de verificar se haveria alteração no *status* do idoso levando em consideração a composição familiar. Em seguida, foram

definidos os seguintes critérios para a sua inclusão e exclusão nessa etapa da pesquisa. Como critérios de inclusão foram estabelecidos: ter respondido e aceitar participar da entrevista. Como critérios de exclusão foram considerados: não estar em casa após três tentativas de visita; falecer nos meses de coleta dos dados; mudar de residência e não concordar em ser entrevistado.

Tabela 7 – Idosos entrevistados pela composição familiar.

Dados	Valor Absoluto	%
Idosos que foram entrevistados – morando sozinho	10	19,3
Idosos que foram entrevistados - morando com o conjugue	17	34,4
Idosos que foram entrevistados - morando com o conjugue e filhos	7	13,5
Idosos que foram entrevistados - morando com filhos	7	14,8
Idosos que foram entrevistados - morando com filhos e parentes	9	18,1
TOTAL	50	100%

Fonte: Da autora.

Os dados apresentados evidenciam que a pesquisa foi desenvolvida de forma amostral para a aplicação dos formulários e intencional para a entrevista. Dos 1.572 idosos beneficiários do BPC na cidade de Palmas/TO, 393 pessoas idosas participaram da pesquisa respondendo o formulário, equivalendo a 25% da população total. Dos pesquisados, 50 foram entrevistados. Toda a relação dos idosos foi organizada pelo endereço para facilitar a sua localização no momento da coleta de dados.

Tabela 8 – Idosos participantes da pesquisa.

	Formulário		Entrevista	
	Valor Absoluto	%	Valor Absoluto	%
Participantes	393	25%	50	12,7%
Não participantes	1179	75%	343	87,3%
TOTAL	1572	100%	393	100%

Fonte: Da autora.

Para resguardar a identidade dos pesquisados, nomes fictícios foram criados, de forma a identificá-los nos registros desse texto.

4.5 Coleta de dados: instrumentos, tratamento e análise dos dados

Toda pesquisa implica levantamento de dados em variadas fontes. Para realizar esse levantamento há, no meio científico, diversos preceitos ou processos (instrumentos de pesquisa) que o pesquisador pode utilizar para direcionar, de forma lógica e sistemática, o processo de coleta, análise e interpretação dos dados.

A habilidade de usar na prática os instrumentos de pesquisa às especificidades do fenômeno a ser estudado depende do conhecimento que o pesquisador possui sobre limites e possibilidades de cada instrumento, da criatividade no momento de selecionar e compor combinações entre si e da utilização eficaz e consciente desses instrumentos (GIL, 1999).

Neste estudo, a pesquisadora utilizou quatro instrumentos de pesquisa para coletar os dados. Considerando a natureza qualitativa e quantitativa da pesquisa, os **instrumentos** escolhidos foram: **o Formulário, a Entrevista Semiestruturada, a Pesquisa Documental e o Diário de Campo.**

A conjugação desses instrumentos para a coleta de dados possibilitou olhar o fenômeno estudado sob várias perspectivas, assim como gerou informações de diferentes naturezas que possibilitaram a comparação entre os diversos elementos com maior fidedignidade.

A escolha dos instrumentos de coleta de dados foi realizada considerando os objetivos estabelecidos, o universo e a questão a ser investigada, a complexidade do fenômeno do envelhecimento em seus aspectos físicos, sociais, econômicos e culturais, como também os três atores envolvidos neste estudo: o governo, a família e o idoso.

Com a definição dos instrumentos de pesquisa foi iniciado o processo de coleta de dados. Pode-se dizer que o levantamento dos dados começou de forma efetiva a partir de agosto de 2009, quando foi confirmada a matrícula da pesquisadora no curso, e aprovado, de forma preliminar, o projeto de pesquisa apresentado no ato do processo seletivo.

Para uma melhor compreensão dos instrumentos utilizados e do processo de coleta de dados, apresentam-se, na sequência, alguns aspectos descritivos dos instrumentos de pesquisa e os percursos (8 etapas) realizados para a compreensão do fenômeno estudado.

4.5.1 Primeira Etapa – levantamento bibliográfico

Inicia-se a coleta de dados pelas fontes secundárias, isto é, **pelo levantamento bibliográfico** sobre o que o meio acadêmico traz de conhecimento em relação ao tema do estudo. Foram utilizadas, fundamentalmente, contribuições já publicadas em teses, dissertações, artigos de anais, artigos eletrônicos, livros, revistas e jornais, com o fim de encontrar materiais científicos pertinentes para a concretização deste estudo.

Essa etapa foi iniciada com o levantamento de publicações indexadas ou catalogadas em meio eletrônico sobre políticas públicas sobre o BPC, envelhecimento, *status* e família nas bibliotecas especializadas e na Internet. Em seguida, foram selecionadas e adquiridas as referências utilizadas. Posteriormente, foi realizada a leitura do material selecionado e utilizado o **método de fichamento** indicado por Lakatos, Marconi (2003). Nas fichas foram anotados os seguintes elementos: bibliografias, citações, um resumo, conteúdos dos principais assuntos apresentados pelo autor, comentários ou críticas feitas pelo pesquisador. Esse registro foi feito em meio eletrônico, possibilitando constantes consultas no processo de análise e interpretação do material escrito utilizado na pesquisa. Esse levantamento foi realizado durante toda a execução da pesquisa porque “a procura cuidadosa e paciente, por vezes até mesmo obstinada, de fontes documentais e bibliográficas, é imprescindível” (SANTAELLA, 2001, p. 167). Todo esse processo contribuiu para a redação da revisão de literatura e posterior confronto do empírico com o teórico.

4.5.2 Segunda Etapa – análise da legislação e operacionalização do BPC

O segundo momento da coleta de dados está direcionado para a obtenção de documentos que tivessem informações oficiais sobre o BPC e seus beneficiários.

Tecnicamente, os **documentos** são todos os materiais escritos que estão disponíveis em arquivos públicos e particulares, publicações parlamentares, jurídicas e administrativas, censos estatísticos, cartas, contratos, legislações, além dos documentos não escritos, como: fotografias, canções, filmes, desenhos, mapas, entre outros, que podem servir como fonte natural de informação para a pesquisa (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 56). Esses

documentos “não são apenas uma fonte de informações contextualizadas, mas surgem num determinado contexto” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p.39).

Nesta pesquisa, o **primeiro instrumento** utilizado foi a **Análise Documental**. A escolha desta ferramenta aconteceu por ser uma fonte rica e estável de dados e por agilizar o processo investigatório no que se refere às informações necessárias a este estudo.

Ela foi utilizada desde a elaboração do projeto de pesquisa, por remeter a análise que foi realizada nos documentos que regulamentam o BPC, obtidos junto a órgãos governamentais como o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), a Secretaria de Assistência Social do Estado do Tocantins, a Secretaria de Assistência Social do Município de Palmas/TO e o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); nas informações estatísticas do Censo 2010 divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e na lista dos idosos beneficiários do BPC disponibilizada pelo Departamento Municipal responsável pelo gerenciamento dos dados do BPC na cidade de Palmas/TO.

As informações obtidas sobre o BPC foram coletadas em dois momentos. Inicialmente através da análise documental e, em seguida, pela realização de entrevista com servidores públicos que trabalham com o BPC nas esferas estadual e municipal.

Por meio da análise documental se buscaram informações sobre as diretrizes legalmente estabelecidas para conceder o BPC, os condicionantes para a concessão do BPC, o conceito de família e de idoso contido nessas normas, o conteúdo que fala sobre o fim do BPC e o papel/cuidado da família em relação ao idoso.

Os documentos selecionados para a análise documental foram obtidos na base de dados do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), no período de 2010 a 2013. Eles foram constituídos da seguinte forma:

- Lei nº 6.179, de 1974 (criou a Renda Mensal Vitalícia- RMV);
- artigo 203 da Constituição Federal de 1988;
- artigos 16 e 139 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 (permanece a RMV);
- artigos 21 e 22 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social cria o BPC);
- Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995 (regulamento o BPC);
- Lei n. 9.533/97
- Lei n 9.720, de 1998;

- artigo 34 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), documentos necessários para pedir o BPC;
- evolução da concessão e dos gastos com o BPC;
- Relatório de Auditoria Operacional sobre o BPC, elaborado em 2009 pelo Tribunal de Contas da União;

Esses documentos possibilitaram entender as diretrizes que orientaram a constituição do BPC e suas relações dialéticas com as políticas públicas compensatórias, bem como a responsabilização da família no cuidado de seus idosos. Também auxiliaram na elaboração da tabela de evolução nacional, regional e municipal do BPC a partir de 2005; na identificação cronológica das legislações que normatizam o BPC; no reconhecimento preciso de terminologias referente à família e ao idoso, assim como na compreensão do processo de concessão e revisão do BPC.

Percebendo que as informações apresentadas pela análise documental foram importantes, mas não suficientes para a compreensão do todo, foi necessária a realização de três entrevistas semiestruturadas com servidores da Secretaria de Assistência Social Estadual, Secretaria Municipal de Assistência Social e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Para obter os dados do BPC que estavam em poder dessas Secretarias, a pesquisadora realizou de início contato telefônico com o servidor vinculado ao departamento responsável pelo BPC para se apresentar, falar do estudo que estava realizando e agendar visita para fazer a entrevista. No mês de março de 2013, foi realizada a entrevista com os funcionários das Secretarias Estadual e Municipal de Assistência Social e, no mês de novembro de 2013, com o servidor do INSS, possibilitando a identificação das seguintes informações sobre o BPC: o total de idosos beneficiados, as revisões já realizadas, a divulgação e dificuldades na operacionalização do BPC e opinião pessoal do operador no que diz respeito à satisfação das necessidades do idoso com o valor do BPC.

4.5.3 Terceira Etapa – levantamento das características regionais

O objetivo desta etapa foi apresentar as características gerais do município de Palmas/TO, desde o processo de seu surgimento, descendência dos habitantes e ocupação do solo urbano, assim como seus dados geográficos, sociais e econômicos.

Para realizar tal tarefa recorreu-se a levantamento bibliográfico referente à história do município de Palmas e do Estado do Tocantins, com o fim de mapear experiências passadas na busca de localizar os idosos deste estudo. Nesse levantamento, a pesquisadora também utilizou o método de fichamento e o computador para registrar as referências, as principais ideias dos autores e os trechos em destaque. Esses registros auxiliaram na associação do real com o histórico vivenciado pelos idosos desta pesquisa.

No processo de articulação do presente com o passado, a pesquisadora procurou encontrar o elo que liga esses dois tempos com o fim de estabelecer relações entre a origem de um lugar e a realidade presente e perspectivas para o futuro na vida dos idosos estudados.

Também foram consultados dados estatísticos obtidos do Censo 2010 referentes a características socioeconômicas da população da cidade de Palmas/TO e de forma especial dos seus idosos, tais como: idade, sexo, nível de escolaridade, condições de moradia, estado civil etc. Os dados foram coletados diretamente dos sítios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponibilizado na Internet e da Prefeitura Municipal de Palmas/TO. Esses dados foram usados para a elaboração das tabelas descritivas do município e dos idosos.

4.5.4 Quarta Etapa – obtenção da lista oficial dos idosos

A quarta etapa da coleta de dados iniciou-se a partir da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e também pelo Comitê Técnico Científico/CTC de Ciências Sociais Aplicadas da Fundação Universidade do Tocantins (UNITINS), no mês de abril de 2013.

Com a aprovação do projeto foi enviado ofício à Secretaria Municipal de Assistência Social solicitando a lista dos idosos beneficiários do BPC na cidade de Palmas/TO e seus respectivos endereços. Nesse documento, a pesquisadora se apresentou e expôs o objetivo e a temática do estudo.

Para a obtenção dessa lista foram necessárias duas visitas da pesquisadora a esse órgão público, quando destacava a importância da lista para a concretização da pesquisa. No mês de maio de 2013, a lista oficial estruturada em uma planilha do Excel, foi enviada à pesquisadora via e-mail. A lista possuía as seguintes informações: número, tipo (idoso) e situação (ativo) do benefício, e em seguida, apresentava nome e endereço do idoso.

De posse da lista, a pesquisadora identificou que estavam relacionados 1.572 idosos. Em seguida, a pesquisadora organizou a lista por bairro (Quadras). Posteriormente, analisou os endereços, quando foram identificadas 288 inconsistências em relação aos endereços, tais como: no lugar do bairro estava registrada a área (área sudoeste), havia endereços que estavam sem o número da Quadra Interna (QI) e do lote, outros com o nome de praça (girassóis) ou de chácara (Chácara Recanto da Serra). Essas inconsistências foram identificadas porque o endereço da população de Palmas/TO é constituído dos seguintes elementos: Área da Quadra, Quadra Interna (QI), Alameda/Rua/Avenida e Lote. Esse fato levou a pesquisadora a conversar com o operador municipal do BPC, que informou que os dados constantes da lista foram extraídos do cadastro do BPC que o município possui. A partir de então, a pesquisadora iniciou o processo de seleção da amostra para esse estudo, bem como planejou estratégias de acesso aos idosos e suas famílias.

4.5.5 Quinta Etapa – contratação e treinamento dos aplicadores

Enquanto aguardava a lista oficial dos idosos, a pesquisadora divulgou, no mês de maio de 2013, nos murais das instituições de ensino superior da cidade de Palmas/TO cartazes com a informação de que estava contratando pessoas para aplicar pesquisa com idosos do município de Palmas/TO. Trinta pessoas manifestaram interesse, mas somente oito permaneceram com o desejo de auxiliar após as explicações das atividades que deveriam executar. De modo mais preciso, a equipe foi constituída de 4 mulheres e 4 homens; sendo 7 estudantes e 1 dona-de-casa. Dos estudantes, 3 cursavam Ciências Contábeis, 1 Letras, 1 Enfermagem, 1 Técnico em Segurança do Trabalho, 1 do Ensino

Médio. Neste estudo, as pessoas que constituíram a equipe de pesquisa foram denominadas de aplicadores do formulário.

Na última semana do mês de maio de 2013, houve uma reunião da equipe com a pesquisadora. O objetivo desse encontro foi demonstrar de forma mais detalhada os objetivos da pesquisa, os sujeitos a serem pesquisados, os prazos para a realização da coleta de dados e as estratégias para sensibilizar os idosos e seus familiares a participarem da pesquisa.

No mês de junho de 2013, três encontros foram realizados para a equipe conhecer o formulário, compreender o significado de cada questão, identificar possíveis dificuldades na aplicação do instrumento, cronometrar o tempo necessário para responder o formulário, informar as dúvidas a respeito do preenchimento e auxiliar na sua reestruturação e adequações semânticas. Essa fase de treinamento incluiu também o pré-teste do formulário.

Para ir a campo, cada aplicador recebeu uma pasta contendo o instrumento oficial, a lista com os nomes dos idosos e sua localização, lápis, borracha, caneta, crachá de identificação e um cronograma de encontro quinzenal para discussão e avaliação do andamento da pesquisa.

4.5.6 Sexta Etapa – aplicação do formulário

O segundo **instrumento** de coleta de dados utilizado foi o **Formulário** que segundo Lakatos e Marconi (2003, p. 212) consiste em uma lista de questões que são formuladas e anotadas pelo pesquisador à medida que recebe as respostas do pesquisado. Sua escolha ocorreu pelos seguintes motivos: pode ser utilizado em diversos segmentos da população pesquisada (idosos alfabetizados e analfabetos); é adequado para a obtenção de dados referentes aos diversos aspectos da vida social; há uniformidade na anotação das respostas; a presença do aplicador auxilia na explicação de perguntas que não estejam muito claras, gera informações sobre a frequência de certos fenômenos na população pesquisada. Sua **aplicação teve por fim verificar** o perfil e as condições de vida dos idosos pesquisados.

Para a **elaboração** do formulário foram realizados os seguintes procedimentos: primeiro foram estabelecidos os parâmetros de conteúdos (perfil social, estilo de vida, condições de moradia, composição familiar, rede de apoio, avaliação funcional, gastos com o BPC) a serem pesquisados a partir das leituras realizadas sobre envelhecimento, por se entender serem esses elementos determinantes para caracterizar o *status* do idoso pesquisado; em segundo lugar, foram definidos os elementos que deveriam estar contidos em cada conteúdo a ser pesquisado; em terceiro lugar, foi selecionada a estrutura de cada questão (aberta ou fechada), em quarto lugar houve a pré-codificação das questões e, por último, foi organizada a classificação hierárquica das questões elaboradas e sua apresentação gráfica. Posteriormente, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (vide Apêndice “A”) e o roteiro da estrutura do formulário (vide Apêndice “D”).

O formulário elaborado ficou **composto por** diversas questões agrupadas em **8 seções**, cada uma delas estruturada com o objetivo de identificar estas informações: dados de identificação, perfil social, condições de moradia, composição familiar, estilo de vida, rede de apoio familiar e social, avaliação funcional e fins do BPC. Por meio dessas informações foi possível obter uma ideia geral da situação pessoal e doméstica do idoso e relacioná-la com o *status* que o idoso possui.

A primeira seção foi denominada **dados de identificação** e composta por 8 questões que permitem descrever os dados sociodemográficos do idoso pesquisado, como: sexo, idade, endereço (para identificar a região no município onde estão localizados), local de nascimento (estado), estado civil, religião, número de filhos e cor da pele. Essas variáveis possibilitaram caracterizar a amostra.

A segunda seção refere-se ao **perfil social do idoso**. Composto de 6 questões, descreve a escolaridade, fontes de renda e benefícios, atividade profissional já exercida, ajuda econômica de terceiros.

A terceira seção diz respeito às **condições de moradia** e, por isso, descreve por meio de 10 questões a estrutura física da moradia e os serviços públicos que a moradia do idoso utiliza. As informações coletadas dizem respeito ao local da propriedade, se a propriedade é própria ou alugada, o tipo de construção, número de cômodos, banheiros, eletrodomésticos, meios de comunicação e meios de transporte.

A quarta seção inclui aspectos relativos à **composição familiar**. Descreve, por um conjunto de 6 questões, o arranjo familiar em que o idoso está inserido, bem como a estrutura familiar. Está composta de perguntas sobre: mora só ou acompanhado, com quem mora, número de filhos vivos e falecidos, número de enteados, número de filhos adotivos e irmãos vivos.

A quinta seção é relativa ao **estilo de vida** do idoso. É constituída de 5 questões, operacionalizadas da seguinte forma: uso de bebidas alcoólicas, tabagismo, número de refeições completas por dia, uso de medicações.

A sexta seção mostra a **rede de apoio familiar e social** do idoso, com o fim de descrever as relações entre a família e o idoso e, ao mesmo tempo, identificar quem cuida do idoso, onde vive o cuidador, qual é o seu perfil e qual é a relação do cuidador com o idoso. É composta por 4 questões.

A sétima seção tem a ver com a **avaliação funcional** do idoso. Através de suas 9 questões descreve se o idoso palmense, beneficiário do BPC, tem uma vida independente e autônoma. Para isso, foram elaboradas perguntas que avaliaram o desempenho dos idosos na realização de Atividades da Vida Diária (AVD)⁴⁰ e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)⁴¹.

A oitava seção descreve os **fins do recurso do BPC**, isto é, informa como o valor do BPC está sendo aplicado. Os gastos foram definidos em 6 itens da seguinte maneira: em medicamentos, alimentação, vestuário, lazer, educação, habitação, família.

Para fins de teste e treino dos procedimentos de pesquisa, o formulário, depois de redigido, foi testado antes de sua aplicação definitiva.

⁴⁰ Atividades da Vida Diária (AVD) são as atividades realizadas no dia a dia e estão vinculadas ao autocuidado e à sobrevivência, isto é, cuidado com o corpo. São exemplos dessas atividades a alimentação, higiene, locomoção, movimentação etc. (KAWASAKI; DIOGO, 2001). Um instrumento para avaliar o grau de dependência e independência do desempenho dos idosos para realizar as AVD é o Índice de Katz.

⁴¹ Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) são as atividades que subsidiam a vida cotidiana e requerem melhor desempenho da capacidade funcional, portanto, estão relacionadas com as atividades de gerenciamento e cuidado com a casa e com os familiares. Como exemplos citam-se: lavar e passar roupas, preparar refeições, limpar a casa, controlar as finanças, usar transporte, realizar atividades extradomiciliares (ir a banco, supermercado, farmácia, padaria etc.) (KAWASAKI; DIOGO, 2001). Um instrumento para avaliar a capacidade funcional dos idosos para realizar as AVD é o Índice de Lawton.

4.5.6.1 O Pré-Teste do Formulário

Para verificar a qualidade, fidedignidade, precisão e validade do instrumento aplicado, foi realizada uma prova preliminar com o formulário. A finalidade desta prova, geralmente designada como **pré-teste ou teste piloto**, foi evitar as ausências de respostas devido a possíveis falhas na sua elaboração, tais como: questões desnecessárias ou complexas, imprecisão dos termos utilizados, falta de clareza no questionamento, vocabulário desconhecido, perguntas ambíguas e outras fontes de erros. Também contribuiu para verificar os procedimentos, prazos, materiais e equipamentos necessários para a aplicação do formulário, isto é, minimizou os problemas de execução e aperfeiçoou o exercício da coleta de dados (LAKATOS; MARCONI, 1991).

Nesse sentido, o instrumento inicialmente planejado foi posteriormente testado em duas etapas: primeiramente pelos aplicadores e, em seguida, por 32 idosos (8,1% da amostra) não beneficiários do BPC que residiam no setor onde o aplicador morava.

A primeira etapa foi realizada na primeira quinzena do mês de junho de 2013, quando os 8 aplicadores contratados reuniram-se com a pesquisadora para conhecerem o formulário que iriam utilizar para a coleta de dados da pesquisa. Inicialmente, a pesquisadora leu e explicou os objetivos de todas as questões do formulário. Em seguida, cada aplicador fez uma leitura individualizada e, ao mesmo tempo, respondeu o formulário. Posteriormente, foram entrevistados com o fim de se obter informações sobre as dificuldades encontradas no preenchimento de cada questão do formulário, como também na formatação desse instrumento. As dificuldades identificadas foram analisadas e os ajustes sugeridos e aceitos por todos foram digitados, gerando uma nova redação para o formulário inicial.

A segunda etapa aconteceu na segunda quinzena do mês de junho de 2013, quando cada aplicador recebeu quatro formulários para serem respondidos por quatro idosos do seu bairro. Todos os idosos que aceitaram responder o formulário foram entrevistados, pelos aplicadores, sobre a dificuldade que encontraram para assimilar o que estava sendo perguntado em cada questão do formulário respondido. Cada aplicador anotou as dificuldades relatadas pelos idosos.

No último sábado do mês de junho de 2013, um novo encontro foi realizado entre a pesquisadora e os 8 aplicadores. Cada aplicador relatou o que aconteceu sobre: o tempo de resposta, estratégia de acesso utilizada para abordar o idoso, apoio ou restrição da família, compreensão das questões, dúvidas que os idosos manifestaram, explicações complementares que tiveram de dar para cada questão e sobre os objetivos da pesquisa. As informações foram transcritas para um painel e nova análise foi realizada, de forma conjunta entre aplicadores e pesquisadora, para cada questão do formulário. Os novos ajustes sugeridos foram inseridos no formulário, gerando a versão final desse instrumento.

Após esse processo, foi possível obter um formulário mais fidedigno e preciso, indicando que as respostas terão mais credibilidade.

4.5.6.2 Coleta, tratamento e análise dos dados do formulário

De posse da estrutura definitiva do formulário, aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Fundação Universidade do Tocantins (UNITINS), autorização do órgão municipal responsável pelo BPC, contratação e capacitação dos 8 aplicadores, seleção da amostra e sua classificação por bairro (ARNO, ARSO, ARNE, SUL I, SUL II), inicia-se sua aplicação aos idosos participantes da pesquisa e, de forma simultânea, o acompanhamento da pesquisadora em relação ao andamento da coleta de dados.

A pesquisadora dividiu a amostra em 8 grupos e, por isso, foram obtidas oito listas, sendo entregue uma para cada aplicador.

A aplicação do formulário foi executada **no período de julho a setembro** de 2013, pelos **oito aplicadores**, que no período diurno visitaram o domicílio dos idosos beneficiários do BPC no Município de Palmas/TO e **preencheram 393 formulários** com dados desse público.

Sempre que se chegava ao domicílio, o aplicador, ao entrar em contato com o idoso ou com sua família, se apresentava e explicava os motivos da sua presença e os objetivos da pesquisa. Ao identificar os aspectos relacionados à receptividade, disponibilidade e presteza para a pesquisa, o aplicador solicitava licença para entrar e todos se acomodavam em geral na sala ou em área externa e sombreada da residência.

Nesse momento, rerepresentava os fins da pesquisa, divulgava os passos da pesquisa, garantia o anonimato e a confidencialidade dos dados, apresentava o termo de

consentimento e solicitava a assinatura do idoso nesse termo. Após esse procedimento inicial, o aplicador pegava um formulário e anotava o nome e endereço do idoso pesquisado e dava prosseguimento ao preenchimento do formulário.

Para preenchimento do formulário, adotou-se como procedimento uma conversa entre o aplicador e o idoso, seguindo a ordem das perguntas já formuladas no instrumento de pesquisa. Sendo assim, quem preencheu o formulário foi o aplicador, a partir unicamente das respostas fornecidas pelos idosos. Escolheu-se essa forma de proceder, com o intuito de obter dados mais fidedignos, controlar o tempo de execução da pesquisa e facilitar a compreensão das questões. Ao final da coleta dos dados foi percebido pela equipe que o procedimento foi adequado devido ao baixo grau de escolarização dos pesquisados.

Ao final de cada encontro, o aplicador informava que a pesquisadora visitaria o idoso para obter informações complementares para a pesquisa.

Após a coleta dos dados, cada formulário recebeu um código numérico e seus dados foram digitados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 2.2. Após digitação e validação, foi feita uma análise descritiva dos dados onde foram calculadas as frequências absolutas e relativas. A análise deu-se por meio da correlação entre as variáveis e teoria estudada.

4.5.7 Sétima Etapa – realização da entrevista semiestruturada

O terceiro instrumento de coleta de dados utilizado foi a **Entrevista Semiestruturada**, que segundo Gil (1999, p. 113) é uma forma de interação social em que o investigador se apresenta face a face com o investigado e lhe formula perguntas abertas e fechadas, cujas respostas são registradas mediante anotações, ou, se o informante concordar, com o uso de gravador. As perguntas são realizadas com o fim de obter informações sobre o que o entrevistado sabe, sente, deseja, almeja, pretende fazer, faz ou já fez, isto é, suas opiniões, atitudes, motivos, intenções e crenças.

A **escolha** desse instrumento se deu pelos seguintes motivos: propicia a observação do comportamento não verbal do entrevistado; permite um contato mais direto com a realidade; permite a descrição, explicação e compreensão global do fenômeno pesquisado; revela a fala de determinados grupos nas suas condições históricas, sociais, econômicas e culturais (MINAYO, 1994).

Para a **elaboração** do roteiro de entrevista foram realizados os seguintes procedimentos: em primeiro lugar, foi definido o tipo de informação a ser obtida a partir dos objetivos estabelecidos; em segundo lugar, foram elaboradas as perguntas a partir das inquietações que foram desencadeadas pelos dados coletados no formulário; e por último, as perguntas foram organizadas na sequência de execução.

Para alcançar os objetivos definidos neste estudo, a entrevista foi realizada com os idosos pesquisados e com os operadores responsáveis pelo BPC no município de Palmas – TO e, por isso, dois roteiros de entrevista diferentes foram elaborados. Segundo Minayo (1994), o roteiro deve se apresentar de forma simples e com os tópicos que guiarão a conversa e servirão de orientação para o andamento da interlocução.

O primeiro **roteiro** (2) foi **aplicado a três funcionários públicos**, da esfera federal, municipal e outro na estadual, que trabalham com o BPC, no período de **março a novembro** de 2013. Ele contém cinco questões com o fim de esclarecer o processo operacional do BPC na cidade de Palmas/TO.

O segundo **roteiro** (Apêndice “C”) foi **aplicado a 50 idosos beneficiários** do BPC em Palmas/TO que já haviam respondido o formulário. Essa entrevista, realizada no período de **setembro a dezembro** de 2013, foi organizada com nove perguntas **para complementar** as informações já coletadas no formulário e, também, para averiguar de forma mais detalhada que pessoas o idoso considera como sendo da família; que ajuda o idoso oferece à família e sua justificativa; o que mudou na sua vida após receber o BPC; se há reciprocidade e solidariedade nas ações entre os membros intra e intergeracionais; se acredita que sua vida melhorou após receber o BPC; se se sentem excluídos no seio da família; quais são as queixas mais comuns; como é a sua participação nas atividades domiciliares; quem cuida deles; como interagem com a família; quais os bons e maus cuidados obtidos; em que parte da casa o idoso reside; que papel desempenha no ambiente familiar, enfim, se a renda do BPC contribuiu para manter, romper ou reestruturar, no ambiente familiar, o prestígio, o poder, o respeito, o papel, a posição, os contatos sociais, a

solidariedade, o cuidado e as relações entre idosos e seus familiares. É conveniente destacar que as perguntas desse roteiro foram **testadas** em cinco idosos não beneficiários do BPC com o fim de identificar se havia uma boa interpretação do que estava sendo perguntado.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, no local de trabalho dos operadores do BPC, em 2013, e no domicílio do idoso no período de setembro a dezembro de 2013, por sentir necessidade de ter um contato mais direto com esse público. No caso dos operadores do BPC, foram feitos os agendamentos das entrevistas via telefone e repassados por e-mail os dados da pesquisa e as informações necessárias para o estudo. No dia da entrevista, após apresentações pessoais e da pesquisa, a entrevista foi realizada de forma rápida e objetiva. No caso dos idosos, com esse contato a pesquisadora teria a oportunidade de conhecer e compreender melhor a realidade do idoso, uma vez que poderia visualizar, em relação a cada idoso, sua condição de moradia, pessoas com quem convive, imagem corporal etc. A opção pela realização no domicílio foi em razão de tornar a entrevista em uma conversa agradável e amistosa. Seu início dá-se após a tabulação dos dados coletados pelo formulário e seleção dos idosos a serem entrevistados. Foram selecionados intencionalmente 50 idosos e, em seguida, distribuídos em relação à variável “com quem moram”, com o fim de conhecer o *status* do idoso dentro de cada arranjo familiar estabelecido, isto é: morando sozinho, morando só com o cônjuge, morando com cônjuge e filhos, morando com filhos, morando com filhos e parentes.

Não havia um tempo preestabelecido para a realização da entrevista, contudo, se percebesse estar incomodando, encerrava-se a pesquisa naquele momento e se remarcava a volta para outra data. Da mesma forma, se a pesquisa se alongava, a pesquisadora relatava sobre a importância de outras questões serem respondidas e dava prosseguimento, porém de forma mais rápida e objetiva.

Ao visitar o domicílio dos participantes deste estudo, a pesquisadora, ao contatar o idoso ou sua família, se apresentava e explicava que a visita estava sendo realizada para complementar os dados da pesquisa que o idoso já havia participado e, em seguida, falava dos propósitos da pesquisa. Havendo concordância por parte do ouvinte, a pesquisadora adentrava na residência e, quando todos estavam acomodados, pedia permissão para gravar a conversa após assegurar sobre o sigilo das informações dadas. Com o consentimento do entrevistado, a partir deste momento iniciava a gravação com o nome e endereço do idoso

participante, para então fazer de forma gradativa os questionamentos contidos no roteiro da entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas de forma individual.

Após a entrevista, a pesquisadora anotava no **Diário de Campo** (quarto instrumento utilizado na pesquisa) a descrição dos contextos dos idosos, isto é, as principais características e atitudes do entrevistado, assim como a estrutura física de sua residência e da conduta dos familiares que, de forma direta ou indireta, participaram da conversa.

À medida que as entrevistas foram feitas, em outro turno deu-se a transcrição, no *Software Word*, dos depoimentos obtidos, porque a entrevista deve ser gravada e imediatamente transcrita para que o pesquisador possa realizar o exercício de compreensão e análise inicial do fenômeno estudado. Deve-se ter o cuidado de se registrar na íntegra a fala dos entrevistados, porque a linguagem expressa um contexto social e elementos como o sorriso, o silêncio e a entonação de voz, que podem dizer algo muito expressivo (TRIVIÑOS, 1987).

Neste processo de entrevistar e transcrever foram se constituindo saberes que subsidiavam a compreensão e a saturação dos dados.

4.5.8 Análise de Conteúdo: procedimento de análise dos documentos e dos textos das entrevistas

Para sustentar a análise e a interpretação dos documentos e das respostas obtidas pelas entrevistas, foi escolhido o procedimento metodológico de **Análise de Conteúdo**, com o fim de compreender as mensagens contidas em tudo que foi lido, dito e transcrito.

A preocupação com o significado das mensagens, segundo Franco (2007), surgiu bem antes do século XX. A autora cita como exemplo a análise dos hinos religiosos (na Suécia), de passagens da Bíblia (na França), das matérias jornalísticas (nos Estados Unidos), dentre outras. Esses exemplos contribuíram para a sistematização da Análise de Conteúdo das mensagens, de seus enunciados, de seus locutores e interlocutores, porque não havia até então um sistema operacional para ser seguido nesse tipo de análise.

Para Bardin (2006, p. 38), a Análise de Conteúdo se constitui de

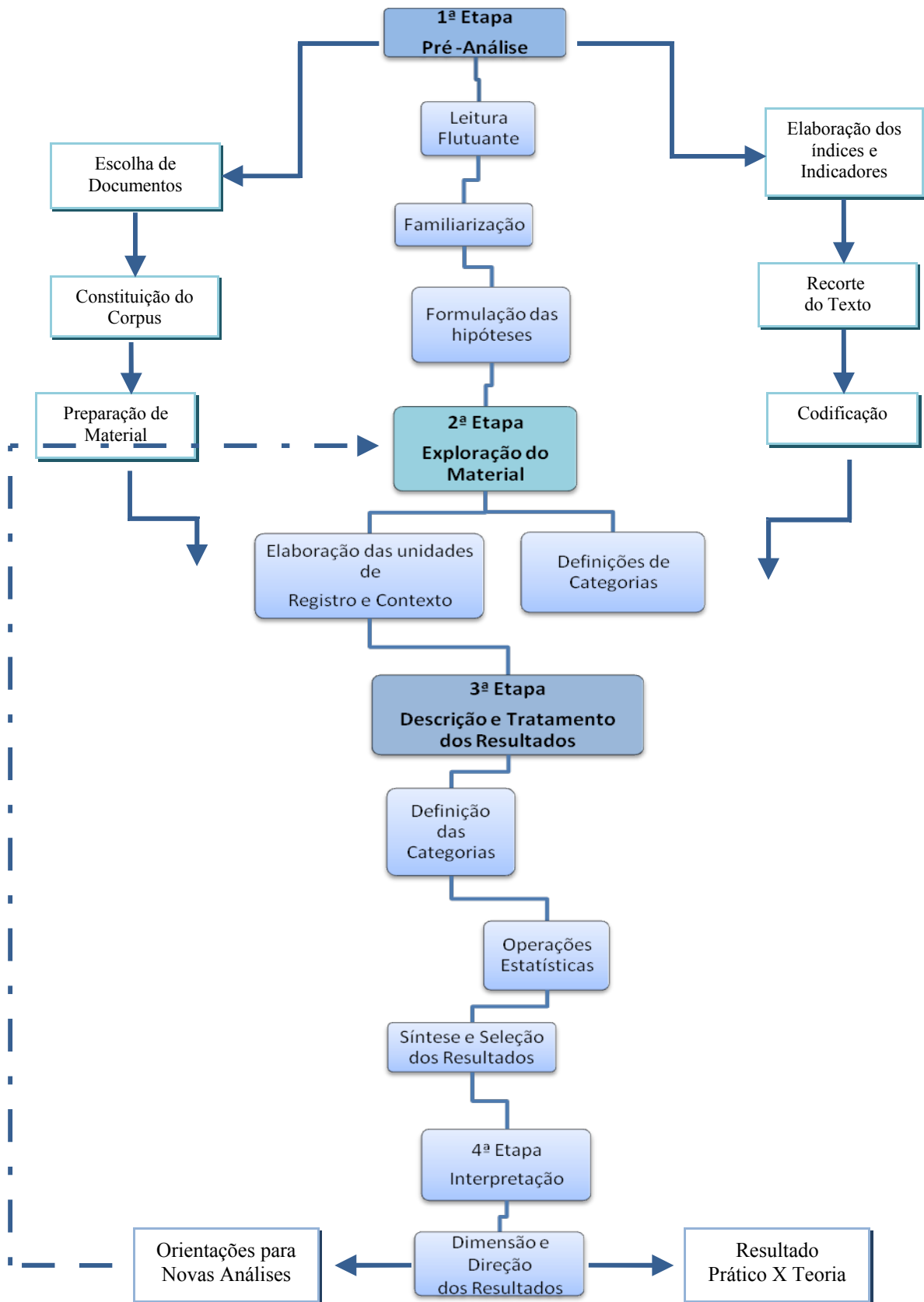
um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência⁴² de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Isso significa dizer que a análise de conteúdo apresenta um conjunto de técnicas para descrever o conteúdo dos documentos e dos textos relativos às transcrições das entrevistas. Como também para interpretar, analisar e vincular esse conteúdo ao contexto em que foram produzidos. Neste estudo, por meio da análise de conteúdo foi possível identificar o idoso e o que ele fala sobre seu *status*.

Dentre os diversos autores que utilizam a análise de conteúdo, optou-se pela sequência apresentada por Franco (2007). O processo operacional para alcançar esse fim se subdividiu em 4 etapas: a pré-análise; a exploração do material, a descrição e a interpretação, conforme a Figura 6.

⁴² Inferência é a operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras (BARDIN, 2006).

Figura 6 – Fluxograma da análise de conteúdo.



Fonte: Elaborado pela geógrafa Simone Dutra (2013).

Na etapa da **pré-análise**, a pesquisadora organizou a análise e teve contato inicial com os materiais (FRANCO, 2007). Constituiu-se por escolha dos documentos, leitura flutuante, formulação das hipóteses e elaboração de índices e indicadores que fundamentaram a interpretação final (BARDIN, 2006).

A pesquisadora escolheu para análise os documentos que falam sobre o BPC, os textos das entrevistas transcritas neste estudo e as anotações do diário de campo. As entrevistas foram organizadas com o objetivo de tornar operacional o texto, bem como permitir a sistematização das ideias iniciais. Reunidos esses documentos, constituiu-se o *corpus* da pesquisa.

A leitura flutuante foi realizada para que a pesquisadora tivesse contato com os documentos selecionados e conhecesse os textos e as mensagens neles contidas. Esse primeiro momento de familiarização exigiu releituras rigorosas e atentas para compreender melhor o fenômeno estudado. Para obter toda a informação necessária foi preciso, então, obedecer, segundo Franco (2007), às regras de:

- a) *exaustividade*: foram realizados todos os esforços para acessar os textos e não omitir nenhuma informação, com o fim de esclarecer o contexto e as condições sociais e políticas presentes, historicamente contidas nas mensagens emitidas;
- b) *representatividade*: representou-se o universo da amostra para as entrevistas e foram escolhidos intencionalmente os documentos analisados;
- c) *homogeneidade*: para as entrevistas, os dados referiram-se ao mesmo tema, foram obtidos por técnicas iguais e colhidos através de indivíduos semelhantes. Para os documentos utilizou-se, na escolha, o critério legal;
- d) *pertinência*: os textos foram adaptados ao conteúdo e aos objetivos da pesquisa.

A hipótese é uma sentença declarativa que relaciona, de alguma forma, variáveis (FRANCO, 2007). Foi na formulação apropriada e no seu uso que a hipótese capacitou a pesquisadora deste estudo a testar e mostrar aspectos da realidade dos idosos pesquisados com um mínimo de distorção causada por seus valores e crenças. A hipótese deste estudo foi deduzida a partir das leituras realizadas nos textos do levantamento bibliográfico e análise documental. Dessa forma, a hipótese, enquanto afirmação provisória, estabeleceu relações entre variáveis (condições de vida, papel social, autonomia, sexo, idade,

escolaridade) na busca de explicações para a realidade investigada. A investigação foi realizada de modo que se pudesse confirmar ou, ao contrário, refutar a **hipótese geral** estabelecida neste trabalho: a visão positiva do governo em relação à aplicação do recurso público no BPC não representa com fidedignidade, no ambiente familiar, o *status* do idoso do município de Palmas/TO que recebe esse benefício.

A referenciação dos índices e a elaboração de indicadores foi realizada em função dos objetivos e por meio de recortes de texto nos documentos que foram analisados. Para Franco (2007) o índice é a menção explícita, ou subjacente, de um tema em uma mensagem, e o indicador corresponde à frequência relativa ou absoluta observada acerca do tema escolhido. A separação do todo em partes foi realizada com o fim de captar as contradições e tensões que os textos expressam. A ordenação dessas partes foi feita de acordo com as temáticas que se relacionam, com a sua repetição e com os indícios de melhoria ou não da condição estabelecida no cotidiano do entrevistado. E, por fim, cada parte recebeu um código/nome que traduz os elementos emergentes de cada conjunto.

Na etapa da **exploração do material**, foi ele manipulado com o fim de se estabelecer as unidades de registro e as unidades de contexto para em seguida definir as categorias e classificar seus conteúdos.

No estabelecimento da unidade de registro selecionou-se um tema específico que foi apresentado nos textos e representa um conjunto de informações com significado completo.

Para estabelecer a unidade de contexto foi considerado o parágrafo da mensagem, cujas dimensões são excelentes para a compreensão do tema. Cada unidade de contexto contém diversas unidades de registro.

O processo usado para definir as categorias⁴³ consistiu no agrupamento dos dados considerando a parte comum (semelhança) existente entre eles. As categorias foram escolhidas a partir do material coletado. O critério escolhido para esse agrupamento foi o temático, após terem sido observados os critérios da validade (reproduzem adequadamente os conteúdos analisados); exaustividade (devem enquadrar todos os conteúdos); homogeneidade (todo o conjunto de conteúdo foi estruturado em uma única dimensão de análise) e exclusividade (cada conteúdo foi classificado em uma única categoria). Todas as

⁴³ As categorias reúnem um grupo de elementos da unidade de registro e elas podem ser criadas por critérios semânticos (por temas), sintáticos (verbos, adjetivos), léxicos (sentido da palavra) ou expressivos (FRANCO, 2007)

categorias selecionadas foram vinculadas à perspectiva do idoso e, junto com as respostas decorrentes da aplicação dos formulários, registradas no banco de dados. Em seguida, as informações foram submetidas a análises estatísticas descritivas e foram feitos cruzamentos entre as questões e as variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade e situação conjugal. As categorias e subcategorias definidas podem ser visualizadas no quadro a seguir.

Quadro 4 – Apresentação das categorias e subcategorias da análise de conteúdo.

Categoria	Subcategoria	Indicador
Envelhecimento	O mundo da vida pessoal	Perfil sócio-demográfico Condições de moradia Avaliação funcional Estilo de vida
Família	A rede familiar	Arranjo familiar Rede de apoio familiar Relações familiares
Políticas Sociais	O suporte assistencial	Aplicação do recurso do BPC

Fonte: Dados da pesquisa; da autora.

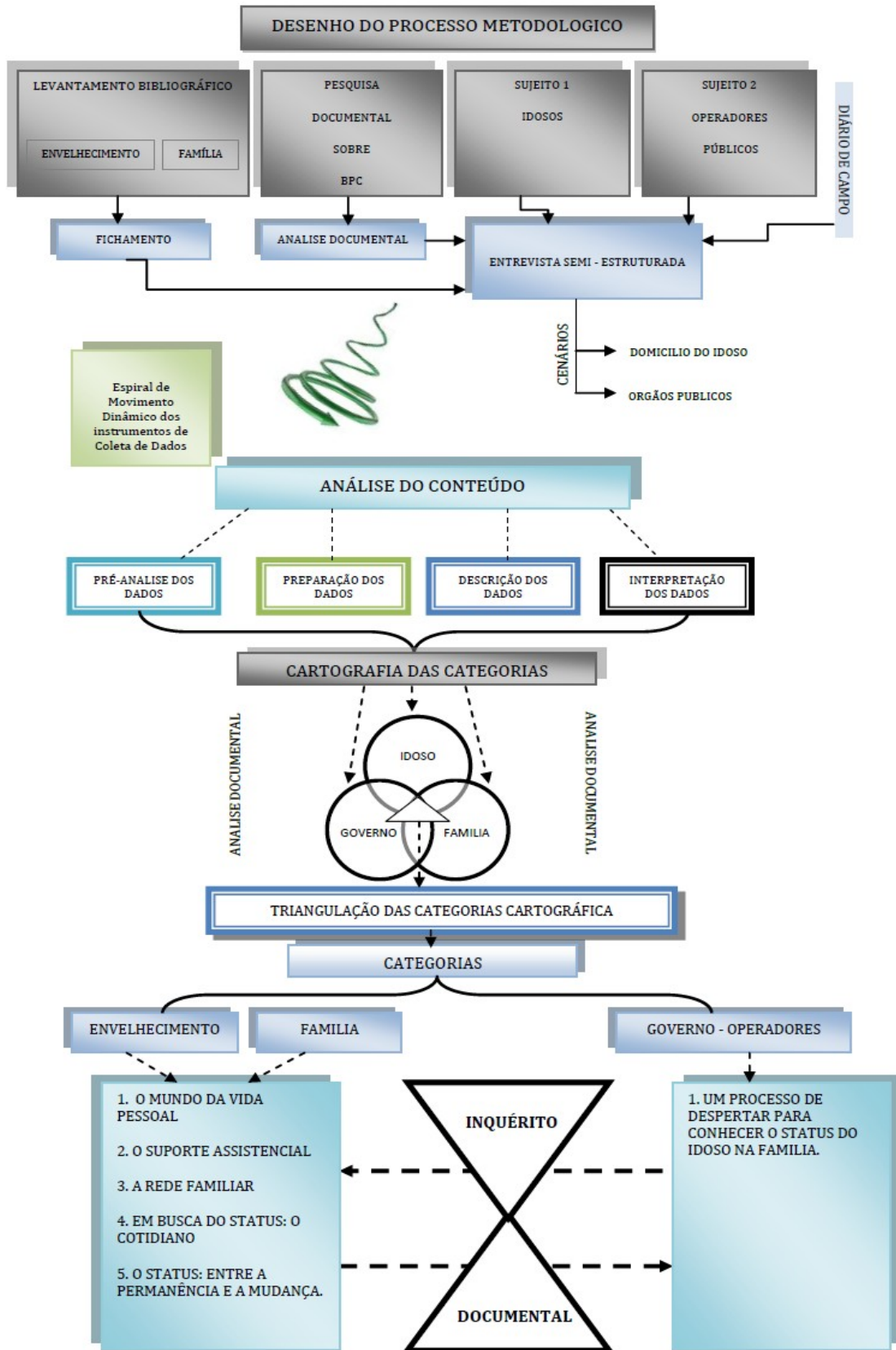
A etapa **descrição e tratamento dos resultados** foi realizada mostrando a definição de cada categoria e exemplos de passagens narrativas captadas nas mensagens analisadas.

A etapa da **interpretação** possibilitou à pesquisadora a oportunidade de dar sentido às falas escolhidas. Para isso, foi realizada a frequência simples das unidades de análise. A ponderação dessa frequência gerou um caráter quantitativo (dimensão) ou qualitativo (direção). A direção dos conteúdos analisados foi positiva (aspectos favoráveis nas afirmações); negativa (aspectos desfavoráveis nas afirmações) ou neutra (conteúdo indefinido ou vago, que não expressa partido nem a favor nem contra). Nesse sentido, foi realizada uma análise qualitativa e quantitativa das entrevistas. Posteriormente, realizou-se uma unificação dos resultados com os termos teóricos que nortearam a pesquisa para indicar se os resultados confirmam informações passadas ou delas divergem. Também foi apresentada a interpretação pessoal da pesquisadora.

Ao finalizar a descrição do método da análise de conteúdo, cabe destacar que ele representa o caminho trilhado no tratamento e na análise dos dados, e este direcionamento não foi sequencial e linear, mas cíclico e interativo, porque o retorno periódico aos dados, o refinamento das categorias, a procura por significados mais explícitos, a teorização, a interpretação e a compreensão constituem um movimento circular e nunca inteiramente concluído, em que a cada retomada do ciclo podem atingir-se novas perspectivas do fenômeno.

Diante disso, apresenta-se na figura a seguir o fluxograma (Figura 7) da fase de análise e interpretação do estudo para descrever os passos percorridos.

Figura 7 – Fluxograma do percurso metodológico



Fonte: Elaborado pela geógrafa Simone Dutra (2013).

Além do desenho do percurso realizado, apresentam-se, no quadro a seguir, os instrumentos de pesquisa utilizados com o objetivo de sintetizar os instrumentos e técnicas utilizadas, seus objetivos, as formas de tratamento e análises principais empregadas.

Quadro 5 – Síntese dos instrumentos e procedimentos de análise.

Instrumentos de Pesquisa	Principais Objetivos	Procedimentos básicos de tratamento dos dados	Elementos de análise principais que foram empregados
Formulário	Entrar em contato e caracterizar os idosos. Possibilitar a seleção dos idosos entrevistados.	Análise descritiva. Organização dos dados em termos gráficos.	Composição etária, gênero, escolarização, alimentação, saúde, condições de moradia.
Entrevista	Conhecer o idoso de forma mais direta	Análise Temática do Conteúdo	Papéis, rede de apoio, hierarquia, conflitos, comunicação, cuidado
Diário de Campo	Descrever as impressões da pesquisadora sobre o ambiente familiar, características do idoso.	Organização nas notas em dimensões temáticas: membros da família, espaço físico,	Identificação da área residencial e física do idoso
Análise Documental	Levantar referências e temas abordados nos textos.	Análise de Conteúdo	Origem, legislação, beneficiários, condicionalidades, críticas sobre o BPC.

Fonte: Da autora.

Como pode ser observado acima, em termos de análise, todos os instrumentos estão estreitamente conectados. Em primeiro lugar essa interconexão deveu-se à convergência do objetivo comum, ou seja, identificar o *status* do idoso beneficiário do BPC no ambiente familiar. Em segundo lugar, cada conclusão advinda de um instrumento diferente produziu uma nova reflexão sobre o objetivo em questão, indicando que o movimento dado/teoria se configurou em todos os sentidos, isto é, do dado para o dado, do dado para a teoria, da teoria para o dado e da teoria para a teoria.

4.6 Considerações éticas

O presente estudo constitui uma pesquisa que envolve seres humanos e que, portanto, deve atender às exigências éticas previstas na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Significa dizer que a pesquisa deve oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; ter o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos do estudo; proteger os

grupos vulneráveis; preservar a identidade dos participantes e de suas famílias; garantir o caráter confidencial das informações e o direito de abandonar a pesquisa em qualquer fase de sua execução.

Considerando essas diretrizes, os idosos pesquisados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice “A”) para poder participar deste estudo. Também foram solicitadas autorizações para a Secretaria Municipal de Assistência Social de Palmas/TO e para o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade do Tocantins (UNITINS).

4.7 Limitações da pesquisa

Um dos maiores impedimentos à execução deste trabalho refere-se ao estado de vulnerabilidade do idoso pesquisado e à confiança e à autorização da família para que ele participasse da pesquisa. De fato, para a família, o questionamento sobre as condições de vida do idoso e seu *status* no ambiente familiar foi considerado invasor.

Esta dificuldade não só foi desconfortável como dificultou o processo de coleta de dados e, por isso, os aplicadores e a própria pesquisadora tiveram dificuldades para conhecer o modo de vida de todos os idosos visitados e, como consequência, assimilar as informações básicas que permitiriam alcançar os objetivos deste estudo.

Outra limitação, esta de ordem pessoal, se refere à dificuldade e aos intensos sentimentos de angústia em relação ao próprio envelhecimento da pesquisadora, que são confirmados pela fala de Barbieri (2003) quando esta autora diz que inevitavelmente toda pesquisa sobre a velhice leva o pesquisador a entrar em contato com o próprio processo de envelhecimento.

CAPÍTULO 5 – O *STATUS* NOS DISCURSOS

A proposta deste capítulo é desvelar valores, percepções e sentimentos expostos por idosos através dos dados coletados pelo formulário aplicado e entrevistas realizadas, como também apresentar a percepção que os operadores do Benefício de Prestação Continuada (BPC), nos níveis federal, estadual e municipal, possuem sobre a operacionalização do BPC no órgão em que prestam serviços.

Antes de expor os indicadores dos discursos dos servidores públicos e dos idosos pesquisados, foi julgado relevante apresentar as sensações vividas pela pesquisadora no contato com os idosos e funcionários que participaram desta coleta. A pesquisadora busca demonstrar, através da sua percepção, os valores, as representações e os sentimentos revelados por idosos e funcionários através de suas falas, gestos e atitudes.

Nos encontros com os funcionários, dois contratemplos aconteceram: o primeiro diz respeito ao agendamento das entrevistas, devido ao volume de serviços que acumulam, e o segundo está relacionado com a esfera municipal e o não conhecimento sobre o BPC pelos seus próprios funcionários, dificultando a localização de pessoa mais adequada para prestar as informações sobre essa política social. Sanados esses impasses, no dia agendado as entrevistas foram realizadas de forma rápida e objetiva. Foi percebido que cada funcionário, dentro da sua área de atuação, se preocupava em responder coerentemente as perguntas que foram propostas a eles. Na oportunidade dada aos servidores de falar sobre o processo de revisão dos benefícios concedidos, foi notado que não tinham explicações sobre o atraso do estado do Tocantins em realizar a revisão prevista na legislação.

Nos encontros com os aplicadores do formulário, a pesquisadora teve a oportunidade de ouvir os relatos sobre as dificuldades de acesso aos idosos, bem como as impressões que eles tiveram sobre cada idoso visitado. A partir desses relatos e da análise preliminar dos formulários preenchidos, a pesquisadora foi percebendo que outras informações seriam necessárias para conhecer de maneira mais fidedigna o fenômeno que estava procurando conhecer e compreender e, por isso, foi a campo realizar as entrevistas com os idosos.

No que diz respeito aos encontros com os idosos, destaca-se que foi iniciado um percurso difícil de ser analisado, porque o envelhecer, por estar associado ao invisível, ao olhar do outro, a uma questão de escolha e descuido pessoal, é muitas vezes interpretado como doença e negado de formas diferentes. O envelhecimento é muitas vezes considerado como uma doença que precisa ser extinta e, na impossibilidade disto, deve ser negado pela divulgação de vitaminas e tratamentos antienvelhecimento, pelas promessas de juventude eterna (beleza física, produtividade, agilidade), pelas cirurgias milagrosas, pela racionalização e/ou banalização das alterações diárias que evidenciam esse processo.

Na atualidade, o idoso encontra diferentes formas de se deparar com o desamparo. Sua história não encontra lugar diante das novidades do mercado, sua imagem não pode acolher como antes as maquilagens (em francês: maquile-âge, maquiar a idade), mesmo com o mercado das próteses e cirurgias plásticas; o limite persiste (MUCIDA, 2004, p. 82).

Nesse sentido, quem quer envelhecer? O ser humano deseja viver muitos anos, mas não almeja envelhecer porque a vivência da velhice é incompatível com os padrões sociais atuais e, por isso, essa fase ainda é caracterizada como um período de perdas e limitações, apesar de existirem algumas exceções a esta caracterização. Além disso, a velhice migra o idoso para a terra de ninguém, porque o idoso não pode ser outra pessoa e não pode deixar de ser. Nessa passagem para o desconhecido, são homogeneizados, estigmatizados, aprisionados e excluídos dos circuitos vivos da sociedade e, ao mesmo tempo, são unidos pelas condições que os classificam como *outsiders*. Esse paradoxo reflete a complexidade dos estudos que são realizados com o fim de compreender as mudanças que se processam ao longo da vida, quer individual, quer coletiva/social, envolvendo pessoas, recursos, ambientes e políticas que direcionam intenções e prioridades.

Apesar dessas ressalvas e de acordo com os critérios cronológico e legal, a velhice, no Brasil, inicia-se aos 60 anos de idade. A partir dessa idade as pessoas são classificadas como idosas e estas foram os sujeitos que responderam as perguntas do formulário e da entrevista deste estudo.

Os dados apresentados na tabulação dos formulários despertaram o interesse da pesquisadora em saber um pouco mais sobre os idosos pesquisados, tais como descrições físicas e comportamentos, bem como um forte desejo em conhecê-los, uma vez que os dados já coletados evidenciavam apenas as condições de vida do idoso em relação a seu

capital físico, capital humano e capital social. Nesse sentido, foi definido que a entrevista seria realizada para complementar as informações obtidas nos formulários respondidos.

A entrevista é um instrumento fundamental do pesquisador e é, portanto, uma boa técnica de investigação. Pode ter diversos usos, mas neste caso o objetivo foi o de diagnosticar na fala do idoso seu verdadeiro *status* no ambiente familiar.

Estudiosos falam de dois tipos de entrevista: aberta ou fechada. Foi escolhida a entrevista individual aberta, pois esta possibilita uma investigação mais ampla e profunda do tema em estudo, ao mesmo tempo, permite o desenvolvimento da entrevista de forma flexível por parte da entrevistadora. A forma individual foi escolhida em função da necessidade de se conhecer o *status* (papel, poder, prestígio, autonomia, posição) de cada idoso no seio da sua família.

Na entrevista com cada participante, foram coletados dados de identificação, informações sobre a vida familiar e sobre pontos importantes como o BPC; relações familiares; papel, poder e autonomia na família.

Estava previsto um período de duração de aproximadamente uma hora para cada entrevista. Muitas foram realizadas dentro desta estimativa, mas algumas ultrapassaram a previsão porque os idosos pareciam satisfeitos em ter alguém com quem conversar, principalmente aqueles que moravam sozinhos ou só com o seu cônjuge.

No início das entrevistas foram dadas todas as informações a respeito da pesquisa, salientando que não haveria riscos para o idoso com relação à divulgação dos resultados. Foi garantido o anonimato das pessoas participantes e o seu acesso aos resultados da pesquisa a qualquer momento. Nessa ocasião, o documento de consentimento livre e esclarecido foi assinado (Apêndice “A”).

Quando os idosos ou seus familiares tomaram conhecimento do teor da pesquisa, ocorreram algumas desconfianças no que se referia à veracidade da pesquisa. Outra preocupação foi no sentido de que poderiam vir a perder o auxílio financeiro que recebiam do INSS. Alguns idosos inclusive chegaram a se recusar a participar da pesquisa, como registrado nos relatos a seguir:

“Pra que vou participar? Não tenho nada a declarar!”(Fred).

“Eu não vou participar, não! Procure um advogado”(Casé).

“Eu não tenho nada a declarar”(Bento).

“Se eu responder as perguntas, posso perder essa ajuda? (Pofe)”.

Algumas dessas frases carregam forte apelo emocional, que pode ser entendido como o sofrimento financeiro que o idoso vivenciou e não mais deseja estar em situação semelhante, tampouco dividir as lembranças com alguém que poderia não compreendê-lo. Contudo, após muito diálogo, alguns dos idosos foram se acalmando e entenderam que socialmente seria interessante para eles relatar sua situação socioeconômica, de modo que o resultado desta pesquisa pudesse contribuir para a ampliação de políticas públicas voltadas aos idosos e também a seus cuidadores.

A resistência esteve presente em todos os momentos, com a necessidade de convencimento dos idosos e de membros de sua família da importância da pesquisa por parte da pesquisadora, durante a entrevista, como dos aplicadores do formulário.

Entretanto, após a aceitação e a concordância em participar, os idosos iam ficando mais tranquilos à medida que o trabalho fluía, demonstrando uma comunicação diversificada e personalizada, rica em relatos de uma vida cheia de sofrimento que possibilitou também uma reflexão por parte da pesquisadora sobre a história de sua família – avós e bisavós. Apesar da aceitação, foi notado que alguns idosos se intimidaram diante de um gravador, demonstrando certo nervosismo. Em muitas falas, o idoso não se deteve especificamente ao tema da pergunta, trazendo à baila assuntos fora do contexto solicitado.

Isso evidencia que a recordação insistente do passado representa o que lhe é conhecido e, ao mesmo tempo, um período em que o idoso era sujeito de sua história. Ao recordar e recontar os passos vividos se fortalece frente a uma cultura que o desvaloriza, alija-o do convívio social e, ao mesmo tempo, despoja-o de suas funções e posição de sujeito desejante (MUCIDA, 2004).

Essa recordação gerou significativos ganhos. O idoso teve alguém com quem compartilhou, mesmo que em pouco tempo, seu desejo de viver plenamente a vida cultural e social. Isso foi observado em virtude de suas falas e expressões, como pode ser observado nestes exemplos:

“Eu posso responder” (Aldeci) e, nesse momento, o idoso sorriu;

“Eu estou em Palmas desde o seu início, ajudei na sua construção” (Adão), falou outro idoso com os olhos cheios de lágrimas;

“Volte para conversarmos mais” (Antenor), disse um idoso ao nos despedirmos;

“Deixe eu contar a minha história do meu jeito” (Marcel), falou um idoso para a sua filha que estava sempre respondendo por ele.

Esse movimento do idoso em reconhecer-se como contador de sua história gerou discursos emocionantes, sendo difícil não se comover com a realidade constatada. Alguns idosos, quando ouviam a expressão Benefício de Prestação Continuada, ficavam confusos e confundiam com a aposentadoria e por isso havia a necessidade de explicar que era um recurso que ele (a) estava recebendo mensalmente do governo federal.

Muitos idosos se mostraram solitários, angustiados e carentes de afeto. Apesar disso, nas entrevistas foram encontradas palavras de amizade e de aconselhamento, dentre outras.

Foram realizadas cinquenta entrevistas entre setembro e dezembro de 2013, com idosos que já haviam respondido o formulário. O local da entrevista foi a residência deles. As entrevistas aconteceram no período diurno, de forma individual, sem agendamento predefinido. A pesquisadora, a cada dia, escolhia uma quadra residencial do município de Palmas – TO e levava os formulários já respondidos. Ao chegar ao endereço, se o idoso estivesse lá, explicava os motivos da entrevista como complemento do formulário já respondido e, havendo concordância, realizava-a.

Essa experiência foi vista como uma grande oportunidade para a pesquisadora rever seus conceitos e adquirir novas atitudes e conhecimentos sobre o envelhecimento.

Expostas as percepções da pesquisadora ante os discursos, apresentam-se a seguir os resultados dos dados coletados no formulário e os indicadores oriundos dos discursos dos idosos e dos funcionários participantes, para que se possa ter ideia das percepções presentes no olhar do idoso para seu próprio *status* e no olhar dos funcionários sobre o BPC. Os resultados serão apresentados na sequência de cada seção do formulário e, em seguida, das entrevistas.

A discussão dos dados inicia-se na contextualização sócio-histórico-cultural e econômica do município de Palmas/TO, pois foi entre 1988 e 2013 que os participantes deste estudo migraram para a cidade com o sonho de uma vida melhor. Além disso, a compreensão da origem de um lugar é ponto importante para saber quais implicações geraram na vida dos idosos, e, também, possibilita entender tradições e costumes.

5.1 O município de Palmas/TO

Para compreender a trajetória de vida dos idosos, faz-se necessário destacar que só 10,68% deles nasceram no estado do Tocantins. A maioria é constituída de migrantes, exploradores em busca de novos espaços e novas oportunidades.

A migração é a movimentação, livre ou obrigatória, de pessoas de um lugar para outro. Ela pode ser internacional (de um país para outro) ou interna (de uma região para outra dentro de um mesmo país) e faz parte do Direito de ir e vir, que consta da Constituição Federal de 1988. Os motivos da migração podem ser sociais, econômicos, ambientais ou políticos. A migração será econômica quando a pessoa se mudar para encontrar trabalho ou seguir uma carreira específica; será social, quando se buscar uma melhor qualidade de vida (em termos salariais, de educação, de alimentação, saúde, segurança, boas condições climáticas) ou para estar mais próximo de familiares e amigos; será política, quando realizada para escapar de conflitos ou perseguição religiosa, política ou étnica; e será ambiental devido a desastres naturais como seca ou inundações. Em outras palavras, as pessoas migram para melhorar o padrão de vida, para proporcionar melhores oportunidades aos filhos ou para escapar da pobreza, do conflito e da fome. Os impactos desse processo incidem de forma positiva e negativa sobre o indivíduo, o lugar de onde saiu e o lugar novo onde se instala.

Nesse sentido, esse processo de deslocamento espacial deve ser analisado pela compreensão do espaço de origem como do de chegada, observando as relações históricas, geográficas e econômicas que o envolvem, como também pela construção da perspectiva de mudança rastreada nas trajetórias individuais.

Para o grupo analisado, prevalece a ideia de que possuem semelhantes características sociais e econômicas, que não necessariamente concretizaram a mudança ao mesmo tempo ou de forma organizada, mas decorrentes dos mesmos fatores causais: problemas econômicos, familiares, sociais, educacional, dentre outros.

Pelos relatos, os entrevistados estavam morando na área rural e/ou em pequenas cidades, quando tiveram o conhecimento da criação de uma nova região, cujos governantes prometiam, segundo Silva (2013), pelos slogans veiculados de forma repetida na mídia, ser: “Tocantins: 20 anos em 2” (1989-1991), “Tocantins: Estado da livre iniciativa e da justiça social” (1999-2002 e 2011 a 2012), “O Tocantins é para todos nós” (2003-2009), “Acelera, Tocantins” (2009-2010), “Estado da Livre Iniciativa, da Sustentabilidade Ambiental e Social” (2012 – 2014).

Os idosos deste estudo, sozinhos, com amigos ou com a família, saem de suas respectivas regiões e chegam ao Estado promissor e, em especial, à capital Palmas.

O Estado do Tocantins, espaço de chegada dos sujeitos desta pesquisa, possui área territorial de 277.620,914 km² e população de 1.383.453 habitantes (IBGE, 2010). A contribuição da economia tocaninense, a cada ano, para o Produto Interno Bruto (PIB) nacional, é de 0,5%. No âmbito regional, a participação do Tocantins para o PIB é de 8,3%. A composição do PIB do Tocantins está assim configurada: Agropecuária (17,8%), Indústria (24,1%) e Serviços (58,1%) (IBGE, 2009). O setor de serviços concentra-se na cidade de Palmas/TO e nas que estão localizadas próximas à Rodovia Belém-Brasília; a atividade agropecuária destaca-se pela pecuária bovina de corte e a agrícola pela produção de arroz, soja, mandioca, cana de açúcar e milho; as indústrias fabricam produtos minerais, borracha, plástico, agroindústria e alimentos; a mineração concentra-se na extração de ouro e calcário.

O Estado do Tocantins foi criado a partir da divisão do Estado de Goiás no ano de 1988. Cidades da região como Araguaína, Gurupi e Porto Nacional lutaram para ser a capital do Tocantins, mas por decisão das autoridades da época a capital deveria estar localizada no centro do estado, para poder interligar as áreas mais desenvolvidas com as menos favorecidas de recursos econômicos e estruturais. O discurso oficial propagava que a capital seria planejada e democrática e que receberia seus novos ocupantes de braços abertos. Iniciou-se, então, o processo construtivo da cidade de Palmas, cheia de utopias no plano ideal e marcada pela ausência de cidadania no plano real.

Pode-se comprovar essa afirmação na medida em que se verifica que “o processo de construção da cidade de Palmas baseou-se na formação de uma elite estruturada a partir da concentração das terras urbanas e da centralização política, institucional, estrutural e econômica (HALUM, 2011). Muitos terrenos localizados na parte central da cidade ficaram nas mãos de grupos dominantes política e economicamente, para serem explorados no futuro. Esse fato gerou a formação de vazios na ocupação do solo urbano do Plano Diretor Básico. Dessa forma, a expansão periférica e a segregação socioespacial dos migrantes de baixa renda foram instituídas pelo próprio poder público, num processo legitimado por legislações urbanísticas, de políticas de ocupação e, indiretamente, pelos investimentos em infraestrutura e serviços urbanos, e não em decorrência da expansão desordenada e não planejada do solo urbano e por pressões posteriores do mercado imobiliário (HALUM, 2011). Por isso, Palmas teve mais objetivos econômicos e políticos do que sociais, foi construída para as classes média, média alta e rica, com vistas a atender o capital imobiliário. A segregação espacial foi algo pensado no intuito de conter o processo de favelização da região central da cidade.

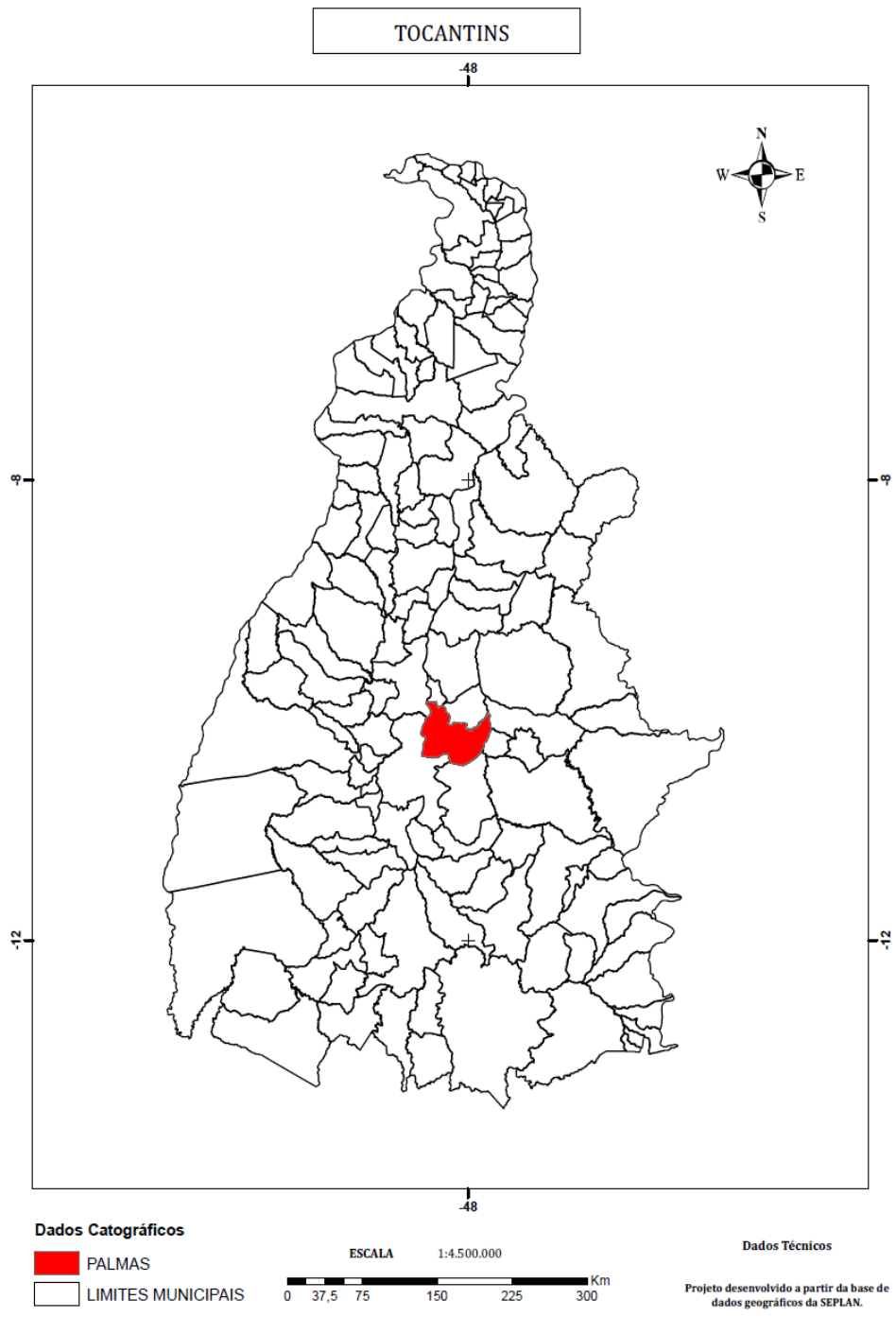
O município de Palmas foi projetado pelos arquitetos do Grupo Quatro e, segundo Lira (1995), possui forma urbanística similar às cidades de Goiânia e Brasília. Possui semelhança com Goiânia porque o projeto foi traçado de forma que Palmas se desenvolvesse a partir de um centro administrativo e, com Brasília, na divisão funcional e na distribuição do espaço urbano em quadras e avenidas.

Ela foi construída em uma região privilegiada pelos recursos naturais para ser o centro irradiador de desenvolvimento do Estado do Tocantins, isto é, sua localização e estrutura dariam um novo impulso para o desenvolvimento do Estado, equilibrando, em termos geográficos, o seu crescimento econômico, ao integrar as áreas mais desenvolvidas das margens da Rodovia Belém-Brasília com as regiões estagnadas e ainda por desenvolver a parte leste do Estado (HALUM, 2011).

Palmas se localiza à margem direita do Rio Tocantins, entre as serras do Carmo e do Lajeado. Para efeitos de estudos demográficos, encontra-se inserida na região Norte do Brasil, no quadrante central do Estado do Tocantins. Limita-se ao Norte com o município de Tocantínia; ao Sul com os municípios de Porto Nacional e Monte do Carmo; a Leste com Aparecida do Rio Negro e a Oeste com Paraíso do Tocantins. Sua extensão territorial é de 2.218,937 km², sendo 176,232 km² de área urbana. Em 2010, tinha população de

228.332 mil habitantes, resultando numa densidade demográfica de 102,90 habitantes por km² (NASCIMENTO, 2011).

Mapa 1 – Localização de Palmas no Estado do Tocantins.



Fonte: Elaborado pela geógrafa Simone Dutra (2013).

O bioma principal da cidade é o Cerrado; e o clima é quente e seco, com médias de temperatura em torno de 32°C. Os habitantes da cidade são chamados de palmenses.

A capital tocantinense foi fundada em 20 de maio de 1989, criada pela Lei Estadual nº 70, de 26 de julho de 1989, e inaugurada como capital definitiva em 1º de janeiro de 1990 (NASCIMENTO, 2011).

O nome do município está prescrito na Lei Estadual n. 62, de 5 de julho de 1989. A escolha do nome Palmas deu-se em homenagem à Comarca Vila de São João de Palmas, que foi instalada em 1815 na barra do rio Palmas com o rio Paranã. Hoje esta comarca é a cidade de Paranã do Tocantins (HALUM, 2011).

O Plano Diretor da cidade de Palmas/TO subdivide sua área residencial da seguinte maneira: ARNE (Área Residencial Noroeste), ARNO (Área Residencial Nordeste), ARSE (Área Residencial Sudeste), ARSO (Área Residencial Sudoeste), SUL (Área Residencial Sul), NORTE (Área Residencial Norte) e área rural. As terminações das siglas indicam a localização geográfica da área. As áreas são compostas por quadras residenciais, áreas comerciais, ambientais e de lazer.

A área denominada ARNE (Área Noroeste) possui 5 áreas comerciais, 13 quadras residenciais e 2 áreas ambientais. É a área com o menor contingente populacional.

Quadro 6 – Composição da Área Noroeste – ARNE.

Área Noroeste – ARNE	
Área Comercial (6)	<u>ACNE1 e 11 104N; ACSU-NE-10 102N; ACSU-NE-50 402N; ACSU-NE-60 502N; ACSU-NE70 602N.</u>
Área Residencial (16)	<u>ARNE-12 106N; ARNE-13 108N; ARNE-14 110N; ARNE-24 210N; ARNE-41 304N; ARNE-51 404N; ARNE-53 406N; ARNE-54 408N; ARNE-61 504N; ARNE-63 506N; ARNE-64 508N.</u> <u>ASR-NE-25 212N; ASR-NE-55 412N.</u>
Área Ambiental (2)	<u>AANE-20 202N; AANE-40 302N.</u>

Fonte: Palmas (2013).

A área denominada ARNO (Área Nordeste) possui 06 áreas comerciais, 16 quadras residenciais e 05 bairros. É a segunda área mais populosa do município.

Quadro 7 – Composição da Área Nordeste – ARNO.

Área Nordeste – ARNO	
Área Comercial (6)	<u>ACSUNO1_11</u> ; <u>ACSUNO10</u> ; <u>ACSUNO40</u> ; <u>ACSUNO50</u> ; <u>ACSUNO60</u> ; <u>ACSUNO70</u> .
Área Residencial (16)	<u>ARNO12</u> ; <u>ARNO13</u> ; <u>ARNO21</u> ; <u>ARNO22</u> ; <u>ARNO23</u> ; <u>ARNO31</u> ; <u>ARNO32</u> ; <u>ARNO33</u> ; <u>ARNO41</u> ; <u>ARNO42</u> ; <u>ARNO43</u> ; <u>ARNO44</u> ; <u>ARNO61</u> ; <u>ARNO71</u> ; <u>ARNO72</u> ; <u>ARNO73</u> .
Bairros (5)	<u>LAGOA DA EMA -2012</u> ; <u>SONHO NOVO</u> ; <u>SONHO MEU</u> ; <u>POLINESIA 2012</u> ; <u>VILA BELA 2012</u> .

Fonte: Palmas (2013).

A área denominada ARSE (Área Sudeste) possui 01 área ambiental, 10 áreas comerciais e 41 quadras residenciais. É a região que possui um maior número de habitantes.

Quadro 8 – Composição da Área Sudeste – ARSE.

Área Sudeste – ARSE	
Área Comercial (10)	<u>ACSE1_11</u> ; <u>AC-SE-90</u> ; <u>ACSU-SE10</u> ; <u>ACSU-SE20</u> ; <u>ACSU-SE40</u> ; <u>ACSU-SE60</u> ; <u>ACSU-SE70</u> ; <u>ACSU-SE100</u> ; <u>ACSU-SE130</u> ; <u>ACSU-SE140</u> .
Área Residencial (41)	<u>ARSE14</u> ; <u>ARSE101</u> ; <u>ARSE102</u> ; <u>ARSE111</u> ; <u>ARSE112</u> ; <u>ARSE12</u> ; <u>ARSE121</u> ; <u>ARSE122</u> ; <u>ARSE13</u> ; <u>ARSE131</u> ; <u>ARSE132</u> ; <u>ARSE151</u> ; <u>ARSE152</u> ; <u>ARSE14</u> ; <u>ARSE141</u> ; <u>ARSE142</u> ; <u>ARSE21</u> ; <u>ARSE22</u> ; <u>ARSE23</u> ; <u>ARSE24</u> ; <u>ARSE33</u> ; <u>ARSE51</u> ; <u>ARSE62</u> ; <u>ARSE72</u> ; <u>ARSE82</u> ; <u>ARSE92</u> ; <u>ARSE32</u> ; <u>ARSE41</u> ; <u>ARSE61</u> ; <u>ARSE71</u> ; <u>ARSE81</u> ; <u>ARSE91</u> . <u>ASR-SE_105</u> ; <u>ASR-SE_115</u> ; <u>ASR-SE_15</u> ; <u>ASR-SE_25</u> ; <u>ASR-SE_55</u> ; <u>ASR-SE_65</u> ; <u>ASR-SE_75</u> ; <u>ASR-SE_85</u> ; <u>ASR-SE_95</u> .
Área Ambiental (1)	<u>AASE50</u> .

Fonte: Palmas (2013).

A área denominada ARSO (Área Sudoeste) possui 04 áreas de lazer, 16 áreas comerciais, 28 quadras residenciais com pouca representatividade populacional, sendo, em maioria, habitada por profissionais militares, bombeiros e de rendimento médio alto, é uma área de grande especulação imobiliária e encontra-se na direção da expansão urbana.

Quadro 9 – Composição da Área Sudoeste – ARSO.

Área Sudoeste – ARSO	
Área Comercial (16)	<u>ACSO1_11; ACSU-SO10; ACSU-SO20; ACSU-SO40; ACSU-SO50; ACSU-SO60; ACSU-SO70; AC-SO-80; AC-SO-81; AC-SO-90; AC-SO-91; ACSU-SO100; ACSU-SO110; ACSU-SO120; ACSU-SO120; ACSU-SO130.</u>
Área Residencial (28)	<u>ARSO21; ARSO22; ARSO23; ARSO31; ARSO32; ARSO33; ARSO34; ARSO41; ARSO42; ARSO43; ARSO44; ARSO45; ARSO53; ARSO54; ARSO61; ARSO62; ARSO63; ARSO64; ARSO71; ARSO74; ARSO75; ARSO92; ARSO101; ARSO102; ARSO103; ARSO111; ARSO112; ARSO121.</u>
Área de Lazer (4)	<u>ALC SO 14 ORLA 14; ALC SO 34 ORLA 14; ALC-SO 141-A MIRANTE DO LAGO 2012; ALC-SO14.</u>

Fonte: Palmas (2013).

A região SUL foi dividida em duas partes: SUL I e SUL II. Corresponhia a uma reserva de solo para futuras expansões urbanas. Nela residem aproximadamente 40% da população da cidade. Também é a que concentra a maior parcela da população de baixa renda comprovando a segregação territorial na cidade por extrato social (KRAN; FERREIRA, 2006). Nessa região SUL – parte I e II

surgiu uma espécie de satélite de Palmas: loteamentos populares [...] com potencial para conter população superior a 2 milhões de habitantes, [...] pessoas de baixa renda, [...] o trabalhador que construiu Palmas, [...] jogados [...] nas vilas [...], uma espécie de neocampo de concentração do cerrado e/ou depósito ao ar livre, de mão de obra barata, sem a mínima condição humana de ser habitada coletivamente [...] (LIRA, 1995, p.261-272).

Atualmente, a região SUL I é composta por 2 distritos industriais e pelos seguintes setores: Jardim Aeroporto, Aurenys (I, II, III e IV), Jardim Janaína (1 e 2), Jardim Laila, Jardim Paulista, Jardim Santa Helena (1 e 2), Taquari (2, 3, 4, 5, 6 e 7), Berta Ville (1, 2, 3 e 4) e Santa Bárbara (1 e 2). Para Kran; Ferreira (2006), a região onde se localiza o setor Taquari corresponde à área pobre da cidade, sem infraestrutura, com asfalto apenas na via principal e sistema de transporte urbano precário.

Quadro 10 – Composição da Região Sul – Parte I.

Área Sul – Parte I	
Distrito Industrial (2)	<u>Distr-indl-taq-1-2; Distr-indl-taq-2-2.</u>
Bairros (29)	<u>Jardim Aeroporto; Jardim Aurenny III 1-3; Jardim Aurenny III 2-3; Jardim Aurenny III 3-3; jardim Aurenny II 1-2; jardim Aurenny II 2-2; jardim Aurenny IV 1-2; Jardim Aurenny IV 2-2; jardim Aurenny I 1-2; Jardim Aurenny I 2-2; Jardim janaína 1-2; Jardim janaína 2-2; JARDIM LAILA 2011; jardim Paulista-2011; Jardim Sta Helena 1-2; Jardim Sta Helena 2-2; Taquaralto 5ª Et StStaBarb 1-2; Taquaralto 5ª Et StStaBarb 2-2; Taquari Gl 2 T20 T21; Taquari Gl 3 T30; Taquari Gl4 T31 T41; Taquari Gl 5 T32 T42; Taquari Gl 6 T12 T22; Taquari Gl 7 T13 T23; Taquari Gl 8 T33 T43; Bertaville 1-4 2012; Bertaville 2-4 2012; Bertaville 3-4 2012; Bertaville 4-4 2012.</u>

Fonte: Palmas (2013).

A região SUL II contempla os seguintes bairros: Morada do Sol (1, 2, 3 e 4), Residencial Maria Rosa, Santa Fè (1 e 2), Taquaralto (1,2,3 e 4), Bela Vista (1 e 2), Sol Nascente, Vale do Sol e mais os Distritos de Palmas (Buritirana e Taquaruçu). Para Kran e Ferreira (2006), a região do setor Taquaralto possui autonomia comercial, bancária e de serviços e, por isso, é considerado uma outra cidade, dentro da própria cidade de Palmas, Tocantins.

Quadro 11 – Composição da Região Sul – Parte II.

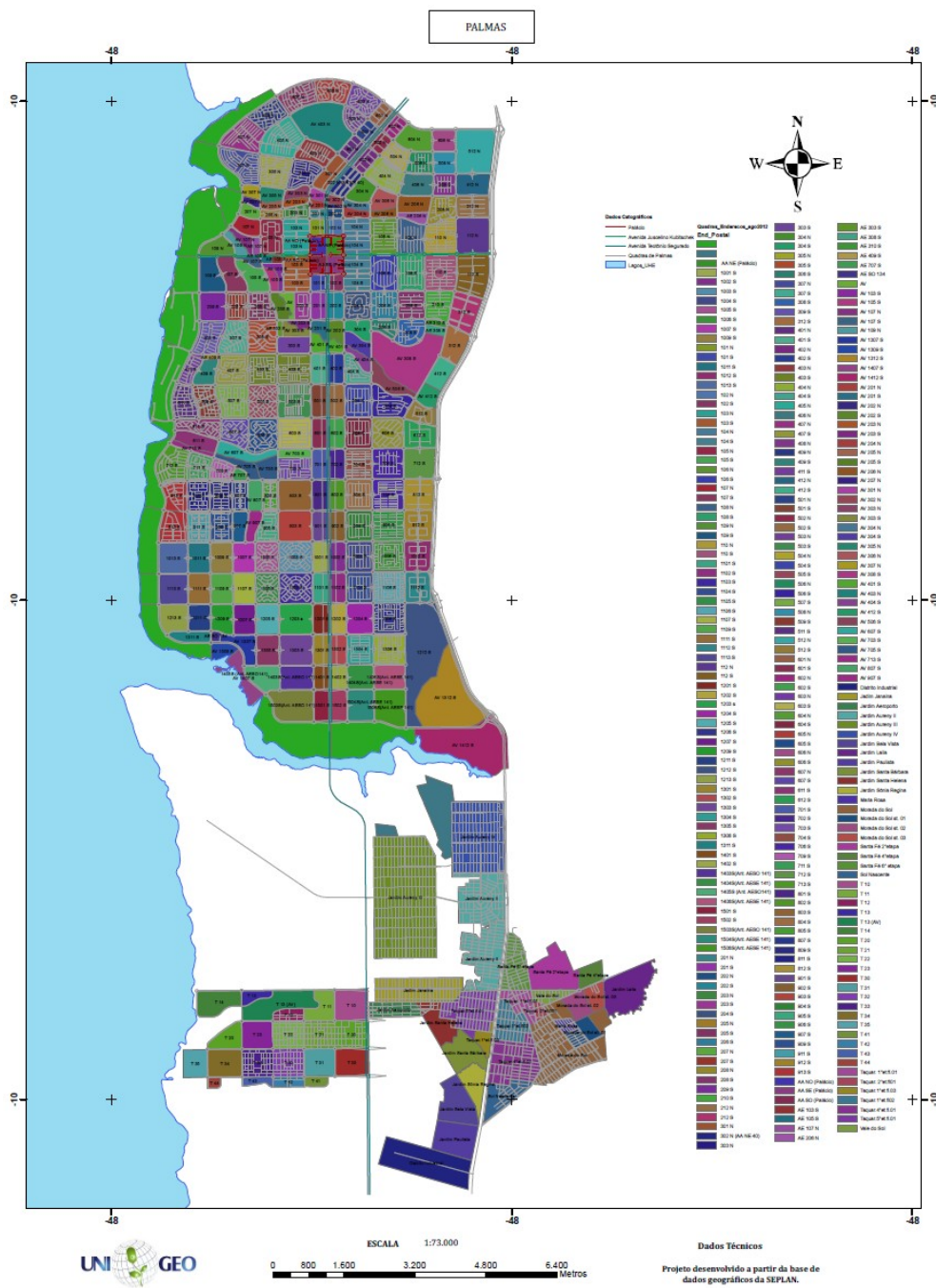
ÁREA SUL – PARTE II	
Bairros (19)	<u>Morada do Sol 1-4; Morada do Sol 2-4; Morada do Sol 3-4; Morada do Sol 4-4; Morada do Sol St1; Morada do Sol St 2; Morada do Sol St 3; Resid Maria Rosa; Santa Fé 2 Et 1-2; Santa Fé 2 Et 2-2; Taquaralto 1 Et Fl 1 Centro; Taquaralto1 Et Fl 2 Sul; Taquaralto 1 Et Fl 3; Taquaralto 4 Et; St Bela Vista 1-2; Taquaralto 4 Et St Bela Vista 2-2; Taquaralto 7 Et St Sol Nascente; Taquaralto 6 Et StSta Fé 1-2; Taquaralto 6 Et StSta Fé 2-2; Vale do Sol.</u>
Distritos (2)	Taquaruçu e Buritirana.

Fonte: Palmas (2013).

É conveniente destacar que a parte central da cidade está delimitada pela Praça dos Girassóis e, ao seu redor, possui um conjunto de áreas cívicas e comerciais. Para esta praça convergem todos os pontos cardeais da cidade. Ela está localizada em uma encruzilhada formada pela Avenida JK (no sentido Leste Oeste) e pela Avenida Teothonio Segurado (no sentido Norte Sul), as duas principais vias de circulação do município.

Para melhor conhecimento e visualização da área urbana da cidade de Palmas, Tocantins, apresenta-se, a seguir, o seu mapa com as subdivisões regionais da área residencial.

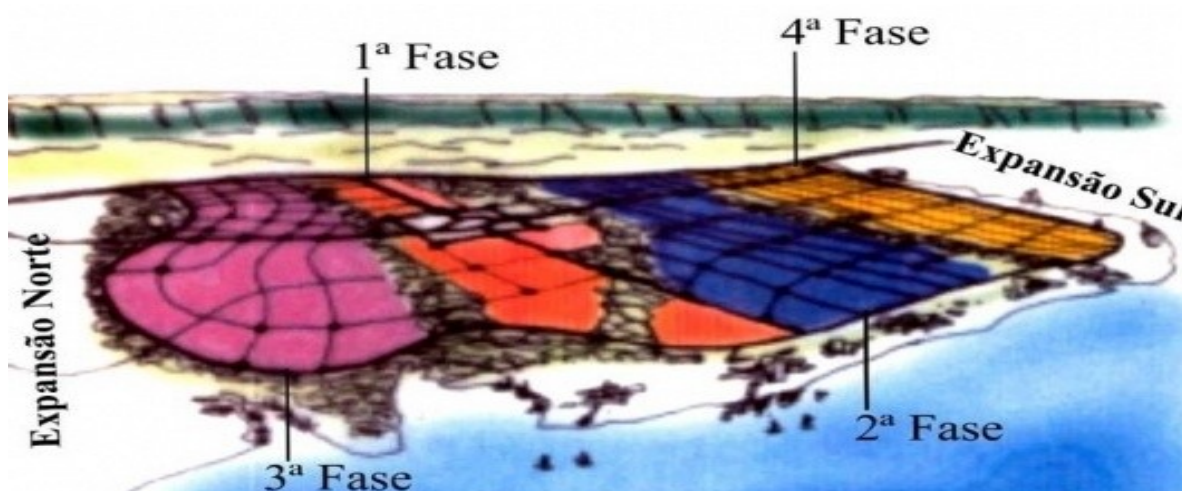
Mapa 2 – Áreas residenciais de Palmas, Tocantins.



Fonte: Elaborado pela geógrafa Simone Dutra (2013).

A ocupação das áreas urbanas da cidade de Palmas, Tocantins, estava planejada para ser concretizada em 05 fases e dentro dos limites do desenho arquitetônico contido, conforme apresentado no Mapa 3, a seguir. Contudo, antes que as áreas centrais fossem ocupadas, a população necessitou ocupar as áreas da expansão sul e norte, ocupação prevista para a quinta fase de expansão do Plano Diretor (COSTA, 2013).

Mapa 3 – Fases para a ocupação da área urbana de Palmas, Tocantins.



Fonte: Palmas (2013).

Essa ocupação não planejada aconteceu porque Palmas/TO recebeu um grande contingente de migrantes, em sua maioria de baixo poder aquisitivo, mão de obra para a construção civil. Também recebeu engenheiros, arquitetos, profissionais da saúde, docentes, dentre outros. A população que não conseguiu comprar um imóvel no Plano Diretor se instalou em áreas periféricas da Região Sul (principalmente nos bairros de Taquaralto e dos Jardins Aurenys I, II, III e IV) e nas quadras da Região Nordeste (ARNO 31, 32 e 33), ocupadas, principalmente, através de invasões de terrenos. Para essas regiões foram encaminhadas

[...] pessoas de baixa renda [...] o trabalhador que construiu Palmas [...] Esse não teve o direito de morar nela, foi jogado para Tauaralto, nas vilas Aurenis, uma espécie de neocampo de concentração do cerra e/ou depósito ao ar livre, de mão de obra barata, sem a mínima condição humana de ser habitada coletivamente [...] (LIRA, 1995, p.222).

Portanto, a segregação espacial que se vê hoje na cidade foi algo pensado porque para organizar a ocupação

[...] o governo determinou o fechamento da Rodovia no limite de Taquaralto. Desta forma, todo imigrante que chegava sem lugar definido para morar era obrigado a descarregar sua mudança em Taquaralto, transformando-o em um bairro densamente povoado, recebendo do governo todo o apoio de infraestrutura e sendo mais tarde agregado a um projeto de implantação em sua margem oposta os denominados bairros Aurenys (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2001, p. 15).

[...] ao sul do ribeirão Taquaruçu, com 4.869 há (esta já com o processo de ocupação bem avançado), ali surgiu, a partir de 1990 de forma ordenada e, depois de 1991, por meio de invasão, uma espécie de satélite de Palmas: loteamentos populares denominados de vilas Aurenys, em homenagem à primeira-dama do Estado (Dona Aurenys Siqueira Campos) e ao norte do ribeirão Água Fria, com 4.625 ha. Estas áreas denominadas de “Expansão Urbana” estão presentes no desenho da cidade e foram reservadas para futuras expansões de Palmas, fazendo com que a mesma tenha potencial para conter população superior a 2 milhões de habitantes (LIRA, 1995, p. 261)

[...] os Jardins Aurenys, desde a sua constituição, foram criados para abarcarem os indivíduos de baixo poder aquisitivo de Palmas, que não dispunham de condições financeiras suficientes para arcar com as despesas da construção ou da compra de uma casa ou terreno na área do plano diretor inicial da cidade. [...] toda a região Sul da cidade, são as áreas com maior densidade populacional de Palmas, e contraditoriamente, há inúmeros vazios urbanos no plano diretor central, sobretudo na região Sudoeste da cidade (COSTA, 2013, p.3).

Tal organização periférica constitui, portanto, o

habitat de homens que, ao buscarem melhores condições de vida nas novas capitais, só encontram o espaço marginal urbano que não garante moradia digna, urbanização, equipamentos sociais e transporte coletivo de qualidade (MORAES, 2006 p.22).

Essas áreas estão dentro/fora de Palmas/TO. Dentro, por estarem na faixa territorial do município. Fora, por três motivos: a) sua implantação aconteceu fora (antecipadamente) do prazo idealizado pelos projetistas da cidade; b) a existência de um vale que separa fisicamente o plano diretor básico da área de expansão sul (fora do plano diretor), divisão que dá a sensação de serem duas cidades; c) a consolidação da segregação institucional e social, isto é, estão distantes do centro, das oportunidades de emprego e de importantes equipamentos públicos com precariedade em indicadores como: ausência de pavimentação asfáltica das vias, falta de esgotamento sanitário através de rede, muitas habitações precárias, falta de instalações sanitárias internas nas habitações. Todos esses aspectos contribuíram para que a região da expansão Sul passe por processos de estigmatização,

sobretudo, com adjetivos que a relacionam com “favela” e “periferia” (KRAN; FERREIRA, 2006). A região da expansão Norte também recebe essas denominações porque

a população pobre está em toda a parte nas grandes cidades. Habita cortiços e casas de cômodos, apropria-se das zonas deterioradas e subsiste como enclaves nos interstícios dos bairros mais ricos. Mas há um lugar onde se concentra, um espaço que lhe é próprio e onde se constitui a expressão mais clara de seu modo de vida. É a chamada periferia. A chamada “periferia” é formada pelos bairros mais distantes, mais pobres, menos servidos por transporte e serviços públicos (DURHAM, 1988, p.173).

Isso evidencia que a gestão do espaço urbano não conseguiu garantir aos migrantes (atuais idosos) a qualidade de vida proposta no plano urbanístico da cidade.

Apesar desses fatos, Palmas/TO é uma cidade que ainda continua atraindo populações. De acordo com os dados do IBGE (2010), a taxa média anual de crescimento da população de Palmas/TO, no período de 2000 a 2010, foi de 5,21%, enquanto que a média em todo o país foi de 1,17% ao ano. Além disso, sua população, que era de 86.116 pessoas em 1996, passou para 228.332 habitantes, em 2010. Desses, 49,4% eram homens e 50,6% mulheres. Nesse mesmo período, os índices de urbanização foram significativos, porque do total da sua população, 221.710 pessoas viviam na zona urbana e 6.622 na rural, conforme pode ser visualizado na Tabela 9 a seguir.

Tabela 9 – Taxas de crescimento demográfico de Palmas, Tocantins (1991-2010).

Ano	População Total	Homem	Mulher	Urbana	Rural				
1991	24.334	13.032	54%	11.302	46%	19.248	79%	5.088	21%
1996	86.116	43.741	51%	42.375	49%	82.535	96%	3.581	4%
2000	137.355	68.675	50%	68.620	50%	134.179	98%	3.176	2%
2007	178.386	84.096	47%	85.914	48%	175.166	98%	3.220	2%
2010	228.332	112.796	49,4%	115.536	50,6%	221.710	97,1%	6.622	2,9%

Fonte: IBGE (2010).

Segundo a mesma pesquisa, 48,10% da população residente nesse município são naturais de outros estados brasileiros e, por isso, classificados como migrantes. Em sua maioria, são originários da Região Nordeste do país.

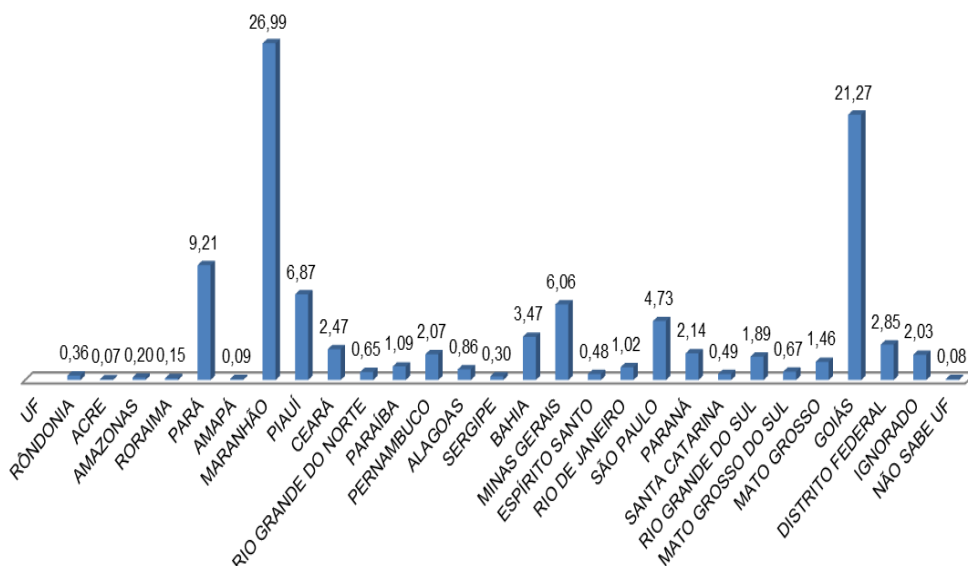
Tabela 10 – Porcentagem da população residente, por naturalidade em relação ao Município e à Unidade da Federação – Resultados Gerais da Amostra, 2010, Palmas, Tocantins.

Naturalidade em relação ao Município e à Unidade da Federação	%
Naturais do município	24,54
Não naturais do município	75,46
Naturais da unidade da federação	51,90
Não naturais da unidade da federação	48,10

Fonte: IBGE (2010).

Dos migrantes de Palmas/TO, 27% são do estado do Maranhão e 21,2% do estado de Goiás. O Gráfico 3, a seguir, mostra as Unidades da Federação de origem desses indivíduos.

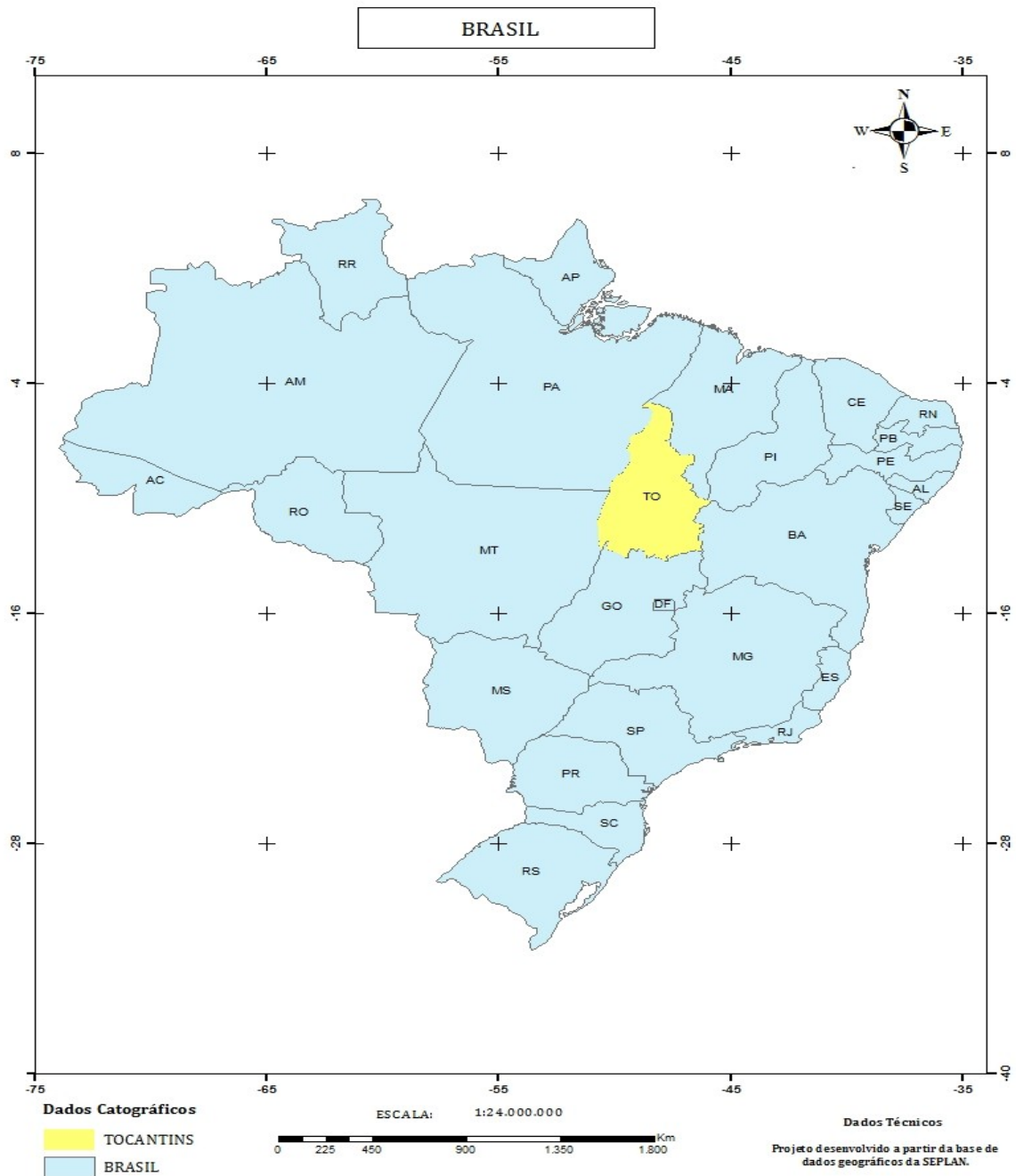
Gráfico 3 – Unidade da Federação de nascimento dos migrantes residentes na cidade de Palmas, Tocantins.



Fonte: IBGE (2010).

Um dos motivos que justificam esse processo migratório refere-se à posição geográfica do estado do Tocantins, com limites com : Maranhão e Pará ao Norte; Goiás ao Sul; Maranhão, Piauí e Bahia, ao Leste; Pará e Mato Grosso, a Oeste.

Mapa 4 – Localização do Estado do Tocantins no Brasil.



Fonte: Elaborado pela geógrafa Simone Dutra (2013).

Na amostragem percebeu-se que os migrantes (atuais idosos estudados), ao chegarem a Palmas/TO, instalaram-se perifericamente ao Plano Diretor, tendo, mesmo assim, dificuldade de encontrar moradias apropriadas. Nesse espaço urbano desigual e heterogêneo vivem muitos dos sujeitos desta pesquisa. De acordo com a lista oficial divulgada pela Secretaria Municipal de Assistência Social, os idosos beneficiários do BPC estão distribuídos nas áreas residenciais da seguinte maneira:

Tabela 11 – Áreas residenciais dos idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada em Palmas, Tocantins.

ÁREA/SETOR	QUANTIDADE	%	ÁREA/SETOR	QUANTIDADE
ARNE	75	4,77%	ARNO	284
ARNO	284	18,06%	ARNE	75
ARSE	297	18,89%	ARSE	297
ARSO	82	5,22%	ARSO	82
AURENY 1,2,3 E 4	506	32,13%	SUL I: Aurenny 1 e 3	580
Bela Vista	42	2,67%	SUL II: Santa Fé e Taquaruçu	254
Morada do Sol	25	1,59%	Total	1572
Santa Barbara	28	1,78%		
Santa Fe	37	2,35%		
Santa Helena	3	0,19%		
Santo Amaro	2	0,13%		
Sol Nascente	18	1,15%		
Taquaralto	86	5,47%		
Taquari	38	2,42%		
Taquarrusu	39	2,48%		
Uniao Sul	3	0,19%		
Vale do Sol	7	0,45%		
Total	1572	100,00%		

Fonte: Da autora.

Percebe-se que os idosos beneficiários do BPC estão concentrados em três áreas (ARNO, ARSE e SUL), sendo que na região periférica do município se concentra o maior número de idosos. Nesse sentido, 834 (53,18%) idosos são moradores de bairros

periféricos e 738 (46,82%) estão dentro da área do Plano Diretor. Apesar de a região ARNO está dentro do Plano, ela também é percebida como região periférica e, por isso, contribui para modificar o percentual dos idosos da periferia, que passará para 1.118 (71,11%).

Quanto aos idosos que responderam o formulário pode-se afirmar que 171 (46,05%) residem na área periférica e 222 (53,95%) residem no âmbito do Plano Diretor, conforme demonstra a Tabela 7. É destacado que 116 (29,52%) estão na região da ARNO, que se for considerada área periférica, elevará o total de idosos pesquisados para 287 (73,02%)

Tabela 12 – Áreas residenciais dos idosos pesquisados em Palmas, Tocantins.

SETOR	ENDEREÇO	QUANTIDADE	ENDEREÇO	QUANTIDADE
ARNE	106 NORTE	3	ARNO	116
ARNE	108 NORTE	5	ARNE	21
ARNE	110 NORTE	10	ARSE	72
ARNE	404 NORTE	3	ARSO	3
ARNO	103 NORTE	5	SUL I: Aurenny 1 e 3	157
ARNO	303 NORTE	42	SUL II: Santa Fé e Taquaruçu	24
ARNO	305 NORTE	13	TOTAL	393
ARNO	307 NORTE	5		
ARNO	403 NORTE	13		
ARNO	407 NORTE	16	Plano diretor	222
ARNO	409 NORTE	16	Área da Expansão	171
ARNO	503 NORTE	3		
ARNO	603 NORTE	3		
ARSE	106 SUL	10		
ARSE	1104 SUL	3		
ARSE	1106 SUL	10		
ARSE	110 SUL	5		
ARSE	1206 SUL	31		
ARSE	504 SUL	8		
ARSE	706 SUL	5		
ARSO	1105 SUL	3		
Aurenny 1		87		
Aurenny 3		70		
Santa FÉ		3		
Taquaruçu		21		
Total		393		

Fonte: Dados da pesquisa; da autora.

A organização do solo urbano de Palmas/TO interfere na qualidade dos vínculos, nas trajetórias de vida constituídas nesse espaço. Também dificulta a acessibilidade das pessoas para fazer compras, levar crianças à escola, ir a bancos, hospitais, farmácias, supermercados. Isso conduz a um estreitamento de relações com a vizinhança.

“Tudo aqui é longe, se você deseja pegar um remédio, a farmácia pública é longe. Tenho de pedir para a família fazer isso” (Ágata).

Apesar do desenvolvimento de um processo de estigmatização das áreas periféricas ainda existe, no caso das famílias dos idosos analisados, um suporte social com seus vizinhos, na qual conseguem encontrar formas de se estabelecer recursos materiais e imateriais de sobrevivência e desenvolvimento.

“Quando necessito de uma ajuda e meus filhos não estão por perto, chamo minha vizinha. Ontem, fui ao supermercado com ela” (Patrícia).

“Quando meu esposo faleceu, fiquei muito triste e sozinha, então minha amiga ficou na minha casa por dois dias me ajudando” (Gleis).

A presença de referências mais próximas, tanto afetivamente como socialmente contribui para diminuir o sentido de segregação e pobreza e, ao mesmo tempo, formar valores positivos e referências de identidades coletivas. Entretanto, nas áreas periféricas há uma expansão de formas de sociabilidade marcadas pela violência.

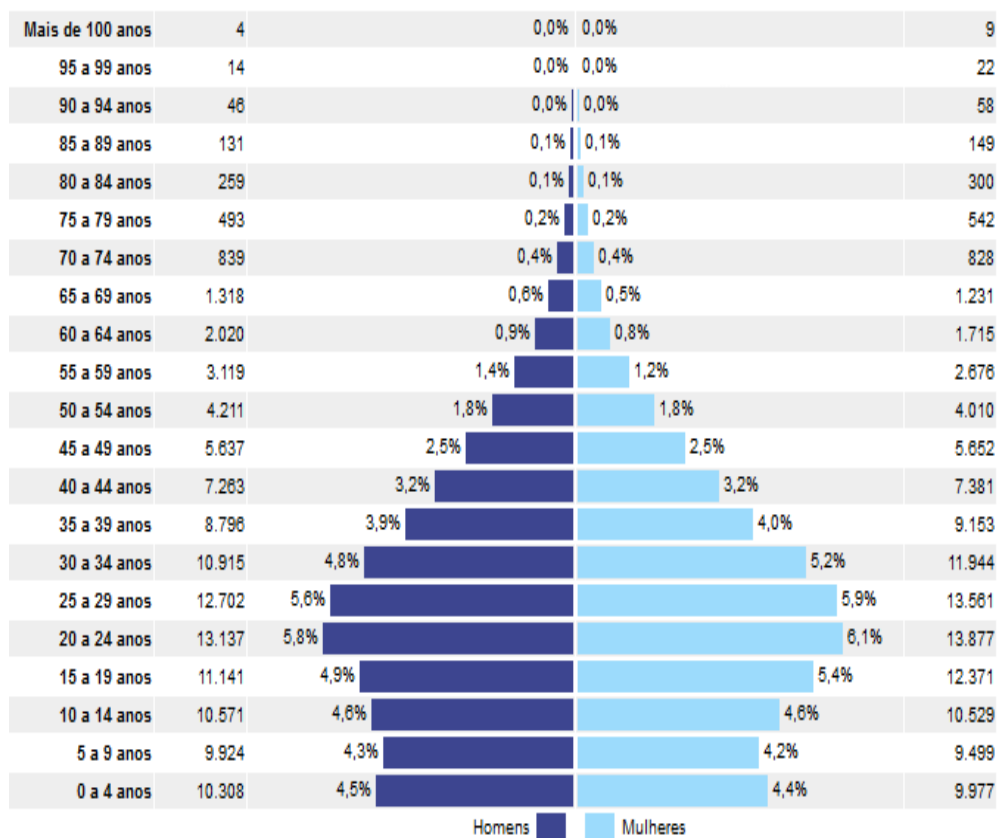
“Minha cunhada vive brigando comigo, falando que sou imprestável, e meus sobrinhos nem olham para mim (Rick)”.

“Entraram na minha casa e levaram a minha televisão, agora estou com medo de ficar à noite sozinha” (Márcia).

O sentimento de medo provoca o isolamento, e suas consequências para a saúde contribuem para agravar ainda mais a trajetória de vida dos idosos.

Além dos aspectos da migração e da segregação, Palmas/TO possui uma população que é composta de forma significativa pelas faixas etárias produtivas (características de populações migrantes), há evolução no crescimento das pessoas mais novas (comportamento típico de cidades novas) e as pessoas mais velhas encontradas em Palmas não são maioria. A Figura 8 retrata o exposto.

Figura 8 – Pirâmide etária do município de Palmas, Tocantins, Brasil – Censo 2010, IBGE.



Fonte: IBGE (2010).

Para complementar, destaca-se que, em 2010, 29,4% da população de Palmas era constituída por pessoas adultas e 22,1% era formada por jovens. Portanto, a maior parte de sua população possuía faixa etária que variava de 15 a 39 anos (IBGE, 2010).

Tabela 13 – População residente em domicílios particulares permanentes, por grupos de idade, segundo Brasil, Tocantins e Palmas, e a situação do domicílio – 2010.

	Situação Do domicílio	População residente em domicílios particulares permanentes						
		Total	Distribuição percentual por grupos de idade (%)					
			0 a 5 anos	6 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos ou mais
Brasil	Urbana	160.925.79 2	8,5	14,7	17,9	25,1	23,1	10,8
	Rural	29.830.007	10,2	18,4	18,4	21,4	20,6	11,0
	TOTAL	190.755.79 9	8,8	15,3	18,0	24,5	22,7	10,8
Tocantins	Urbana	1.090.106	10,6	17,7	20,4	25,2	18,3	7,9
	Rural	293.339	11,4	19,3	16,8	20,6	21,3	10,6
	TOTAL	1.383.445	10,8	18,0	19,6	24,2	18,9	8,5
Palmas	Urbana	221.710	10,6	16,0	22,1	29,4	17,5	4,4
	Rural	6.622	11,6	17,5	22,3	29,6	17,4	4,2
	TOTAL	228.332	10,6	16,0	22,1	29,4	17,5	4,4

Fonte: IBGE (2010).

Em relação a cor e raça, foi demonstrado pelo IBGE que, em 2010, 55,48% da população de Palmas/TO era de cor parda, seguida pela cor branca. Houve um aumento de 118,37% no percentual da população que se declarou preta no período de 1991 a 2000; e de, aproximadamente, 77,2% de 2000 a 2010.

Tabela 14 – População residente por cor ou raça, Palmas, Tocantins – 1991, 2000 e 2010.

Ano	Total	Cor ou Raça (%)					
		Parda	Branca	Preta	Amarela	Indígena	Sem declaração
1991	100	61,02	36,17	2,45	0,24	-	0,12
2000	100	54,39	39,08	5,35	0,22	0,49	0,47
2010	100	55,48	32	9,48	2,86	0,18	0,01

Fonte: IBGE (1991); IBGE (2000); IBGE (2010).

A economia de Palmas/TO já esteve dependente do setor público, mas este cenário tem mudado nos últimos anos. O Produto Interno Bruto (PIB) de Palmas/TO teve

crescimento médio ao ano – comparando 2000 a 2011 – de 9,4 %, enquanto que a média de crescimento do Brasil no mesmo período foi de 3,6%. O crescimento da economia local no período de 2002 a 2010 foi em média de 13,82% ao ano, superando os índices do Tocantins (7,2%) e do Brasil (4%). A composição do PIB de Palmas a preços correntes está configurada da seguinte maneira: Agropecuária (0,71%), Indústria (27,68%) e Serviços (71,61%) (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2013a). Portanto, o setor de serviços é o principal responsável pela formação do PIB municipal. Veja na Tabela 15, a evolução do PIB de Palmas/TO, de 1999 a 2010.

Tabela 15 – Evolução do Produto Interno Bruto em Palmas, Tocantins – 1999 a 2010.

Município de Palmas, Tocantins											
Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes											
1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
429.48 6	660.33 0	899.14 3	1.225.32 6	1.267.81 0	1.520.57 9	1.715.03 2	1.933.48 0	2.258.90 5	2.613.94 6	2.964.94 4	3.927.44 6

Fonte: IBGE (2010).

O Cadastro Geral de Empresas de 2010 mostrou que em Palmas havia 6.503 empresas, que empregavam 112.846 trabalhadores, movimentando R\$ 2.886 milhões em salários. O número de empresas cresceu 14% em relação ao quantitativo do ano anterior, quando havia 5.716 empresas registradas. No mesmo período também foi registrado um aumento na geração de postos de trabalho, quando mais 3.907 pessoas foram empregadas. Essa taxa de crescimento é bastante superior em relação à dos anos anteriores, já que de 2008 para 2009 o número de empresas havia crescido 5%, representando a geração de mais de 2 mil empregos. A taxa de crescimento do quantitativo de novos empreendimentos é ainda maior quando comparada ao ano de 2006, registrando um avanço de 41% (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2013a).

Os dados do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) mostraram que em março de 2013 houve um total de 2.283 admissões com carteira assinada, sendo 1.003 no setor de serviços, 687 no comércio e 434 na construção civil (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2013a).

Percebe-se, então, que houve um crescimento nos postos de trabalho formal na área de prestação de serviços, composta principalmente por sociedades limitadas e firmas individuais, constituídas em sua maioria na forma de microempresas. Apesar desse

aumento, o nível de informalidade na economia de Palmas/TO em 2012 foi de 60% da mão de obra economicamente ativa, e o nível de desemprego na faixa etária de 15 a 25 anos atingiu 13%. Nesse sentido, parte da população permanece desempregada ou realiza serviços de maneira informal, principalmente na área da construção civil. Essa informalidade se constitui em uma forma de vinculação ao mercado de trabalho, mas sem coberturas previdenciárias previstas na lei. Em 2009, a maior taxa de desemprego encontrava-se nas regiões periféricas da capital, sendo 30% na Região do setor Santa Bárbara; 23,7% em Taquaralto e 21% nas Aurenys (PALMAS, 2013a).

Na distribuição da população em relação à renda observa-se que a área denominada ARNE é a que possui maior nível de renda. Ela foi a primeira a ter casas construídas que abrigavam membros do governo e políticos em geral. Em seguida vem a ARSE, com níveis de renda que variam de altíssimo para médio. As áreas Sul 1 (que engloba os setores Aurenys e o Taquari) e a Sul II (contém o setor Taquaralto) apresentam populações de baixa renda. Na ARNO, o nível de renda é médio.

A Tabela 16 mostra as atividades da população, conforme dados do Censo Demográfico de 2010.

Tabela 16 – Atividades desenvolvidas pela população de Palmas, Tocantins.

Áreas de Ponderação	Trabalhadores de Apoio Administrativo	Trabalhadores dos Serviços, Vendedores dos Comércios E Mercados.	Ocupações Elementares (Serviço Doméstico, Indústria de Transformação, Transporte, Ambulantes, Coletores de Lixo etc.).	Profissionais das Ciências e Intelectuais (Advogados, Engenheiros, Profissionais da Saúde, Administração Pública, profissionais do Ensino, Jornalistas etc.).	Trabalhadores Qualificados, Pedreiros, Operários e Artesãos da Construção das Artes Mecânicas e outros Ofícios.
ARSE	40,58	31,90	24,31	47,07	23,00
ARNO	18,57	25,49	27,35	8,83	28,31
ARSO	14,25	9,76	6,14	20,64	5,40
ARNE	10,24	9,11	3,35	15,69	7,99
SUL II	10,08	14,18	19,51	5,05	19,95
SUL I	6,29	9,55	17,34	2,73	15,36

Fonte: Miranda; Melo (2013, p. 13).

Nas regiões ARNO (27,3%), SUL I (17,34%) e SUL II (19,51%) a população exerce mais as atividades consideradas como elementares (serviços domésticos, vendedores ambulantes, coletores de lixo etc.), que se caracterizam por funções de remuneração baixa e que não exige níveis mais altos de educação. Em contrapartida, as áreas ARNE (15,69%), ARSE (47,07%) e ARSO (20,64%), apresentam maior capital humano com nível de renda e escolaridade mais elevado: englobam profissionais das ciências intelectuais, advogados, engenheiros, profissionais da saúde, administração pública, profissionais do ensino, jornalistas etc.

Quanto à educação, ela é composta pela educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio) e superior. O sistema de ensino é proporcionado por entes federais, estaduais e privados. A taxa de analfabetismo da população acima dos 15 anos é de 3,8% e dos idosos é de 22,6%. Do total de analfabetos no Município, o maior percentual é da população preta (IBGE, 2010).

As áreas que possuem maior representatividade de população sem instrução e ensino fundamental incompleto são as quadras da ARNO, SUL I e SUL II. Nestas áreas a população residente também é classificada como de baixa renda e, por isso, classificadas como áreas de maior vulnerabilidade social. A maior parte da população que possui os níveis de instrução mais altos na faixa de superior completo é encontrada na área ARSO. Nesta área, vivem as pessoas de renda média e alta.

Em relação aos serviços de saneamento, água, escoamento sanitário, coleta de lixo, o IBGE (2010) informa que dos 68.679 domicílios particulares somente 2% possui saneamento inadequado enquanto que 97% são adequados, isto é, possui abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo por rede geral.

A organização nuclear de casal com filhos predominava, em 2010, no Município de Palmas, Tocantins, sendo superior a média nacional, evidenciado na Tabela 17, a seguir.

Tabela 17 – Unidades domésticas, por tipo, total e respectiva distribuição percentual por organização familiar, segundo Brasil, Tocantins e Palmas, 2010.

Unidades domésticas, por tipo							
	Total	Proporção de unipessoais (%)	Distribuição percentual por organização familiar (Nuclear) %				
			Total	Casal sem filho(s)	Casal com filho(s)	Homem com filho(s)	Mulher com filho(s)
Palmas	40.879	13,7	40.879	20,2	63,3	2,3	14,3
Tocantins	398.367	12,6	245.927	20,1	64	2,6	13,3
Brasil	57.324.167	12,2	37.997.753	20,7	61,9	2,3	15,1

Fonte: IBGE (2010).

Das 144 instituições de saúde da cidade de Palmas/TO, 61 são instituições públicas e 83 são instituições privadas. Dentre as 61 instituições públicas, 03 (três) são estaduais e 58 são municipais (SECRETARIA DA SAÚDE, 2013).

O sistema municipal de Palmas possui, atualmente, os seguintes serviços de saúde voltados ao atendimento da população: as Unidades Básicas de Saúde (UBS); os Centro de Especialidades; o Centro de Controle de Zoonoses; as Farmácias Municipais; o Núcleo de Assistência Henfil; o SAMU; a Saúde Bucal, as Unidades de Pronto Atendimento; e os Centros Psicossociais.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) correspondem a 9 Unidades de Saúde da Família (USF), na região Norte, e a 25 USF na região Sul; além de 4 Policlínicas.

O Centro de Especialidade contempla 4 unidades: Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (Cerest), Centro de Consultas Especializadas de Palmas (CECEP), Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva (CSSR) e o Centro de Referência em Oftalmologia (CEROP).

O Núcleo de Assistência Henfil, destinado aos usuários com agravos de Doenças Infecto-Parasitárias e Doenças Sexualmente Transmissíveis, realiza atividades de informação, educação e orientação sobre DST/AIDS e exames de sorologias para HIV, Sífilis, Hepatite B, Hepatite C, bem como o Teste Rápido Diagnóstico para HIV.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) totaliza 2 unidades: Unidade de Pronto Atendimento Sul (UPA Sul) e Unidade de Pronto Atendimento Norte (UPA Norte).

O Centro de Atendimento Psicossocial classifica-se em dois: o Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS II, que atende usuários com problemas psíquicos em

alternativa ao modelo de hospital psiquiátrico e o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS/AD.

As Farmácias Municipais Básicas (FAB) estão distribuídas da seguinte maneira: 02 FAB na região norte (ARNO); 03 FAB na região sul (ARSE); e 02 FAB na região SUL 1 e 01 FAB na região SUL 2. Cabe destacar que as regiões ARNE, ARSO, o setor Taquari e os distritos de Palmas não possuem FAB e a distância entre elas é considerável.

Por ser um município novo, a atuação pública concentrou seus objetivos no desenvolvimento econômico da cidade. Dessa forma, a rede assistencial pública foi constituída por características ligadas à filantropia, à caridade e ao assistencialismo. As ações sociais são realizadas por membros de diversas religiões, pela atuação da primeira-dama, por fundações públicas e várias entidades sem fins lucrativos (MORAES, 2006).

Em relação à população idosa (com mais de 60 anos), em 2010 Palmas tinha 9.978 habitantes (IBGE, 2010), representando aproximadamente 4,4% da população do município, e esse público, em termos etários, era bastante heterogêneo, conforme ilustrado na Tabela 18, a seguir.

Tabela 18 – População residente por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010.

	Situação de gênero	População residente por sexo e grupo de idade					
		Total	Distribuição percentual por grupos de idade (%)				
			60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais
Brasil	Homem	3 041 034	2 224 065	1 667 373	1 090 518	1 133 122	
	Mulher	3 468 085	2 616 745	2 074 264	1 472 930	1 802 463	
	TOTAL	6 509 119	4 840 810	3 741 637	2 563 448	2 935 585	
Tocantins	Homem	19 275	14 903	11 453	7 658	8 046	
	Mulher	17 633	13 401	10 430	6 930	7 825	
	TOTAL	36.908	28 304	21 883	14 588	15 871	
Palmas	Homem						
	Mulher						
	TOTAL	3.735	2.549	1.667	1.035	992	

Fonte: IBGE (2010).

Dos idosos que residem em Palmas, Tocantins, 1.572 (16,11%) são pessoas que receberam, em abril de 2013, o Benefício de Prestação Continuada. Esse público é classificado, pela legislação, como pessoas que comprovaram não ter meios de prover a própria manutenção (pela inexistência de atividade remunerada ou pela incapacidade para uma vida independente) ou tê-la provida por sua família (já que cada um de seus membros deve prover suas necessidades no mercado com $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, representando, em outubro de 2013, o valor de R\$ 165,00). Portanto, pessoas que, em particular situação de vulnerabilidade, sobrevivem na linha de pobreza extrema uma vez que a renda de cada idoso é insuficiente para atender suas necessidades mínimas.

5.2 O mundo da vida pessoal do idoso do Benefício de Prestação Continuada

Considera-se importante, ao iniciar esta seção pontuar que embora os resultados e a discussão destes estejam apresentados por seções, compreende-se neste estudo, que o *status* dos idosos beneficiários do BPC tenha sido traduzido pelas variáveis idade, sexo, estado civil, local de nascimento, escolaridade, raça/cor, religião, condições de moradia, composição familiar, rede de apoio, avaliação funcional, estilo de vida e suporte assistencial porque além de serem significativas para o conhecimento do fenômeno estudado elas sintetizam influências genético-psicobiológicas, socioculturais e contingenciais dos percursos desses idosos. Funcionam como indicadoras de trajetórias de vida possíveis dos idosos pesquisados e seus membros familiares no momento em que estiveram compartilhando o mesmo espaço. Elas também são determinantes da posição e oportunidades sociais disponíveis para os idosos, como também, do nível de bem-estar; de envolvimento social, das relações de sociabilidade, da exclusão/inclusão social, do processo de subjetivação da velhice, do apoio e cuidados à população idosa, do papel social, da solidariedade, das estratégias adotadas no conviver, da autonomia. Além disso, foram norteadoras do raciocínio da pesquisadora por estar lidando com um fenômeno complexo e heterogêneo.

Assim, partindo desses pressupostos em relação a essas variáveis, os discursos sobre o *status* dos idosos, embora apresentem um caráter transitório, foram analisados considerando que o idoso pesquisado envelheceu nos contextos de suas histórias pessoais e da história da cidadania em sua sociedade.

5.2.1 Seção A: Perfil sociodemográfico dos idosos pesquisados

A Tabela 19 refere-se aos dados sociodemográficos dos 393 idosos, destacando-se que a maioria se encontra na faixa etária compreendida entre os 71-80 anos (51,7%), denominados por Simões (1998) de “idosos velhos”, enquanto 37 (9,4) estão acima dos 81 anos, indicando necessidade de cuidados futuros. Não foi observado caso com mais de 90 anos.

Nesta pesquisa, o BPC, um dos direitos conquistados pelo idoso, tem o recorte etário de 65 anos. Nesse sentido, o princípio que norteou a divisão das fases de vida dos sujeitos entrevistados também foi o da idade cronológica. Essa divisão etária foi instituída nas sociedades modernas, para demarcar os estágios da vida e simultaneamente controlar e administrar o corpo e as ações dos indivíduos (a maioridade legal, a entrada no mercado de trabalho, o ingresso na escola, o início da aposentadoria, possuir título de eleitor, dirigir automóveis, a formulação de direitos e a determinação da cidadania). Por meio desse controle faz-se a normatização e o registro dos direitos, das obrigações, do papel e do comportamento mais adequado para cada estágio da vida.

Tabela 19 – Idade dos idosos.

Idade dos Idosos			
Categoria: Faixa etária		Valores absolutos	Percentuais
Idade	De 60 a 70 Anos	153	38,9
	De 71 a 80 Anos	203	51,7
	De 81 a 90 Anos	37	9,4
	Acima de 90 Anos	0	0
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Na distribuição por sexo, as mulheres (50,9%) predominam sobre os homens (49,1%) (vide Tabela 20, a seguir), fato este classificado como feminização da velhice. Várias são as hipóteses sobre a longevidade da mulher, entre elas: maiores cuidados em relação à prevenção da saúde, estilo de vida mais saudáveis, menor exposição a riscos externos, constante acompanhamento médico.

Tabela 20 – Sexo dos idosos.

Sexo dos Idosos			
Categoria: Sexo		Valores absolutos	Percentuais
Sexo	Masculino	193	49,1
	Feminino	200	50,9
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Quanto ao estado civil (Tabela 21), a proporção dos separados, divorciados e viúvos (52,4%) é superior à de casados (47,6%). Essa predominância permite inferir que a maioria dos idosos não possui companheiro(a), o que revela uma preocupação, se na reflexão se considerar que, futuramente, poderá haver um número significativo de idosos na população, isso ligado à fragilidade atualmente dos casamentos e às mudanças da estrutura familiar, resultando numa maior probabilidade de pessoas morando sós. Outro aspecto dessa variável diz respeito aos casados (47,6%), indicando que existe um universo de sujeitos formadores de núcleos familiares. Logo, é possível afirmar que, diante das necessidades familiares, um número maior de membros da família precisa contribuir com renda, o que faz com que todos os membros tenham de contribuir à provisão familiar, inclusive o idoso.

A responsabilidade do idoso pela provisão familiar pode estar relacionada com a informalidade dos serviços realizados por outras pessoas da família. Essa obrigação para com o sustento da família, sobretudo quando na composição familiar há crianças pequenas, é denominada por Zaluar (2000) de ética do provedor. Segundo esse autor, essa ética refere-se à necessidade sustentar a si mesmo e a sua família. Para ele, é por meio dessa ética que o homem orgulha-se de si mesmo e aparece como moralmente superior àqueles que não trabalham.

Tabela 21– Estado civil dos idosos.

Estado Civil			
	Categoria: Estado civil	Valores absolutos	Percentuais
	Solteiro	0	0
	Casado	187	47,6
Estado Civil	Separado	45	11,5
	Divorciado	26	6,6
	Viúvo	135	34,4
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Quanto à naturalidade, a maioria dos idosos, 108 (27,48%) tem como local de nascimento o Estado do Maranhão, enquanto os demais se distribuem por outros Estados da Federação, de acordo com a descrição da Tabela 22. Cabe destacar que apenas 42 (10,68%) idosos são originários do Estado do Tocantins.

Os números apresentados corroboram o que Carvalho; Fernandes (2004) falam acerca das migrações internas no Brasil, isto é, a migração tem apresentado circunstâncias em que o migrante é expulso de seu chão, rural ou urbano, por motivos de guerras mundiais ou regionais, pela ocorrência de epidemias, por perseguições políticas e étnico-religiosas, surgimentos de fenômenos climáticos ou geológicos, que sempre ocasionam períodos de fome e desespero. Todavia, na visão do migrante, sua mobilidade se deve a seu desejo de melhorar de vida, o que seria verdadeiro, em parte.

O direito fundamental de ir e vir está na base de qualquer programa de luta pela cidadania. Na sociedade brasileira atual, contudo, a grande maioria da população, especialmente os setores condenados à exclusão social, deixam sua terra e sua gente não por um ato livre, mas por motivos de vida ou morte. Está em jogo a própria sobrevivência. Daí nossa insistência em que ao direito de ir e vir corresponde o direito de "ficar". Quantos migrantes que hoje percorrem as estradas, se pudessem optar, decidiriam permanecer no solo onde enterraram seus mortos. Migrar deve ser uma decisão livre e não forçada pela sobrevivência (CARVALHO; FERNANDES, 2004, p. 12).

Tabela 22 – Estado da Federação de origem dos idosos.

Estado da Federação de Origem			
Categoria: Estado da Federação	Valores absolutos	Percentuais	
	AL	3	0,8
	BA	37	9,4
	CE	37	9,4
	ES	3	0,8
	GO	42	10,7
	MA	108	27,48%
	MG	21	5,34%
	MS	5	1,3
	PA	5	1,3
Estado da Federação	PB	5	1,3
	PE	11	2,8
	PI	50	12,7
	PR	3	0,8
	RN	5	1,3
	RO	5	1,3
	RS	8	2,09
	SP	3	0,8
	TO	42	10,68
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

A distribuição da população idosa por raça/cor (vide Tabela 23, a seguir) não se diferencia da distribuição da população brasileira com um todo, uma vez que houve predominância da população de cor branca (47,6%) entre os idosos pesquisados.

Tabela 23 – Raça/cor (critério IBGE).

Raça/Cor (critério IBGE)			
Categoria: Raça/ Cor		Valores absolutos	Percentuais
	Branca	187	47,6
	Parda	153	13,5
Raça/Cor	Preta	53	38,9
	Amarela	0	0
	Indígena	0	0
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Os seres humanos assumem três tipos de investimentos na esperança e expectativa que o investimento trará bons dividendos no futuro: educação, profissionalização, migração. Tais elementos são considerados como investimento em capital humano. O conhecimento e habilitações de um trabalhador que procedem da educação e da profissionalização, incluindo-se o treinamento proporcionado pela experiência geram certo estoque de capital produtivo. Quanto maior o nível de escolaridade e quanto mais for qualificado um indivíduo, maiores serão as rendas e maiores são as chances de inserir-se e se recolocar no mercado de trabalho, de receber aumentos salariais e promoção. Em outras palavras, o nível de escolaridade melhora as condições de renda e empregabilidade dos indivíduos. No público estudado percebe-se que houve investimento na migração mas não na educação e profissionalização, haja vista, que apresentam fraco nível educacional (vide Tabela 24, a seguir) porque a maioria 245 (62,41%) tem o nível de instrução do ensino fundamental incompleto, alguns (18,12%) são analfabetos e somente 0,8% possui nível superior. Tal fato pode ser atribuído às dificuldades no acesso a escolas em décadas passadas e a pouca valorização da educação formal. O menino aprendia a roçar e a menina a cuidar da casa para quando casar.

Tabela 24 – Nível de escolaridade dos idosos.

Nível de Escolaridade			
Categoria: Escolaridade	Valores absolutos	Percentuais	
	Analfabeto	71	18,12
	Fundamental Completo	50	12,7
	Fundamental Incompleto	245	62,41
Nível de Escolaridade	Ensino Médio Completo	16	4,1
	Ensino Médio Incompleto	5	1,3
	Superior Completo	3	0,8
	Superior Incompleto	3	0,8
Total	393	100%	

Fonte: Da autora.

Outro aspecto levantado quanto ao perfil dos idosos, alvo desta pesquisa, refere-se à filiação religiosa (vide Tabela 25, a seguir). A religião católica (61,1%) aparece em primeiro lugar, seguida da evangélica (35,6%) e espírita (3,3%). A religião é importante como suporte para uma ligação mais próxima de Deus já que o ciclo biológico não permite deixar de se pensar na finitude. Por outro lado, constitui-se em possibilidade de inserção social pela participação do idoso em atividades sociais filantrópicas.

Tabela 25 – Religião.

Religião			
Categoria: Religião	Valores absolutos	Percentuais	
Religião	Católica	240	61,1
	Espírita	13	3,3
	Evangélica	140	35,6
	Outras	0	0
Total	393	100%	

Fonte: Da autora.

Sobre a atividade profissional desenvolvida em período anterior ao recebimento do BPC (vide Tabela 26, a seguir), 88% informaram que trabalharam em atividades sem carteira assinada na área dos serviços gerais, agricultura, doméstica, do lar, entre outras.

Correlacionando com o sexo, a atividade informal foi realizada por 90% das mulheres e 86% dos homens.

Tabela 26 – Atividade profissional exercida antes do Benefício de Prestação Continuada.

Atividade Profissional Exercida Antes do BPC			
Categoria: Atividade profissional exercida antes do BPC		Valores absolutos	Percentuais
	Informal	346	88
Atividade Profissional antes do BPC	Formal com Carteira Assinada	47	12
	Total	393	100%

Fonte: Da autora.

Em relação ao local geográfico onde mais viveram (vide Tabela 27, a seguir), foi destacado que a maioria 314 (79,9%) passou grande parte de sua vida morando na área urbana.

Tabela 27 – Onde passou a maior parte da vida.

Onde Passou a Maior Parte da Vida			
Categoria: Onde passou a maior parte da vida		Valores absolutos	Percentuais
	Na Cidade	314	79,9
Onde Passou a Maior Parte da Vida	No Campo	55	14,0
	Meio a Meio/Em Ambos	24	6,1
	Total	393	100%

Fonte: Da autora.

5.2.2 Seção B: Condições de moradia

Os dados apresentados a seguir foram extraídos da seção B de perguntas contidas no formulário e que falam sobre: propriedade, tipo de construção, quantidade de cômodos, quantidade de banheiros, meios de comunicação, meios de transporte, utensílios da casa, saneamento, água e energia.

O direito à moradia está incorporado no art. 6º da Constituição Federal. Em relação aos idosos, o Estatuto dos Idosos estabelece, em seu capítulo IX, arts. 37 e 38, o direito à moradia digna, com a família e em instituições públicas e privadas. Também garante a prioridade na aquisição e reserva de 3% das unidades construídas pelos programas habitacionais públicos. Apesar desses esforços legais, não houve muitos avanços na materialização do direito à moradia porque uma significativa parcela da população idosa apresenta condições de moradia precárias. Esse indicador reflete o empobrecimento dos idosos estudados por causa do valor reduzido do BPC e das rendas mínimas auferidas nas atividades informais realizadas antes de ser beneficiário do BPC.

Independentemente da estimativa apresentada, a casa é muito importante para a pessoa idosa, porque é nesse espaço que passará a maior parte do seu tempo e, para muitos, é o único espaço de convivência.

Casa é o lugar onde o idoso passou quase a vida inteira, onde criou seus filhos, sofreu perdas e ganhos. É o lugar da rotina, do cotidiano, da intimidade, ambiente para se viver o dia a dia, local para o qual se pode voltar sempre. É o lugar do trabalho para a subsistência. É o lugar de desejo, de liberdade e de escolhas (ZIMERMAN, 2000). Nesse sentido,

não há como viver sem que se ocupe um espaço. Moradia é necessidade do ser humano, mas não somente. Não basta estar protegido, a casa é muito mais que o lugar do abrigo, e todos sabemos disso. É lugar de constituição da vida, revelando-a em suas múltiplas dimensões (PENSIM, 2001, p.1).

Portanto, a casa é o canto do idoso no mundo onde construiu suas referências por meio da convivência que estabeleceu com todos ao seu redor: vizinhança, comércio, igreja, local de saúde etc.

Apesar de casa ser o lugar onde o idoso se apoia, a canção de Fátima Guedes, no *Fim da casa* (o quarto do meu avô) revela o que muitas vezes acontece com os idosos, isto é, a falta de privacidade, os poucos pertences e a certeza de uma estadia breve. Assim, mesmo tendo onde morar, sob o pretexto de cuidar, os familiares se apossam de seus pertences, da sua casa e de sua vida, reduzem seu poder de decisão (para poupá-lo se decide por ele e não com ele), de autonomia e independência. Com efeito, diminuem progressivamente os contatos sociais, os papéis sociais, a comunicação. Isso tudo contribui

para o confinamento dos idosos ao leito ou ao domicílio, encaminhando-o à chamada morte social: “embora vivo, morto ele está”.

Nesse processo, o velho é isolado do contato social com pessoas com as quais, às vezes, conviveu grande parte de sua vida. Assim, a rede de atendimento institucional aos idosos, sustentando-se na possibilidade de retardamento da morte biológica, afasta familiares e parentes e provoca uma espécie de morte social do velho (ELIAS, 2001, p. 22).

Neste estudo, todos os idosos possuíam lugar para morar, mas essa moradia nem sempre representa o lugar em que o idoso vive da maneira que deseja, que sonha, com liberdade, privacidade, conforto e acolhimento. Em outras palavras, nem sempre suas escolhas autônomas estão sendo atendidas. Percebe-se então que, independentemente do contexto social, o idoso em muitos casos é destituído de sua capacidade de decidir e escolher onde morar.

Falando em condição da residência, dos declarantes 21 (5,3%) moram de aluguel; 324 (82,40%) possuem residência própria e 45 (11,5%) moram em imóveis cedidos (Tabela 28).

O fato de grande parte dos idosos morarem em casa própria revela que participaram também da constituição de Palmas/TO, e por isso têm um lar, mesmo que seja na região periférica da cidade.

Uma explicação para os idosos que moram em locais que não são de sua propriedade é a concentração imobiliária impossibilitando a aquisição do sonho da casa própria. Apesar de ser uma cidade relativamente nova, 23 anos, Palmas possui os mesmos problemas das demais cidades brasileiras. Bassul (2002) revela os efeitos negativos da segregação espacial para a organização do espaço urbano e para a população de baixa renda.

A dificuldade do acesso à terra tem sido fator determinante de carências e desigualdades sociais. Nas cidades, os altos preços do solo urbanizado determinam a segregação populacional por estratos de renda e impõem ônus sociais inversamente proporcionais à capacidade de pagamento de quem os suporta. Obrigados a buscar alojamento em áreas distantes e precariamente providas de serviços públicos, são exatamente os mais pobres os que arcam com os custos mais elevados de transporte e de acesso a bens e serviços urbanos. Se a propriedade fundiária dividiu os homens, hoje é vez das cidades, que excluem aqueles que as fizeram e nelas buscam abrigo (BASSUL, 2002, p. 1).

Além desse aspecto, o valor do aluguel consome parte do recurso do BPC para um público que já está muito vulnerável financeiramente. O aparecimento de outras condições de residência, como a cedida, revela a importância das teias de relações sociais na garantia da sobrevivência dos idosos. O estabelecimento dessa teia de relações sociais ocasiona vínculos que podem representar soluções temporárias em termos de moradias. O “morar de favor” é um exemplo da importância dessas relações.

Foi percebido que apesar de ser proprietário do imóvel, a administração da casa tem sido constantemente usurpada pelos familiares. Cabe destacar que o idoso precisa morar condignamente para que possa fruir a vida de modo saudável.

Tabela 28 – Propriedade da residência.

Propriedade da Residência			
Categoria: Propriedade da residência	Valores absolutos	Percentuais	
	Própria	324	82,40
Propriedade da Residência	Alugada	21	5,3
	Cedida	45	11,5
	Invadida	3	0,8
Total	393	100%	

Fonte: Da autora.

Quanto ao tipo de construção (vide Tabela 29, a seguir), houve predominância de casas construídas com alvenaria (98,5%). No Apêndice “E”, podem ser visualizadas fotografias que demonstram alguns exemplos de fachadas das casas, sendo algumas pintadas, outras não. Para tais fotos foram consideradas as residências onde eles moram independente de sua propriedade.

Tabela 29 – Tipo de construção da residência.

Imóvel Onde Mora			
Categoria: Tipo de construção		Valores absolutos	Percentuais
Tipo de Construção	Alvenaria	387	98,5
	Madeira	3	0,8
	Papelão e Lona	3	0,8
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Nas referidas moradias, em relação ao número de cômodos (vide Tabela 30, a seguir), destacam-se a existência de residências com 03 banheiros internos (0,7%), 04 quartos (1,01%), 03 salas (0,7%) e nenhuma área de serviço (46,31%). Apesar destas exceções, a maioria dos idosos reside em ambientes pequenos, com poucos compartimentos, possibilitando inferir que a questão da privacidade não parece ser uma demanda para esse contexto.

Tabela 30 – Quantidade de cômodos na residência.

Quantidade de Cômodos				
Categoria: Quantidade de cômodos		Valores absolutos		Percentuais
		Quant.	Idosos	
Quantidade de Cômodos	Sala	1	379	96,43%
		2	11	2,79
		3	3	0,8
	Quarto	1	211	53,68%
		2	124	31,55
		3	53	13,48
		4	5	1,3
	Cozinha	1	393	100
	Banheiro Interno	1	372	94,65
		2	18	4,58
		3	3	0,8
	Banheiro Externo	Não tem	393	100
	Área de Serviço	1	211	53,68
		Não tem	182	46,31%

Fonte: Da autora.

O meio de comunicação que a maioria dos idosos possui (vide Tabela 31, a seguir) é o telefone celular (76,60%).

Tabela 31 – Meios de comunicação que possui.

Meios de Comunicação que Possui			
Categoria: Meios de comunicação que possui		Valores absolutos	Percentuais
Meios de Comunicação que Possui	Telefone Fixo	92	23,40
	Celular	301	76,60
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Os bens de consumo duráveis, tais como: fogão, geladeira, telefone, rádio, televisão, máquina de lavar roupas, ar condicionado, micro-ondas, entre outros, contribuem para uma melhor qualidade de vida. Entretanto, seu acesso depende da renda do idoso que, no presente estudo, equivale a um salário mínimo. Apesar da restrição orçamentária, a maioria dos idosos pesquisados possui geladeira (96,69%), fogão (79,13%), televisão (97,96%), ventilador (64,37%) e máquina de lavar (50,89%).

Tabela 32 – Quantidade de utensílios na residência.

Utensílios na Residência				
Categoria: Utensílios na residência	Valores absolutos		Percentuais	
	Quant.	Idosos		
Utensílios	Geladeira	1	380	96,69%
		2	13	3,31
		Não tem	0	0
	TV	1	385	97,96%
		2	8	2,04
		Não tem	0	0
	Radio	1	148	37,65
		2	3	0,8
		Não tem	242	61,57
	Microondas	1	79	20,1
		2	0	0
		Não tem	314	79,89
	Fogão	1	385	97,96%
		2	0	0
		Não tem	8	2,09
	Arcondicionado	1	82	20,86
		2	0	0
		Não tem	311	79,13
	Ventilador	1	253	64,37
		2	11	2,79
		Não tem	129	32,82
	DVD	1	100	25,44
		2	3	0,8
		Não tem	290	73,79
Maquina De Lavar	1	200	50,89%	
	2	0	0	
	Não tem	193	49,10	
Som	1	55	13,99	
	2	3	0,8	
	Não tem	335	85,24	
TOTAL			100%	

Fonte: Da autora.

O bem estar dos idosos depende, além da renda, do acesso a serviços públicos fundamentais, como eletrificação, acesso a água (isto e, ligação do domicílio com rede geral de distribuição), esgoto sanitário (domicílios com banheiros ligados diretamente a rede coletora ou fossa séptica ligada a rede coletora de esgoto ou pluvial), acesso a coleta de lixo (direta ou indiretamente). Segundo, Madeiro (2013), a cobertura destes serviços, no Brasil, não é universal, a oferta é insuficiente, o acesso é estratificado pela renda das famílias e sua falta compromete com a qualidade de vida do cidadão. Sendo assim, os mais prejudicados no que diz respeito à infraestrutura são os pobres e os vulneráveis. Em Palmas, Tocantins, de acordo com informações da Companhia de Saneamento do Tocantins (SANEATINS) as áreas residenciais que são abastecidas com água e esgoto são: ARNE, ARNO, ARSE, ARSO, e a primeira etapa dos setores Aurenys I, II, III e IV, os demais bairros desse município não tem esse serviço público. No presente estudo, 91% dos idosos pesquisados possuem água encanada dentro de casa (vide Tabela 33, a seguir); 89% das residências dos idosos têm esgoto sanitário (vide Tabela 34, a seguir), e em 94,65% dos domicílios, existe luz elétrica (vide Tabela 35, a seguir), uma vez que os idosos pesquisados estão nas áreas residências de abrangência desses serviços.

Tabela 33 – Serviço de água na residência.

Serviço de Água na Residência			
Categoria: Serviço de água na residência		Valores absolutos	Percentuais
Serviço de Água na Residência	Encanada Legalizada	358	91
	Cisterna	20	5
	Não Tem	15	4
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Tabela 34 – Serviço de esgoto na residência.

Serviço de Esgoto na Residência			
Categoria: Serviço de esgoto na residência		Valores absolutos	Percentuais
Serviço de Esgoto na Residência	Serviço Público	350	89%
	Sumidouro	27	7
	Não Tem	16	4
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Tabela 35 – Serviço de energia na residência.

Serviço de Energia na Residência			
Categoria: Serviço de energia na residência		Valores absolutos	Percentuais
Serviço de Energia na Residência	Legalizada	372	94,65%
	Clandestina	3	0,8
	Outros	18	4,58
TOTAL		393	100%

Fonte: Da autora.

Os participantes desta pesquisa, que vivem na área urbana de Palmas, Tocantins, estão distribuídos em diversas áreas residenciais do município. Na Tabela 36, a seguir, é possível visualizar que a distribuição dos idosos é aleatória e pulverizada por todo o espaço urbano.

Tabela 36 – Endereços dos idosos pesquisados em Palmas, Tocantins.

Setor	Endereço	Quantidade	Endereço	Quantidade
ARNE	106 NORTE	3	ARNO	116
ARNE	108 NORTE	5	ARNE	21
ARNE	110 NORTE	10	ARSE	72
ARNE	404 NORTE	3	ARSO	3
ARNO	103 NORTE	5	SUL I: Aurenny 1 e 3	157
ARNO	303 NORTE	42	SUL II: Santa Fé e Taquaruçu	24
ARNO	305 NORTE	13	TOTAL	393
ARNO	307 NORTE	5		
ARNO	403 NORTE	13		
ARNO	407 NORTE	16		
ARNO	409 NORTE	16		
ARNO	503 NORTE	3		
ARNO	603 NORTE	3		
ARSE	106 SUL	10		
ARSE	1104 SUL	3		
ARSE	1106 SUL	10		
ARSE	110 SUL	5		
ARSE	1206 SUL	31		
ARSE	504 SUL	8		
ARSE	706 SUL	5		
ARSO	1105 SUL	3		
Aurenny 1		87		
Aurenny 3		70		
Santa Fé		3		
Taquaruçu		21		
Total		393		

Fonte: Da autora.

Observa-se que em apenas duas áreas, o número de idosos excede ao quantitativo de 100. A área SUL é uma região periférica, muita populosa e foi constituída de pessoas de baixa renda. A ARNO, apesar de estar no Plano Diretor, algumas quadras foram constituídas por meio de invasões (ARNO 31, 32 e 33), é a segunda área mais populosa de Palmas, Tocantins, e sua população está classificada como de média e baixa renda.

5.2.3 Seção C: Arranjo familiar

Agora serão apresentadas as informações colhidas na seção C do formulário, isto é, com quem mora o idoso, quantidade de filhos e descrição do grupo familiar.

A visão mítica do discurso biológico e orgânico de velhice como fragilidade e declínio parece influenciar a família, o Estado e a sociedade em relação ao local onde o idoso deve morar, isto é, deve morar com a família ou em uma instituição. Transcendendo essa possibilidade, o idoso também pode morar sozinho. Se tiver incapacidade física permanente ou transitória, impõe-se como determinante a moradia com a família ou a institucional.

Em relação à institucionalização, no Brasil ainda prevalece a ideia de que o idoso foi abandonado, quando a família resolve colocá-lo em instituição asilar. Essa concepção é resultante da prática da institucionalização brasileira marcada em primeiro momento pela caridade (famílias abastadas protegiam os incapazes para o trabalho), em seguida pelo discurso higienista da medicina (controla, separa e categoriza os pobres) e, por último, pela especialização das instituições em relação a seu público-alvo (inválidos vão para asilo, loucos para o hospício, menores aos institutos correcionais). A busca pela institucionalização deve-se à perda de capacidade funcional; à falta de renda; à ausência ou distância física/afetiva da família; aos conflitos intrafamiliares e à socialização do idoso.

Apesar da institucionalização, muitas pessoas, ao ouvirem a palavra casa, geralmente a associam à de família e, por isso, não concebem outras possibilidades de morar. Na família o idoso pode morar como responsável pelo domicílio ou na condição de parente. A moradia do idoso com a família está prevista nas diretrizes da Política Nacional do Idoso, mas a legislação ainda não regulamentou sobre a rede de suporte (materiais, financeiros e profissionais) que a família deve possuir para atender o seu idoso, à medida que ele se torna mais dependente. Apesar da previsão legal, deve ser destacado que nem sempre morar com a família é o melhor para o idoso, porque vários estudos evidenciam estar ele mais exposto a sofrer maus-tratos e violência dentro da família, e em outras têm seus direitos violados. Portanto, pode estar desempoderado (CAMARANO, 2004a).

Pesquisa realizada pelo IBGE (2010) revela que o número de domicílios no Brasil habitados por apenas uma pessoa aumentou, sendo que o número de mulheres morando sozinhas é maior que o de homens.

De 1992 a 2012, o número de idosos brasileiros que residem sozinhos aumentou, passando de 1,1 milhão para 3,7 milhões, crescimento de 215% (IBGE, 2013). Colluci (2013) cita como causas desse acréscimo a feminilização da velhice, pois 65% dos que moram sós são mulheres, como também o fato da concentração de pessoas residindo na área urbana, pois suas condições de vida e oferta de serviços favorecem e reforçam o desejo dos idosos de morarem sozinhos.

Assim, os modos de morar dos idosos influenciam no processo de envelhecimento, porque determinam seu espaço social e físico. Nesse sentido, como, com quem e onde vivem os idosos são fatores decisivos para a determinação do papel, autonomia, poder e prestígio, componentes do seu *status*.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, Janet Wilmoth (2002) identificou que existem cinco tipos comuns de arranjos de vida para idosos: morar sozinho, viver com o cônjuge; corresidir com filhos ou outra família; viver com pessoas sem laços de parentesco ou morar em uma instituição. Independentemente do arranjo escolhido haverá uma hierarquia de dependência de outros, isto é, amigos e vizinhos podem auxiliar nas atividades básicas diárias, e a família deve se encarregar do cuidado pessoal e de longo prazo. A autora destaca que o idoso que vive só está sob o risco de precisar de assistência para realizar as atividades da vida diária e as atividades instrumentais do dia a dia. Apesar dessa ressalva, informa que o impacto negativo de viver só é compensado pela independência que esse arranjo proporciona, já que existe muita pressão nas relações familiares quando há corresidência com os filhos.

Assim, nesta pesquisa, os “ninhos vazios”, isto é, residências constituídas somente de idosos, representam 211 (53,7%), sendo que, destes, 76 (19,3%) moram sós. Analisando por outro ângulo, na maioria dos casos os idosos vivem acompanhados, 317 (80,8%); sendo que, destes, 135 (34,4%) moram com o cônjuge e 71 (18,1%) com filhos, parentes e agregados (Tabela 37). Isso evidencia que a família configura-se como um ambiente de proteção social.

Ao correlacionar essa variável ao sexo e à idade foi observado que, dos idosos que vivem sozinhos 76 (19,3%), a maioria (42,1%) está na faixa etária dos 60 a 70 anos e é do sexo masculino (53,9%).

Tabela 37 – Com quem mora.

Com Quem Mora o Idoso			
Categoria: Com Quem Mora	Valores absolutos	Percentuais	
	Sozinho	76	19,3
	Conjuge	135	34,4
Com Quem Mora	Conjuge e Filhos	52	13,2
	Filhos	59	15
	Filhos, Parentes, Agregados	71	18,1
TOTAL		393	100%

Fonte: Da autora.

Quanto ao número de filhos e filhas (vide Tabela 38, a seguir), prevaleceu a faixa de 01 a 03 filhos para 39,7% dos pesquisados, complementados por 30,8% que tiveram acima de 07 filhos. A maioria, dos idosos pesquisados (90,58%), declarou que ainda possui filhos vivos (vide Tabela 39, a seguir), portanto há um grupo potencial de pessoas que podem estar envolvidas no cuidado do idoso e/ou filhos com quem o idoso pode coabitar. Considerando que as mulheres são, geralmente, quem toma a responsabilidade de cuidar dos idosos, ter uma filha mulher aumenta as chances de receber ajuda e viver com os filhos.

Tabela 38 – Quantidade de filhos que teve.

Quantidade de Filhos que Teve			
Categoria: Quantidade de filhos que Teve	Valores absolutos	Percentuais	
	01 até 03 Filhos	156	39,7
Quantidade de Filhos que Teve	04 até 07 Filhos	116	29,5
	Acima de 07 Filhos	121	30,8
	Nenhum Filho	0	0
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Tabela 39 – Possui filhos vivos.

Filhos Vivos			
Categoria: Filhos Vivos		Valores absolutos	Percentuais
Filhos Vivos	Não Tem Filhos Vivos	37	9,42
	Tem Filhos Vivos	356	90,58
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Tabela 40 – Quantidade de pessoas que moram com o idoso.

Quantidade de Pessoas que Moram com o Idoso			
Categoria: Pessoas que Moram com o Idoso		Valores absolutos	Percentuais
Pessoas que Moram com o Idoso	Vive Só	76	19,3
	02 Pessoas	136	34,6
	03 Pessoas	50	12,72
	04 Pessoas	60	15,26
	05 Pessoas	40	10,17
	06 Pessoas	20	5,08
	Acima de 06 Pessoas	11	2,87
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

5.2.4 Seção D: Rede de apoio familiar

Nesta seção são apresentadas informações sobre a rede de apoio social, o cuidado e o cuidador.

Na vivência em condições vulneráveis, a condição socioeconômica, o suporte social e as características individuais e familiares contribuem para que diferentes formas de ações sejam realizadas diante do processo de envelhecimento.

No rol dessas ações há as relações constituídas pelas redes de apoio social e familiar. Para compreendê-las, é preciso diferenciar rede social de apoio social, pois, embora estejam inter-relacionados, carregam diferenças entre si. Para Nóbrega et al. (2010), a rede social refere-se à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo. O apoio social encontra-se na dimensão pessoal e é constituído por membros da rede social efetivamente importante para as famílias. Rede social é uma teia de relações que liga os

diversos indivíduos que possuem vínculos sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam através desses vínculos. Para Neri (2001), a rede social de apoio representa o conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm entre si relações típicas de dar e receber. Possui estrutura e funções diferenciadas com o fim de atender as necessidades de cada faixa etária.

Essa perspectiva mostra que o apoio social é um processo de interação entre pessoas ou grupos de pessoas que por meio do contato sistemático estabelecem vínculos, recebendo apoio material, emocional, afetivo, contribuindo para o bem-estar recíproco. O apoio social realça o papel que os indivíduos podem desempenhar na resolução de situações conflitantes e de crise.

A rede de apoio social dos idosos deste estudo se constitui, principalmente, dos profissionais da saúde, do posto de saúde que frequentam, da igreja, da escola, dos vizinhos, dos amigos e dos familiares.

Dentre as diversas formas de apoio encontradas, o espiritual contribui sobremaneira para o fortalecimento do idoso, principalmente para as mulheres:

“Agora sou evangélica. [...] Quando eu vou pra igreja eu me sinto muito à vontade, [...] me sinto muito bem” (Sandra).

“[...] Eu peço muito a ajuda de Deus. [...] Eu sempre tive um vínculo muito forte com Deus, que me conforta muito. [...] acredito muito que só Ele pode me ajudar” (Bárbara).

“Primeiramente é Jesus [...]. Eu tenho um vínculo muito forte com Ele” (Keila).

A fé em algo maior e mais poderoso é importante, uma vez que melhora o estado emocional por trazer esperança para enfrentar as situações adversas, perdão e amor para superar os sentimentos negativos. Além disso transmite segurança, serenidade e, de certo modo, controla as situações estressantes vivenciadas diariamente. Espiritualidade é um mecanismo de enfrentamento encontrado para evitar um desequilíbrio físico e mental mais intenso.

Além do apoio espiritual, os idosos referiram receber ajuda material e financeira de familiares:

“Porque é assim, na casa de alguém da família lá tem tudo: alimentação, tem dormida, entendeu? Só que quando a gente vai, a gente leva alguns produtos e sempre um pouco de dinheiro” (Lopes).

“A única pessoa que me ajuda é a minha filha, que trabalha [...] Sempre me ajuda com roupas, calçados. [...] tem medicação caríssima que ela, quando pode, compra” (Ágata).

O apoio dos profissionais da saúde também foram relatados:

“Eu recebo muito apoio do pessoal do postinho [...] Ali eu me sinto à vontade mesmo. Ainda se eu precisar conversar com eles, eles conversam comigo. Perguntam se eu tô precisando de alguma coisa [...] São pessoas assim que deixam você bem [...] com a autoestima bem levantada” (Sônia).

Os vizinhos também foram citados em referência ao apoio mútuo, acolhendo uns aos outros nos momentos mais delicados. Esta rede de solidariedade pode ser denominada como *a família de fora*, com formas heterogêneas de ajudar: os vizinhos mais próximos trocam experiências sobre os problemas enfrentados, olham as crianças, envolvem-se diretamente nos cuidados, divulgam informações, orientam quando necessário, fazem compras. Esta família de fora torna a vida dos idosos menos árdua por ajudá-los a enfrentar as adversidades que surgem dia a dia. Sua existência atua em favor tanto do idoso quanto de sua família.

Família é um termo polissêmico, uma vez que são tantos os arranjos familiares atuais que quase impossibilitam uma definição mais precisa. Essa nova forma de estruturação e organização da família traz consequências no cuidado do idoso, já que é atribuída à família a responsabilidade pelos atendimentos das demandas sociais e de saúde do idoso (BRASIL, 2003).

Para os idosos da pesquisa o principal cuidador (Tabela 41) é o cônjuge (47,6%); seguido dos filhos, por 39,7%. Não foi identificado nenhum profissional contratado e 1,25% dos idosos referiram não ter a pessoa do cuidador.

Tabela 41 – Quem é o cuidador do idoso.

Cuidador do Idoso			
Categoria: Cuidador do idoso		Valores absolutos	Percentuais
Cuidador do Idoso	Conjuge	186	47,6
	Filhos	157	39,7
	Outros Parentes	45	11,45
	Ninguém	5	1,25
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Com relação ao sexo (vide Tabela 42, a seguir), das 388 (8,72%) pessoas que cuidam do idoso, observou-se que essa atividade é realizada de forma preponderante pelas mulheres 274 (69,7%), que também já cuida das atividades domésticas.

Tabela 42 – Sexo do cuidador.

Sexo do Cuidador			
Categoria: Sexo do Cuidador		Valores absolutos	Percentuais
Sexo do Cuidador	Masculino	114	29
	Feminino	274	69,7
	Idoso sem Cuidador	5	1,3
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Também foi observado que os cuidadores moram com os idosos, conforme evidenciado na Tabela 43, a seguir.

Tabela 43 – Local onde reside o cuidador.

Cuidador Reside com o Idoso			
Categoria: Cuidador Reside com o Idoso		Valores absolutos	Percentuais
Cuidador Reside com o Idoso	Sim	312	79,4
	Não	76	19,3
	Idoso sem Cuidador	5	1,3
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Quando perguntados sobre o relacionamento que possuem com o cuidador 95,6% informaram que é bom.

Tabela 44 – Relação do idoso com o cuidador.

Relação do Idoso com o Cuidador			
Categoria: Relação do Idoso com o Cuidador		Valores absolutos	Percentuais
Relação do Idoso com o Cuidador	Ótima	243	61,90
	Satisfatória	132	33,6
	Razoável	5	1,3
	Fraca	5	1,3
	Péssima	3	0,8
	Idoso sem Cuidador	5	1,3
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

A maioria (85,24%) dos idosos não recebe ajuda financeira de terceiros, evidenciando a vulnerabilidade desse grupo.

Tabela 45 – Ajuda econômica recebida de terceiros.

Ajuda Econômica Recebida de Terceiros			
Categoria: Ajuda Econômica Recebida de Terceiros		Valores absolutos	Percentuais
Ajuda Econômica Recebida de Terceiros Cuidador	Não Recebe Ajuda	335	85,24
	Recebe a Ajuda dos Filhos	53	13,48
	Recebe a Ajuda de Terceiros	5	1,27
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

5.2.5 Seção E: Avaliação funcional

Apresentam-se nesta seção dados sobre as atividades que o idoso realiza e que são classificadas como Atividades da Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

O envelhecimento do ser humano é um processo irreversível. Pressupõe alterações gradativas e naturais nas esferas física, psicológica e social, que acabam contribuindo para a progressiva perda da capacidade funcional que, em termos gerais, representa a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais para ter uma vida independente e autônoma. Assim, qualquer alteração observada no indivíduo em relação a sua agilidade física e mental passa a ser associada com o envelhecer. Isso ocorre pela associação da velhice às perdas, à incapacidade e à degeneração. Além desses aspectos, se a velhice estiver acompanhada de qualquer limitação física ou de uma doença incapacitante, os termos dependência e autonomia são considerados antônimos, e o idoso muitas vezes perde a condição de autônomo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1988), os idosos em situação de vulnerabilidade possuem as seguintes características: idade superior a 80 anos; moram sozinhos; mulheres, especialmente solteiras e viúvas; moram em instituições; isolados socialmente; sem filhos; têm limitações severas ou incapacitantes; casais em que um dos cônjuges é incapacitado ou está doente; têm recursos escassos. Enfim, a vulnerabilidade está vinculada a situações que tornam os idosos frágeis nos aspectos econômico, psicológico, intelectual, político e social.

Sobre a fragilidade social, Teixeira e Correia (2002) a definem como sendo as situações que envolvem o risco de ruptura do equilíbrio existente entre o indivíduo e o meio social, como é o caso, por exemplo, da pobreza, do desemprego de longa duração, da doença mental, da deficiência, de estar acamado, de sofrer violência doméstica e do insucesso escolar acarretando a rejeição e a exclusão social. Por critério etário, é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade.

As situações de vulnerabilidade e de fragilidade podem levar o idoso a uma situação de dependência e perda de autonomia.

A dependência está vinculada às condições em que há limitação das capacidades funcionais e comprometem a qualidade de vida do idoso. É independente aquela pessoa que preserva a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária e, por isso, vive na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de terceiros. Observa-se que o conceito de dependência e independência somente existe em relação a alguma coisa ou pessoa, ou seja, o idoso pode ser independente financeiramente e dependente de afeto; intelectualmente independente, mas fisicamente incapaz. Nem todo idoso que tem alguma limitação funcional é necessariamente dependente (PASCHOAL, 1999), mas pode ser considerado com potencial para desenvolver fragilidade. Para Neri (2002), a dependência possui determinantes como: doença crônica; senso de desamparo; estados afetivos negativos; falta de ajuda física e psicológica; desestruturação do ambiente físico devido à pobreza, abandono ou negligência; falta de apoio ambiental. Portanto, sua origem é resultado da interação dos fatores genético-biológicos com os socioculturais.

Em relação à autonomia, palavra de origem grega (auto = eu; nomos = lei), Paschoal (1999, p. 33) informa que a pessoa autônoma é a que

retira de si mesma a fonte de poder; tem nela mesma a fonte de decisão, conseguindo assim tornar-se ela mesma e construir seu próprio caminho de vida. [...] autonomia significa que eu tenho a minha própria lei, ou que sou comandado por mim mesmo, porque determino minha legalidade, norteio-me, escolho minhas metas e estabeleço caminho para alcançar as metas escolhidas. O contrário de autonomia, a heteronomia, significa que a lei é dada, imposta, sugerida, ensinada; a pessoa segue uma lei da qual não é a própria fonte.

Nesse sentido, pode-se dizer que o idoso tem autonomia quando possui a habilidade de controlar e tomar decisões, criar as próprias normas, falar de si, das suas escolhas e das suas vontades, sobre como deve viver diariamente. Caso contrário, o que existe é a

heteronomia, isto é, não tem opiniões e segue uma norma predefinida para ele. Portanto, a autonomia se vincula ao exercício da cidadania e a ser cidadão. Exerce sua cidadania ao solicitar que seus direitos e deveres sejam respeitados e garantidos e, conseqüentemente, torna-se um cidadão, porque zela pela aplicação de seus direitos civis, políticos e sociais (direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade).

Conseqüentemente, o idoso que está impossibilitado de tomar decisões e não participa da vida social não exerce a cidadania. Quando está fragilizado e dependente, sem direito à liberdade, a tomar conta da sua própria vida, das suas finanças, outros é que deliberam sobre o que é melhor para ele.

Camarano, Pasinato e Lemos (2007) constataram que a fragilidade do idoso tem conseqüências sobre a sua condição no domicílio, isto é, na sua condição de chefe, na de cônjuge, de parente e também sobre o arranjo familiar, ou seja, vivendo sozinho, como parente, com o cônjuge etc.

Em relação à capacidade funcional, à autonomia, homens e mulheres apresentam diferenças quando classificados como idosos. As mulheres têm mais probabilidade de ficar viúvas, de possuírem situação financeira menos favorável e ter um maior grau de declínio na autonomia funcional devido a uma maior carga de doenças crônicas (CAMARANO, 2004a). Esses aspectos contribuem para que as mulheres idosas vivam acompanhadas.

Com relação ao grau de dependência para a execução das AVDs (Tabela 36), atividades do dia a dia que estão vinculadas ao autocuidado e à sobrevivência, tais como: alimentação, higiene, locomoção, movimentação (KAWASAKI; DIOGO, 2001), a maioria dos idosos pesquisados é independente, podendo-se supor que são capazes de viver o cotidiano sem ajuda de outra pessoa. A AVD “tomar banho” é a que necessita mais de ajuda (10,17%) e “alimentar-se” é a que menos necessita de auxílio na sua execução (2,03%).

Quanto às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), isto é, atividades que subsidiam a vida cotidiana e requerem melhor desempenho da capacidade funcional, como lavar e passar roupas, preparar refeições, limpar a casa, realizar atividades extradomiciliares (ir a banco, supermercado, farmácia, padaria etc.) (KAWASAKI; DIOGO, 2001) os idosos pesquisados são, em sua maioria, independentes (Tabela 46). As AIVDs que necessitam mais de apoio são: “ir ao banco” (43%) e “limpar a casa” (43%).

Do exposto afirma-se que a maioria dos idosos consegue desempenhar as AVDs e AIVDs sem dificuldades, demonstrando que os idosos têm boa interação com o meio onde vivem.

Tabela 46 – Grau de dependência para realizar as Atividades da Vida Diária.

Grau de Dependência para Realizar as Atividades da Vida Diária				
Categoria: Atividades da Vida Diária		Valores absolutos		Percentuais
		IDOSOS		
Grau de Dependência para Realizar as Atividades da Vida Diária	Para Tomar Banho	Independente	353	89,82
		Dependente	40	10,17
	Para Vestir-se	Independente	367	93,38
		Dependente	26	6,62
	Para Usar o Banheiro	Independente	367	93,38
		Dependente	26	6,62
	Para se Locomover	Independente	367	93,38
		Dependente	26	6,62
	Para se Alimentar	Independente	385	97,97
		Dependente	8	2,03

Fonte: Da autora.

Tabela 47 – Grau de dependência para realizar as Atividades Instrumentais da Vida Diária.

Grau de Dependência para Realizar as Atividades Instrumentais da Vida Diária				
Categoria: Atividades Instrumentais da Vida Diária		Valores absolutos		Percentuais
		IDOSOS		
Grau de Dependência para Realizar as Atividades Instrumentais da Vida Diária	Para Fazer Compra	Independente	298	75,82
		Dependente	95	24,18
	Para ir ao Banco	Independente	224	57
		Dependente	169	43
	Para Limpar a Casa	Independente	224	57
		Dependente	169	43
	Para Cozinhar	Independente	261	66,41
		Dependente	132	33,59

Fonte: Da autora.

5.2.6 Seção F: Estilo de vida e saúde

Diferentes concepções podem ser encontradas sobre estilo de vida. Na teoria administrativa – notadamente nas análises mercadológicas –, estilos de vida são padrões dentro dos quais as pessoas vivem e gastam seu tempo e seu dinheiro. Na sociologia, conforme Vila Nova (2004, p. 153), estilo de vida “diz respeito aos padrões de comportamento, às crenças, aos valores, às atitudes, às aspirações próprias de cada classe social”. Assim, administrativamente um estilo de vida reflete as ideias, os interesses, as opiniões ou os comportamentos de natureza transitória. Isto é, passíveis de serem modificados ou, pelo menos, reestruturados dentro de um espaço de tempo relativamente curto, enquanto na perspectiva sociológica por envolver valores a escala de tempo para as mudanças são maiores.

No presente estudo, o estilo de vida dos idosos pesquisados enfatiza hábitos mais saudáveis, com pouca ingestão de bebida alcoólica e baixa dependência de cigarro. Contudo, difere no quesito dinamicidade, interação social, atividades físicas e dietas mais saudáveis.

A ocorrência de tabagismo entre os pesquisados apresentou-se baixa (15,5%) e o hábito de fumar é estatisticamente maior entre os homens do que nas mulheres (vide Tabela 48, a seguir).

Tabela 48 – Hábito de fumar.

Hábito de Fumar			
Categoria: Hábito de Fumar		Valores absolutos	Percentuais
Hábito de Fumar	Fuma Atualmente	19	15,5
	Não Fuma	374	84,5
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Na Tabela 49, a seguir, têm-se os resultados relativos ao consumo atual de bebidas alcoólicas pelos idosos. De maneira semelhante com o que ocorreu com a variável relacionada ao hábito de fumar, 8,7% dos participantes da pesquisa referiram consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 49 – Hábito de tomar bebida alcoólica.

Hábito de Tomar Bebida Alcoólica			
Categoria: Hábito de tomar bebida alcoólica		Valores absolutos	Percentuais
Hábito de Tomar Bebida Alcoólica	Bebe Atualmente	23	8,7%
	Não Bebe	370	91,3%
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Com relação às atividades de lazer, observa-se que a maioria (78,03%) não pratica essas atividades. A festa em família foi à atividade com maior frequência de respostas referidas pelos entrevistados (6,9%).

Tabela 50 – Atividades de lazer praticadas (costume).

Atividades de Lazer Praticadas			
Categoria: Atividades de Lazer Praticadas	Valores absolutos	Percentuais	
	Restaurante	8	2
	Cinema	3	0,8
	Clube	5	1,3
Atividades de Lazer Praticadas	Festa em Família	26	6,9
	Parques	3	0,8
	Bar	40	10,17
	Nenhuma	308	78,03
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Em relação aos hábitos alimentares (vide Tabela 51, a seguir), observou-se que 358 (91,08%) responderam que fazem 03 ou mais refeições por dia, incluindo o café da manhã. Foi identificado que 16 (4,1%) só fazem uma refeição por dia e, 19 (4,87%), duas refeições.

Tabela 51 – Refeições realizadas diariamente.

Refeições Realizadas Diariamente			
Categoria: Refeições realizadas diariamente	Valores absolutos	Percentuais	
	Só Almoço	16	4,10
	Almoço e Jantar	3	0,80
Refeições Realizadas Diariamente	Café e Almoço	16	4,07
	Café, Almoço e Lanche	37	9,40
	Café, Almoço e Janta	137	34,86
	Café, Almoço, Lanche e Janta	184	46,82
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

Quanto ao uso de medicação (vide Tabela 52, a seguir), a maioria 169 (43%) informou fazer uso de algum medicamento evidenciando o quanto é importante há aplicação do recurso do BPC para satisfazer essa necessidade.

Tabela 52 – Quantidade de medicamento que toma diariamente.

Quantidade de Medicamento que Toma Diariamente			
Categoria: Quantidade de Medicamento que Toma Diariamente		Valores absolutos	Percentuais
Quantidade de Medicamento que Toma Diariamente	Nenhum	71	18,1
	De 01 a 03 Medicamentos	153	38,9
	Acima de 03 Medicamentos	169	43,0
Total		393	100%

Fonte: Da autora.

5.2.7 Seção G: Aplicação do recurso do Benefício de Prestação Continuada

São informados nessa seção os elementos que os idosos mais consomem com o valor do BPC.

O recurso financeiro recebido do governo constitui-se em importante fonte de apoio para o idoso e sua família porque reforça o orçamento familiar e ajuda a prover as necessidades emergenciais do idoso e de sua família, principalmente para aqueles que estão com problemas de saúde visto que os gastos com medicação e alimentação para esses idosos demandam muitos recursos e, sem esse tipo de apoio, poderia ocorrer uma institucionalização (para idosos sem residência), interrupção do tratamento (nos casos dos doentes idosos), falta de alimentação e serviços públicos básicos, como foi observado nos depoimentos a seguir,

“[...] Se não fosse (a ajuda do governo), eu não teria como pagar os remédios e os alimentos” (Keila).

“[...] Pago 180 reais de aluguel, aí pago 60 de luz, 40 de água, alimentação, remédios, os remédios eu compro tudinho. As coisas dele é tudo assim, a dieta dele, tem coisa que ele não pode comer, as coisas dele é sem sal. Completamente eu vivo nas graças de Deus porque eu não tenho [...]” (Francisca).

“[...] a alimentação melhorou, dá para comprar as coisas que eu gosto. Também pago água e luz” (Rener).

“Quando recebo o pagamento, aproveito e compro umas frutas, mas só naquele dia, depois não dá mais porque o gasto com os remédios é muito grande” (Divino) .

“Eu pago o aluguel, a água e a energia. Depois compro alimentos e o que sobra é muito pouco”(Félix).

“Eu sei que fome não vou passar, porque eu vou poder comprar (Eliene).

Além dos gastos com os remédios do idoso, há os gastos domésticos, como descritos acima, e praticamente a única renda destes idosos e de suas famílias é a verba recebida do BPC. O valor mensal recebido contribui para que a família faça seu planejamento financeiro, pois têm a certeza de que na data prevista terá esse recurso em mãos. Como os gastos se concentram em alimentação remédio e pagamento de água e energia, isto significa que a renda está sendo direcionada ao atendimento das necessidades mais essenciais. Neste sentido, o BPC proporciona a inserção e o acesso desses idosos a bens e serviços, mas não soluciona o problema da pobreza e da situação vulnerável em que esses sujeitos se encontram. Com esse recurso, mínimo, as famílias fazem o possível para suprir suas necessidades e, portanto, ressaltam a importância do mesmo:

“Eu recebo o BPC. [...] pra mim é uma riqueza. (Bárbara).

“Estou muito feliz, minha vida mudou. Sai da casa do meu filho e voltei para o meu cantinho” (Márcia).

“É uma ajuda muito grande (o INSS). Tudo era difícil, eu esperava tudo dos outros [...] com essa ajuda vou poder comprar meus remédios. Vou comprar uma roupa, não vou ficar esperando pelos outros (Kely)”

Essas manifestações expõem o impacto objetivo e subjetivo gerado pelo acesso ao BPC. Objetivo por representar impactos concretos e diretos na sobrevivência do idoso e sua família; subjetivo pela possibilidade real de poder alterar, mesmo que em pequena escala, a sua condição de vulnerabilidade social. Também revelam que o benefício melhora a vida dessas pessoas, ao suprir suas necessidades imediatas e de curto prazo, dando-lhes a possibilidade de escolher pelo menos o que vão comer. Contudo, denunciam o que passam com as pessoas em situação de pobreza.

O BPC trata-se do Amparo Assistencial ou Renda Mensal Vitalícia referido na Lei Orgânica de Previdência Social (LOAS), Lei nº 8742/93 concedido os idosos que não podem ganhar sua própria manutenção e nem sua família tem esta possibilidade. Para ter acesso a esse Amparo Assistencial a família deve cumprir os seguintes critérios: possuir renda mensal de cada um de seus membros inferior a um quarto de salário mínimo, ou seja, somando-se os rendimentos e dividindo-se pelo número de pessoas que fazem parte da família, o valor não pode ser superior a um quarto do salário mínimo; não pode estar vinculada a nenhum regime de previdência social; e não pode estar recebendo benefício de espécie alguma.

O BPC é classificado como um benefício individual. Contudo, como a maioria dos pesquisados moram com outras pessoas (cônjuges, filhos, outros parentes), percebeu-se, conforme expresso na Tabela 53, a seguir, que 43,47% de tal recurso são investidos em prol do grupo familiar.

Tabela 53 – Quantidade de medicamento que toma diariamente.

Grau de Importância dos Gastos com o Benefício de Prestação Continuada		
Categoria: Gastos com o Benefício de Prestação Continuada		Valores Relativos
	Alimentação da Família	34,78%
	Alimentação só do Idoso	18,35%
	Medicamento do Idoso	18,35%
Grau de Importância dos Gastos com o Benefício de Prestação Continuada	Medicamentos para a Família	8,69%
	Habitação	7,72%
	Vestuário	6,28%
	Educação	4,34%
	Lazer	1,44%
	TOTAL	

** Para cada uma das despesas foi atribuída uma escala de valor de **0** a **7**, zero para as que têm menor importância e 7 a mais importante. Esse coeficiente foi determinado pela média ponderada dos valores atribuídos a cada despesa. Foi considerada como mediana o valor 4, assim os indicadores que apresentaram escores acima de 4 apontavam um grau de maior importância.

Fonte: Da autora.

5.2.8 As mulheres da pesquisa

Em todos os países, o envelhecimento da população é uma realidade. A atenção a esse segmento, portanto, não diz respeito apenas aos idosos, mas a toda a sociedade. Contudo, as mudanças enfrentadas nessa fase da vida são predominantemente femininas, isto é, entre os sujeitos da terceira idade, há uma tendência para a maior proporção de mulheres na população idosa. No Brasil, a população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6% da população brasileira). As mulheres são maioria, 8,9 milhões. As mulheres vivem, em média, 08 anos a mais que os homens. Essa variável demográfica foi classificada como feminização da velhice.

A feminização da velhice pode ser explicada a partir dos aspectos sócio-demográficos, epidemiológicos, sociológicos e psicológicos. Pelo prisma sócio-demográfico a feminização da velhice tem sua origem vinculada ao acesso das mulheres ao mercado de trabalho, as novas estruturas familiares, a urbanização, a diminuição das taxas de fertilidade e natalidade, gerando como consequência os seguintes fenômenos: *i*) mulheres vivem mais tempo que os homens em razão de estarem mais protegidas dos comportamentos classificados como de risco (tabagismo, alcoolismo, vida sedentária, nutrição deficiente); *ii*) maior presença relativa de mulheres na população acima de 60 anos, principalmente nos estratos mais velhos; *iii*) aumento na quantidade de mulheres idosas que integram a população economicamente ativa; e *iv*) crescimento do número de mulheres que são chefes de família (CAMARANO *et al.*, 2004).

Do ponto de vista epidemiológico, a feminização da velhice está associada às taxas mais altas de doenças crônicas, incapacidade física, déficit cognitivo, dor, depressão, fadiga, consumo de medicamentos, quedas e hospitalização entre as mulheres idosas do que entre os homens idosos. Assim, por serem mais longevas e, ao mesmo tempo, biologicamente mais frágeis, as idosas estão mais expostas ao isolamento, à carência de cuidados, ao abandono, a dependência de suporte formal e à violência, principalmente nos estratos sociais mais pobres (CAMARANO *et al.*, 2004). Além disso, são mais afetadas fisicamente, socialmente e psicologicamente devido ao dever de cuidar do cônjuge, dos pais, dos filhos, e até de netos e outros parentes idosos (NERI, 2002).

Em termos sociológicos, a feminização da velhice coincide com a definição simbólica dos comportamentos esperados das mulheres idosas, as mudanças nas relações intergeracionais, nos intercâmbios de apoio material, instrumental e afetivo entre gerações e nas novas formas da velhice ser vivida, sempre considerando que esses aspectos variam de acordo com a classe social a que as mulheres idosas pertencem (GOLDANI, 1999). Porém, independentemente, dessas mudanças, hoje existe mais flexibilidade para a mulher tomar suas decisões em relação à constituição da família, ter filhos, ao trabalho, ao comportamento sexual, a educação. A libertação do papel da procriação, do cuidado com os filhos e com a casa e, até da dependência do marido é apontada como um fator positivo para as mulheres idosas, com mais liberdade, autovalorização, autoafirmação, atividade e participação social fora das dependências doméstica (DEBERT, 1999). Essa nova forma de viver a velhice recebeu a denominação de terceira idade que em conjunto com a

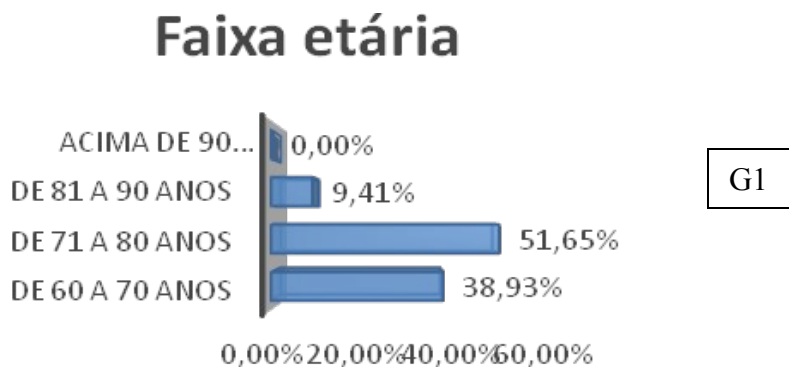
criatividade brasileira passou a ser conhecida como feliz idade, melhor idade, maior idade e maturidade, expressões muito usadas nos centros de convivência, universidades da terceira idade e grupos de atividades físicas e lazer e, que muitas vezes, escondem realidades indesejáveis.

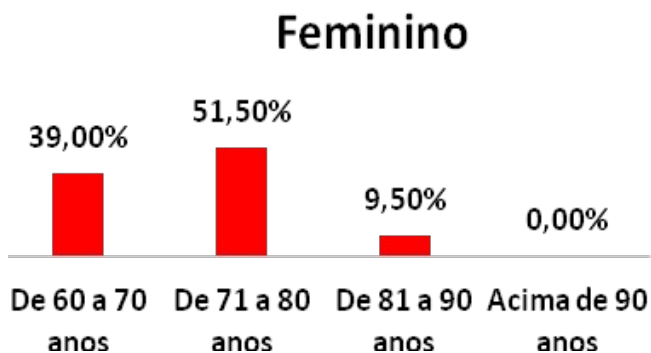
Pelo ângulo psicológico, a feminização da velhice coincide com a assimilação pelas mulheres idosas das novas identidades e atitudes em relação ao mundo externo e a si mesmo. As mulheres mais idosas, com piores condições de saúde, viúvas ou solteiras e que vivem sós, tendem a ser mais queixosas com a vida e têm autoimagem mais negativa devido à perda da beleza e do vigor físico. Por outro lado, assimilam mais rapidamente novos valores em relação à velhice e estão mais envolvidas com a família e com o social (NERI, 2001).

Os aspectos descritos pelos autores citados acima também foram identificados no presente estudo.

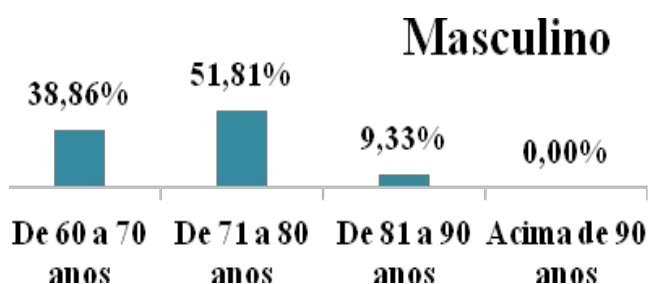
Das mulheres, idosas, pesquisadas, 39% encontram-se na faixa etária dos 60 a 70; 51,50% pertencem à faixa etária de 71 a 80 anos e 9,50% à faixa etária de 81 a 90 anos, conforme Gráfico 4

Gráfico 4 – Faixa etária por sexo.





G2



G3

Fonte: Da autora.

Entre as mulheres entrevistadas, observou-se que pelo fato de terem crescido em uma sociedade patriarcal que reforçava e mantinha a subordinação e a desigualdade social da mulher, o exercício profissional em conjunto com o papel de esposa e mães foi algo culturalmente conquistado, uma vez que, naquele período, ainda predominava a opção pelo casamento e as múltiplas maternidades, as funções domésticas eram incompatíveis com uma carreira profissional, as mulheres eram subordinadas aos pais, ao marido e aos filhos e netos, e deviam ficar no lar gerenciando as relações e conflitos familiares e cuidando da educação dos filhos. Neste contexto, sobretudo a mulher casada, vivia um cotidiano isolado e repetitivo dentro da casa, reproduzindo ações para garantir o bem-estar da família.

Algumas idosas conseguiram trabalhar no mercado, porém, a privação do acesso à escolarização e a incapacidade para tomar decisões sobre seu próprio destino oferecem uma ideia da limitação nas quais elas construíram suas vidas em meio à sujeição e controle.

Apesar disso, atualmente, o espaço público e privado são ocupados de forma compartilhada entre homens e mulheres, sendo que a participação da mulher ocidental naqueles mercados ainda é realizada por muitas mulheres através da dupla jornada: o lar (cuidado com o lar e os filhos); e o mercado de trabalho (carreira profissional). As idosas

pesquisadas não trabalham na esfera pública, mas continuam atuando na esfera privada de forma contínua.

“Eu trabalho tanto, passo o dia todo cuidando da casa. Quando minha sobrinha ta aqui, ela cuida da casa para mim, mas ela também tem uma filha e precisa trabalhar... Tudo sou eu, se é pra resolver problema sou eu, se é para fazer compras sou eu... Eu levo e busco a menina no colégio” (Delia).

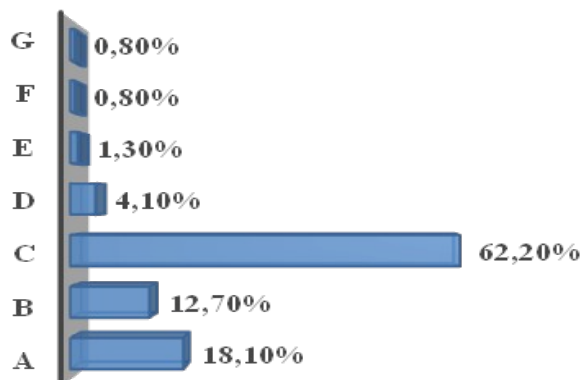
“Eu acordo cedo, faço o café, limpo a casa, cozinho, lavo a roupa, varro o quintal, passo roupa e olho meus netos. Tem dia que estou muito cansada e não queria levantar... se eu não fizer isso tudo meu filho chega e não tem nada para comer...” (Fátima).

Para Nazareth (2003), nas camadas populares, ainda há diferenças socioeconômicas e culturais entre as próprias mulheres devido aos entraves por que passa o trabalho feminino, seja pela baixa escolaridade, por não ter com quem deixar os filhos, seja pela falta de profissionalização. Neri (2001) informa que a mulher trabalha até a velhice para auxiliar no complemento do orçamento familiar, submetendo-se aos riscos no que se refere à saúde, funcionalidade, proteção e integração social. Por outro lado, muitas idosas recebem aposentadoria, sendo então responsáveis pelo sustento da casa e dos seus familiares (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2004). Os autores revelam que os proventos da aposentadoria e dos benefícios sociais têm sido de grande importância para as mulheres idosas, muitas viúvas ou separadas, possibilitando sustentar a si e aos seus familiares, além da sensação de liberdade em poder conduzir o seu próprio destino.

No que se refere ao grau de escolaridade (vide Gráfico 5, a seguir), 18,5% não sabem ler; 13% possuem o ensino fundamental completo; 58,50% não completaram o ensino fundamental; o restante 10,5% está distribuído entre o ensino médio completo e o ensino superior.

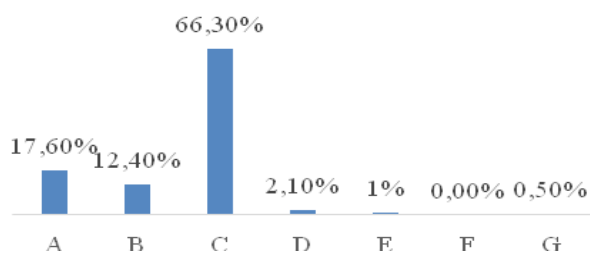
Gráfico 5 – Escolaridade por sexo.

ESCOLARIDADE



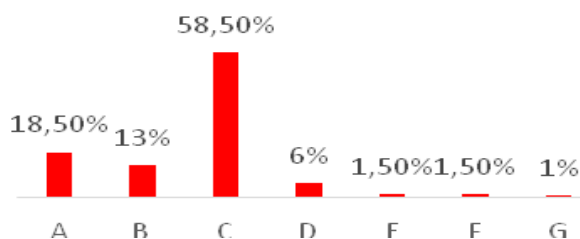
G1

MASCULINO



G2

FEMININO



G3

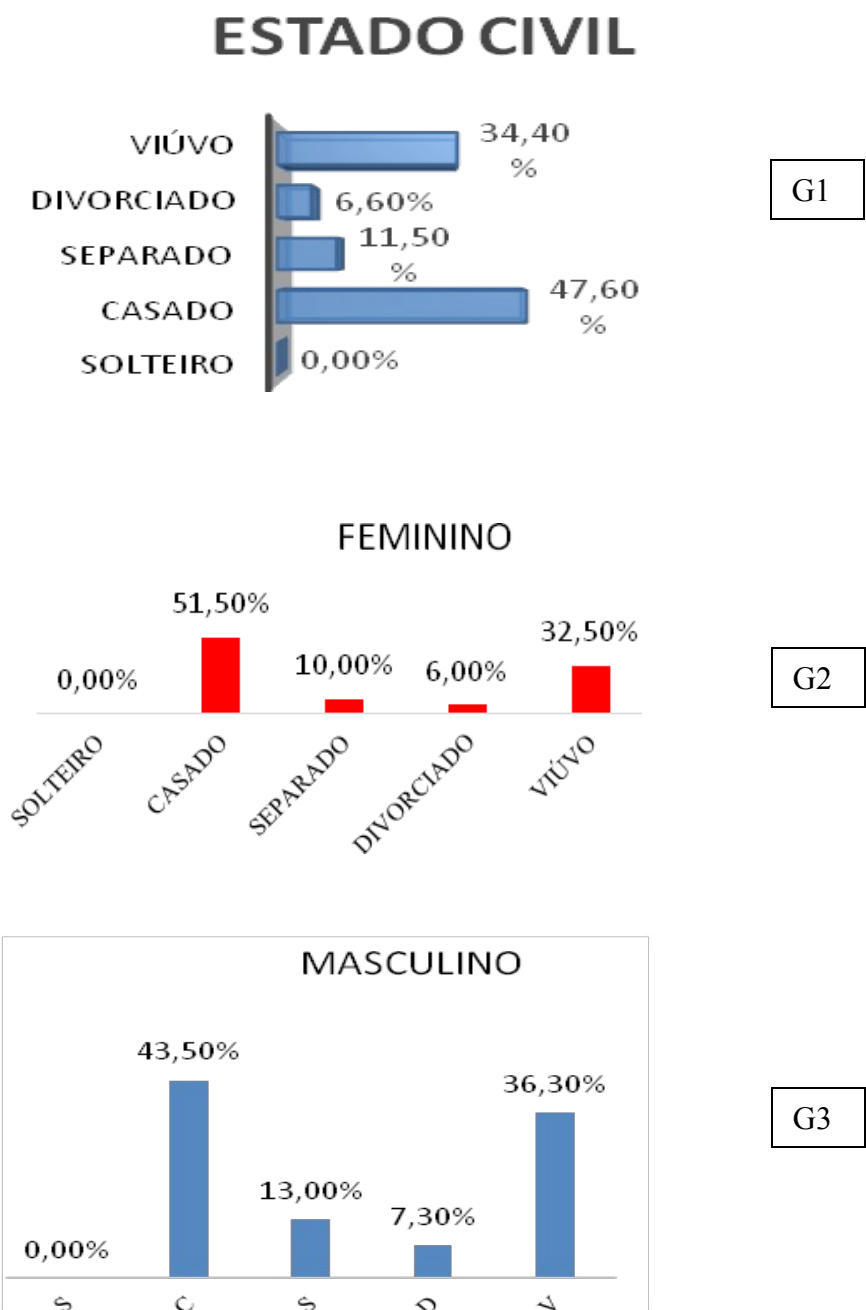
Onde: A = Analfabeto; B = Fundamental Completo; C = Fundamental Incompleto; D = Ensino Médio Completo; E = Ensino Médio Incompleto; F = Superior Completo; G = Superior Incompleto.

Fonte: Da autora.

Na distribuição percentual da mulher idosa por estado civil (vide Gráfico 6, a seguir) foi observado que a proporção de casadas (51,5%) é superior a das separadas, divorciadas e viúvas que, no todo, representam 48,5%. Esta amostra comportou-se

diferente dos resultados encontrados em outros estudos como o de Camarano (2003) ao afirmar que o sexo feminino predomina entre os idosos viúvos.

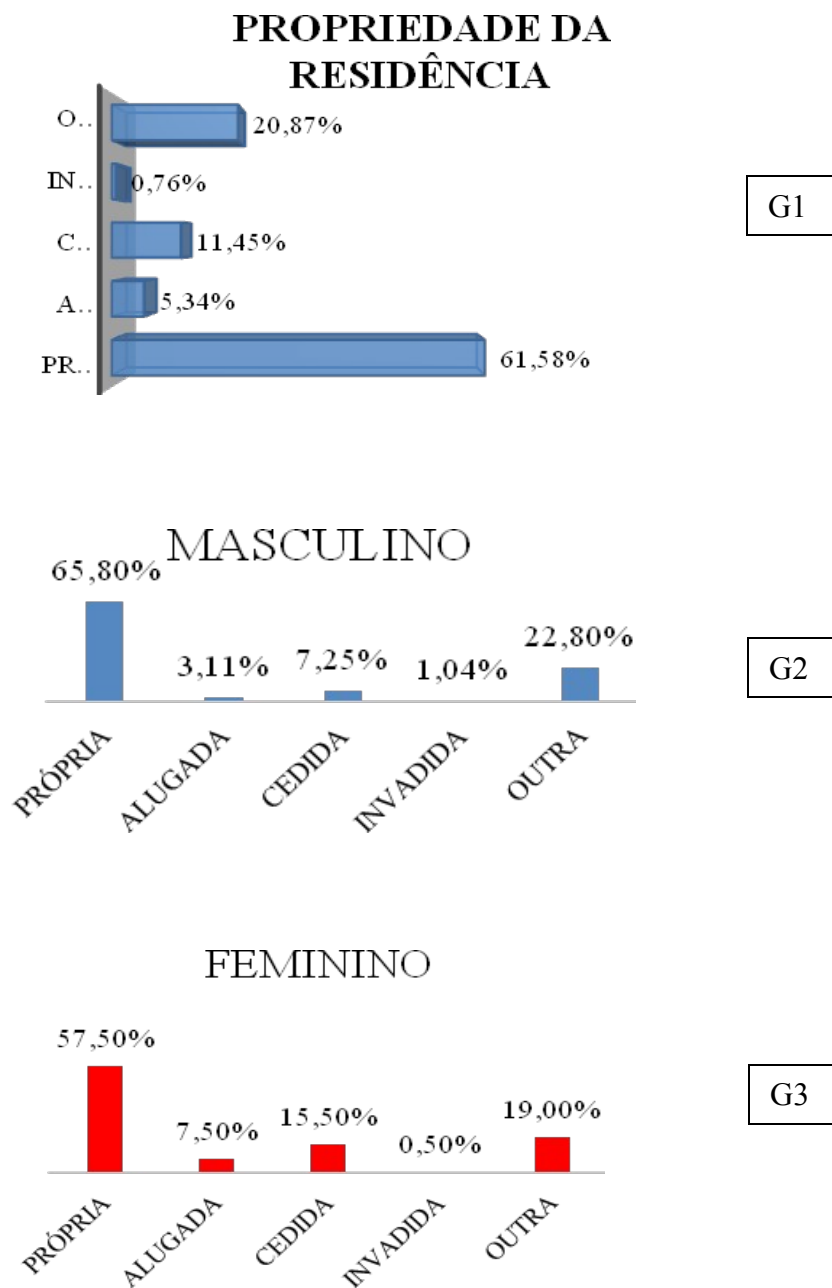
Gráfico 6 – Estado civil por sexo.



Fonte: Da autora.

A maioria das idosas, 57.5%, moram em casa própria (vide Gráfico 7, a seguir), construídas com alvenaria e 19% moram em residência de outros membros da família (irmãos, gêneros/noras. Na casa há bens duráveis básicos como fogão, geladeira, televisão. Os domicílios visitados são servidos pelos serviços públicos de água, esgoto, e energia.

Gráfico 7 – Propriedade da residência por sexo.

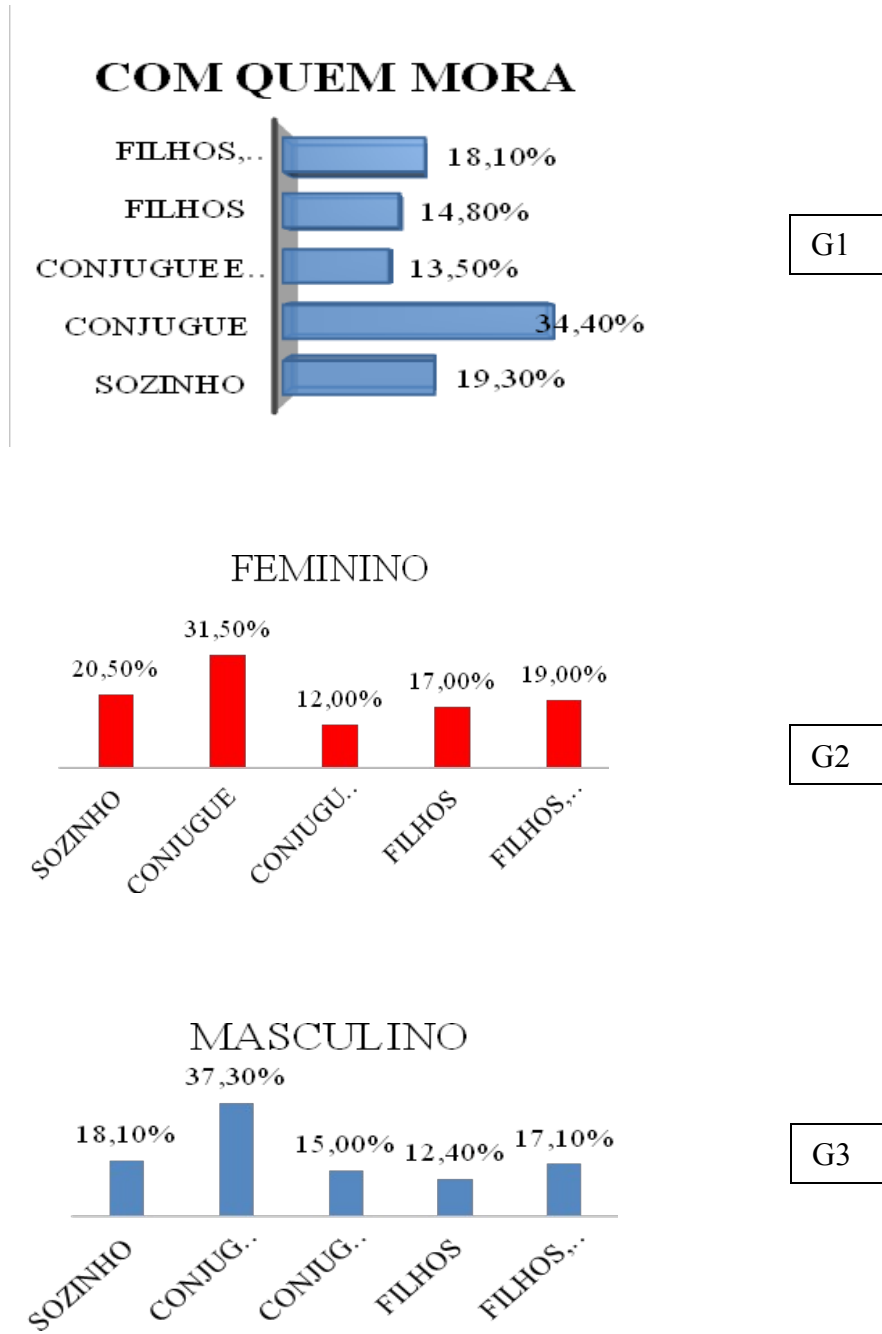


Onde: P = Própria; A = Alugada; C = Cedida; I = Invadida; O = Outra.

Fonte: Da autora.

Na data da pesquisa, 20,50% das mulheres idosas entrevistadas residiam sozinhas; 31,50% moravam com o conjugue; 12% residiam com o conjugue e filhos; 17% moravam com filhos e 19% residiam com filhos e outros parentes (vide Gráfico 8, a seguir). Todas tiveram filhos (as).

Gráfico 8 – Com quem mora, por sexo.



Fonte: Da autora.

Correlacionando a variável “com quem moram” com o estado civil, observou-se que 56,5% das idosas estão sem companheiro; portanto, aquelas que moram sozinhas são provedoras de seus lares e as que moram com terceiros contribuem com uma parte do valor do BPC no custeio das despesas do lar. Essa situação possibilita a reflexão sobre a importância financeira que a idosa representa na família, mas, também, na importância social, dando suporte emocional e cuidando dos filhos, netos e bisnetos que possam a vir depender delas.

“Todos os dias eu cuido de três netos. As noras saem para trabalhar e deixam aqui bem cedinho. Só pegam à tardinha quando voltam do trabalho. Vão alimentados de banho tomado. Creches são muito caras, então ofereci uma mão a eles e eles aceitaram. Fiquei muito feliz. É como eu posso ajudar” (Gleis).

“Eu e meu esposo cuidamos de duas netas três vezes na semana. As filhas casaram e ainda não estão bem financeiramente. Então a gente ajuda como pode, cuidando deles” (Vanessa).

Muitos filhos retornaram às casas de seus pais após separações dos cônjuges e, alguns deles, desempregados, levaram consigo os filhos, que foram acolhidos pelos pais, agora já idosos e apresentando algumas necessidades básicas, que foram deixadas de lado, para ajudarem os filhos e netos. Os pais, não negaram a ajuda e, muitas vezes, sentiram-se entristecidos, pelo fracasso social e financeiro dos filhos.

“Fico muito triste, tenho dois filhos, ambos desempregados... Um fica só assistindo televisão e conversando com amigos [...] vive de bicos. O outro pelo menos ajuda na limpeza da casa” (Sandra).

Porém, algumas vezes, esta renovação no conviver é prazerosa, servindo de companhia e de ajuda mútua.

“Cuido do meu irmão... Ele está separado e morava num lugar esquisito Eu estou só. Preciso ajudar ele nesse momento” (Francisca).

As mulheres idosas, sem problemas de saúde, continuam sem estranhamento a realizar os afazeres domésticos e não se imaginam mais tendo que assumir novas responsabilidades (trabalho) que demandam inflexibilidade em seus horários, haja vista, que o BPC lhes proporciona o recurso mínimo para a sua sobrevivência. Neste sentido, para o universo feminino entrevistado, o BPC é interpretado como conquista e, por isso,

com criatividade vão preenchendo seus dias, sem se sentirem ociosas, desocupadas ou inúteis, como revelam as falas transcritas no Quadro 12, a seguir.

Quadro 12 – O Benefício de Prestação Continuada na perspectiva feminina: perdas, ganhos e ambivalências.

<p>Perspectiva de perdas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Quando trabalhava minha renda era um pouco maior e eu podia ajudar financeiramente os filhos e os irmãos. Agora não posso mais dar essa ajuda para eles, então, a gente passa a ser vista como ruim, e a família acaba se afastando num momento em que a gente mais precisa” (Lourdes). • “Meu filho não trabalha... eu estou doente, sem poder sair de casa. Ele compra poucas coisas para mim e por isso brigamos muito”(Lara).
<p>Perspectiva de ganhos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “O BPC para mim foi como uma espécie de prêmio, tenho mais tempo para a família, ajudo meus filhos. Nem sempre foi assim... Agora estou em outro ritmo de vida” (Sandra). • “Isso deveria ser um direito de todos” (Kely). • “Trabalhei como doméstica por muitos anos, sempre cuidando da casa dos outros, da família dos outros, deixando meus filhos com parentes ou em creches. Agora cuido do que é meu e estou feliz” (Eliene). • “Possibilita eu me dedicar mais aos netos, mas sem muita responsabilidade, apenas quando tenho tempo” (Patrícia).
<p>Perspectiva ambivalente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Acho que enquanto a gente trabalha somos mais valorizadas, não só pelas colegas de serviço, mas pela família também. Parece que a gente perde o valor quando fica em casa” (Denize). • “Eu não trabalho mais, mas constantemente fico no balcão do bar ajudando a receber as vendas realizadas... conheço a vida das pessoas e vejo mais gente” (Anita) • “Fico mais tempo dentro de casa... me deparei fazendo tudo sozinha e tendo que resolver os problemas de todos por estar mais envolvida com a família” (Sonia).

Fonte: Da autora.

Apesar disso, mesmo sendo sujeitos portadores de trajetórias diferenciadas sob os aspectos: educacional, conjugal, etário, de saúde e de gênero suas falas foram sob uma ótica de otimismo pelo fato de estarem ativas, ter sua renda e não se enquadrarem no protótipo de dependência.

Em relação às impressões sobre sua vida poucas coisas permaneceram ou não mudaram, segundo os depoimentos. Os pontos que modificaram para as mulheres idosas foram: tem mais liberdade, renda, sentimento do dever cumprido por já ter criado os filhos, o cuidado não é mais compulsório, ultrapassou determinados padrões culturais, como a falta de diálogo na família. A grande conquista é a liberdade.

“Tenho minha renda. Consigo pagar as contas” (Flora).

“Tenho liberdade e não estou dependendo dos outros” (Marcia).

“A vida está boa. Estou realizada. Gostaria de ter asas para voar. Mas às vezes fico presa por causa do irmão (paraplégico), sob os meus cuidados” (Keila)..

Os pontos que permanecem para as mulheres idosas são: preocupações com os filhos (desemprego, saúde, separação); a saúde quando impede a locomoção afetando a autonomia; o cansaço com os encargos decorrentes da prática social. Este último é contraditório porque se de um lado a falta de envolvimento pode parecer uma fragilidade do idoso, de outro, esse envolvimento pode gerar ônus para a saúde em pessoas que já não tem tanto vigor físico.

Percebe-se, que as mulheres idosas não têm problemas com o seu estado atual porque agora tem autonomia e liberdade para fazer as coisas e para sair de casa, embora essa liberdade possa ser comparada ao que Bauman (2001) classifica como pseudoliberalidade. Esse autor discute a possibilidade de que a liberdade sentida não seja de fato liberdade; que as pessoas possam estar satisfeitas com o que lhes cabe, embora o que lhes cabe esteja longe de ser objetivamente satisfatório.

As pessoas podem ser juizes incompetentes de sua própria atuação e devem ser forçadas ou guiadas para experimentar a necessidade de ser “objetivamente livres” e para reunir a coragem e a determinação para lutar por isso. Ameaças mais sombrias atormentavam o coração dos filósofos: que as pessoas pudessem simplesmente não querer ser livres e rejeitassem a perspectiva da libertação pelas dificuldades que o exercício da liberdade pode acarretar (BAUMAN, 2001, p. 24-25).

Na verdade, as entrevistadas sentem-se gozando uma liberdade para dispor de seu tempo livre, mas esse tempo livre é condicionado, na maioria das vezes, pelo cumprimento de tarefas domésticas no apoio ao grupo familiar. A dimensão da liberdade é aquela que cabe nos padrões sociais ou ainda aquela que faculta a luta pelo seu bem-estar, embora não se possa negar que mudanças ocorreram.

5.2.9 Os homens da pesquisa

Comparativamente às mulheres idosas, constatou-se uma desproporção na faixa etária dos homens pesquisados. No tocante à idade, 38,86% encontram-se na faixa etária dos 60 a 70; 51,81% pertencem à faixa etária de 71 a 80 anos e 9,33% à faixa etária de 81 a 90 anos. Não houve nenhum registro de idoso acima de 90 anos, conforme Gráfico 4.

No que se refere ao grau de escolaridade (Gráfico 5), 17,6% não sabem ler; 12,4% possuem o ensino fundamental completo; 66,3% não completaram o ensino fundamental; 3,7% concentram-se entre o ensino médio e o ensino superior.

Ainda que, no todo, haja relativamente poucos analfabetos, o nível de escolarização do grupo não é muito alto, possivelmente caracterizada por um período em que o mercado de trabalho, ao ter uma forma de produção que exigia poucos conhecimentos escolares, acabava absorvendo mão de obra não qualificada, período no qual a indústria brasileira esteve influenciada pelo fordismo/taylorismo. A profissionalização era adquirida no próprio local de trabalho e ao longo da experiência laboral (GENTILI, 1998).

Acontece que a partir dos anos 1990, com o movimento de modernização das empresas e a incorporação de novas tecnologias, o mercado de trabalho começou a se configurar de forma diferenciada, exigindo do trabalhador um maior grau de instrução e evidenciando o papel econômico da escola. Isto acarretou que, além da necessidade de experiência (saber fazer), o trabalhador precisaria comprovar sua aptidão através de certificados e diplomas escolares (GENTILI, 1998). Talvez essas mudanças no mercado de trabalho, agravada pela precarização das relações contratuais, pelas relações informais de emprego e pela terceirização do processo produtivo, que exige cada vez mais do trabalhador, principalmente daqueles que têm uma condição econômica menos favorecida, ajudem a responder porque a maior parte dos idosos têm, além de um grau de escolarização pouco elevado, um rendimento mensal baixo, isto é, dependem do BPC.

O Gráfico 6 mostra a distribuição percentual do idoso por estado civil. Observou-se que 43,5% são casados e 36,30% são viúvos. Os homens pesquisados tornaram-se mais dependentes das suas companheiras e os viúvos demonstraram comportamentos de cansaço e falta de vontade em adaptar-se a essa condição frente a uma nova vida onde se perceberam só, tendo que dar conta de si próprio e realizando as atividades domésticas diariamente.

“Todo dia é a mesma coisa, acordar, limpar, lavar e cozinhar. Moro só... Tem dia que não limpo [...] sento e vou conversar com os amigos” (Mario).

Os homens idosos que moram só também realizam as atividades domésticas mas de maneira mais descompromissada, talvez por isso e pela sua saúde, também contam com o cuidado da família.

A maioria dos idosos, 65,8%, moram em casa própria (vide Gráfico 7), construídas com alvenaria. Também têm em sua residência os bens duráveis básicos e seus domicílios são abastecidos pelos serviços públicos de água, esgoto, e energia.

Na data da pesquisa, 18,10% dos homens idosos entrevistados residiam sozinhos; 37,3% moravam com o conjugue; 15% residiam com o conjugue e filhos; 12,4% moravam com filhos e 17,1% residiam com filhos e outros parentes (vide Gráfico 8). Todos compartilharam o sentimento de serem pais. O homem, idoso, que mora só é ativo para realizar as atividades do dia-a-dia. Nos casos em que os idosos moram somente com os filhos e também com parentes (genros, noras e netos), os (re) arranjos familiares aconteceram em função dos filhos saírem da residência mais tarde devido a falta de emprego; descasamentos fazendo com que filhos voltem a morar com as idosas acompanhados de seus filhos; recasamentos dos filhos, aumentando o total de enteados e também de filhos; quando os pais deixam seus filhos com os avós. De certa forma, a convivência agregada possibilita que os outros membros da família deem conta das atividades domésticas, uma vez que, consideram que o idoso não dispõe mais de tanta energia para dar conta de toda a manutenção que uma casa exige.

Entre a maioria dos homens idosos entrevistados, o trabalho, por mais simples e árduo que este tivesse sido, teve muita relevância em suas vidas. Neste sentido, pelo BPC inviabilizar tal realização profissional, reações diversas em relação a esse benefício foram identificadas por meio de perdas, ganhos e ambivalências, conforme evidenciado no Quadro 13, a seguir.

Quadro 13 – O Benefício de Prestação Continuada na perspectiva masculina: perdas, ganhos e ambivalências.

<p>Perspectiva de perdas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu busco uma oportunidade até hoje, mas eles acham que eu não desenvolverei bem as tarefas. Posso fazer com maestria o serviços melhor ou igual a outro, mas quando olham minha idade, não me contratam mesmo eu pedindo para receber a metade do salários dos outros. Eu na churrascaria sei tudo!” (Félix). • “Fico tão cansado em casa! Um trabalho por mais simples que seja, faz falta na vida de um homem” (José). • “[...] a falta de uma atividade é muito triste. Tenho que procurar outras formas para passar o dia” (Fernando). • “Se eu pudesse estaria trabalhando até hoje [...] O vigor físico diminuiu, mas, ainda sou capaz de fazer várias atividades” (Paul). • “[...] o encanto de acordar todos os dias não é mais o mesmo ... não tenho para onde ir” (Freurismar). • “[...] Ah! Sinto muito falta de um trabalho, sim, do pessoal e do horário. Faz falta cumprir um horário” (Aldeci). • “Não dá para fazer reservas” (Rômulo).
<p>Perspectiva de ganhos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Sinto-me satisfeito, consigo comprar algumas coisas que desejo” (Gabriel). • “Meu tempo agora é para os netos e família” (Antenor). • “Eu sempre fui servente de obras, trabalho pesado. Agora estou descansando” (Guilherme) • “[...] na mocidade trabalhei muito devido à pobreza. Hoje tenho o BPC e, por isso, não dependo financeiramente dos meus filhos... posso comprar algumas coisas que desejo” (Marcelo). • “Antes eu estava para baixo. Agora considero positiva a minha vida e, hoje, estou com muita vontade de viver”(Augusto)
<p>Perspectiva ambivalente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Agora, também tenho meu dinheiro, mas eu era muito mais feliz antes. Sinto saudade de tudo... queria o meu trabalho de volta” (Marcel). • “Mesmo pouco, o dinheiro me proporciona mais liberdade para tudo, mas fico muito tempo em casa e só encontro um ou outro colega da rua para conversar” (Guto).

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Os dados mostram uma diversidade de percepções em relação ao *status* que o BPC proporciona, tais como: alegria/tristeza; perda/conquista; capacidade/incapacidade; dependente/independente; cidadão/subcidadão; empoderado/desempoderado; autonomia/heteronomia; produtivo/improdutivo. Em alguns casos, as percepções são ambíguas, apresentando um misto de alegria e perda. Entretanto, verifica-se que a elaboração dessas percepções depende das características demográficas (sexo, estado civil, idade, escolarização), das condições de vida, dos arranjos familiares e do estilo de vida que cada idoso possui.

Considerando essas variáveis a permanência ou a reconfiguração do *status* do idoso que recebe o BPC é mais difícil entre os homens porque por questões culturais, o homem idoso pesquisado, não foi socializado para a vida doméstica (readaptação ao cotidiano sem a atividade laboral, o convívio mais intenso com a família, à divisão de tarefas que a manutenção de uma casa impõe). A mulher não enfrenta esse problema, pois, o reduto da casa sempre foi responsabilidade sua, devido ao modelo de casamento que essas idosas viveram, onde a posição e os papéis a serem ocupados/desempenhados pelos cônjuges eram específicos, rígidos e não compartilhados, reafirmando a dependência esperada.

Para as mulheres que experimentaram o trabalho, o estilo de vida alicerçado na inflexibilização da divisão de tarefas, não é mais o ideal e nem o desejado, principalmente, para aquelas que estão sem parceiro. As que não atuaram na vida pública, continuam com seus objetivos ligados à família.

5.3 O suporte assistencial

O nascimento da concepção de uma renda mínima a quem dela necessitar vem do entendimento liberal de que o mercado não pode regular a existência do ser humano. O Estado liberal, ao garantir um mínimo para que os idosos possam sobreviver independentes do mercado, realça a perspectiva da cidadania e não do emprego. Entretanto, a concepção de mínimos sociais vem sendo objeto de debate no âmbito da Política de Assistência Social, com diversos entendimentos. Há os que defendem e os que criticam. Sendo assim, o mínimo representa o padrão de civilidade politicamente reconhecido aos excluídos da relação salarial.

A Constituição Federal de 1988 reconheceu os idosos como segmento especial da população. Tal reconhecimento chama a atenção para a importância da implantação de políticas públicas que possibilitem a essas pessoas viver com qualidade de vida.

A legislação habilitou, através da política de assistência social, o repasse de um valor mínimo aos idosos, por meio do Benefício de Prestação Continuada (BPC), criado em 1996 para auxiliar nas despesas de sua manutenção quando este se declarar vulnerável, independente de ter ou não contribuído para a Previdência Social.

A rede de gerenciamento do BPC no Estado do Tocantins é formada pelas Coordenações Municipais de Revisão do Benefício, de responsabilidade das Secretarias Municipais de Assistência Social e do órgão do INSS correspondente. A rede é articulada por intermédio da Coordenação Estadual do BPC. Para a operacionalização desse benefício o município faz a sua divulgação, como também, o cadastro do grupo familiar; o Estado participa dando apoio técnico e a esfera federal contribui concedendo o benefício após o idoso atender os requisitos estabelecidos na legislação, distribuindo os beneficiários na rede bancária e encaminhando a lista com os nomes dos beneficiários que deverão passar pelo processo de revisão bienal. Conforme informações do operador municipal o Estado do Tocantins é o que está mais atrasado em relação a esse processo revisional, fato este confirmado pelo operador estadual.

“[...] o atraso acontece por dois motivos: quando o município não é informatizado, o cadastro é realizado fora do prazo e, há falta de funcionários e recursos físicos (carro) para realizar tal tarefa para. Além disso, é de competência do INSS chamar o idoso para fazer as atualizações no Cadastro Único. Na última revisão não conseguiu localizar muitos idosos do cadastro oficial porque o idoso não reside mais no município e o nome no cadastro está errado” (Operador Municipal).

“Há mais de 4 anos que não é feita a revisão. O INSS é que envia a lista com os nomes dos beneficiários que deverão participar da revisão” (Operador Estadual).

Com o crescimento significativo de idosos no país, a via de acesso ao BPC torna-se cada vez mais seletiva. Criado na perspectiva de direito social, o BPC, à medida que inclui, ele também exclui por critérios que limitam o seu acesso.

Nos discursos que retratam a passagem da condição de pessoa independente para a de beneficiários do BPC, contadas por homens e mulheres idosos, revelaram um momento de transição, de sentimentos dúbios, pois para trás ficou uma realidade financeiramente instável, e à frente um mundo de direitos, que lhe exigirá descobrir novas possibilidades pessoais e cotidianas e reorganizar seus planos e projetos de vida para o futuro. Esses sujeitos desempenharam diversos trabalhos informais antes de receber o BPC, são migrantes de várias regiões do Brasil, mas apresentaram realidade socioeconômica e cultural similar. Os elementos comuns entre eles é o enfrentamento da velhice e da pobreza por meio da renda do BPC. Esses elementos instigaram os idosos a desenvolverem estratégias de sobrevivência na rede social de apoio intra e extrafamiliar para amparar a si mesmo e a sua família. Uma das estratégias é o compartilhamento do recurso do BPC na

comprar de bens e serviços para o seu bem estar e de sua família. E ainda, 02 operadores do BPC também destacaram esses aspectos em relação ao BPC.

“Sim, é importante para se manter e superar a vulnerabilidade. O maior gasto que o idoso tem é com remédio” (Operador Estadual).

“Sim, atende as necessidades básicas do idoso uma vez que eles não foram contribuintes do INSS. Seria um caos para eles se houvesse a sua suspensão” (Operador Federal).

Contudo, o operador municipal não tem a mesma interpretação dos demais e, assim, se expressa:

“O valor de um salário mínimo, não atende as necessidades do idoso, principalmente dos que são doentes ou necessitam de alimentação especial. Tem medicação que consome todo esse valor” (Operador Municipal).

Quanto aos pontos negativos atribuídos ao BPC destacaram a falta da parcela referente ao 13º salário, o não repasse dessa renda a seus dependentes no caso de morte, a não cumulatividade com outro benefício e os conflitos familiares gerados em consequência dessa renda. Esses conflitos foram confirmados pelos operadores municipais e estaduais.

“Isso acontece muito! [...] a família fica com o cartão do idoso. Então, a pessoa que está com o cartão compra só o remédio que o idoso toma e o idoso passa baixo o resto do mês para sobreviver. [...] quando o servidor municipal toma conhecimento desse fato, a assistência do município visita a família para averiguar a denúncia e se confirmada encaminha o caso para o INSS fazer a vistoria, preencher o laudo e tomar as providências cabíveis” (Operador Municipal).

“[...] já houve caso de ter sido acionado o Ministério Público porque a família se apossou do cartão do idoso. Para evitar essas situações é que foi implantado o acompanhamento prioritário” (Operador Estadual).

A decisão em solicitar o BPC condicionou os idosos a não exercer outra atividade de trabalho. Com o tempo livre poderiam dedicar a outras possibilidades, considerando a nova renda que, mensalmente, iriam receber. Por estarem desempregados, velhos e dependentes de terceiros, a opção foi considerada favorável e ficou associada a sentimentos de liberdade/recomeço, manutenção do papel social já desempenhado e volta da autonomia.

“Essa opção foi pela falta de emprego, de salário, da saúde, necessidade em geral. Não possuía nenhum recurso para sobreviver. Meus filhos é que estavam me ajudando” (Pedrina).

“Eu fiquei doente e não podia mais trabalhar. Ai deu direito a aposentar” (Barbara).

Com o BPC, as idosas, experimentaram um estilo de vida livre, até então, não conhecido devido às atribuições e obrigações que anteriormente possuíam com a dupla jornada lar/trabalho. Para essas mulheres, o BPC significa a libertação de uma vida permeada por deveres e responsabilidades estafantes. Nessa perspectiva, o BPC permitiu a independência, por meio da diminuição das responsabilidades com o binômio lar/trabalho e possibilitou novas descobertas para um recomeço nessa etapa da vida.

Essas características revelam a identidade de parte das mulheres idosas de hoje, que culturalmente construíram sua imagem, primeiramente associada à manutenção da vida privada, à reprodução e educação dos filhos, aos cuidados de subsistência do lar, do marido, considerando essas tarefas como obrigações suas, mesmo quando exercendo algum tipo de participação e trabalho fora do âmbito familiar.

Entre os homens idosos, constatou-se, num primeiro momento um sentimento de alívio, pois, mesmo não estando trabalhando conseguiu ter uma renda mínima para satisfazer as suas necessidades, mas, ao mesmo tempo, sentiram desprovidos do sentimento de valor e de prestígio conferidos a eles, em períodos anteriores, quando ainda trabalhavam. Além disso, passaram a ter menos contatos com os amigos do serviço, com exceção para os que moravam próximos.

Assim, o viver proporcionado pelo BPC e pela velhice, é visto, pelos homens, como um acontecimento gerador de frustrações e sentimentos de perda e imobilidade. Entre as mulheres, a experiência é positiva, à medida que podem resgatar a possibilidade de retomar sua vida dentro de um espaço que sempre foi seu domínio: o lar, sob uma outra ótica, pois acreditavam que as responsabilidades pelo seu gerenciamento não eram mais estafantes, devido, aos filhos já estarem criados, fato este percebido, posteriormente, como contrário para algumas idosas.

Essas realidades distintas vividas por homens e mulheres beneficiários do BPC, denotam um entre tantos outros fatores que contribuem para que a fase da velhice seja caracterizada por um processo de intensas mudanças e limitações nem sempre aceitáveis

para aqueles que a alcançam. É o que foi verificado em 03 casos, pois, mesmo recebendo o BPC, tem-se 03 idosos que ainda possuíam outra atividade de trabalho informal: um idoso vende loterias, outro é borracheiro de bicicleta, uma idosa fica no balcão de um bar auxiliando nas vendas.

“Trabalho nesse negócio de borracharia de bicicleta... aprendi rápido. É só o serviço que faço..antes fazia muita coisa” (Franco).

“Eu faço um biscatezinho. Eu ganho ali R\$ 50,00 reais por semana, dá para comprar uma misturinha no meio da semana. Porque tudo que compro de alimento deve ser mais de R\$ 300,00 porque com crianças a gente gasta muito” (Rener).

“Ajudo a vender as bebidas, a limpar as mesas. Aqui não ganho salário, mas o que ganho ajuda na casa” (Anita).

As mudanças no ritmo de vida e o desapego a alguns hábitos cotidianos exigem readaptação para uma vida mais tranqüila, porém, nem sempre desejável. Dependendo da maneira como o idoso viveu e da relação que foi estabelecida com a entrada na velhice com poucos recursos disponíveis, para alguns, significou ganhos, mas, para outros, se traduziu em perda, enfrentar essas mudanças significa ter que renunciar vínculos e hábitos cotidianos nem sempre dispostos a serem interrompidos.

5.4 A rede familiar e social

As famílias atuais e, especificamente, as dos idosos desse estudo, pode-se dizer que tomam hoje uma nova direção, no sentido de apresentarem novos arranjos e estrutura, considerando que novos indivíduos, com graus de parentesco mais distantes, surgem na sua composição. Há os parentes próximos, como netos e bisnetos que conformam as relações intergeracionais, e ainda os parentes afins, como genros, noras e enteados, constituindo um elevado índice de possibilidades que vão desde as famílias monoparentais até as famílias recombinadas.

Isso evidencia que a família para os pesquisados (indivíduos pobres e velhos) se constitui como uma rede⁴⁴, com ramificações que envolvem a rede de parentesco como um todo, envolvendo uma trama de obrigações morais que dificulta a individualização e, ao

⁴⁴ O termo “rede”, neste contexto, se refere a um sistema composto por vários agentes sociais (pessoas), funções (atividades dessas pessoas) e situações (contexto), que oferecem apoio instrumental e emocional à pessoas, em suas diferentes necessidades.

mesmo tempo, viabiliza condições básicas para a sua existência. É ilustrativo desta situação, o suporte da rede de apoio à família no período decorrente do nascimento de filhos, onde parentes, amigos, companheiros, vizinhos e profissionais auxiliam fornecendo apoio afetivo, emocional e material (SARTI, 2005).

Para Sposati (1985), o que se tem é uma rede social de apoio e de proteção intra e extrafamiliar como estratégia para criar e recriar a sobrevivência da família empobrecida, materializada, por exemplo, na solidariedade conterrânea e parental, solidariedade apadrinhada e a solidariedade missionária. A solidariedade conterrânea e parental é apreendida cotidianamente através de empréstimos financeiros para se pagar as despesas mensais; a solidariedade apadrinhada, se refere aos vínculos de um dos membros da família com as classes médias e altas, assegurando um canal de doação de bens e a solidariedade missionária diz respeito às igrejas fornecendo suporte espiritual, emocional, afetivo e material.

Para os idosos pesquisados, a família é muito importante, pois nela buscam auxílio, ajuda, companhia, relações sociais íntimas, cooperação, solidariedade, entre outros, mas, em tal processo de mudanças, a família nem sempre está preparada para receber esse idoso em seu meio. Assim, cada um sobrevive à sua maneira. As falas abaixo ilustram tal realidade:

“Tenho minha renda, jogo dominó com os amigos, tomo a minha cervejinha, frequento bailes e ainda namoro, de vez em quando”(Felix).

“[...] quando se fica velho, vai se perdendo tudo: trabalho, companheira, amigos. Me sinto solitário e inútil” (Adão).

“O marido faleceu. Os filhos têm a vida deles, não dá para contar... os momentos de alegria são quando os netos vem visitar” (Ágata).

“[...] as datas comemorativas, de repente, se tornaram vazias. Minha esposa e meu filho morreram. Agora estou só” (Freitas).

No caso deste estudo, o relacionamento e a convivência dos idosos com seus familiares são diversos: há idosos que convivem e são cuidados pelos filhos, mas há aqueles que, quando necessitam, contam com uma neta ou conjugue. No caso específico de Délia e sua sobrinha, ambas zelam pelo bem-estar da outra (Délia acolheu a sobrinha na sua casa e, a sobrinha ajuda Délia nas atividades domésticas e a acompanha à rua). Outras situações familiares diferentes revelaram coexistência com laços de afinidade e

solidariedade entre o idoso e seus familiares. Há também os idosos que moram sozinhos, mas que contam com o apoio dos filhos. Isso não significa dizer que está havendo um abandono do idoso por parte de seus familiares, como também não se pode afirmar que o idoso possui relações mais amistosas com seus familiares quando está morando com sua família.

De um modo geral, os entrevistados não recebem ajuda financeira dos filhos, quando muito esporadicamente. Geralmente, dá-se o contrário: os filhos são ajudados pelos idosos ou pela condição financeira ou pelo cuidado com os familiares e com a casa (tomando conta dos filhos enquanto os pais trabalham; levando e trazendo da escola as crianças; cuidando nos períodos de doença, cuidando da casa, etc).

Outro aspecto que merece destaque são os rearranjos habitacionais. Eles estão dando materialidade à rede de ajuda mútua que se instala na família. Geralmente esses idosos têm casa própria e estão construindo espaços adicionais, na parte superior ou nos fundos do imóvel, para abrigar filhos separados ou com família, desempregados e portadores de alguma dificuldade financeira. Isso faz com que o idoso se adapte a esta nova estrutura, embora muitas vezes surjam conflitos intradomiciliares e intergeracionais.

Outro fato, contudo, que acompanha também esses novos rearranjos familiares plurigeracionais, está relacionado à responsabilidade econômica intrínseca a essa forma de organização, na qual se identificou, em grandes casos, ser a renda do idoso a fonte principal dessas famílias. Esta afirmação confirma os contextos familiares dos idosos pobres deste estudo e, apesar deste fato, nem sempre são bem tratados pelo familiar. Demarca-se com esse fato uma nova forma de olhar para a velhice na sociedade do desemprego. A renda recebida pelo idoso é de um salário mínimo, o que é considerado pouco para atender às suas necessidades de consumo. Contudo, por menor que seja essa renda, o fato de tê-la como um direito adquirido atribuiu ao idoso o papel de provedor familiar e conferiu a este ser um papel mais/menos importante no âmbito das relações familiares, em contrapartida, teve o ônus da privação (pela divisão da renda como se fosse um aluguel assistencial) e de maior carga de trabalho (afazeres do lar como uma forma de compensar sua inserção no lar). Independente desses aspectos, a renda do idoso é sinal positivo para que outros membros familiares se utilizem desse recurso, ou seja, além de contribuir na manutenção do orçamento familiar, em algumas situações, vê-se que os familiares permanecem junto à pessoa idosa muito mais pela necessidade material de sua

própria sobrevivência do que mesmo para proteger, ajudar ou fazer companhia para o idoso, neste caso, o idoso fica sujeito a situações de maus-tratos. Foram frequentes as demonstrações de preocupação por extorsão devido ao endividamento dos filhos.

Entre os idosos deste estudo, encontram-se aqueles que só encontram seus entes queridos nas festividades de fim de ano ou aniversários. Por outro lado, há também o idoso que não sai e que a família não valoriza, diminuindo as chances de maior convivência e interação entre os idosos e familiares.

As constatações ampliaram as reflexões sobre o papel social da pessoa idosa. As relações intergeracionais descritas anteriormente estão se alterando constantemente e, por isso, exigindo que novos parâmetros dimensionem os elementos relacionados ao convívio e ao papel social do idoso em seu ambiente familiar. Assim, apesar do isolamento, abandono e indiferença, os idosos já experimentam relações diferenciadas no cotidiano familiar em relação a sua dependência, pátrio poder, hierarquia, e a figura do chefe aos poucos vai sendo substituída pela da pessoa de referência, homem ou mulher. Neste sentido, o determinismo biológico, a consanguinidade e a rigidez da tradição, da herança e da hereditariedade são relativizadas para que se possa elaborar dentro de um projeto de vida em comum relações e ações baseadas na escolha, na partilha e no cuidado. São relações que unem sem, contudo limitar a liberdade do outro.

No caso das mulheres idosas, apesar dessa liberdade, o espaço privado continua exigindo delas as tarefas e as obrigações que socialmente desempenharam e desempenham na família. A ambiguidade da valorização/rejeição da família reflete apenas a contradição de ter o olhar para o mundo público e, ao mesmo tempo ter de assumir e cumprir papéis marcados pela divisão sexual do trabalho. Assim, as mulheres idosas deste estudo recolhem-se novamente em suas casas, cumprem a rotina doméstica para então se sentirem livres e poder participar de alguma atividade coletiva fora de casa. A condição feminina vincula a autonomia das mulheres à situação de viuvez ou separação. A liberdade obtida decorre então da ruptura com sua condição de subalternidade (quando estavam casadas), mas nem sempre essa liberdade se traduz em possibilidade de dispor de sua vida.

Apesar dessa liberdade foram observados 02 elementos constantes na vida dos idosos: a solidão e a indiferenciação cronológica. Então, é preciso que a família mostre para esses idosos que uma nova rotina de vida deve ser programada para estabelecer as sequências temporais de organização das atividades, que incluem horários para levantar,

dormir, alimentar, dedicar à família, passear, conversar com os amigos porque sem obrigações definidas, toda a ordem cronológica anterior perde seu sentido e, como consequência, dá-se o início ao sentimento de solidão que, associado ao rearranjo familiar, gera esse isolamento. Além disso, há novas ações que esse segmento pode realizar como: fazer atividades voluntárias, estudar, tornar-se avós porque os idosos que convivem mais diariamente com os netos, demonstram ser mais abertos ao diálogo. O convívio com as gerações mais novas é enriquecedor para todos.

Assim, para uma convivência positiva entre o idoso e seus familiares nesta sociedade em que as transformações sociais interferem na relação familiar, tanto os idosos e como a família deve ter uma postura flexível e de oportunidades para o diálogo.

5.5 Em busca do *status* no cotidiano do idoso

O cotidiano dos idosos, aqui descritos, está vinculado a um grupo de baixo poder aquisitivo que reside no Município de Palmas, Tocantins, e sobrevive com a renda do BPC. As peculiaridades deste contexto, embora não devam ser generalizados, apresentam algumas semelhanças.

Dos 50 idosos entrevistados, um idoso se encontra acamado, devido a derrame que sofreu há mais de 05 anos, descrevendo que os seus dias são vividos nessa cama. Além dele, há 02 idosos e 01 idosa que, devido à artrose e a artrite há mais ou menos 3 anos andam com dificuldades, vivendo seus dias entre um sofá na sala e a cama à noite para dormir, outra idosa que, por artrose moderada no seu joelho anda com dificuldades. São situações crônicas relativas à saúde, que interferem no desenvolvimento de atividades no dia-a-dia. Ou seja, suas caminhadas se resumem a ida ao Posto de Saúde ou farmácia e na casa dos filhos, permanecendo em casa a maior parte de seu tempo. Outros idosos, mais independentes, caminham realizando suas atividades com algumas restrições. No que se refere ao lazer, pelo fato de saírem pouco de suas casas acabam assistindo TV, ouvindo rádio ou, utilizando seu tempo em atividades domésticas leves, ou dormindo.

“Limpo casa, lavo roupa, cozinho, tudo isso eu faço. É difícil eu sair. Quando cuido das coisas, me deito um pouco ...Ligo TV, assisto os programas evangélicos ... gosto de ver as notícias, acho bom...” (Ana).

“Passo o dia assim... Cuido das crianças... Vou à Igreja e a casa da minha irmã. Tenho via boa, muito feliz... ajudo minha filha” (Lucia).

“Tenho um filho que mora numa chácara perto de Palmas e ele vem sempre me buscar... quando fico doente ele me leva ao médico” (Lopes).

A vida social dos idosos, desta pesquisa, passa pela solidão porque são idosos que, em geral permanecem, em casa, sozinhos/acompanhados de netos; algumas vezes pelo próprio desejo, outras vezes por não ter recursos financeiros para ir a algum lugar específico. Outros fatores pessoais também contribuem para a permanência neste estado, a saber: a presença de problemas de saúde que os impedem de andar ou de sair de casa só, a falta de amigos e a própria atenção dispensada pelos familiares. Há também uma outra dimensão que está relacionada com a questão urbana, isto é, o acesso aos equipamentos urbanos, com destaque para a distância desses equipamentos em relação à residência do idoso dificultando sua saída de casa para fazerem o pagamento de contas e fazer compras; os transportes coletivos (estrutura física e desrespeito pelos motoristas); a falta de calçadas lisas nas vias urbanas também foram citados, contribuem para esse estado de isolamento deixando a impressão de que há legislação avançada no papel e omissão do poder público no acompanhamento e cumprimento da mesma (esses problemas individuais poderiam ser transformados em questão de interesse coletivo já que afetam um segmento volumoso).

O Estatuto do Idoso trouxe importante contribuição para a recuperação do prestígio e da dignidade desse grupo. Programas especiais têm sido elaborados para seu atendimento [...]. No entanto, o idoso continua sendo desrespeitado na cena urbana, onde os espaços não são adequados ao seu andar lento e calculado; nas filas dos bancos, cujos lucros fabulosos nunca se transformaram em conforto para seus usuários; no sistema de saúde, cujas “liturgias” burocráticas nem sempre são adaptadas às suas necessidades; no sistema de promoção social, cujos funcionários não compreendem que direitos humanos são inalienáveis e que, portanto, conceder benefícios estabelecidos como direitos não significa tratar o idoso pobre como se estivesse pedindo esmola (WHITAKER, 2010, p. 179).

As mulheres, em maior número em relação aos homens, são frequentadoras dos Grupos de Igrejas, possibilitando-lhes uma maior sociabilidade. Sobre esse tema, Debert (1997) relata que, com o surgimento da terceira idade, várias instituições públicas e privadas realizaram iniciativas em prol dos idosos, os denominados grupos de convivência, Escolas Abertas e Universidades da Terceira Idade com o fim de revelar uma nova concepção da velhice. Esses grupos foram implantados no Brasil na década de 90, através da Legião Brasileira de Assistência (LBA), atualmente extinta, e do Serviço Social do Comércio (SESC) e mais recentemente, as Universidades da terceira Idade.

A participação em tais entidades evidencia que há idoso receptivo e com disponibilidade de tempo para atuar nessas instituições. Essa receptividade pode indicar posições ativas em movimentos mobilizatórios, como também pode indicar ser um elemento condicionante de relações subalternas, isso é o idoso continua sem saber ou sem querer saber a natureza das coisas e quando sabem não querem sair do **círculo aconchegante** do conforto e da proteção presentes na união com seus pares/familiares (felicidade despreocupada, sem responsabilidades).

Há momentos que os idosos saem da casa, acompanhados dos familiares ou não, para efetuar pagamentos de contas (água, energia, carnês, telefone), demonstrando o uso dos idosos para a realização desses serviços devido à prioridade que os mesmos possuem nos atendimentos em instituições financeiras, gerando o aumento de situações embaraçosas para os idosos: nas instituições financeiras é visível o desconforto pela quantidade de usuários na situação preferencial e nos transportes coletivos há sentimentos de antipatia e constrangimentos por ocuparem esses espaços, principalmente quando os ônibus estão com muitas pessoas. Isso evidencia uma posição de subalternidade e de timidez do idoso nas relações familiares, quando há possibilidades da família realizar tal serviço. Há uma espécie de obediência confiante na família.

“Todo mês também vou ao centro para pagar as contas da casa” (Délia),

Isso evidencia que o idoso não possui muita autonomia para deliberar o que é mais interessante para ele fazer porque o *status* de velho (estatuto da velhice) e o *status* de pobre estão presentes na sua realidade, o primeiro fazendo com que suas habilidades, conhecimentos e experiências sejam considerados menos relevantes e, o segundo, atribuindo-lhe os atributos de necessitado, desqualificado, subalterno, miserável, excluído, inferior, fraco. Ao adentrar na velhice, a luta que o idoso manteve, enquanto pessoa independente, por dignidade, respeito e melhores condições de vida e a contribuição que proporcionou à produção de bens, serviços e conhecimentos não são reconhecidas e, este idoso encontra novas dificuldades que aliado à marginalização social e econômica faz com que seu *status* de velho prevaleça sobre todos os outros (de pai, de provedor, de trabalhador).

Os papéis sociais vivenciados na juventude e na maturidade vão sendo apagados e desconsiderados porque o idoso do BPC não trabalha e não produz algo útil e novo, e por isso, são enfatizadas a incapacidade, fragilidade e inadequação frente à cultura do novo. Há então uma ausência de papel social.

Na família, essa ausência também se apresenta. Em muitas situações, os familiares desconsideram as atividades já desempenhadas pelos idosos, de pais, chefes, educadores e provedores, ao longo da sua vida. Muitos membros da família desvalorizam toda a contribuição dos idosos, mesmo dependendo financeiramente dos idosos. Ao mesmo tempo em que a família desenvolve e mantém as funções biológica (procriação), econômica (sustento), de socialização (inserção no social), de transmissão cultural (de valores), de controle social (regras e dominação), também negligencia o idoso, atribuindo-lhe um status de inútil.

Antes de ser velho e dependente do BPC, o idoso atuava de forma autônoma na família, tomando decisões e realizando ações para atender as necessidades dos seus membros. Mas, quando ficou velho, passou a ser visto como uma pessoa incapaz de dar juízo de valor frente alguma situação ou tomar decisões. Assim, perdeu o papel social, a autonomia no processo de gestão e o exercício da autoridade, tendo como consequência, menor prestígio no meio onde está inserido.

Colocando todas essas mudanças num prato de uma balança e no outro o BPC, a pesquisadora não vê possibilidades de equilíbrio porque o recurso econômico sozinho é insuficiente para mudar o estatuto de velho e pobre e, por isso, variáveis como nível de escolaridade, sexo, situação conjugal, raça, condições de moradia, arranjo familiar, estilo de vida, idade funcional e saúde devem ser consideradas para a obtenção desse equilíbrio, principalmente se o idoso estiver inserido em uma sociedade que privilegia a acumulação do capital porque essa sociedade, para Pacheco (2005, p. 25), se assemelha ao fenômeno dos celulares que

[...] em poucos anos, eles se modificaram centenas de vezes. Desenhos modernos, bonitos e funcionais são criados para que as pessoas pareçam antenadas, jovens e bem-sucedidas. O medo da transformação que surge com a velhice assemelha-se um pouco ao fenômeno dos celulares. Tem-se medo de envelhecer como se tem receio de ser ridicularizado ao usar o aparelho antigo de dez anos, como os tijolões dos 'tiozinhos'. O ser humano envelhecido é-nos apresentado, pela ideologia dominante, como o aparelho ultrapassado. Fala, mas ninguém quer!

Isso significa dizer que, a autonomia, a independência, o poder, o prestígio e o próprio *status* do idoso estão na sua habilidade e capacidade de ser produtivo ou reprodutivo, atributos valorizados pelo meio social e, simultaneamente, pelo próprio idoso.

5.6 O status: entre a permanência e a mudança

A percepção de diferentes particularidades das experiências socioculturais e da universalidade da vida em sociedade mostra que a percepção de diferentes idades se dá no contexto individualista da sociedade moderna. Nesta, o indivíduo passa a ser um valor social, decorrendo daí a ideia de projeto de vida, ciclo de vida e percepção de si mesmo como um ser singular e inigualável. É neste contexto que a imagem homogeneizadora da juventude é eleita como idade padrão da sociedade contemporânea, apesar dessa etapa da vida representar uma realidade múltipla. É a partir dela que se estabelece o contraste com a velhice, também com características homogêneas, vista subjetivamente como declínio e, sobretudo, com a impossibilidade de ser valorizada porque já ultrapassou o ponto máximo do ciclo de vida, seja do ponto de vista da capacidade produtiva, seja do da capacidade física e psíquica. Então, essa dimensão considera a idade como um demarcador da assunção de papéis sociais (para impor), do tempo (para controlar) e do corpo (para administrar/disciplinar). Essa periodização do ciclo de vida serve para normatizar e registrar o tempo com o fim de padronizar e homogeneizar os papéis sociais e o corpo.

Neste sentido, as pessoas que passam a ter 60 anos de idade adquirem imediatamente o seu *status* de idoso, podendo assumir uma posição superior ou inferior dentro da estrutura familiar e, como consequência, ser o detentor de poder ou simplesmente ser um espectador das cenas que são protagonizadas no interior da família.

Em relação à complexa constituição do *status* dos entrevistados na condição de pertencentes a uma categoria etária (idosos) parece haver um movimento de busca (autonomia, liberdade), e, ao mesmo tempo, de recusa (zona de conforto, círculo aconchegante). A busca da igualdade dá-se, então, pela não aceitação da diferença, sendo a diferença, neste caso, justamente o fato de ser velho. O não querer ser velho constitui-se num fator de negação do *status* de velho pelo significado excludente e discriminatório que este ser possui nos padrões da sociedade de consumo.

Ao passar a ser reconhecido pelo *status* de velho inicia um processo onde qualidades estigmatizadoras e pejorativas são atribuídas aos idosos, definindo de fora o seu perfil identitário. A visão biológica se impõe sobre o sujeito a partir do enfoque homogeneizado de corpos físicos enfraquecidos, disfuncionais e frágeis. Há a imposição da identidade de subcidadãos para os idosos porque as transformações corporais que acontecem no corpo são identificadas como limitações pessoais, impossibilidades, restringindo a velhice em não lugares e privando de certos direitos e da participação em certas atividades. Identidade que o idoso se ressenete, mas não têm permissão de abandonar, nem das quais se livrar – identidade que estereotipa, humilha, desumaniza e estigmatiza.

No entanto, se *status* fosse entendido com “vir a ser” e não o que “já é”, o BPC poderia empoderar os idosos para vivenciar outras velhices que não aquelas vivenciadas hoje. Empoderar com a conotação de aumentar o poder e gerar maior autonomia no aspecto pessoal e no coletivo para o idoso conseguir enfrentar as diferentes situações de opressão, indiferença e violência nas interações que mantém em seu contexto social.

O aumento do poder no sentido de possibilitar ao idoso maior conscientização crítica do mundo, para assim, ser capaz de desempenhar um papel mais ativo, controlar sua vida, exercer a cidadania pelo desenvolvimento de suas capacidades, habilidades e competências individuais, e conquistar sua própria autonomia ao intervir, participar, influenciar e transformar o meio em que vivem.

A maior autonomia será obtida quando o idoso possuir condições para poder decidir (poder de determinar a própria lei) e, ao mesmo tempo, para poder fazer (poder para realizar), mas como o fazer não acontece fora do mundo fica, portanto, condicionado as leis civis e as convenções sociais, ou seja, a autonomia não é absoluta e, por isso, deve ser obtida pela cidadania. O contrário dessa situação é a heteronomia, isto é, quando o idoso recebe do exterior a lei à qual se submete. Em outras palavras, são caracterizadas como heteronomia as situações que impõe determinações limitando ou anulando à autonomia, tais como: escassez de recursos materiais, massificação dos hábitos, vulnerabilidade social, ignorância, baixa qualidade de vida, estetização da vida, estilo de vida, má índole moral. Essa dupla capacidade contribui para que o idoso construa sua própria personalidade, se guie pela própria razão, saindo, então, da dependência.

Relacionando esses aspectos com a vida dos idosos pesquisados, as entrevistas mostraram uma pluralidade nas formas de viver desses participantes, revelando assim a heterogeneidade e complexidade na identificação do seu *status* individual porque este está localizado em um ponto cronológico e inserido num sistema de relações complexas, singulares e subjetivas. Mas foi identificado que todos têm o estatuto de velho e este contribui para a redução ou perda dos papéis que deveriam desempenhar enquanto pai, esposo(a), provedor, chefe de família ou pessoa de referência.

Os idosos, que participaram dessa pesquisa e moram sozinhos 76 (19,3%) estão representados por homens (18,10%) e mulheres (20,50%). Alguns são viúvos, outros divorciados, além dos separados, mas todos são ativos e independentes, pela saúde ser ainda satisfatória. Esses idosos, mantêm a subsistência do lar, realizando as tarefas da casa, o preparo da alimentação e os cuidados com seus pertences. Esse conhecido cotidiano já fazia parte da vida de muitas idosas, mas para os homens, era desconhecido e, por isso, exigiu adaptação, ao mesmo tempo, que gerou o sentimento de solidão. Alguns conseguiram apropriar-se desses afazeres, continuando suas vidas, descobrindo-se gostar dessas atividades que não eram exercidas antes, porém, a maioria continua a contragosto a viver sozinhos na viuvez ou separação. Os idosos em tal situação, isto é, sós, têm liberdade para gerenciar sua vida, privacidade nas suas ações, planejar seus gastos, praticar seus hábitos, realizar as atividades da sua maneira e quando necessitam de ajuda chamam parentes ou vizinhos. Portanto, o BPC contribui para que o idoso, além do *status* de velho, possua o *status* de provedor e chefe de família desempenhando seus respectivos papéis com autonomia. Neste sentido, evidencia-se uma mudança na condição da mulher idosa na família proporcionada pelo BPC e uma manutenção das condições na família para os homens.

Nas residências onde os idosos moram somente com o conjugue e, ambos são independentes, o homem é a fonte de controle e regulação social. Neste ambiente, tem-se uma distribuição de tarefas baseada no sexo, a mulher cuida das atividades domésticas e o homem se dedica ao lazer. As decisões são dialogadas, mas há predominância da ideia masculina. Neste caso, o homem é o chefe e tem mais autonomia que a mulher. Há então, a manutenção do *status* de chefe do lar para o homem idoso com autonomia para agir. Para a mulher idosa, o *status* é mais inferior e a autonomia é menor.

Nos outros arranjos familiares (idoso com filho e idoso com filhos e outros parentes) foi possível identificar que os filhos e outros parentes intervêm de forma direta nas ações familiares e ainda são ajudados financeiramente e materialmente pelos pais quando necessitam desse suporte. Apesar dessa ajuda financeira não há a participação do idoso no processo de gerenciamento familiar, só na execução das atividades domésticas. A renda do BPC, neste caso, não representou melhorias no seu *status* e na sua autonomia.

Nos casos dos idosos completamente dependentes, devido a problemas com a saúde, a família se lembra de como ele/ela era, mas, esses idosos, não têm autonomia, poder e nem papel social.

A multiplicidade de arranjos familiares, a variabilidade de cada pessoa, a complexidade das relações estabelecidas e a construção cultural da velhice dificultam a padronização do *status* individual porque nem todos os aspectos apresentados por um idoso pode ser encontrado na descrição do outro e o que faz sentido em um contexto não o faz, necessariamente, em outro.

5.7 Dos indicadores à hipótese

Os programas brasileiros de transferência de renda são abordados pela Política de Assistência Social (benefícios pecuniários de caráter não contributivo). A partir da Constituição federal de 1988 a assistência foi inserida à Seguridade Social assumindo o *status* de política pública, isto é, direito do cidadão e dever do Estado. Isso quer dizer que o acesso a bens e serviços de caráter universal e publicamente disponibilizados serão concretizados pela intervenção ativa do Estado por meio de políticas sociais com o fim de garantir um mínimo de bem-estar para os indivíduos. Uma dessas políticas é o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Para o governo essa política tem por objetivo promover o envelhecimento de forma digna, saudável, inclusiva e ativa, garantindo assim melhores condições de vida, menor isolamento social e maior bem-estar ao idoso que prove não ter condições de se ser sustentado por si mesmo e pela sua família. Em consequência do volume de benefícios já concedidos e investimento financeiro realizado o BPC transformou-se no segundo maior canal de transferência de renda do governo federal – só perde para o Bolsa Família e, por isso, tem sido avaliado na perspectiva da lógica estatal da política social, como um benefício que está sendo eficiente e eficaz na melhoria das

condições de vida da pessoa idosa, assim como possibilitou sua revalorização dentro da família e contribuiu para o desenvolvimento da autonomia individual.

Ao relacionar esses objetivos com a realidade do beneficiário que recebeu, em abril de 2013, o BPC, no Município de Palmas, Tocantins, foi observado que:

- devido ao seu estatuto de velho, a pessoa do idoso pesquisado apareceu associada à perda, à deterioração do corpo, à incapacidade e à ausência de papéis, contribuindo para que lhe fosse atribuída uma identidade de falta de condições;
- o idoso, se sente diminuído em suas necessidades de êxito, prestígio, respeito, autonomia e poder à medida que envelhece;
- a limitação social pela idade e o não trabalho em conjunto com os fatores fisiológicos, sociais e psicológicos, contribuem para a perda do *status* social afetando o autocuidado e a autoestima do idoso;
- o comprometimento funcional e/ou incapacidade associada a deficiência fisiológica (na estrutura e funções do corpo) compromete a autonomia e independência do idoso de forma variável, desde pequenas limitações até grandes restrições (participação) nas atividades da vida diária, exigindo volume de recurso financeiro significativo para o tratamento e melhor qualidade de vida do idoso vulnerável;
- o idoso está sendo duplamente explorado: nos trabalhos domésticos (cuidando da casa e dos familiares) e em seu recurso financeiro (utilizado para a sustento da família);
- o idoso tem independência física para agir com o corpo, mas é limitada a condição de se relacionar com as pessoas, como também é limitada a liberdade de escolha de ação e de autocontrole sobre sua vida. Mesmo possuindo renda própria a autonomia do idoso é limitada porque o idoso é visto como ser dependente que não tem sanidade e conhecimento suficiente para proferir posicionamentos e pontuar suas próprias escolhas diante de temas relacionados à manutenção econômica e social de sua vida;
- o idoso tem prestígio no sentido econômico por poder pagar pela sua estadia na família com recurso financeiro ou pela prestação de serviços domésticos. Mas essa estadia quando compartilhada com outros familiares é precária e não favorece a privacidade;
- o idoso não tem o exercício da autoridade sobre seus familiares, isto é, poder;

- o comportamento que se espera do idoso é o de resignação;
- o cotidiano é solitário; e
- o BPC é do idoso mas está sendo aplicado em benefício da família.

Além desses aspectos, cita-se que os elementos comuns entre os idosos são o enfrentamento da velhice (*status* de idoso), da pobreza (*status* de pobre) e da migração (*status* de migrantes) por meio da renda do BPC (*status* de assistido), sendo que para a obtenção dessa renda (*status* de usuário) o idoso deve incorporar não só o papel de assistido, mas também o modo de vida de um assistido para que possa continuar a receber essa ajuda financeira.

Resta a esses indivíduos apenas aceitar as obrigações do *status* de assistido, inicia-se, então, para eles, uma nova carreira, durante a qual a personalidade se transforma rapidamente. Vivem o aprendizado dos papéis sociais que correspondem às expectativas específicas dos assistentes [...]. (PAUGAM, 2003, p.38).

Mas, uma vez adquirido o *status* de beneficiário, essa condição não está encerrada devido as revisões periódicas que deverão ser realizadas de 2 em 2 anos. Isto quer dizer que o *status* de beneficiário, ao mesmo tempo, em que promove a certeza de uma renda regular, gera também uma insegurança quanto ao futuro do usuário. Portanto, todo esse processo desencadeia um conjunto de emoções que poderá contribuir para a introjeção dos comportamentos normatizadores que correspondem à instituição do papel de beneficiário. Emoções quanto ao poder que a renda possui de garantir a sua subsistência como também de amenizar um futuro que parecia incerto e inseguro. A extensão dessas emoções faz com que haja uma forte (re)ação por parte do idoso na reconstrução de uma parte de sua forma de viver, na adequação constante às regras do programa, na ressignificação da vida cotidiana e das relações familiares, na incorporação de disposições identitárias para manter a sua condição de assistido e, no planejamento de um novo modo de vida devido ao estreitamento do futuro e a finitude da sua existência.

Ademais, para continuar possuindo o *status* de usuário, o idoso deve manter não somente as condições objetivas que o considerou apto ao grupo de assistidos, mas sim reproduzir os significados que representaram outrora a condição de acesso ao programa,

isto é, em tal processo de (re)socialização, tem-se o esvaziamento da autonomia do idoso e um distanciamento de sua condição de sujeito de direitos.

Isso implica em resultados negativos para o programa, haja vista que, os indicadores estatísticos que o programa tem produzidos esconde as reais condições de vulnerabilidade por que passam os idosos do Município de Palmas, Tocantins, que são atendidos pelo BPC.

Neste sentido, a visão positiva do governo em relação à aplicação do recurso público no BPC não representa com fidedignidade, no ambiente familiar, o *status* do idoso do Município de Palmas, Tocantins, que recebe esse benefício porque ele está sendo eficaz na manutenção das condições de vida que a maioria dos idosos pesquisados já possuía e da relação mercantil estabelecida entre beneficiário e sua família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encontro-me há dias diante de um computador, lendo, pesquisando, escrevendo e reescrevendo frases com o fim de expressar o meu pensamento acerca das informações obtidas no desenvolver desta tese sobre lugares, lembranças, perseverança, dores, alegrias, filhos e filhas, estilos de vida, papel e posição social, autonomia, poder, prestígio, condições de vida, família e idoso. Apesar de todo o meu esforço, não consigo expressar completamente o meu pensamento. Como resultado, inicio minhas conclusões pelo que considerei a melhor frase.

Amo estudar. Amo conhecer. Amo descobrir novas verdades. Amo combinar e entender novas conexões. Amo pesquisar. Sem essa paixão, eu não teria participado desse curso e iniciado esta tese. A capacidade de pensar e acreditar no potencial humano conduziu-me à esperança de um resultado que mostre de forma objetiva e subjetiva o ser que envelhece. Mas ressalto que as descrições e análises realizadas traçam, na realidade, as marcas da minha própria biografia. Sendo assim, nos momentos de reflexão, a informação recebida passou pelo filtro da subjetividade, sempre limitada pela vivência de quem a percebeu e de quem a contextualizou. A informação, nesse sentido, é ambivalente, mas no meu entendimento, é esta característica que resgata a possibilidade de criar.

Esta tese trata de um dos temas que, nos últimos anos, têm ocupado posição de destaque nas mais variadas áreas de conhecimento que lidam com o ser humano e suas relações: a longevidade humana. Em tempos antigos e na atualidade, entre estudiosos e pessoas do povo, o olhar sobre o envelhecimento e sobre a velhice é um olhar interdisciplinar, por confluírem para esse olhar explicações científicas, supersticiosas, poéticas e religiosas.

O envelhecimento e seu respectivo desenvolvimento em termos quantitativos e implicações socioeconômicas são minha principal preocupação, tanto quanto da comunidade internacional e do governo brasileiro, diante dos desafios acarretados pelo aumento significativo de idosos na população. Se antes o envelhecimento evidenciava o fim da vida, atualmente simboliza décadas a mais de vida e, conseqüentemente, desafios na esfera pessoal e social e de algumas instituições públicas. Dessa forma, os idosos, como um coletivo social, tornam-se muito mais ameaçadores do que a velhice como fenômeno biológico. Nesse sentido, encontrar uma saída, uma direção ou um valor para as

capacidades e habilidades que as pessoas idosas apresentam, bem como integrá-las na vida formativa e produtiva é um desafio e uma necessidade que mobiliza organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, foi apresentado um novo discurso sobre a velhice, baseado no conceito de envelhecimento ativo, inclusão social e sociedade igualitária para todas as idades com o fim de romper com o tradicional estereótipo sobre a velhice inativa.

Ser um indivíduo ativo e ao mesmo tempo idoso parece contraditório. Se, por um lado, essa nova concepção estimula a capacidade das pessoas idosas, destruindo estereótipos anteriores de não produtivo, existe um volume significativo de idosos que não conseguem mais atuar no mercado de trabalho e dependem dos recursos públicos, por exemplo, o valor do BPC, como também há aqueles doentes e frágeis necessitando de cuidado, apoio e amparo do poder público, da comunidade e da família para ter uma vida digna.

Refletindo sobre essa ambiguidade, e, de forma específica, sobre a transferência de recursos públicos na forma de benefício social para os idosos em situação de vulnerabilidade social, como os beneficiários do BPC, **surgiu a preocupação** de saber sobre como o idoso do BPC compreende o seu *status* dentro da sua família, ente legalmente responsável para atender suas necessidades sociais e de saúde.

E assim **o objetivo geral da pesquisa** foi compreender o *status* do idoso do município de Palmas, estado do Tocantins, que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC) a partir do contexto familiar, focalizando a manutenção, ruptura ou reconfiguração no papel, na posição, no poder e na autonomia dos agentes sociais (idosos) envolvidos, considerando-se o modo como os idosos compreendem seu *status* atual e que interpretação atribuem à sua condição.

Nossa **hipótese** é de que a visão positiva do governo em relação à aplicação do recurso público no BPC não representa com fidedignidade, no ambiente familiar, o *status* do idoso que recebe esse benefício no município de Palmas/TO.

O caminho para a demonstração da hipótese foi construído por meio de uma abordagem multimetodológica que envolveu diferentes etapas, assim como técnicas e procedimentos de coleta de dados evidenciados. Partindo da noção de que a família e o idoso se influenciam mutuamente, a seção do método (**capítulo IV**) foi organizada com base na visão de que os instrumentos e técnicas utilizados mantêm entre si uma relação

recursiva onde os dados derivados de um instrumento e técnica complementam e são complementados pelos outros. A primeira etapa, descrita como o momento que antecede a coleta propriamente dita, caracterizou-se pela preparação que permitiu a execução da pesquisa e foi constituída por tarefas de formação da equipe, treinamento, elaboração de instrumentos, contato preliminar com o contexto de investigação e revisão de procedimentos. A segunda etapa foi o momento de coleta que se deu através da análise documental, aplicação do formulário, realização de entrevistas e anotações no diário de campo.

Os **capítulos teóricos I, II e III**, que constituem o levantamento bibliográfico para a compreensão do tema, foram respaldados nas categorias do método dialético – historicidade, totalidade e contradição – e conduziram à reflexão quanto à complexidade do envelhecer, à heterogeneidade da configuração familiar e à magnitude das políticas assistenciais de transferência de renda, respectivamente.

Partindo da reflexão inicial, no **capítulo I**, a respeito dos símbolos que construíram, o meu e o nosso ideário sobre o envelhecimento, foi percebido que estudiosos contribuíram propagando a ideia de que envelhecer é um **processo biológico/fisiológico** que atinge o corpo de todos os seres humanos, iniciando com o nascimento e terminando com a morte. No processo, cada órgão, independentemente, reduz passo a passo suas funções. Quando o ser humano está se desenvolvendo, as alterações degenerativas são sobrepujadas ao processo de construção dos tecidos. Na maturidade há uma inversão desse processo e por isso a taxa de regeneração molecular é inferior à das mudanças degenerativas, resultando na perda de células e, como consequência, limitações na eficiência estrutural, funcional e orgânica. Todas essas alterações se manifestam no corpo, elemento mais visível da estrutura física do ser humano. Por esse motivo, o idoso sempre é reconhecido pelo olhar do outro. Essa demarcação do envelhecimento a partir de sua dimensão biológica possibilitou a associação do envelhecimento com a deterioração do corpo e dessa forma foi caracterizado pelo seu declínio.

Outra visão para o envelhecimento está ligada à **idade cronológica**, ao passar a ideia de que as idades ou mesmo os estágios ou fases são as causas do desenvolvimento humano. A periodização da vida em grades etárias surgiu nas sociedades modernas em decorrência de fatores socioeconômicos, necessidades organizacionais da ciência e da vida social, isto é, para definir a maioridade legal, a entrada no trabalho, formular direitos e

determinar a cidadania. Em outras palavras, surgiu para a sociedade disciplinar o corpo, as atividades e o espaço. É esse critério que alicerça a legislação brasileira voltada aos idosos.

Por outro lado, há a noção do **envelhecimento ativo** se contrapondo ao tradicional estereótipo sobre a velhice inativa. O conceito de envelhecimento ativo e capaz está centralizado na ideia de velhice como sinônimo de vitalidade e saúde, de que as pessoas idosas continuam tendo potencial para criar, crescer e se desenvolver ao longo de toda a vida, mesmo tendo perdas mais visíveis e ganhos imperceptíveis.

Os diversos períodos em que o processo do envelhecimento foi analisado fizeram surgir múltiplas interpretações sobre esse fenômeno, porque o envelhecer é multidimensional, haja vista que, além das questões biológica e cronológica, envolve aspectos sociológicos e psicológicos. Além disso, o processo de envelhecer é heterogêneo e complexo porque varia de pessoa para pessoa (dentro de determinado grupo social), mesmo que exposto às mesmas variáveis ambientais. Questões como modo de vida, situação econômica, autonomia, acolhimento familiar, acesso a políticas sociais e ao mercado de serviços também podem tornar o envelhecimento um constante movimento contraditório, pois o cotidiano do idoso é influenciado pela sociedade na qual está inserido. Mas não é somente o cotidiano do idoso que se apresenta de forma heterogênea. Suas ações, atitudes e desejos também se diferenciam conforme suas necessidades sociais.

Com base nesse referencial, compreendeu-se que o envelhecimento é um processo determinado por elementos ambientais e pessoais, incluindo o potencial de flexibilidade e de mudanças que cada idoso possui para lidar com as perdas e enfrentar as adversidades.

O **capítulo II** fala da família e sua relação com o idoso dentro de um enfoque que vê o fenômeno do envelhecimento populacional como um dos elementos que está a exigir muitos reajustes nas famílias, por esta ser considerada como a provedora de recursos humanos, afetivos e econômicos para os idosos. Um dos recursos mais importantes refere-se ao cuidado em relação aos seus membros idosos. No processo de cuidar do idoso no domicílio são evidenciadas várias dificuldades para a família e principalmente para o cuidador. Decorrem, muitas vezes, das necessidades de cuidados, de dependência física e financeira do idoso, das limitações dos próprios cuidadores, como, por exemplo, a falta de conhecimento e o despreparo para com o cuidar; o desgaste físico do cuidador por acúmulo de funções, e ser outro idoso o próprio cuidador.

Além desses aspectos relacionados mais diretamente com o idoso, há de ser considerado que os arranjos familiares estão se modificando, fazendo surgir outras configurações mais extensas ou não, onde o idoso pode estar na condição de parente ou de chefe do lar.

Nesse sentido, é importante conhecer a composição familiar em que os idosos vivem, como estratégia de inferência do suporte afetivo e material que a família dá e recebe, pois a partilha do espaço físico viabiliza a possibilidade de compartilhar a renda e todos os tipos de cuidados domésticos.

Os depoimentos dos idosos revelaram a centralidade da representação que a família tem para eles. Ao longo do estudo, os idosos afirmaram que gostam de estar junto de seus familiares, mas a família nem sempre dispõe de suporte econômico e social para atender suas necessidades materiais e de cuidado. Além disso, no meio familiar, a descrença no idoso também se faz presente, apesar de, em alguns casos, este ser o “chefe da família”. Este fato representa a incorporação cultural do *status* de idoso, que em conjunto com as variáveis sociodemográficas, condições de vida, estilo de vida e funcionalidade, são os elementos catalisadores dos papéis sociais, do prestígio, da autonomia e da posição social que o idoso ocupa no ambiente familiar.

O capítulo III apresenta os mecanismos de proteção social disponibilizados pelo Estado brasileiro para os idosos e fala de forma especial sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), respondendo assim, ao terceiro objetivo específico. A formação do sistema nacional de proteção social aconteceu em resposta à necessidade de regular as relações capital-trabalho durante as fases de atividade e inatividade dos trabalhadores, ou seja, esteve vinculado à regulamentação do mercado de trabalho e à estruturação da Previdência. Assim, no Brasil, a história da intervenção social em favor dos pobres teve início com as ações e as instituições de caráter assistencial não estatal, movidas pelos ideais de caridade e solidariedade. Os serviços de proteção aos idosos surgem na forma de assistência porque, antes do processo de urbanização e industrialização, as famílias com idosos eram extensas e os filhos tinham como obrigação sustentar seus pais quando estes não podiam fazê-lo. Com a industrialização, especialistas e políticos passaram a se preocupar com o amparo dos trabalhadores idosos, chegando à conclusão de que o governo deveria garantir o mínimo para a sobrevivência dessas pessoas. Uma forma de intervenção do governo é a Previdência Social. Nesse caso, ele tributa ou coleta contribuições da

população ativa e as transfere para a inativa, surgem a Aposentadoria Proporcional por tempo de serviço, a Aposentadoria por idade e a Pensão por morte para viúva e viúvo. Outra forma é pela assistência, consolidada na Constituição de 1988 e legislações que contemplam o idoso como a Renda Mensal Vitalícia, a Política Nacional do Idoso (PNI), o Programa Nacional de Saúde do Idoso, o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) que regulamentou o BPC, dentre outras.

É visível o caráter inovador e o avanço da legislação, embora haja muito a ser feito pelos idosos até que os direitos sociais para eles previstos sejam plenamente respeitados, pois embora estabelecidos em instrumentos legais como Constituições, Códigos e Estatutos, eles só se concretizarão na prática. Em países pouco desenvolvidos como o Brasil, o aparato legal contempla os direitos sociais, mas a realidade contraria significativamente o texto legal. O usufruto dos direitos sociais só pode ser garantido com a efetiva participação política dessa população.

Outros esforços advindos da sociedade civil também foram realizados, como os Grupos de Convivência dos Idosos desenvolvidos pelo SESC, o programa Escolas Abertas da Terceira Idade, que se iniciou no Brasil na década de 1970 e se torna, na década de 90, na UnaTI - Universidade Aberta para Terceira Idade, com o fim de fortalecer e promover o acesso do idoso ao lazer, à informação e também à consciência política.

No que se refere às políticas de transferência de renda do governo federal, este estudo enfoca de forma especial o Benefício de Prestação Continuada (BPC) como uma política que visa garantir aos idosos seus direitos e a preservação de sua cidadania. É um benefício concebido no âmbito da assistência social e não exige contribuição para a previdência social. É completamente financiado pelo Fundo Nacional de Assistência Social, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social de Combate à Fome e operacionalizado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS. Essa política visa atender deficientes e idosos com renda familiar per capita inferior a um quarto de salário.

Por meio dessa política houve redistribuição “intergeracional” da renda do idoso. Assim, foi observado que famílias pobres ou que se aproximam da linha de pobreza, que convivem com seus idosos, dependem diretamente dessa renda para obterem melhores condições econômicas, fato este que denuncia uma realidade cada vez mais comum, além de um grande paradoxo: o idoso, que não é valorizado nem mesmo em seu espaço familiar,

ao mesmo tempo passa de assistido para assistente e, por isso, estrutura o seu *status* como de provedor, sem necessariamente ser o chefe de família. Nesse sentido, a realidade do “idoso provedor” acaba aproximando de forma mercantilizada a família do idoso, pois sabe que pode contar com ele notadamente em termos econômicos.

As análises desse capítulo permitiram identificar as contradições na aplicação do BPC para melhorar as condições de vida do idoso e proporcionar-lhe mais autonomia em relação a sua vida, porque o debate político sobre o envelhecer está baseado em uma visão generalizada de que a população idosa é um grupo homogêneo com experiências e necessidades comuns.

Considerando as análises realizadas sobre o envelhecimento, família e BPC, o **capítulo IV** descreveu o percurso metodológico para este estudo, dentro da perspectiva do Método Dialético-Crítico. Nesse percurso, foram indicados os objetivos, a hipótese da pesquisa, os tipos de metodologia e a perspectiva de análise e interpretação dos dados coletados.

O capítulo V procurou responder a dois objetivos específicos, isto é, apresentar o perfil sociodemográfico dos idosos que recebem o BPC do município de Palmas e mostrar suas condições de vida.

Ao estudar os idosos beneficiários do BPC do município de Palmas/TO, algumas características do espaço urbano foram destacadas. Com o fim de impedir o processo de favelização do centro da cidade, o governo, na época da constituição do município, segregou social e espacialmente os migrantes de baixa renda ao instalá-los em áreas periféricas. Essa segregação e exclusão habitacional produziram espaços nos quais se verifica a acumulação de desvantagens sociais e ambientais acompanhadas da deterioração da qualidade de vida. Tem-se na cidade uma parcela da população que desfruta de um nível alto de consumo e outra que também tem condições de satisfazer suas necessidades básicas. Em outra parte desse território estão os aglomerados urbanos, onde grupos de pessoas vivem o processo de vulnerabilização coletiva decorrente do subemprego, do desemprego e da perda da renda do trabalho, processo ao qual se somam os efeitos do empobrecimento nas relações humanas, resultantes da desestruturação do núcleo familiar, do isolamento social, da estigmatização e da falta de garantias aos direitos humanos. São locais com menos serviços públicos, vivendo numa marginalização social que os exclui territorialmente. São as periferias acumulando, ou não, sonhos, desejos e projetos de vida

dos excluídos. Essa é a realidade urbana do município de Palmas/TO, é a sua realidade de inclusão-exclusão. É nesse contexto territorial e social que os idosos pesquisados residem.

O **perfil dos idosos** pesquisados é similar aos dos moradores de periferia. Os resultados relevantes encontrados nesta pesquisa de campo possibilitaram as seguintes conclusões:

- A maioria dos idosos é composta por mulheres (50,9%), evidenciando a feminilização da velhice. A idade predominante do grupo variou entre 71 e 80 anos, indicando que é um público que está na média de esperança de vida dos brasileiros, que, segundo o IBGE, gira em torno dos 72 anos. Ao mesmo tempo, a informação etária indica maior necessidade de cuidados no futuro, apesar de atualmente realizarem de forma independente as atividades cotidianas.
- A situação de descasados (desquitado, separado, divorciado e viúvo) é a maior do grupo (52,4%), enquanto que 47,4% são casados, mostrando que muitos estão sem parceiros matrimoniais. Dos descasados, 34,4% estão em situação de viuvez.
- A migração contribuiu para a constituição desse grupo, sendo em sua maioria (27,48%) originários do estado do Maranhão, seguido de 12,72% do Piauí.
- A baixa escolaridade e o analfabetismo estão presentes no grupo de forma bastante significativa: foram identificados 18,12% de analfabetos, mais 62,41% que não concluíram o ensino fundamental, perfazendo 80,53% de idosos que têm dificuldade de leitura. Esses resultados decorrem do baixo nível educacional vigente no Brasil em décadas passadas e da baixa renda auferida em tempos anteriores.
- A participação desses idosos (88%) na atividade econômica antes de receber o BPC estava relacionada com a área informal e 13,48% recebem ajuda financeira dos filhos, sugerindo que possuir o BPC não significa que este seja suficiente para o seu sustento.

Em relação às **condições de vida** foi observado que devido a situação socioeconômica dos idosos, isto é, como são beneficiários do BPC, possuem como renda única o salário mínimo, evidenciando o processo de pauperização da velhice.

Os valores monetários recebidos são vitais para o sustento não só deles mesmos, mas de uma quantidade de familiares que habitam o mesmo lar. Isso indica que os idosos

estão se responsabilizando pelas despesas do lar, ou sendo responsáveis por uma parte das despesas (pagamento de contas e alimentação), o que evidencia o crescente número de idosos provedores da família.

Em termos de moradia, a proporção de idosos que possui casa própria é maior (82,4%) sugerindo que estão em Palmas/TO há muito tempo; a residência é de alvenaria com poucos cômodos, possui os utensílios básicos (fogão, geladeira, tv, celular); e são servidos dos serviços públicos (água, energia, esgoto e lixo).

Os idosos afirmaram que devido à idade houve alterações na aparência e na disposição para realizar as atividades diárias e que a saúde ficou mais vulnerável. Um pequeno grupo da amostra não conseguiu realizar o sonho de ter a casa própria e sente tristeza pela não realização desse projeto de vida, evidenciando que a exclusão em relação à moradia decorre das condições de trabalho que realizaram anteriormente.

As mulheres participantes desta pesquisa manifestaram-se sobre as poucas oportunidades que tiveram como autônomas, para fazer livremente suas escolhas de vida: casar, trabalhar, estudar. Casaram por necessidade econômica ou imposição familiar. Tiveram muitos filhos, sofreram para criá-los e sofrem hoje pela falta de oportunidade que eles têm. Desejaram e desejam ter uma vida melhor, porque antes do BPC trabalhavam simplesmente para sobreviver. Passaram boa parte de suas vidas no trabalho árduo e fatigante, contentando-se com qualquer serviço (faxineira, babá, vendedora, lavradora, cozinheira), de dia ou de noite.

Quanto ao **estilo de vida**, a maioria não fuma, não bebe, participa de poucas atividades de lazer, necessita ingerir acima de três medicamentos e realiza as três refeições diárias. Como consequência, o valor do BPC é aplicado em sua maioria para a alimentação, seguido de medicamentos e habitação.

Foram encontrados nos arranjos familiares idosos vivendo com o cônjuge e os filhos. Entretanto, o modelo idoso morando apenas com o cônjuge (chamados “ninhos vazios”) também foi constatado, sendo que esses ninhos constituem 53,7%, dos quais 19,3% moram sozinhos. Há também os arranjos familiares com grande número de pessoas convivendo no mesmo domicílio como estratégia de sobrevivência. O motivo para viver com os filhos ainda é o fato de os filhos não terem saído de casa ou terem voltado para casa após separações. Nesses casos, também é a renda dos idosos que mantém o domicílio. No caso

de coabitação entre as gerações, as mais jovens beneficiam-se da renda das gerações mais velhas.

Em relação aos **relacionamentos familiares**, as formas de apoio informal que circulam nas diferentes estruturas familiares são dos idosos para as gerações mais jovens, considerando que a maioria dos idosos tem capacidade funcional e sua renda contribui para o pagamento das despesas mensais. O sexo feminino destacou-se como o que mais cuida dos idosos, reafirmando as históricas relações de gênero, em que às mulheres são atribuídas funções domésticas e de cuidados com os filhos, marido e aos pais quando velhos. Acrescente-se que a ajuda decorre devido ao bom estado de saúde dos idosos.

No entanto, apesar do idoso contribuir com sua renda para o sustento da família, nem sempre ele recebe o respaldo de que necessita, porque a ajuda que a família proporciona ao idoso restringe-se, na maioria dos casos, ao apoio afetivo, que se refere às funções da família conjugal, de afetividade, carinho, amor e compreensão. O apoio financeiro foi pouco citado.

Esse fluxo de apoio do idoso para com sua família não se restringe à ajuda financeira, mas a todas as situações em que o idoso pode ajudar, incluindo os trabalhos domésticos e cuidados com os netos. Enfatize-se que, em casos de coabitação de gerações, o idoso pode contar com uma rede de ajuda, seja dos filhos que moram na mesma residência, seja dos filhos vivos que têm. Entre os idosos pesquisados, 90,58% têm filhos vivos. Por conseguinte, a possibilidade de poderem contar com ajuda familiar é maior do que entre os idosos que não tiveram filhos, que moram sozinhos ou que vivem distantes dos filhos.

A maior ocupação do idoso permanece centralizada no âmbito familiar, isto é, passaram a ser cuidadores diretos de familiares, tomando conta das funções da casa para os outros membros da família trabalharem. Exceto os acamados, os demais idosos têm atividades no âmbito de sua casa, realizando todo tipo de ação: limpar, cozinhar, lavar. São atividades que integram o idoso no seu grupo familiar. Quando não estão ocupados com a casa, preenchem o tempo assistindo televisão ou sentados na calçada da residência.

Foi percebido que muitos são tratados com respeito, fato exemplificado tanto por nossa observação do espaço físico (instalações), quanto pelas respostas que deixaram explícita a satisfação dos usuários para com a sua família.

Em **relação ao BPC** foi identificado que a universalização dos benefícios da seguridade social, que ocorreu na década de 90, contribuiu para uma maior proporção de segurados e beneficiários do BPC em diversos municípios brasileiros. Para a previdência, o BPC investido nas pessoas idosas tem contribuído para: melhorar as condições de vida, proporcionar a inclusão social, prevenir o isolamento, garantir o bem-estar e promover o envelhecimento de forma digna, saudável e ativa para a população idosa. Também tem auxiliado na redução da pobreza. Assim, ter um idoso na família ajuda a elevar a renda média mensal da casa.

Considerando os (re)arranjos familiares, vê-se que o idoso pesquisado se desenvolveu de forma contínua através de contextos variados. Em diversos momentos durante esse processo de desenvolvimento, fatores de risco (miserabilidade econômica, violência, mudanças de papéis, patologias severas) interferiram e levaram à ruptura momentânea da continuidade deste processo. Apesar dessas descontinuidades, a pessoa idosa reestruturou-se após cada ruptura, dando início a nova fase. Nesse processo, o estilo de vida, o sexo, a escolaridade e a capacidade funcional da pessoa idosa possibilitaram a este ser manter (para o homem dos ninhos vazios), modificar (para a mulher que mora só) e reestruturar (para os que moram com filhos e outros parentes) a sua autonomia, o poder, o papel social. Contudo, essas alterações nem sempre foram em direção favorável porque apesar de ter uma renda (BPC), esse valor não garantiu relacionamento familiar e condições de vida com maior qualidade.

Ainda quanto aos (re) arranjos familiares, foi observado que, nos ambientes onde o idoso convive com sua família, esta assume a administração dos bens do idoso, que podem ser a casa ou simplesmente o cartão do BPC. Ao ser afastado do controle do lar, o idoso torna-se um ser dependente, perde a autonomia e não controla nem mesmo o seu dinheiro. Ele passa a ter que justificar seus gastos e a ser controlado. Alguns idosos reagem a esta expropriação de autonomia; outros, no entanto, sentem-se frágeis para mudar a situação e retomar o controle da própria vida. No espaço onde o idoso sobrevive apenas com seu cônjuge (ninho vazio), o homem idoso mantém o seu *status*, poder e autonomia, cabendo à mulher um papel mais secundário. No ambiente em que vivem sós, possuem liberdade e autonomia para realizar seus desejos.

Considerando as análises feitas, constatou-se que a visão positiva do governo em relação à aplicação do recurso público no BPC não representa com fidedignidade o *status*

do idoso do município de Palmas/TO, que recebe esse benefício por ser eficaz na manutenção das condições de vida que este idoso possuía e da relação mercantil estabelecida entre o beneficiário e sua família. Conclui-se que é necessário um acompanhamento mais detalhado da situação do idoso no meio de sua família, para evitar que o BPC se transforme em uma contribuição compulsória que o idoso deve repassar mensalmente para aliviar os custos de sua manutenção pelo grupo familiar.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO Lima. **Fatores determinantes da Migração em Palmas**. Disponível em: <http://www.bdt.d.uepb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1807>. Acesso em: 10 nov. 2013.
- ACKERMAN, N. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- ALBERNAZ, A. C. do N. P.; PEREIRA, E. S. **Benefício de Prestação Continuada – BPC: um direito negado?** Disponível em: <<http://www.catolicaonline.com.br/revistadacatolica/artigosn4v2/24-servico-social.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.
- ARBACHE, J. S. **Pobreza e mercados no Brasil**. Brasília: CEPAL, Escritório no Brasil, 2003.
- ARIÈS, P. **Historia social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO TOCANTINS. **Legislação Estadual**. Disponível em: <<http://www.al.to.gov.br/legislacao.swd?>>. Acesso em: 23 fev.2009.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS FISCALIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – ANFIP. **Relatório Anual, 2001**. Brasília: ANFIP, 2002.
- ATTIAS-DONFUT. Sexo e envelhecimento. In: PEIXOTO, C. E. (Org.). **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- BARBIERI, N. Trabalho com velhos: algumas reflexões iniciais. Pulsional: **Revista de Psicanálise**, v. 16, n. 173, p. 18-24, set. 2003.
- BARBOSA, M. M. M.; SILVA, M. O. da S. **O Benefício de Prestação Continuada – BPC: desvendando suas contradições e significados**. 2003. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewArticle/283>. Acesso em: 22 mai. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BARRETO, F. F. P. Espaços para a terceira idade. **Humanidades**, Brasília, n. 46, p. 54-65 out. 1999.
- BARROS, M. M. L. Velhice na contemporaneidade. In: PEIXOTO, C. E. (Org.). **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- BASSUL, J. R. Reforma urbana e Estatuto da Cidade. **EURE**, Santiago, v. 28, n. 84, p. 133-144, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612002008400008>>. Acesso em: 23 jul. 2013.
- BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Trad. de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- _____. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. **Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não esperados dos avanços da seguridade social.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005.

BENTO, J. O. O século do idoso e o papel do esporte. **Humanidades**, Brasília, n. 46, p. 14-23, out. 1999.

BERENSTEIN, I. **Família e doença mental.** São Paulo: Escuta, 1988.

BILONDO, K. V. B. de A. **Da cesta à renda: um estudo do significado do Benefício de Prestação Continuada.** 2006. 120f. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2006.

BOBBIO, N. **O tempo da memória.** 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

_____. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar.** Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil.** Brasília: UnB, 2006.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1979.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

_____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos garante igualdade social.** 04 nov. 2009. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2009/11/declaracao-universal-dos-direitos-humanos-garante-igualdade-social>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 05 jan. 1994b.

_____. _____. Secretaria de Estado de Assistência Social. **Benefício Assistencial de Prestação Continuada BPC – LOAS: relatório do processo de revisão (2002).** Brasília: MPAS, jun. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília: MS, 2002b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>. Acesso em: 23 fev. 2009.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Série A: normas e manuais técnicos).

_____. _____. Secretaria Executiva. **Caderno de Informações de Saúde.** Brasília: DATASUS, 2004. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23 fev. 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **BPC/LOAS: benefícios emitidos em janeiro de 2011 e recursos gastos no mês e no ano de 2011 em todos os**

Estados do Brasil. Disponível em: <<http://mds.gov.br/relocrys/bpc/doc/downloads/2011/jan.to.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2012a.

_____. _____. **BPC/LOAS**: Benefícios emitidos em janeiro de 2011, e recursos gastos no mês e no ano de 2011 no Estado do Tocantins. Disponível em: <<http://mds.gov.br/relocrys/bpc/doc/downloads/2011/jan.to.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2012b.

_____. _____. **BPC/LOAS**: Benefícios emitidos em novembro de 2013, e recursos gastos no mês e no ano de 2013 no Estado do Tocantins. Disponível em: <<http://mds.gov.br/relocrys/bpc/doc/downloads/2011/jan.to.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

_____. _____. **Conheça mais sobre o BPC**. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/ptecao-socialbasica/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc/cartilha-bpc2.pdf/download>>. Acesso em: 20 out. 2008.

_____. _____. **SAGI/relatórios de informações sociais**: Benefícios de Prestação Continuada. Estado do Tocantins. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/index.php?file=entrada&relatorio=85>>. Acesso em: 20 dez. 2013a.

_____. _____. **SAGI/relatórios de informações sociais**: Benefícios de Prestação Continuada. Município de Palmas/TO. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/index.php?file=entrada&relatorio=85>>. Acesso em: 20 dez. 2013b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 1.330, de 08 de dezembro de 1994. Dispõe sobre a concessão do benefício de prestação continuada, previsto no art. 20 da Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e dá outras providências. 1994a.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1330.htm>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____. _____. _____. _____. **Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.** Brasília, 1993. Disponível em: <<http://planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8742.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2009.

_____. _____. _____. _____. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Brasília, 2003. Disponível em: <<http://planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2009.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jan. 2012.

CALLIS, L. L. A velhice em diferentes culturas. **Revista Via Vida**, São Paulo, a. I, n. zero, p. 23-26, out, 1996.

CAMARANO, A. A. A mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 36-64, set./dez. 2003.

_____. Cuidados de longa duração para a população idosa: família ou instituição de longa permanência? **Radar Social**, Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. (Textos para discussão, n. 858).

_____. *et al.* Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: _____. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004a.

_____. (Org.). **Muito além dos sessenta: os novos idosos brasileiros.** Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

_____.; GHOURI, S. K. **Família de idosos: ninhos vazios?** 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4523>. Acesso em: 20 dez. 2013.

_____.; LEITÃO, J.; KANSO, S. Diagnóstico e desempenho recente das ações governamentais de proteção social para idosos dependentes no Brasil. In: _____. **Brasil em desenvolvimento, estado, planejamento e políticas públicas.** Brasília: IPEA, 2009.

_____.; PASINATO, M. T.; LEMOS, V. R. Cuidados de longa duração para a população idosa: Uma questão de gênero? In: NERI, A. L. (Ed.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar.** Campinas, SP: Alínea, 2007.

CAMPOS, M. S; MIOTO, R. C. T. Política de Assistência social e a posição da família na política social brasileira. **Ser. Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social,** Brasília, 1988.

CAPUCCI, R. População de idosos no mundo será de mais de um bilhão em 10 anos. **Jornal Hoje,** Rio de Janeiro, ed. de 01 out 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2012/10/populacao-de-idosos-no-mundo-sera-de-mais-de-um-bilhao-em-10-anos.html>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

CARDOSO JÚNIOR, J. C.; JACCOUD, L. **Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal.** Brasília: IPEA, 2005.

CARONE, I. **Teoria crítica e pesquisa empírica na psicologia: relatório de estágio de pós-doutoramento na Universidade de Colúmbia.** São Paulo: FAPESP, 2001.

CARVALHO, A. M. de. Políticas sociais: afinal do que se trata? **Agenda Social,** Campos de Goytacazes, v. 1, n. 3, p. 73-87, set./dez. 2007.

CARVALHO, J. A.; FERNANDES, Fernando. **Estimativas dos saldos migratórios e taxas líquidas de migração das Unidades da Federação e grandes regiões do Brasil.** 2004. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br>>. Acesso em: 02 jul. 2012.

CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G. Teorias do envelhecimento. In: _____.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 1994.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CASTELLS, M. **Il potere delle identità.** Milano: Università Bocconi Editore, 2003.

CASTRO, A. M. de; BARROS, R. D. B. de. Terceira Idade: o discurso dos experts e a produção do “novo velho”. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento,** Porto Alegre, v. 4, p. 113-124, 2002.

- CHAIMOWICZ, F. *Epídemologia e o envelhecimento no Brasil*. In: FREITAS, E. V. *et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- CHAUI, M. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Perseu Abramo, 2001.
- CHINOY, E. **Sociedade: uma introdução à sociologia**. São Paulo: Cultrix, 1993.
- COELHO, S. **Envelhecer e ser feliz: conversando com a terceira idade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- COLLIÉRE, M. F. **Cuidar. A primeira arte da vida**. 2. ed. Lisboa: Lusociencias, 2003.
- COLLUCCI, C. **Número de idosos que moram sozinhos triplica em 20 anos**. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/12/1389765-numero-de-idosos-que-moram-sozinhos-triplica-em-20-anos.shtml>>. Acesso em: 02 jan. 2014.
- COSTA, A. dos S. V. **“Nós e Outros”**: identidade e pertencimento de bairro partir do Jardim Aurenny I – Palmas-TO. Monografia (Graduação em Geografia). Universidade Federal do Tocantins. Porto Nacional, 2008.
- COSTA, E. F. A. *et al.* **Semiologia do idoso**. In: PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- COSTA, I. I. **Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios a cerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia**. Brasília; Positiva, 2003.
- COSTA, N. E.; MENDONÇA, J. M.; ABIGALIL, A. Políticas de assistência aos idosos: a construção da política nacional de atenção à pessoa idosa. In: FREITAS, E. V. *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CURY, C. R. J. **Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- DEBERT, G. G. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. **Rev. Bras. Cienc. Soc.**, v. 12, n. 34, p. 39-56, jan. 1997.
- _____. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.
- _____. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: _____. (Org.). **Antropologia e velhice**. Campinas, SP: IFCH/UNICAMP, 1998.
- DEDECCA, C. S. *et al.* Salário mínimo, benefício previdenciário e as famílias de baixa renda. **Revista de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 317-319, jul./dez. 2002.
- DELGADO, G. C.; CARDOSO JÚNIOR, J. C. O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.
- DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DIAS, J. A.; ARRUDA, M. R. C. de. **O resgate da cidadania dos idosos**. 2005. Disponível em: <<http://www.prsp.mpf.gov.br/marilia>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

DIAS, M. B. **A ética do afeto**. Abr. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6668>>. Acesso em: 26 mar.2013.

DINIZ, M. H. **Curso de Direito Civil brasileiro**. V. 5 – Direito de Família. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DUARTE, A. O processo de reforma da previdência social pública brasileira: um novo padrão de regulação social do Estado? **Serviço Social e Sociedade**, a. XXIV, n. 73, p. 120-141, mar. 2003.

DURHAM, E. R. A sociedade vista da periferia. In: KOWARICK, L. (Org.). **As lutas sociais e a cidade**. São Paulo. Paz e Terra, 1988.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Nacional, 1963.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FALCÃO, D. V. da S. **Doença de Alzheimer: um estudo sobre o papel das filha cuidadoras e suas relações familiares**. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/3742>>. Acesso em: 02 mai. 2013.

_____.; DIAS, C. M. S. B.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F.; SALOMÃO, N. M. R. As relações familiares entre as gerações. In: _____.; DIAS, C. M. S. B. (Orgs.). **Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006a.

FALEIROS, V. de P. **A política social do estado capitalista**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Envelhecimento no Brasil: desafios e compromissos**. 2008. Disponível em: <<http://www2.pol.org.br/envelhecimento/docs/Vicente%20Faleiros%20-%20Envelhecimento%20no%20Brasil%20Desafios%20e%20compromissos.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2012.

FAZENDA, I. **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 2006.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo, série pesquisa**. Brasília: Liber, 2007.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. Metodologia da pesquisa educacional. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca da Educação, Série I, Escola; v.11).

FUKUI, L. Família: conceitos, transformações nas últimas décadas e paradigmas. In: PALMA E SILVA, L. A.; STANISCI, S. A.; BACCHETTO, S. **Famílias: aspectos conceituais e questões metodológicas em projetos**. Brasília: MPAS/SAS; São Paulo: Fundap, 1998.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

GATTO, I. de B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

GENTILI, P. Educar para o desemprego: a desintegração da promessa integradora. In: FRIGOTO, G.. (Org.). **Educação e crise do trabalho**: perspectiva de final de século. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

GIDDENS, A. **Mundo em descontrole**: o que a globalização está fazendo de nós. Rio de Janeiro: Record, 2000.

_____. **Sociologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Reforma do Estado & políticas de emprego no Brasil**. Campinas, SP: Unicamp, 1998.

GOLDANI, A. M. **A demografia “formal” da família**: técnicas e dados censitários. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 4, 1984, Caxambu, MG. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1984. v. 3, p. 1257-1296. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em: 22 mai. 2011.

_____. Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: CAMARANO, A. A (Org.). **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEIA, 1999.

GOLDMANN, S. Velhice e direitos sociais. In: PAZ, S. F. (Org.). **Envelhecer com cidadania**: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000.

GOLDSTEIN, L. L. **A pesquisa sobre velhice**. In: I CONGRESSO DE GERIATRIA E FERONTOLOGIA DO MERCOSUL, Foz do Iguaçu, 1999.

GROISMAN Daniel. **A infância do asilo**: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro na virada do século. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 1999.

GUEDES, G. R.; ARAÚJO, T. F. Avaliação do impacto do aumento da cobertura do programa benefício de prestação continuada (BPC) sobre a pobreza e a desigualdade entre o grupo de idosos e os elegíveis não atendidos. **Revista Econômica do Nordeste**, v. 40, n. 1, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.bnb.gov.br/projwebren/Exec/artigoRenPDF.aspx?cd_artigo_ren=1117>. Acesso em: 03 jan. 2010.

GUEIROS, D. A. Família e proteção social: questões atuais de limites da solidariedade familiar. **Revista de Serviço Social e Sociedade**, v. 71, p. 102-121, 2002.

GUIMARAES, D. **Benefício Continuado**: o difícil direito à tranquilidade. 2008. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=1199:reportagens-materias&Itemid=39>. Acesso em: 12 mar. 2012.

HALUM, C. **A verdade sobre o Tocantins**. Palmas: Provisão Gráfica, 2011.

HARNECKER, Marta. **Conceitos elementares do materialismo histórico**. São Paulo: Global Editora, 1983.

HOFFMANN, R. Transferência de renda e a redução da desigualdade no Brasil e cinco regiões entre 1997 e 2004. **Econômica**, v. 8, n. 1, p. 55-81, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/cpgeconomia/economica.htm>>. Acesso em: 04 fev. 2012.

HOUAISS, A.; VILLA, M. S. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HURSTEL, F. **As novas fronteiras da paternidade**. Campinas, SP: Papyrus, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Populações residentes do Estado do Tocantins**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.sefaz.to.gov.br/Coief/Dados%20Econ%F4micos/Populacao_Tocantins.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2009.

_____. Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050: revisão 2008. **Estudos e pesquisas informação demográfica e econômica**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 93, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2009.

_____. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1/>>. Acesso em: 11 mai. 2011.

IVO, A. B. L.; SILVA, A. B. de A. O hiato do direito dentro do direito: os excluídos do BPC. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, jan./jun. 2011.

JACQUES, M. E. Ser idoso: abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar. **Sinais Vitais**, n. 55, p. 34-37, 2004.

JECKEL NETO, E. A; CUNHA, G. L. Teorias biológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Googan, 2002.

KALACHE, A; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, jun. 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/06.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2009.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidado formal – Parte II. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 35, n. 4, p. 320-327, 2001.

KOGA, D. **Medidas de cidade**. Entre territórios de via e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

KRAN, F.; FERREIRA, F. P. M. Qualidade de vida na cidade de Palmas – To: uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos. **Ambiente & Sociedade**, v. IX, n. 2, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v9n2/v9n2a07.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2013.

LAKATOS, E. M. **Sociologia geral**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1982.

_____.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

_____.; _____. **Técnicas em pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LAVINAS, L. **Pobreza e exclusão**: traduções regionais de duas categorias práticas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DA URB-AL, **Documento de base**, São Paulo, 14-17 abr. 2003.

_____. Universalizando direitos. **APARTE**: inclusão social em debate. S. d. Disponível em: <<http://www.ufrj.br>>. Acesso em: 29 mai. 2011.

LEME, L. E. G. A Gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999.

LE MOS, D.; PALHARES, F.; PINHEIRO, J. P.; LANDERNBERGER, T. **Velhice**. S. d. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-texto.html>>. Acesso em: 13 jan. 2013.

LÉVI-STRAUSS, C. **As estruturas elementares do parentesco**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1982. (Coleção Antropologia, 9).

LIRA, E. R. **A gênese de Palmas – Tocantins**. 296f. Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade do Estado de São Paulo. Faculdades de Ciências e Tecnologias. Presidente Prudente, SP, 1995.

LOPES, R.; CALDERONI, S. O idoso e a família no alvorecer do novo milênio. In: XXXVIII CONGRESSO NACIONAL DA ESCOLA DE PAIS DO BRASIL – 96. 2002, São Paulo. **A família educando para a paz**. São Paulo: Marco Markovitch/Escola de Pais do Brasil, 2002.

_____.; _____. O idoso na família: expansão de possibilidades ou retração? In: NETTO, M. P. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACEDO, M. de A.; BRITO, S. R. de. **Transferência de renda. Nova face de Proteção Social?** São Paulo: Loyola, 2004.

MACIEL, C. A. B. **As armadilhas do Benefício de Prestação Continuada**: sociabilidade x racionalidade da operacionalização do benefício. 158f. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal do Pará. Araraquara, PA, 2005. Disponível em: <http://www2.ufpa.br/ppgss/Teses_e_Dissertacoes/Teses_Docentes/Tese_Carlos_Maciel.pdf>. Acesso em: 03 jun.2011.

MACIVER, R.; PAGER, C. Comunidade e sociedade como níveis de organização da vida social. In: FERNANDES, F. (Org.). **Comunidade e sociedade**. São Paulo: Nacional/Edusp, 1973.

MADEIRO, C. **Em cada duas casas brasileiras com água na torneira, apenas uma está ligada à rede de esgoto**. Ago. 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/08/19/em-cada-duas-casas-brasileiras-com-agua-na-torneira-apenas-uma-esta-ligada-a-uma-rede-de-esgoto.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

MAGALHÃES, N. D. **A invenção social da velhice**. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1987.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1967.

MARSIGLIA, R. M. G. **Avaliação da experiência das revisões do Benefício de Prestação Continuada – BPC**. São Paulo: CEALAG, mai. 2007. Disponível em: <<http://www.cealag.com.br/Trabalhos/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Experi%C3%Aancia%20das%20Revis%C3%B5es%20do%20Benef%C3%ADcio%20de%20Presta%C3%A7%C3%A3o%20Continuada%20%E2%80%93%20BPC/index.html>>.

Acesso em: 10 jan. 2012.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso**. Porto Alegre: Sulina, 2001.

MEDEIROS, M; BRITTO, Tatiana; SOARES, Fábio. Programas focalizados de transferência de renda no Brasil: contribuições para o debate. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**. Texto para discussão n. 1283. Rio de Janeiro, jun. 2007.

_____.; DINIZ, D.; SQUINCA, F. Uma análise do BPC. Transferência de renda para a população com deficiência no Brasil. **Relatório de Estudos contendo uma síntese das principais conclusões**. Brasília, mar. 2006.

_____. *et al.* Mudança do conceito de família do Benefício de Prestação Continuada. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, Texto para discussão n. 1411, Rio de Janeiro, jul. 2009a.

_____.; SAWAYA NETO, M.; GRANJA, F. H. A distribuição das transferências, público-alvo e cobertura do Benefício de Prestação Continuada (BPC). **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, Texto para discussão n. 1416, Rio de Janeiro, jul. 2009b.

MERCADANTE, E. F. **A construção da identidade e da subjetividade do idoso**. 1997. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. Violências contra a pessoa idosa: o direito pelo avesso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

_____.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: _____. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MINUCHIN, S. **Famílias, funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MIOTO, R. C. T. A centralidade da família na política de assistência social: contribuições para o debate. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz, p. 133-143, jan./jun. 2004.

MIRANDA, C. G. L.; MELO, M. das N. M. de. **Serviços farmacêuticos voltados para comunidade**. Disponível em: <http://www.egal2013.pe/wp-content/uploads/2013/07/Tra_Carolina-Maria.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2013.

MORAES, L. M. **A segregação planejada: Goiânia, Brasília e Palmas**. 2. ed. Goiânia: UCG, 2006.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.

MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, n. 15, v. 1, p. 79-93, 1998.

MOTTA, A. B. Gênero, família e fases do ciclo de vida. **Caderno CRH**, Salvador, n. 29, p. 13-20, jul/dez. 1998.

MUCIDA, A. **O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

NADER, P. **Curso de Direito Civil**. V. 5 – Direito de Família. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

NASCIMENTO, A. População e família brasileira: ontem e hoje. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS: desafios e oportunidades do crescimento zero, 15, 2006, Caxambu. **Anais eletrônicos**. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_476.PDF>. Acesso em: 03 jan. 2010.

NASCIMENTO, J. B. do. **Palmas: sua história, trajetória e conquistas**. Top Mídia, 2009, 142 p.

_____. **Tocantins: história e geografia**. 7. ed. Goiânia: Bandeirante, 2011.

NAZARETH, J. de S. e C. **Na hora que ta um sufoco, um ajuda o outro: um estudo sobre famílias chefiadas por mulheres urbanas de baixa renda**. 180f. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidade e Ecologia Social. Instituto de Psicologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

NAZARETH, J. M. O envelhecimento demográfico. **Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 135-146, 1988.

NERI, A. L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: _____. (Org.). **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

_____. Pesquisa em gerontologia no Brasil. Análise de conteúdos de amostra de pesquisa no período de 1975-1996. **Texto e Contexto**, v. 6, n. 2, p. 69-105, 1997.

_____. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Googan, 2002.

_____.; CACHIONI, M. Velhice bem sucedida e educação. In: DEBERT, G. G. (Org.). **Velhice e sociedade**. 2. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2004.

NÓBREGA, V. M.; COLLET, N.; SILVA, K. L.; COUTINHO, S. E. D. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 431-40, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/Doriane/Desktop/BACKUP%20OFICIAL%20DORIANE/documentos%20Doriane/DORI%20BACKUP/UNITINS%20DOUTORADO%20SOCIOLOGIA/PROJETO%20IDOSO%20TESE/RESULTADOS/rede%20apoio%20se%C3%A7%C3%A3o%207.htm>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

NOVA, S. V. **Introdução à Sociologia**. São Paulo: Atlas, 2000.

O QUE os idosos têm que você não tem? Superinteressante, p. 24-26, jan. 2013. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/>>. Acesso em: 10 jun.2013.

L'ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES – OCDE. Le vieillissement démographique. **L'Observateur de L'OCDE**, n. 212, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Plano de ação internacional contra envelhecimento**: 2002. Trad. de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. **Salud de las personas de edad**: envejecimiento y salud: un cambio de paradigma 122ª sección. Washington: DC, 1998.

PACHECO, J. L. Sobre a aposentadoria e envelhecimento. In: _____.; SÁ, J. L. M.; PY, L.; GOLDMAN, S. N. (Orgs.). **Tempo rio que arrebatá**. Holambra, SP, set. 2005.

PALMAS. **Prefeitura Municipal**. Disponível em: <<http://portal.palmas.to.gov.br/>>. Acesso em: 12 dez. 2013a.

_____. **Banco de Leis**. Disponível em: <<http://www.palmas.to.gov.br/v1/bancodelei/>>. Acesso em: 23 fev. 2009.

_____. **Plano Estratégico Municipal para Assentamentos Subnormais do município de Palmas. Relatório Final**. Palmas, 2001.

_____. Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Habitação. Gerência de Informações Urbanísticas – SIGPALMAS. **Cadastro Técnico Multifinalitário 2003**. Disponível em: <<http://srvsefin.palmas.to.gov.br/portalprefeitura/servicos/seduh/>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

_____. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 03-12.

PARREIRA, L. A. **Discriminação no mercado de trabalho entre grupos demográficos no Município de Palmas – TO**. Disponível em: <<http://www.ufgd.edu.br/fch/mestrado-geografia/dissertacoes/dissertacao-eliseu-pereira-de-brito.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (Ed.). **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Atheneu, 1999. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/382/268>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

PASSOS, M. C. Homoparentalidade: uma entre outras formas de ser família. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 31-40, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v17n2a03.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2010.

PASTORINI, A. Intervenções públicas para atender a pobreza e o assistencialismo na era FHC. **Ser Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social**, Brasília, Universidade de Brasília, v. 1, n. 1, p. 191-220, jan./jun. 2003.

PAUGAM, S. **A desqualificação social**: ensaio sobre a nova pobreza. São Paulo: Educ/Cortez, 2003.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em Enfermagem Familiar: revendo conceitos. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 324-327, 2008.

PEIXOTO, C. E. Avós e netos na França e no Brasil: a individualização das transmissões afetivas e materiais. In: _____; SINGLY, F. de; CICHELLI, V. (Orgs.). **Família e individualização**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

PENZIM, A. M. B. **Habitação social e modos de vida**: narrativas sobre a casa e o morar. Disponível em: <<http://conferencias.iscte.pt/viewpaper.php?id=201&print=1&cf=3>>. Acesso em: 07 dez. 2013.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, R. S. et al. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Revista UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade**, Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1, 2003. Disponível em: <http://revista.unarti.erj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-592820030001000>. Acessado em: 1º out. 2011.

PERRACINI, M. R; NERI, A. L. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas, SP: Alínea, 2002.

PERROT, M. (Org.). **História da vida privada**: da Revolução Francesa à Primeira Guerra. V. 4. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

PIEROTTI, W. de O. **O benefício assistencial a idosos e portadores de deficiência**. Bela Vista: LEUD, 2011.

ROCHA, C. R. **Política de renda mínima no Brasil**: um estudo preliminar sobre o Benefício de Prestação Continuada. Disponível em: <<http://www.ufsc.br/neta>>. Acesso em: 22 mai. 2011.

ROSA, M. J.; SEABRA, H.; SANTOS, T. **Contributo dos imigrantes na demografia portuguesa**: o papel das populações de nacionalidade estrangeira. Alto comissariado para a imigração e minorias étnicas. Lisboa, 2003. Disponível em: <http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos_OI/Estudos%20OI%204.pdf>. Acesso em: 10 dez 2013.

SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60**: os novos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA. 1999.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SÁTYRO, N.; SOARES, S.. Análise do impacto do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada na redução da desigualdade nos estados brasileiros – 2004 a 2006. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, Texto para discussão, Rio de Janeiro, n. 1435, nov. 2006.

SCLIAR, M. **Velhice e qualidade de vida**. Livro do Ano 2008, da Enciclopédia Barsa. Disponível em: <<http://brasil.planetasaber.com/theworld/gats/article/default.asp?ts=1&pk=2696&art=59§ion=240993>>. Acesso em: 23 out. 2011.

SCHREINER, G. **O impacto da globalização nas relações de gênero dentro das famílias**. 2006. Disponível em: <<http://www.fnl.org.br/wp-content/uploads/2009/08/O-impacto-da-globalizacao-nas-relacoes-de-genero-dentro-das-familias.pdf>>. 20 jan. 2011.

SEBRAEPREV. **Desenvolvimento da América Latina não acompanha o ritmo de envelhecimento**. Demografia. Fundos de Pensão, Maio de 2008. Disponível em: <<http://www.sebraeprev.com.br/upload/arquivos/0042140001217171774.pdf>>. Acesso em 14 out. 2013.

SECCO, C. L. T. R. As rugas do tempo na ficção. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 9-33, 1999. (Número especial: Envelhecimento e Saúde Mental – Uma Aproximação Multidisciplinar).

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA – SESC. **Perspectivas para o século XXI: tendências socioeconômicas e científico-tecnológicas**. V. 3. Brasília: SESI/DN, 2008. (Estudos de Tendências Sociais).

SILVA, D. V. **A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17243.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2013.

SILVA, I. R. da. **Tocantins: o Estado da livre iniciativa e da (in) justiça social**. 18 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.araguainoticias.com.br/noticia/4170/tocantins-o-estado-da-livre-iniciativa-e-da-in-justica-social.html>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

SILVA, M. O. da S.; LIMA, V. F. S. de A. **Avaliando o Bolsa Família: unificação, focalização e impactos**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____.; YAZBEK, M. C.; GIOVANNI, G. Di. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. São Paulo: Cortez, 2004.

SIMÕES, R. **Do corpo no tempo ao tempo do corpo: a ciência e a formação profissional em Educação Física**. Tese (Doutorado). Campinas, SP: Unicamp, 1998.

SIMON, H. Longevidade: a diferença fundamental entre os sexos. **Scientific American Brasil**, ed. esp. n. 6, p. 12-17, s. d.

SINGER, P. A cidadania para todos. In: PINSKY, C. B.; PINSKY, J. (Orgs.). **História da cidadania**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2003.

SIQUEIRA, M. E. C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Googan, 2002.

SOARES, F. V. *et al.* Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, Texto para discussão, Rio de Janeiro, n. 1228, out. 2006.

_____. *et al.* Programas de transferência condicionada de renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, Texto para discussão, Rio de Janeiro, n. 1293, 2007.

SOBRINHO, J. L. A evolução social da mulher. **Revista e Informação Legislativa**, Brasília, a. 24, n. 96. p. 303-314. out./dez. 1987.

SORIA-BATISTA, A. *et al.* **Envelhecimento e dependência**: desafios para A Organização da Proteção Social. V. 28, Brasília: MPS/SPPS, 2008. (Coleção Previdência Social).

SOUSA, P. A. Contribuições do MDS à I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 3, 2006. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 23 a 26 maio de 2006. Suplemento 2.

SPOSATI, A. **A menina LOAS**: um processo de construção da Assistência Social. São Paulo: Cortez, 2004a.

_____. Benefício de Prestação Continuada como mínimo social. In: _____. **Proteção social de cidadania**: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004b.

_____. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Org.). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS, 2009. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001830/183075por.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2012.

_____. III encontro latino-americano de trabalho social. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 17, p 138-144, 1985.

STOLCKE, V. Sexo está para gênero assim como raça está para etnicidade? **Cadernos Cândido Mendes**, Estudos Afro-Asiáticos, n. 20, p. 101-117, 1991.

SUPLICY, E. M. **Renda de cidadania**: a saída é pela porta. São Paulo: Cortez/Fundação Perseu Abramo, 2002.

SZYMANSKI, H. Teorias e “teorias” de famílias. In: CARVALHO, M. C. B (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC, 1997.

TEIXEIRA, J. A. C.; CORREIA, A. R. Fragilidade social e psicologia da saúde: um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. **Análise Psicológica**, v. 3, n. XX, p. 359-365, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a09>>. Acesso em: 02 dez. 2013.

TEODORO, M. L. M.; KAPPLER, C. **Familiograma – desenvolvimento de um novo instrumento para a avaliação das relações familiares (Relatório)**. Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento e Laboratório de Psicologia da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2003.

TOCANTINS. **Secretaria de Estado da Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.to.gov.br/>>. Acesso em: 17 dez. 2013.

_____. Secretaria do Planejamento e da Modernização da Gestão Pública. **Perfil Palmas**. S. d. Disponível em: <<http://www.seplan.to.gov.br/seplan/br/download/14%20-%20Palmas.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2012.

TOLEDO, C. **Qualidade de vida**: Palmas é a 2ª do Norte e a 13ª do Brasil. 15 mai. 2008. Disponível em: <<http://www.portalct.com.br>>. Acesso em: 02 fev. 2012.

TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONTO, J. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade & Estado**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 285-308, mai./ago. 2007.

TURK, M. da G. M. G. **Processo de trabalho do assistente social**: elaboração de documentação implementação e aplicabilidade. Porto Alegre: Graturk, 2006.

VASCONCELOS, A. Priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 06-19, set./dez. 1999.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**. Rio de Janeiro: UERJ, 1994.

_____. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará, 2002.

VIANA, M. J. de F. A assistência social no contexto do pluralismo de bem-estar: desinstitucionalização e conservadorismo. **Ser Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 59-86, jan./jun. 2003.

VIEIRA, C. S.; MELLO, D. F.; OLIVEIRA, B. R. G.; FURTADO, M. C. C. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 1, p. 11-19, 2010.

VILANOVA, S. **Introdução à sociologia**. São Paulo: Atlas, 2004.

VILLATORO, P. Programas de transferências monetárias condicionadas: experiências em América Latina. **Revista de Sociologia Política**, n. 23, nov. 2004.

VILLELA, J. B. **Liberdade e família**. Belo Horizonte: UFMG. 1980.

VITAL, N. 20 anos para o Brasil ficar rico. 2011. **Revista Exame**. Disponível em: <<http://comentandoanoticia.blogspot.com.br/2013/09/20-anos-para-o-brasil-ficar-rico.html>>. Acesso em: 04 set. 2011.

VITALE, M. A. F. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs.). **Família**: rede, laços e políticas públicas. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2007.

WEBER, M. **Conceitos básicos de sociologia**. São Paulo: Moares, 1987.

WHITAKER, D. C. A. **Envelhecimento e poder**. Campinas, SP: Alínea, 2007.

_____. O idoso na contemporaneidade: a necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse “novo” ator social, titular de direitos. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 30, n. 81, p. 179-188, mai./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v30n81/a04v3081.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

WILMOTH, J. Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2013.

WOORTMANN, K.; WOORTMANN E. F. Velhos camponeses. **Humanidades**, Brasília, n. 46, p. 132-141, out. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ZIMERMAN G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sula, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE “A” – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DOUTORADO NA ÁREA DE CIÊNCIAS SOCIAIS NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA DINTER/UnB/UNITINS

Eu, _____ R.G. nº _____

Declaro por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado: ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS COMPENSATÓRIAS: O Benefício de Prestação Continuada (BPC) no Município de Palmas, Estado do Tocantins, desenvolvida pela doutoranda em Sociologia da Universidade de Brasília – Doriane Braga Nunes Bilac.

A pesquisa tem por objetivo compreender o *status*, no ambiente familiar, do idoso do município de Palmas, Estado do Tocantins, que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC)

Fui esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semiestruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável.

O(A) pesquisador(a) me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimento.

Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Palmas - TO, _____ de _____ 2013.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

**APÊNDICE “B” – Roteiro de Entrevista das Operações Federal,
Estadual e Municipal do Benefício de Prestação Continuada**

**DOUTORADO NA ÁREA DE CIÊNCIAS SOCIAIS NO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA DINTER/UnB/UNITINS**

Apresentação da pesquisadora – DINTER/UnB/UNITINS: Doriane Braga Nunes Bilac

Orientadora: Dra. Analia Soria Batista

Tema da pesquisa: ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS COMPENSATÓRIAS: O Benefício de Prestação Continuada no Município de Palmas, Estado do Tocantins.

Objetivo da pesquisa: compreender o *status*, no ambiente familiar, do idoso do município de Palmas, Estado do Tocantins, que recebe o Benefício de Prestação Continuada.

E para compreender todo esse processo vou entrevistar os operadores em nível federal, estadual e municipal, envolvidos com a operacionalização do BPC.

Antecipadamente agradeço a sua disposição em me atender e colaborar na realização dessa pesquisa.

DADOS DO ENTREVISTADO (A):

Nome completo do entrevistado:

Instituição onde trabalha:

Vínculo com a instituição:

Cargo que ocupa atualmente na instituição:

A entrevista será gravada e suas respostas terão caráter confidencial.

- 1. Como é o processo operacional do BPC na instituição?**
- 2. Quais revisões já foram realizadas em Palmas/TO?**
- 3. Quais dificuldades encontram para operacionalizar o BPC?**
- 4. O órgão possui informações sobre o uso indevido do valor do BPC pelos seus familiares?**

5. O valor do BPC atende as necessidades do idoso?

Respostas da entrevista individual com os operadores do BPC na esfera federal (OF), estadual (OE) e municipal (OM)

Como é o processo operacional do BPC na instituição?
OM: O município faz o cadastro do grupo familiar e especifica a renda
OE: O Estado só dá apoio técnico aos municípios porque desde 2005 tudo foi repassado ao município.
OF: O BPC não é do INSS, ele é do MDS. A rede do INSS concede o benefício após idoso atender os requisitos legais; distribui os beneficiários para a rede bancária e encaminha a lista de revisão para o Estado. A partir de 2014, irá acompanhar as revisões.
Quais revisões já foram realizadas em Palmas/TO?
OM: O Estado do Tocantins é o que está mais atrasado em relação a revisão do BPC. Esse atraso acontece por dois motivos: quando o município não é informatizado, o cadastro é realizado fora do prazo e, há falta de funcionários para realizar tal tarefa para. Além disso, é de competência do INSS chamar o idoso para fazer as atualizações no Cadastro Único. Na última revisão não conseguiu localizar muitos idosos do cadastro oficial porque o idoso não reside mais no município e o nome no cadastro está errado.
OE: Há mais de 4 anos que não é feita a revisão. O INSS é que envia a lista com os nomes dos beneficiários que deverão participar da revisão.
OF: A revisão deve ser realizada a cada dois anos.
Quais dificuldades encontram para operacionalizar o BPC?
OM: Idosos enquadrar no que está previsto na legislação para poder obter o benefício.
OE: Não tem dificuldade.
OF: Faltam funcionários e condições físicas, como o carro para visitar os idosos.
O órgão possui informações sobre o uso indevido do valor do BPC pelos seus familiares?
OM: Isso acontece muito porque a família fica com o cartão do idoso. Então, a pessoa que está com o cartão compra só o remédio que o idoso toma e o idoso passa baixo o resto do mês para sobreviver. Quando o servidor municipal toma conhecimento desse fato, a assistência do município visita a família para averiguar a denúncia e se confirmada encaminha o caso para o INSS fazer a vistoria, preencher o laudo e tomar as providências cabíveis.
OE: Sim e já houve caso de ter sido acionado o Ministério Público porque a família se

apossou do cartão do idoso. Para evitar essas situações é que foi implantado o acompanhamento prioritário.

OF: Não porque o INSS não atua diretamente com os idosos após a concessão do benefício.

O valor do BPC atende as necessidades do idoso?

OM: O valor de um salário mínimo, não atende as necessidades do idoso, principalmente dos que são doentes ou necessitam de alimentação especial. Tem medicação que consome todo esse valor.

OE: Sim, é importante para se manter e superar a vulnerabilidade. O maior gasto que o idoso tem é com remédio.

OF: Sim, atende as necessidades básicas do idoso uma vez que eles não foram contribuintes do INSS. Seria um caos para eles se houvesse a sua suspensão.

APÊNDICE “C” – Roteiro de Entrevista para os Idosos

DOUTORADO NA ÁREA DE CIÊNCIAS SOCIAIS NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA DINTER/UnB/UNITINS

Apresentação da pesquisadora - DINTER/UnB/UNITINS: Doriane Braga Nunes Bilac

Orientadora: Dra. Analia Soria Batista

Tema da pesquisa: ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS COMPENSATÓRIAS: O Benefício de Prestação Continuada no Município de Palmas, Estado do Tocantins

Objetivo da pesquisa: compreender o *status*, no ambiente familiar, do idoso do município de Palmas, Estado do Tocantins, que recebe o Benefício de Prestação Continuada.

E para compreender todo esse processo vou entrevistar os operadores em nível federal, estadual e municipal, envolvidos com a operacionalização do BPC.

Antecipadamente agradeço a sua disposição em me atender e colaborar na realização dessa pesquisa.

A entrevista será gravada e suas respostas terão caráter confidencial.

I - DADOS PESSOAIS

1. Qual o seu nome?
2. Em que ano chegou em Palmas?
3. Quem é o chefe da casa? (você, filho, conjugue, genro, neto, irmão, outro)?
4. Em que parte da casa você mora? Dentro da casa principal? No fundo ou lado da casa em outro cômodo separado?

II- DADOS DO BPC – BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DO INSS

1. Fale sobre o BPC
2. Fale sobre suas relações familiares

3. Fale sobre seu papel na sua família
4. Fale sobre seu poder dentro da família
5. Fale sobre as decisões que toma junto com a família

APÊNDICE “D” – Roteiro de Formulário

DOUTORADO NA ÁREA DE CIÊNCIAS SOCIAIS NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA DINTER/UnB/UNITINS

Apresentação da pesquisadora - DINTER/UnB/UNITINS: Doriane Braga Nunes Bilac

Orientadora: Dra. Analia Soria Batista

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS COMPENSATÓRIAS: O Benefício de Prestação Continuada (BPC) no Município de Palmas, Estado do Tocantins. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre alguns aspectos de sua vida: sua condição de moradia, seu perfil econômico e social, sua vida família, seu estilo de vida e sua rede de relações sociais.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Data: ____ / ____ /2013

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Antecipadamente agradeço a sua disposição em me atender e colaborar na realização dessa pesquisa.

PRIMEIRA SEÇÃO – Identificação Pessoal

1 Sexo:

F() M()

2 Idade:

de 60 a 70 anos () de 71 a 80 anos () de 81 a 90 anos() acima de 92 anos ()

3 Endereço: _____

4 Local de nascimento(CIDADE E ESTADO) _____

SEGUNDA SEÇÃO – Perfil social

1 Estado civil:

casado () separado () divorciado ()
desquitado () viúvo ()

2 Escolaridade:

nunca foi a escola () Fundamental completo ()
Fundamental incompleto () Médio completo ()
Médio incompleto () Superior completo ()
Superior incompleto () pós-graduado ()

3 Cor da pele:

branca () preta () parda ()
amarela () indígena ()

4 Religião:

católica () evangélica () espírita () outras()

5 Atividade profissional exercida antes do BPC:

formal com carteira assinada () informal ()

6 Onde passou a maior parte da sua vida?

() no campo () na cidade () meia a meio

TERCEIRA SEÇÃO – Condições de moradia

1 Propriedade do imóvel:

própria () alugada () cedida () invadida ()

2 Tipo de construção:

alvenaria () madeira () papelão e lona ()

3 Quantidade de cômodos no imóvel:

sala () quarto () cozinha ()
área de serviço () banheiro interno () banheiro externo ()
outros ()

4 Meios de comunicação que possui:

telefone fixo () celular ()

6 Meios de transporte que possui:

carroça () bicicleta () moto ()
carro () não tem ()

7 Utensílios da casa em quantidade:

geladeira () TV () rádio ()
DVD () máquina de lavar roupa () micro-ondas ()
aparelho de som () fogão () ar-condicionado ()
ventilador () outros ()

8 Tem saneamento básico:

regular () sumidouro () não tem () outros ()

9 Possui água:

encanada legalizada () encanada clandestina () cisterna ()
não tem () outros ()

10 Possui energia elétrica:

legalizada () clandestina () não tem ()
outros ()

QUARTA SEÇÃO – Composição/ arranjo familiar

1 Com quem você mora:

sozinho () cônjuge () cônjuge e filhos ()
filhos () filhos e outros parentes ()

2 Número de filhos:

00 até 03 filhos () 04 até 07 filhos () de 07 até 10 filhos ()

3 Você tem filhos vivos?

() não () sim

4 Possui irmãos vivos:

() não () sim

5 Na casa em que você mora, contando com você, quantas pessoas vivem juntas? _____

Informar, na tabela abaixo, nome, idade, escolaridade, estado civil de cada membro da família.

Ordem	Sexo	Parentesco	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Trabalha	Ajuda com renda
1							
2							
3							
4							
5							

QUINTA SEÇÃO – Estilo de vida

1 Você fuma:

Sim () Não ()

2 Você ingere bebida alcoólica:

Sim () Não ()

3 Marque as refeições que realiza de forma completa por dia:

café manhã () almoço () lanche () jantar ()

4 Quantidade de medicamentos que toma por dia:

nenhum () de 01 até 03 () acima de 03 ()

5 Atividade de lazer: festa na comunidade ()

cinema () parques () festa familiar ()

bar () restaurante () clube ()

SEXTA SEÇÃO – Rede de apoio familiar e social

1 Quem cuida do idoso na família:

filhos () cônjuge () neto ()

irmão () empregada () genro ou nora ()

outros parentes () nenhuma pessoa ()

2 O cuidador mora com você:

Sim () Não ()

3 Quem é o cuidador:

M () F ()

4 Relação com o cuidador é:

ótima () satisfatória () razoável () fraca () péssima ()

7 Recebe ajuda econômica de terceiros:

Sim () Não ()

8 Se recebe ajuda econômica de terceiros, de quem é?

filhos () cônjuge () outros parentes ()

SÉTIMA SEÇÃO – Avaliação funcional

1 Para tomar banho:

é independente (banha sozinho) () é dependente (necessita de ajuda) ()

2 Para vestir-se:

é independente (veste sozinho) () é dependente (necessita de ajuda) ()

3 Utilização do banheiro:

é independente (usa sozinho) () é dependente (necessita de ajuda) ()

4 Para se locomover:

é independente (anda sozinho) () é dependente (necessita de ajuda) ()

5 Para se alimentar:

é independente (alimenta sozinho) () é dependente (necessita de ajuda) ()

6 Para fazer comprar:

é independente (faz sozinho) () é dependente (necessita de ajuda) ()

7 Para ir ao banco:

é independente (vai sozinho) () é dependente (necessita de ajuda) ()

8 Limpar a casa:

é independente (limpa sozinho) () é dependente (necessita de ajuda) ()

9 Para cozinhar:

é independente (cozinha sozinho) () é dependente (necessita de ajuda) ()

OITAVA SEÇÃO – BPC

Enumere em grau de importância como gasta o dinheiro que recebe do BPC.

Alimentação da família (filhos, parentes, cônjuge) ()

Alimentação só do idoso ()

Medicamentos do idoso ()

Medicamentos para a família – filhos, parentes, cônjuge ()

Habitação ()

Vestuário ()

Educação ()

Lazer ()

APÊNDICE “E” – Fotos das Residências de Alguns dos Beneficiários Pesquisados







