

**REVELANDO AS CONDIÇÕES DE VIDA
DAS PESSOAS IDOSAS NA VILA
ESTRUTURAL - DF**

**Pesquisa financiada pela Fundação
de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal e
realizada pelo Programa Providência de Elevação da
Renda Familiar**

Brasília, julho de 2011

Pesquisadores

Coordenadora

Dra. Maria Aparecida Ferreira de Mello

Subcoordenação

Albamaría Abigail

Jurilza Mendonça

Vitória Goes

Proponente

Programa Providência Elevação da Renda Familiar

www.programaprovidencia.org.br

Executor

Programa Providência em parceria com o Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento – CIAPE (www.ciape.org.br)

Sumário

Resumo

Introdução

- I. A Vila Estrutural
- II. Finalidade do Estudo

Objetivos

- I. Objetivo Geral Alcançado
- II. Objetivos Específicos Alcançados:

Metodologia

Resultados

- I - Caracterizando a Vila Estrutural
- II - Entendendo a concepção e a vivência sobre envelhecimento e velhice
- IV - Características dos domicílios das pessoas idosas entrevistadas
- V - Resposta descritivas relacionadas ao perfil de saúde dos entrevistados
- VI - A Percepção das Pessoas Idosas quanto ao Funcionamento das Redes Sociais (excluiu as redes possibilitadas pela rede mundial de computadores – internet)
- VII- Recomendações e sugestões validadas na comunidade

Conclusão

Referências e Bibliografia

“REVELANDO AS CONDIÇÕES DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS NA VILA ESTRUTURAL - DF”

Resumo

Apresentam-se os resultados de uma pesquisa-ação realizada na Vila Estrutural em Brasília por meio de entrevista domiciliar e fóruns comunitários para identificar o perfil sócio-demográfico, econômico e de saúde dos idosos lá residentes. Foram entrevistados 633 idosos (todos que moravam na comunidade na época de realização do estudo) e realizados 21 fóruns. Apontam-se, a partir dos dados encontrados e reivindicações da própria comunidade, sugestões para a melhoria dos serviços já prestados pelo poder público e a criação de novos.

Introdução

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

O Programa Providência de Elevação da Renda Familiar, fundado em 2 de fevereiro de 1998, é uma entidade de serviço e assistência social, beneficente, filantrópica, cultural e educativa, sem fins lucrativos, dotada de personalidade jurídica de direito privado, constituída sob a forma de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), registrada no Conselho de Assistência Social (CAS) do Distrito Federal, no Conselho dos Direitos do Idoso (CDI), no Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente (CDCA), inscrito no Programa Nacional de Microcrédito Produtivo Orientado (PNMPO) do Ministério do Trabalho e Emprego. Sua estrutura organizacional é composta de Assembleia Geral, Conselho de Administração, Conselho Fiscal e Diretoria-Executiva. Em termos funcionais, atua com um corpo de voluntários e quadro de empregados devidamente registrados.

Seu objeto está centrado no desenvolvimento de atividades com vistas à elevação da renda familiar de pessoas carentes, bem assim promover ações de natureza educativa e cultural, com enfoque na capacitação dessa camada da população, no Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF).

A Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal – FAPDF, na sua missão de contribuir para o desenvolvimento sustentável do Distrito Federal, mediante ações efetivas de apoio e de fomento à ciência, à tecnologia e à inovação, tem como objetivo maior promover o bem-estar da população local, máxime ao considerar as gritantes desigualdades sociais ainda aqui encontradas e contra as quais todos, governos e a sociedade organizada, precisam mobilizar-se.

Nessa linha de atuação, a FAPDF tem custeado variada gama de projetos de pesquisas, incentivando e participando da formação de parcerias com o setor privado, inclusive o terceiro

setor, como forma de complementar as ações governamentais, sabidamente insuficientes para se alcançar tais objetivos, se tocadas isoladamente.

Foi com esse pano de fundo e com base, portanto, na possibilidade de se juntar os esforços desenvolvidos por essas duas entidades, que se elaborou o presente projeto, ora submetido à apreciação da FAPDF, lastreado nas considerações e na proposta a seguir apresentadas, tendo em conta a realidade vivida pela população idosa residente na Vila Estrutural.

De início, é preciso reconhecer que, no Brasil, raros são os estudos realizados sobre o idoso com baixa renda. Dentre esses estudos, vale destacar FELICIANO et al. (2004), que traçaram o perfil epidemiológico de baixa renda de uma comunidade no município de São Carlos, SP. Esses autores enfatizaram que as questões relacionadas ao envelhecimento devem ocupar lugar de destaque na agenda dos gestores de saúde, de modo a propiciar uma adequada condução no planejamento dos serviços. Por outro lado, os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na rede de atenção básica, devem ser alvo de treinamento e capacitação continuados para se adequarem às necessidades da população idosa.

Outro estudo referenciado, PIRES e SILVA (2001), desenvolvido no Ceará, avaliou os níveis de autonomia nas atividades de vida diária, com relação a práticas instrumentais, afetivas, sociais, físicas e espirituais, estendida dita avaliação à capacidade de decisão na sua vida cotidiana. Sessenta por cento dos entrevistados ganhavam até um salário mínimo e as mulheres eram mais pobres que os homens; 26% dos idosos entrevistados residiam com famílias com renda de menos de um salário mínimo. Os autores observaram que a renda do idoso constitui parcela substancial da renda familiar, mas essa participação financeira não se reflete em capacidade de decidir. Somente 6% dos idosos eram dependentes de terceiros no desenvolvimento de atividades cotidianas.

Contudo, não foi encontrado nenhum estudo que avaliasse, de forma conjunta, abrangente e sistêmica, os aspectos sócio-sanitário-educativo-econômicos da rede de suporte de pessoas idosas vivendo em comunidades de baixa renda e, muito menos, a interação e a potencialização de ações de políticas públicas com iniciativas privadas de entidades do terceiro setor nessa direção.

Nesse diapasão, portanto, este projeto identificou as condições de vida da população de idosos, a rede sócio-sanitária de apoio, tendo sido realizadas algumas intervenções sócio-educativas e econômicas (incluindo a oferta de microcrédito) a esses habitantes da comunidade da Vila Estrutural, no Distrito Federal.

I. A Vila Estrutural

A Vila Estrutural está localizada às margens da DF-095 (Via EPCT, conhecida como Via Estrutural) e ocupa uma área de aproximada de vinte e nove quilômetros quadrados. O “Lixão da Estrutural”, que começou a ser formado na década de 1960, logo após a inauguração de Brasília, passou por crescimento populacional continuado, até a ocorrência de verdadeira

explosão demográfica nos anos 90, baseada nos catadores de lixo, atingindo atualmente cerca de 38.000 habitantes. Considerada uma das regiões mais pobres do Distrito Federal, tem os “barracos”, sem titulação, como o tipo de domicílio predominante na Região (55,1% do total dos imóveis), seguidos de casas de alvenaria de pequeno porte (41,4%), segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2004. Trata-se da segunda maior área originária do processo de “invasões” do espaço público do Distrito Federal (só perde para a comunidade do Itapuã). É considerada, porém, a invasão em condições mais críticas do DF, com sérios problemas nas áreas de saúde, educação, segurança e transporte. Somente agora começaram a ser implantados equipamentos e serviços urbanos – esgoto, pavimentação, escola e posto de saúde - e desenvolvidas atividades econômicas mais consistentes.

II. Finalidade do Estudo

Com base no estudo da realidade dessas pessoas idosas que vivem em situação de pobreza e do levantamento da rede de suporte com as quais elas podem contar, mediante a identificação dos pontos de sucessos e de falhas no cumprimento das tarefas desenvolvidas em prol dos direitos das pessoas idosas, são apresentados resultados que poderão vir a subsidiar políticas públicas específicas para essa população e a adoção de ações de apoio por entidades do terceiro setor, de forma harmônica e potencializada.

O presente Projeto pode servir de paradigma para outras comunidades carentes do Distrito Federal e, quiçá, de outras localidades do país, alçado a ações governamentais de cobertura nacional de longo prazo, máxime ao se levar em conta a expectativa do crescimento da população idosa e os problemas que advirão desse fenômeno, caso não se adotem urgentes e permanentes medidas com vistas ao equacionamento dessa realidade.

A conjugação da “expertise” da coordenadora do projeto na condução de trabalhos da espécie (vide Curriculum Lates) com a experiência do Programa Providência no trato de atividades desenvolvidas junto a comunidades carentes consubstanciou-se, com o apoio oficial recebido, em efetivo instrumento em favor da melhoria da qualidade de vida do público-alvo, com reflexo positivo também em sua autoestima e no bem estar da sua família.

Objetivos

I. Objetivo Geral Alcançado

Foi elaborada pesquisa sobre as condições de vida dos idosos residentes na Estrutural – DF, incluindo o levantamento do perfil socioeconômico e epidemiológico e da rede sócio-sanitária de suporte local, subsidiando a harmonização e/ou formulação de políticas públicas destinadas àquela comunidade e o desenvolvimento de ações de apoio transformador da realidade atual, mediante a prática dos princípios da cidadania, alicerçada na inclusão social e econômica.

II. Objetivos Específicos Alcançados

Foi realizada pesquisa de campo, com vistas ao levantamento da situação social e econômica em que se encontra a população idosa da Vila Estrutural – DF.

Foram desenvolvidas palestras educativas para idosos e seus familiares visando a disseminar orientações sobre a obtenção de melhores condições de vida dos idosos residentes na Estrutural – DF, além de discutir as principais reivindicações e necessidades da comunidade percebidas por eles próprios e identificadas a partir dos dados coletados.

Foi diagnosticado o grau da capacidade empreendedora e do interesse laboral da população idosa da Estrutural com vistas a apoiá-los no desenvolvimento de atividades microeconômicas capazes de gerar renda, ocupar essa mão de obra, retirando-a da ociosidade e de ações assistencialistas, mediante sua transformação em agente econômico ativo.

Metodologia

A Coordenadora, responsável pela implementação, acompanhamento e avaliação do Projeto, desenvolveu seu trabalho com o apoio da estrutura físico-administrativa do Programa Providência, instituição proponente que promoveu a realização das atividades da pesquisa científica de que se trata, alicerçada em equipe técnica composta por pesquisadores de comprovada experiência nesse mister, além de estudantes das áreas afins, com o suporte tecnológico e operacional de entidade especializada no trato de assuntos relacionados com o envelhecimento das pessoas, o Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento (CIAPE) de Belo Horizonte (MG), do qual é fundadora.

Os idosos foram identificados a partir dos registros realizados pelas Equipes de Saúde da Família, convidados por anúncios constantes na rádio local e visita porta a porta da equipe contratada para a realização das entrevistas. Na verdade, o que ocorreu foi um recenseamento, pois as casas de todos os idosos residentes na Vila Estrutural foram visitadas.

O instrumento aplicado encontra-se no Anexo I e foi fruto da combinação de trechos dos seguintes questionários utilizados em pesquisas domiciliares com idosos: estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe), EPIDOSO (Ramos, 1998), do estudo realizado na Pesquisa de Qualidade de Vida em Domicílios com Idosos (Sabóia, 2002) e do Projeto Bambuí (Lima – Costa, 2001).

No questionário desenvolvido para esse estudo, foram também incluídos alguns instrumentos de avaliação de dimensões específicas da funcionalidade da pessoa idosa: as atividades de vida diária – OARS, Older Americans Resources and Services – OARS (foi medida pela dificuldade auto-referida em realizar 14 atividades da vida diária (AVD e AIVD) (Blay 1988, Ramos, 2003); estado de humor/depressão – Escala de Depressão Geriátrica (Almeida, 1999); uma triagem cognitiva: o Mini Exame do Estado Mental (Brucki, 2003). Foram utilizadas as versões já com tradução validada no Brasil.

A entrevista iniciava-se com a aplicação do Mini Exame do Estado Mental. Se a pessoa idosa obtivesse escore igual ou maior que dezoito, a entrevista seguia com a própria pessoa idosa; caso o escore obtido fosse menor que 18, solicitava-se a presença de um cuidador ou

familiar para validar as respostas fornecidas pela pessoa idosa ao longo da entrevista. A todos os idosos e/ou seus cuidadores foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Quando a pessoa idosa obteve escore menor que 18 no MMEM, foi requerida ao cuidador ou familiar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse termo de consentimento incluiu a autorização para uso de imagem fotográfica para fins científicos e educacionais.

Foram selecionados e treinados 20 entrevistadores para realizar o inquérito domiciliar. Eles eram supervisionados por meio de reunião semanal e quatro subcoordenadores da pesquisa estavam sempre à disposição por telefone ou para encontro pessoal quando necessário durante todo o período de coleta de dados. Esses subcoordenadores eram profissionais de nível superior, com mais de 10 anos de experiência trabalhando com políticas públicas e envelhecimento, além de serem especialistas em Saúde do Idoso.

Foi construído banco de dados a partir das informações das entrevistas que poderão servir para o planejamento de futuras ações do poder público e do terceiro setor, além de nortear as ações sócio-educativas e econômicas que poderão ser desenvolvidas a partir deste Projeto.

Foram realizadas palestras sobre promoção da saúde, distribuição e discussão do estatuto do idoso, empreendedorismo, capacitação de lideranças da comunidade visando à implementação de ações específicas para a ocupação e geração de renda de pessoas idosas. Todas essas atividades foram avaliadas pelos participantes e executores do Projeto. Para tanto, foram contratados profissionais especialistas no tratamento desses assuntos. Esses eventos foram abertos para a comunidade local e ocorreram em ambientes comunitários, mediante parcerias realizadas com escolas, igrejas e outras entidades públicas e privadas afins.

Aos idosos interessados foi dada a oportunidade de acesso ao microcrédito, instrumento de apoio desenvolvido e aplicado pelo Programa Providência na região desde 1998, além do encaminhamento dos interessados para participar de cursos de capacitação no SEBRAE e outras entidades afins.

Sequência das atividades executadas:

1. Seleção e contratação de três copesquisadores
2. Identificação dos idosos cadastrados no PSF
3. Revisão da literatura e elaboração do instrumento de coleta de dados
4. Seleção da equipe de entrevistadores
5. Reunião com as lideranças comunitárias apresentando o projeto, as ações planejadas, e sugestões
6. Treinamento da equipe de entrevistadores
7. Divulgação do projeto e da necessidade de entrevistas dos idosos, pela rádio comunitária
8. Realização das entrevistas/visitas domiciliares
9. Supervisão da equipe de entrevistadores, realização de reuniões quinzenais e disponibilidade para encontros individuais e por telefone
10. Levantamento da rede de suporte sócio-sanitário aos idosos da região (realização de visitas, contatos telefônicos e por e-mail)
11. Construção do banco de dados
12. Entrada de informações no banco de dados (cada entrevistador entrou com os dados dos idosos que entrevistou)
13. Análise quantitativa dos dados
14. Análise qualitativa dos dados
15. Realização de palestras sócio-educativas
16. Redação e impressão de material educativo (orientações para a promoção da saúde da pessoa idosa e o estatuto do idoso, cartilha do micro-empendedor) a ser distribuída nas palestras
17. Produção de relatório final conclusivo
18. Impressão do relatório
19. Produção do livro com o conteúdo descritivo

Resultados

I - Caracterizando a Vila Estrutural

Brasília, desde a sua origem, carrega o problema da habitação. Apesar da sua concepção numa perspectiva socializante, como parte do seu planejamento, muito cedo a segregação espacial esteve presente.

Consideradas como estratégias de sobrevivência dos trabalhadores informais e da população de baixa renda, as invasões têm se tornado uma alternativa, talvez a única alternativa, de solucionar o problema de moradia dessa população, que, por falta de opção e de trabalho, é expulsa de suas cidades e do campo, dirigindo-se aos grandes centros urbanos. Assim, na Capital Federal as ocupações irregulares foram uma constante. São as “invasões” como são chamadas no Distrito Federal, e não favelas (como nas demais regiões do país) e estão presentes desde a fundação da nova capital.

Ressalta-se que em Brasília o termo invasão assume conotação diferenciada de outras unidades da Federação. No Distrito Federal, a invasão surge com a construção de um, dois, ou mais barracos isolados. O seu crescimento ocorre por meio de ações das relações de amizade e de parentesco e/ou familiares e na sua maioria são organizadas.

Invasão é uma terminologia utilizada pelos órgãos oficiais do Distrito Federal para designar as áreas de habitações construídas, de forma ilícita, em terrenos públicos ou particulares. São, em geral, habitações precárias feitas com madeiras, plástico ou até mesmo papelão. Trata-se de um recurso utilizado pela população de baixa renda para, com os seus minguados recursos, solucionar à sua maneira, o problema da moradia.¹

A Vila Estrutural está localizada às margens do DF-095, em uma área privilegiada, próxima ao Cruzeiro, Setor de Indústria e Abastecimento e Plano Piloto, entre o Parque Nacional de Brasília, via Estrutural e o Córrego Cabeceira do Valo. A denominada “Invasão da Estrutural” remonta ao início da década de 70, com a fixação de moradias precárias (barracos), por catadores de lixo que sobreviviam dos resíduos depositados no aterro que era controlado pelo Jôquei Clube, conhecido como “lixão do Jôquei”.² Outros estudos apontam que o “Lixão da Estrutural”, teve início na década de 60, logo em seguida a inauguração de Brasília.

Durante as décadas de 1970 e 1980, a invasão cresceu de forma lenta. No início da década de 90, a área passou por significativo processo de ocupação desordenada, com a corrida muito grande por parte dos “sem teto”, do qual participaram pessoas não ocupantes da referida invasão. Na ocasião, foram ocupados os barracos de madeira que faziam parte da antiga invasão. Inúmeras tentativas foram realizadas, no sentido de retirar os invasores, porém sem sucesso, uma vez que os moradores resistiam e se organizavam em grupos e a tendência era a invasão crescer mais e mais.

Até então a Estrutural pertencia à Região Administrativa do Guará RA X. Em 1989, foi criado o Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA em frente à Vila Estrutural, época em que se previa a remoção da Estrutural para outro local. Em 27 de janeiro de 2004 o SCIA foi transformado na Região Administrativa XXV, por meio da Lei nº 3.315 tendo a Estrutural como sua sede urbana.³

A procedência dos moradores residentes na Estrutural, em sua grande maioria, é dos Estados da Bahia, Piauí, Maranhão, além do próprio Distrito Federal.⁴

¹ UnB – CEAM – NEPPPOS – Série Política Social em Debate nº 04 – 1990

² Estudo Companhia Brasileira de Projetos e Empreendimentos - 2005

³ CODEPLAN 2007

⁴ GDF/SEDUH, 2003.

CARACTERIZAÇÃO

A Cidade Estrutural foi criada pela Lei Distrital nº 3.315, de 27 de janeiro de 2004, tendo sua origem em área pertencente à cidade do Guará. Encontra-se situada no Distrito Federal, limitando-se:

- ao Norte: pela cerca do lixão da BELACAP e pelas chácaras situadas em entorno, que ocupam a área até o traçado da DF 097, junto ao Parque Nacional de Brasília;
- a Leste: pela poligonal que limita o projeto do Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA;
- ao Sul: pela DF 095. Ou Estrada Parque Ceilândia – EPCL; e
- a Oeste: pela via de acesso às chácaras que margeiam o córrego Cabeceira do Valo, afluente do córrego Vicente Pires.

A área da cidade é de 29 km². Em 2007 Sua população foi estimada em 35.000 habitantes.⁵

ASPECTO SOCIOECONÔMICO

A economia da Vila Estrutural apóia-se na informalidade, tendo como destaque as atividades na área do comércio de pequeno porte, com lojas de roupas, calçados, farmácias, mercadinhos, salões de beleza, barbearias, papelarias, lanchonetes, bares, oficinas de automóveis, dentre outros.

ASPECTO SÓCIO-CULTURAL

A cidade conta com três escolas de Ensino Fundamental, dois Jardins de Infância e curso de educação de jovens e adultos.

O lazer também contribui para o desenvolvimento de uma cidade e exerce influência no comportamento social. Sabe-se que o lazer, quando realizado adequadamente, é de primordial importância para a vida social dos vários segmentos, nas diferentes faixas etárias. Existem dois Centros Comunitários, um ligado a Igreja Católica e outro à Administração Regional, que são cedidos à comunidade para festas culturais e eventos sociais, como aniversários e casamentos, dentre outros.

⁵ GDF – Brasília Sustentável Projeto Integrado Vila Estrutural – PIVE 2008.

A área de Assistência Social conta com um Centro de Referência de Assistência Social, CRAS, que atende a demanda da população de baixa renda. O Programa Bolsa Família é o benefício de maior repercussão na comunidade.

SAÚDE: na Vila Estrutural não há hospitais. A comunidade dispõe de dois Postos de Saúde, que atendem na proteção básica, que é voltada para a atenção primária em saúde. No caso de especialidades médicas, os pacientes são encaminhados para os Postos de Saúde e hospitais que dispõem desses serviços. Conta também com o trabalho de agentes comunitários, no Programa de Saúde da Família.

SEGURANÇA: existem em funcionamento um Posto da Polícia Civil e outro da Polícia Militar.

A vida religiosa pode ser considerada como força capaz de produzir as mais variadas expressões da vida de uma comunidade. Na Vila Estrutural, no que se refere à denominação religiosa, a população está dividida, prioritariamente, entre católicos e evangélicos. Segundo o Conselho de Pastores, a Estrutural conta com 150 igrejas.

Além dos equipamentos citados ainda existem uma rádio comunitária, campos de futebol, creches e escolas particulares, estas últimas administradas por organizações não governamentais e entidades religiosas.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

A Vila Estrutural conta com 22 subprefeituras de quadras e uma Administração Regional. Observa-se que suas quadras, formadas em sua maioria por aglomerado de barracos, não obedecem a nenhum critério de ocupação. Há ruas largas, outras estreitas, muitas delas são becos sem saídas, não se observando distâncias mínimas regulares entre as ocupações. Estudo realizado pela CODEPLAN, no quesito habitabilidade, aponta que 100% dos domicílios da Estrutural situam-se na categoria de precários.⁶ Assim, a cidade é considerada uma das mais críticas e pobre do Distrito Federal.

Entende-se por associações os grupos organizados de moradores de determinada comunidade, que têm como objetivo buscar atingir um único ou um conjunto de interesses coletivos. Esses grupos se formam a partir de trabalho desenvolvido pelas lideranças locais e se caracterizam pela adesão voluntária dos seus participantes, pelo controle democrático, pela não discriminação e, como tal, devem ser independentes do Estado.⁷ A partir da década de 90, como forma de reivindicar os seus direitos, restou aos moradores da Estrutural a alternativa de se unirem por meio de associações. Atualmente, existem 33 delas, com objetivos e segmentos diferenciados. Sabe-se que elas buscam a concretização de interesses comuns,

⁶ www.codeplan.df.gov.br

⁷ Revista Serviço Social & Sociedade nº 39 - 1992

constituindo-se também em espaço de reivindicação de direitos e de lutas para se ter acesso aos bens e serviços públicos oferecidos pelo Estado.

Dentre as 30 Regiões Administrativas do Distrito Federal, a Estrutural é a segunda maior invasão do DF e também aquela em piores condições. A partir de alguns elementos, como os apresentados na Pesquisa Domiciliar Socioeconômica de 2009, realizada em 15 RA's do Distrito Federal⁸, dentre essas incluída a RA XXV SCIA Estrutural, de menor poder aquisitivo, foram entrevistadas famílias que recebem até 2 salários mínimos *per capita* mensal e consomem até 80 kw/mês de energia elétrica.

Parece oportuno analisar alguns dados da Vila Estrutural relacionados com salário, ocupação/trabalho, educação e benefício social.

Segundo os dados inferidos no quesito Distribuição dos Domicílios Segundo as Classes Sociais de Renda Domiciliar, acima de 1 até 2 salários mínimos, situam-se 40,5% dos domicílios pesquisados, enquanto 25% situam-se na faixa de até meio salário mínimo.⁹

Outros dados que merecem destaque dizem respeito à atividade remunerada. Dos moradores pesquisados, apenas 31,4% tem atividade remunerada. Desses, 11,8% têm carteira de trabalho assinada e 13,9% trabalham como autônomos. Os menos de 10 anos representam 27,1% do conjunto. A população sem atividade remunerada alcança o preocupante índice de 41,5%.

Com esse percentual de moradores sem ocupação, uma das formas de sobrevivência é a procura pelos benefícios sociais oferecidos pelo Governo. Dos 1.630 domicílios visitados todos recebem pelo menos um benefício. Dentro o elenco desses benefícios concedidos à população pobre da Estrutural, destacam-se a Bolsa Família, Nosso Pão e Nosso Leite e o Benefício de Prestação Continuada.¹⁰

Em se tratando de Educação e segundo o nível de escolaridade, dos 6.976 moradores entrevistados, 49,0% têm o Ensino Fundamental Incompleto, 3,8% Ensino Fundamental Completo, 9,5% Ensino Médio Incompleto, 7,4% Ensino Médio Completo e apenas 2,0% são analfabetos¹¹

II - Entendendo a concepção e a vivência sobre envelhecimento e velhice

O envelhecimento populacional está no cenário nacional e internacional, devendo ser compreendido do ponto de vista antropológico, demográfico, epidemiológico e sócio-cultural, presentes as mudanças e características da sociedade moderna, altamente tecnológica.

⁸ CODEPLAN – Pesquisa Domiciliar Socioeconômica – PEDS – 2009.

⁹ Idem

¹⁰ Idem.

¹¹ Idem.

A conjuntura atual nos leva a entender que estamos vivendo três grandes transições:

-Transição Epidemiológica: as pessoas estão envelhecendo com alto índice de doenças crônico-degenerativas, com declínio das doenças infecto-contagiosas.

- Transição Econômico-Social: com mudanças significativas nas relações de mercado de trabalho, com a formação de novos arranjos familiares, a introdução de novos valores societários e a transição da sociedade pós-industrial para a tecnológica.

- Transição Demográfica: taxas mais baixas de natalidade e maior expectativa de tempo de vida, com o consequente aumento da idade média da população.

Para melhor entender o fenômeno do envelhecimento e o que é ser velho em uma sociedade altamente discriminatória e desigual, é preciso entender a legislação, os papéis sociais e a dinâmica que circunscreve a dialética do cotidiano no âmbito individual das pessoas idosas.

Deve-se registrar que, com o fenômeno da globalização, as nações interagem, promovem acordos e trocas de tecnologia. Por outro lado, cerceiam direitos e realizam ajustes fiscais que interferem diretamente no desenvolvimento dos países e na estruturação dos regimes de Seguridade Econômico-Social e conseqüentemente na vida das pessoas, em todos os ciclos de vida.

Dois documentos de abrangência mundial e significativa no campo do envelhecimento, dos quais o Brasil é signatário, determinaram avanços nessa área:

O I Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, aprovado na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Viena em 1982, orientou durante os últimos vinte anos, as nações e os países signatários a respeito do pensamento e das ações sobre o envelhecimento, resultando na formulação de iniciativas e políticas de importância crucial para esse processo. As questões voltadas aos direitos humanos das pessoas idosas foram introduzidas, em 1991, nos Princípios das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas, nos quais se delineou orientação nas esferas da independência, da participação, dos cuidados, da realização pessoal e da dignidade.

O II Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento, resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, ocorrida em 2002, em Madri, exige mudanças das atitudes, das políticas e das práticas, em todos os setores, para que possam se concretizar as enormes possibilidades que se oferecem para o envelhecimento no século XXI. Um número significativo da população idosa consegue envelhecer com segurança e dignidade e algumas levam sua própria capacidade para participar no âmbito de suas famílias e comunidade. No entanto, a grande maioria vivencia estado de extrema pobreza e miséria.

Esses eventos internacionais influenciaram de forma determinada na construção dos marcos legais brasileiros, dando visibilidade à agenda pública nacional, no que se refere à questão da velhice e das demandas do processo de envelhecimento.

Aprovados o Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/2003 e a Política Nacional do Idoso - Lei nº 8842/2004, regulamentada pelo Decreto nº 1948/2006, a população idosa brasileira passou a dispor de legislações específicas que lhes garantiriam instrumentos concretos de proteção e defesa de seus direitos, bem como meios adequados para lutar e reivindicar por eles no âmbito da família, da sociedade e do Estado. Essas legislações têm garantido, de forma gradual, a discussão sobre a velhice, o envelhecimento e a implementação de políticas públicas.

A participação e a organização tímidas das pessoas idosas, articuladas por profissionais e técnicos vêm desencadeando processo de implementação das ações. Urge, porém, a necessidade de que seja garantido pelo Estado, família e sociedade a efetivação dos programas, projetos e serviços destinados a esse público alvo, bem como a construção do seu protagonismo. O governo deve atentar que o Brasil será o sexto país do mundo em população idosa em 2025, e desde já precisa se preparar para esse desafio.

Segundo Lloyd-Sherlock (in CAMARANO, 2004), o envelhecimento é um processo dinâmico que envolve perdas no plano biológico, sócio-afetivo e político e traz vulnerabilidades diferenciadas por gênero, idade, grupo social, raça, regiões geográficas, entre outras variáveis. É um fenômeno diferenciado também quanto ao momento (idade) em que se iniciam. Tais vulnerabilidades são afetadas pelas capacidades básicas (as que o indivíduo nasce com elas), pelas adquiridas ao longo da vida (facilidade/dificuldade de acumulação de capital humano, social etc.), e pelo contexto social em que os indivíduos se encontram na sua fase de vulnerabilidades.

Do ponto de vista da dependência da população idosa, três fatores são importantes: as condições de saúde, a autonomia funcional e a renda, no caso da perda ou não da capacidade laboral. Essa dependência tanto pode ser minimizada por políticas sociais como acentuada por fatores externos. A perda da capacidade laboral pode ser compensada pelas políticas de seguridade social, como bem ilustra o caso brasileiro. Por outro lado, entre os reforços à dependência pelos fatores externos, cita-se, por exemplo, a discriminação no local do trabalho, a aposentadoria compulsória, a falta de meio ambiente adequado. Isso é denominado por Lloyd-Sherlock (CAMARANO, 2004) de "dependência socialmente construída".

Observa-se que grande parte das pessoas idosas brasileiras de hoje vivenciaram sua vida ativa em uma fase mais favorável da economia brasileira, podendo a grande maioria dispor de emprego estável e formal, embora com baixa renda, tendo alguns até o acesso à casa própria. Coincidiu, também, com a expansão de políticas de Seguridade Social. Constata-se também um contingente de pessoas idosas que vivencia taxas elevadas de vulnerabilidade e dependência. Paralelamente, outra parte consegue desempenhar papel importante na família e na sociedade. Portanto, a população idosa brasileira hoje é constituída tanto por pessoas em situação de dependência quanto por provedores.

Simone de Beauvoir, 1990:14, realiza uma intensa investigação sobre a situação das pessoas idosas. Ela se expressa da seguinte forma:

“Exigir que os homens permaneçam homens em sua idade mais avançada implicaria uma transformação mais radical, impossível obter esse resultado através de algumas reformas limitadas que deixariam o sistema intacto: é a exploração dos trabalhadores, é a atomização da sociedade, é a miséria de uma cultura reservada a um mandarinato que conduzem essas velhices desumanizadas. Elas mostram que é preciso retomar tudo desde o início. É por isso que a questão passa tão cuidadosa pelo silêncio; é por isso que urge quebrar esse silêncio: peço aos meus leitores que me ajudem a fazê-lo.”

Cabe ainda destacar outros estudiosos que construíram suas teorias acerca da velhice, para embasar o texto e entender, posteriormente, as pessoas idosas da Vila Estrutural.

Talcott Parsons criou a teoria da adaptação, que relaciona a velhice às questões de status e funções. Focaliza a pessoa idosa e suas funções sociais e aborda as teorias da atividade e do desengajamento.

Erich Erickson aborda a teoria do desenvolvimento do ego, com forte conteúdo psicologizante, e acredita na estabilidade da identidade do ego em todo o transcorrer da vida, até na velhice. Afirma que o rompimento dessa identidade pode levar ao desespero e até mesmo ao suicídio.

Outros estudos se referem aos ciclos de vida baseados em mudanças de papéis e de individualidade, de acordo com os eventos físicos e sociais da natureza humana.

Trabalhos mais recentes relacionam o envelhecimento à estrutura social e econômica, relacionadas à estratificação social ou à concepção marxista de classe social.

Essa corrente defende que o considerado projeto neoliberal, que vem se implementando na maioria dos países do mundo e se consolidando no Brasil, tende a agravar os problemas sociais, políticos, econômicos e culturais da população excluída da chamada Revolução Técnica e Científica. A população idosa, em sua grande maioria, também faz parte desse grupo, pois tem restritas condições de acompanhar essas mudanças.

Segundo Eneida Haddad, a velhice deve ser analisada no âmbito do sistema capitalista e da estrutura de classes. “Compreendo que a ideologia da velhice é fundamental à reprodução das relações capitalistas, na medida em que a produção das relações capitalistas implica a reprodução de ideias, valores, princípios e doutrinas, o conjunto de representações sobre a etapa final da vida humana e organizado segundo as determinações básicas do modo capitalista de produção. As sociedades capitalistas, transformando as pessoas em mercadorias, condenam o trabalhador à degradação durante toda a trajetória de sua vida. Paradoxalmente, são crescentes as propostas de reparos para a trajetória dos velhos, o que vem, na realidade, escamotear a problemática da exploração da mão de obra. A ideologia da velhice é, pois, entendida como parte essencial do funcionamento das sociedades capitalistas, cuja contradição principal é a sua divisão em classes sociais.”

Segundo Gisálio Cerqueira Filho, a questão da cidadania no Brasil ainda implica na construção dos cidadãos enquanto uma experiência coletiva de participação social e consciência dos direitos e deveres, mas também enquanto construção de canais de aprendizagem que alcancem o patamar de cidadão.

No artigo intitulado “Um País que não sabe Envelhecer”, publicado no Correio Braziliense, o geriatra Renato Maia aborda o desrespeito para com as pessoas idosas. Afirma que o Estado não consegue atender às necessidades de saúde da pessoa idosa, a sociedade é negligente e a família o repele da convivência. Problemas da atualidade, como colapso dos hospitais e violência dentro de casa, ganham dimensão gigantesca, distante de um ser algumas vezes forte, outras tão vulnerável.

É fundamental compreender as questões afetas ao envelhecimento, as formas de sobrevivência das pessoas idosas, sua concepção sobre o que vem a ser a velhice e ainda os indicadores que revelam um pouco da sua qualidade de vida, para poder construir e propor alternativas concretas de intervenção junto às pessoas idosas, às famílias, à sociedade e ao Estado.

Atualmente, de acordo com a PNAD, vivem 21,7 milhões de pessoas idosas no Brasil. Como os demais países em desenvolvimento ou periféricos, nosso país atravessa acelerado processo de envelhecimento da população, requerendo a urgente efetivação das políticas públicas e ampliação do Sistema Econômico de Seguridade Social.

Em Brasília, segundo dados da PNAD- 2010, a população idosa é de 3.270.564 habitantes, cerca de 327.000 são pessoas com 60 anos e mais de idade.

A pesquisa “Revelando as Condições de Vida das Pessoas Idosas da Vila Estrutural - DF”, mediante ampla articulação com órgãos governamentais (especificamente Programa Estratégia Saúde da Família - da Secretaria de Saúde do DF e Centro de Referência da Assistência Social-CRAS) e com órgãos não governamentais (especificamente Pastoral da Saúde, Programa Mãos que Criam e instituições religiosas), localizou 654 pessoas idosas, das quais 633 foram entrevistadas. Dessas, apenas 40 apresentavam comprometimento cognitivo (MEEM menor que 18).

Buscou-se analisar algumas categorias afetas às pessoas idosas na Vila Estrutural, tais como participação, atividades que realizam, poder de decisão e autonomia, satisfação com as atividades da vida diária, dificuldades ao acesso a atividades, serviços e programas, como concebem a velhice, suas principais necessidades e as questões afetas a violência institucional, familiar e social.

Como cita Borges (apud. Azevedo, Monica), a necessidade de participação é algo inerente ao ser humano e é nesse contexto de desigualdade que este conceito está inserido. Define participação como conquista da autopromoção, do esforço de conscientização, dentro de uma sociedade dominadora e com tendências históricas contraditórias. A participação pressupõe que a pessoa idosa possa conquistar novos espaços, ou seja, estar inserida, realizando-se enquanto indivíduo.

Esta pesquisa demonstrou como está o nível de participação social das pessoas idosas na Vila Estrutural, uma vez que muitas pessoas concebem a participação apenas como trabalho e a dificuldade de relacionar-se fora desse ambiente quando se aposentam. Diante dessa realidade, a pesquisa realizada constata que dos 633 entrevistados, 66 (9,23%) participam de

grupos de hipertensos, 19 (2,66%) do grupo de diabetes, 23 (3,22%) de grupo de convivência, 17 (2,38%) de associação comunitária, 217 (30,35%) de grupos de oração, 3 (0,42%) de grupos voluntários, 1 (0,14%) de grupos de produção, 11 (1,54%) de terapia ocupacional, 15 (2,10%) de atividades físicas e 35 (4,90%) cuida dos netos.

Estudos analisam a influência de fatores como escolarização, classe social, idade, espaço urbano, estado civil, profissão, gênero, recursos financeiros e estado de saúde, equipamentos eletrônicos (rádio, televisão, vídeo, computador), na escolha ou na rejeição de determinado tipo de atividades de educação, cultura e lazer.

As pessoas idosas enfrentam dificuldades advindas de questões afetas à acessibilidade e às barreiras arquitetônicas, no domicílio, nos espaços públicos e privados, que dificultam sua locomoção e integração social; impedimentos afetos às limitações das próprias pessoas idosas para realizarem atividades; a resistências internas provenientes do seu próprio imaginário que as impedem de desenvolver atividades. Cabe destacar, por exemplo, que na Vila Estrutural não existe Centro de Convivência ou outro espaço para atividades físicas, recreativas, produtivas, promocionais ou intergeracionais destinadas às pessoas idosas.

A importância da cultura, escolaridade e renda influencia significativamente no desenvolvimento e nas escolhas das atividades. Esta pesquisa constata que a maioria das atividades escolhidas pelas pessoas idosas está afeta à área doméstica e ao círculo de vizinhança. Os entrevistados apontaram as seguintes preferências: 443 (70%) em seu tempo livre, ouvem rádio, 187 (29,50%) não ouvem, 91 (14,40%) praticam algum esporte, 535 (84,50%) não praticam, 420 (66,40%) fazem compras, 210 (33,20%) não fazem, 389 (61,50%) saem para visitar os amigos, 242 (38,20%) não saem, 381 (60,20%) saem para visitar os parentes, 250 (39,50%) não saem, 191 (30,20%) saem para passeios longo/excursão, 440 (69,50%) não saem, 147 (23,20%) saem para encontros sociais ou comunitários, 478 (75,50%) não saem, 2 (0,30%) não sabem, 108 (17,10%) costuram, bordam e tricotam, 500 (79%) não, 57 (9%) jogam cartas, xadrez, dama etc. 550 (86,90%) não jogam, 532 (84%) assistem televisão, 98 (15,50%) não assistem, 148 (23,40%) lêem jornal, 480 (75,80%) não lêem, 166 (26,20%) lêem revistas e livros, 461 (72,80%) não lêem, 408 (64,50%) recebem visitas, 221 (34,90%) não recebem, 60 (10,90%) vão ao cinema, teatro etc., 559 (88,30%) não vão, 425 (67,10%) andam pelo seu bairro, 203 (33,10%) não andam, 401 (63,30%) vão à igreja, 229 (36,20%) não vão, 46 (7,30%) vão a jogos/esportes e 581 (91,80%) não vão.

O tempo livre sempre é visto como função básica de descanso e de recuperação das forças, ideologia essa repassada durante a revolução industrial. Com o passar do tempo (Prahl, 2002, apud, Doll in Nery) abriu-se espaço para incentivo a outras atividades como culturais, estéticas e de auto-realização. Consideram-se diferenças cruciais do tempo de trabalho ou do tempo de obrigações em contraponto ao tempo livre, de ócio e lazer. Estudos têm demonstrado que para uma atividade ter significado para pessoa idosa, ela precisa ter algum vínculo com a sua identidade, profissão, biografia, metas, ideais e valores.

Entre os 633 entrevistados, 507 (80,1%) estão satisfeitos com as atividades que realizam, embora sejam em percentuais bem diferenciados por categoria e 59 (9,0%) não estão satisfeitos.

De acordo com o resultado da pesquisa, reafirmamos que as pessoas idosas da Vila Estrutural desempenham suas atividades mais voltadas às ações e relações sociais intrafamiliares e ainda como visitas a amigos, parentes e a grupos de oração.

Para a realização de atividades de lazer, educação, cultura e atividades físicas a garantia do acesso é fundamental. Os dados dessa pesquisa revelaram as dificuldades de acesso dos participantes: 48 (7,60%) apresentaram problemas com o custo, 52 (8,20%) com problema de saúde, 44 (7%) falta de motivação, tédio e aborrecimentos, 19 (3%) apresentaram o problema de transporte, o qual limita o acesso aos lugares que desejam ir, 11 (1,7%) apresentaram outras razões que não desejaram especificar, 174 (27,5%) apresentam motivos de insatisfação, 57 (9%) não apresentaram problemas com o custo, 52 (8,20%) não relataram problema de saúde, 58 (9,20%) não identificaram falta de motivação, 78 (12,30%) não evidenciaram problema de transporte, e 46 (7,30%) apresentaram outras razões, ou seja, 291 (42%) não apresentaram motivos de insatisfação.

Esses dados confirmam que há uma associação entre a participação, trabalho e estrutura de classes, pois o fato da maioria das pessoas idosas participantes não responderem (528 dos 633) à questão apresentada no parágrafo anterior (se eles participavam de atividades de cultura, lazer e/ou esporte, e se fosse o caso, as dificuldades de acesso), e os motivos citados para a não participação nessas atividades, demonstram que não têm interesse nesta área, enfrentam dificuldades de acesso e /ou estas atividades ainda não estão inseridas em sua biografia e nem tem significado em suas vidas. Pode se inferir ainda que a realidade agora identificada seja fruto de questões afetas a estrutura de classes e oportunidades de acesso durante as demais fases da vida, incluindo a não garantia do acesso dessas pessoas às diversas atividades que possibilitem um envelhecimento ativo e saudável por meio da execução de políticas públicas.

É fundamental registrar que os impedimentos que apresentam maior índice de dificuldades são correlatos a falta de informação, custo, saúde e insatisfação, ou seja, fatores ligados a dificuldade de acesso e a exclusão social, no que se refere a informação, renda e condições biopsicossociais.

Em relação ao questionamento referente a maior necessidade enfrentada pelos idosos em suas vidas na época da realização da entrevista (2010), os dados apresentados seguir nos possibilitam afirmar que a maioria apresentou como fator relevante a renda e o salário, apresentaram também outras categorias de necessidades. A necessidade posta em primeiro lugar foi renda e salário 415 (65,6%), seguida por: saúde e medicação 376 (59,4%), habitação 156 (24,6%), transporte 130 (20,5%), relacionamento familiar 88 (13,9%), relacionamento conjugal 43 (6,8%) e a necessidade de integração com as demais gerações 27 (4,3%).

A satisfação com a vida pode estar relacionada com uma velhice bem sucedida, onde predomina o baixo risco de doenças e incapacidades relacionadas à doença, funcionamento físico e mental favorável, satisfação com domínios específicos, da saúde, das relações sociais, atividades, integração familiar e social, senso de controle e senso de significado da existência. Inclui ainda, o exercício de uma velhice produtiva, ou seja, o trabalho remunerado ou não, mas de valor econômico (por exemplo cuidar dos netos, de pessoas idosas, da casa, de trabalhos

voluntários), envolvimento com uma atividade de lazer, realização de seu potencial, saúde mental positiva, que inclui autoaceitação, domínio sobre o ambiente, relações positivas com os outros e sobre o ambiente, crescimento pessoal e autonomia.

Do total dos 633 entrevistados, quando indagados sobre a satisfação com a vida, 553 (87,4%) manifestaram estar satisfeitos com a vida, 64 (10,1%) não estão satisfeitos.

Segundo Debert (p.69 apud Nery A. Liberalesso, 2001), as pessoas idosas são populações ou indivíduos que podem ser assim categorizados em termos do seu ciclo de vida. Para além dos critérios cronológicos, à medida que o ciclo vital da humanidade se alonga, aumenta substancialmente a heterogeneidade entre as pessoas idosas. Gênero, classe social, saúde, educação, fatores de personalidade, histórias passadas, contextos sócio-históricos são importantes elementos que se mesclam com a idade cronológica para determinar as diferenças entre as pessoas idosas de 60 anos ou mais.

Indagando as pessoas idosas sobre o que é ser velho e o significado dessa fase da vida, permitindo-os múltiplas respostas, foram registrados aqui os significados mais frequentes: 410 (64%) responderam que ser velho é ter experiência de vida, 113 (17,9%) é ser sábio, 145 (22,9%) é ser feliz, 98 (15,5%) fazer o que gosta, 52 (0,8%) ser ativo, 4 (6,0%) ser acomodado, 42 (6,6%) é ser sossegado, 35 (5,5%) é ser dependente, 30 (4,7%) é ter doenças, 10 (1,6%) é ser menosprezado, e 22 (3,5%) é ser um peso para família.

Algumas pessoas idosas entrevistadas na Vila Estrutural consideram ainda a velhice como:

“um sentimento, não acreditam na sociedade... nem nos políticos, pois vão lá, brigam e nada acontece de retorno. O ser humano sem o sonho de acreditar nas coisas e no outro se tornam uma das piores espécies. E triste saber disso!”-A.C -65 anos

“é muito ruim não poder mais trabalhar, não ter saúde, é estar morto-vivo”-M.F-64 anos

“é estar bem com a natureza e com Deus”-T.D-78 anos

“sinto o abandono dos familiares, sou xingado de burro e velho, além de outros palavrões”-M.D.F-73 anos

“uma fase da vida que eu sonho viajar para o Nordeste, pois nunca pude na minha juventude”-J.C-68 anos

“é péssimo envelhecer, pois além de cuidar dos filhos tenho que me virar para cuidar dos netos”-A.C-67 anos

“eu sou muito feliz agora porque faço tudo que eu quero”- M.J -71 anos

“criamos os filhos e os netos com os benefícios do governo e quem é que cria nós: Deus é que ajuda.”-M.S.S-76 anos

“eu amo a minha vida. Namoro muito, dou conta do recado, não sinto nada, estou cheio de saúde e de energia”J.F.N-68 anos

“minha família é tudo *prá* mim, mas eu preciso de um companheiro” F.S 64 anos

Estes depoimentos revelam que a fase da velhice é uma experiência individual, que apesar de trazer fenômenos parecidos guardam sua singularidade na heterogeneidade. Não pode-se negar, porém, que esse processo está diretamente relacionado com as condições diversas de classe e acesso das pessoas idosas a trabalho, renda, bens, educação e consumo.

De acordo com Debert a velhice é a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva. O envelhecimento é um processo de mudança universal pautado geneticamente para espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no momento de probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genético-biológico, sócio-histórica e psicológica.

Ao perguntar aos entrevistados como eles conceituam a velhice foram obtidas 838 respostas dentre os 622 participantes: 442 (51,52%) respostas reportam que os idosos vêem a velhice “como uma etapa natural da vida”, 75 (8,74%) “é estar livre sem compromisso”, 161 (18,76%) “é aceitar que não podem fazer mais as coisas como um jovem”, 84 (9,79%) “é se sentir ainda útil para a sociedade”, 26 (3,03%) “é a fase de decadência da vida”, 21 (2,45%) “é uma etapa da vida muito triste”, 19 (2,21%) “é solidão e tristeza”, 10 (1,17%) “é perder os amigos”.

No Brasil, convivemos com dois paradigmas: um que se traduz em preconceito, considerando a velhice como doença e, outro, com possibilidade de se aproveitar o tempo livre da melhor maneira possível, construindo um envelhecimento saudável. Considera-se que praticar atividades físicas, recreativas, produtivas, dentre outras, é essencial para manutenção das habilidades físicas, cognitivas e sociais.

Segundo Baltes e Baltes, 1990 (apud, Nery p. 109), a atividade gera baixo risco para doenças, propicia envolvimento social, compromisso com a vida e capacidade de investir seletivamente em certos domínios do funcionamento e assim otimizá-los, colaborando para compensação das perdas decorrentes do envelhecimento.

Observa-se a necessidade de divulgar, conscientizar e prestar informações às pessoas idosas, no que diz respeito aos seus direitos e à importância da atividade física e das relações sociais para um envelhecimento saudável. Na gerontologia social, priorizam-se as associações entre qualidade de vida na velhice, satisfação e atividade. Na psicologia, as pesquisas se detêm mais na autocracia de controle, auto-eficácia e significado, bem como competência social e cognitiva e bem-estar subjetivo. Na medicina, os critérios principais são longevidade, saúde e capacidade funcional. Na bioética, predominam avaliações sobre as possibilidades de autonomia, de respeito à dignidade oferecida aos idosos pelo sistema social e pelos seus micros-sistemas.

Os dados abaixo nos permitem constatar que a qualidade de vida das pessoas idosas da Vila Estrutural, ao que se refere ao acesso às informações relacionadas ao processo de

envelhecimento, defesa de direitos associados ao conhecimento da literatura e da legislação, deixa muito a desejar, evidenciando aspectos de vulnerabilidade em relação às limitações das pessoas idosas e à fragilidade das políticas públicas abordadas enquanto sistema de bem-estar e proteção social.

Uma pergunta chave em que qualquer processo de avaliação das condições sócio-econômicas e/ou de saúde da pessoa idosa, é “o que o (a) senhor (a) gostaria de fazer e que não está fazendo”. A resposta a essa pergunta pode revelar aquilo que é mais prioritário para aquela pessoa idosa e até sonhos e aspirações. No questionário utilizado nessa pesquisa, essa pergunta também foi incluída. As atividades citadas nas respostas a essa pergunta foram: 199 (31,44%) trabalhar, 81 (12,80%) viajar, 56 (8,85%) nada, 19 (3,0%) estudar, 11 (1,74%) costurar, 11 (1,74%) andar, 10 (1,58%) arrumar a casa, 10 (1,58%) atividade esportiva, 7 (1,11%) passear, 5 (0,79%) pescar, 3 (0,47%) lazer, 3 (0,47%) dançar, 3 (0,47%) sexo, 2 (0,32%) dançar, 2 (0,32%) aposentar, 2 (0,32%) namorar, 2 (0,32%) ganhar dinheiro, 2 (0,32%) participar de grupo de convivência para idosos, 2 (0,32%) fazer coisas de casa, 2 (0,32%) voltar para terra natal, 84 (13,2%) preferiram não responder, e 106 (16,75%) outras atividades.

Ainda caminhando no entendimento dos estereótipos atribuídos à velhice, podemos reafirmar que coexistem mitos e preconceitos em relação às pessoas idosas, que se traduzem em reflexos de processos cognitivos de super generalização, tais como: os idosos são dependentes, são positivos ou são negativos, mesquinhos, lentos para tomar decisões. As atitudes preconceituosas contra as pessoas idosas têm uma grande trajetória na sociedade. Partindo desse entendimento, pessoas e famílias atribuem aos idosos traços e características indesejáveis e usam desses critérios para tomar decisões de como lidar com as pessoas idosas.

As razões psicológicas estão associadas à doença, à morte, à dependência, as econômicas à restrição de oportunidades sociais para os idosos, discriminando-os, porque a grande maioria os considera improdutivos. Essas atitudes em relação à velhice geram políticas, práticas sociais e posturas familiares discriminatórias, segregadoras, rejeitadoras e/ou paternalistas, ora subjugando a capacidade das pessoas idosas, ora determinando comportamentos infantilizados, buscando imbecilizá-las e ridicularizá-las.

Na literatura nacional e internacional, e segundo dados do IBGE (Síntese de Indicadores Sócio-Econômicos -2010), cerca de 80% das pessoas idosas são responsáveis pela manutenção de suas famílias. Entretanto, para tomar decisões nas atividades relacionada à vida da pessoa idosa e ao meio em que vivem, a grande maioria dos idosos entrevistados se reporta a filhos e cônjuges, tal como verificamos entre os entrevistados, que 104 (16,43%) responderam que a filha o ajuda a tomar as decisões mais importantes, 104 (16,43%) a esposa, 97 (15,32%) o filho, 80 (12,64%) ninguém, 55 (8,69%) o esposo, 54 (8,53%) o próprio idoso, 23 (3,63%) Deus, 8 (1,26%) familiares, 6 (0,95%) a neta, 6 (0,95%) amigos, 3 (0,47%) o entrevistado, 3 (0,47%) a irmã, 2 (0,32%) o neto, 2 (0,32%) esposa e filho, 2 (0,32%) esposo e filho.

Esses dados demonstram que as pessoas idosas talvez desconheçam sua força interior, ou tenham sua autonomia afetada pelos mitos e estereótipos da sociedade, dificultando o processo de reconhecimento do seu papel na manutenção da família e na preservação dos laços familiares. Na maioria das vezes, mesmo tendo convicção da sua força para tomar

qualquer decisão, recebe influência, por ordem de número de citações, das filhas, da esposa ou do esposo e dos filhos.

Muitas pessoas idosas reclamam em relação ao desrespeito e à discriminação que sofrem na própria sociedade onde vivem. Porém, ainda existem pessoas que respeitam os velhos, convivendo de maneira harmoniosa, valorizando suas experiências e seus ensinamentos, a transmissão da cultura e dos valores às demais gerações. Coexistem dois tipos de comportamentos: os de respeito e os de desrespeito. Segundo Simone de Beauvoir (1990, p.66,) afirma que “[...] a maior parte das sociedades não deixa os velhos morrerem como bichos. Sua morte é cercada de um cerimonial para o qual se reivindica ou se finge reivindicar seu consentimento. Por outro ângulo, muitas sociedades respeitam as pessoas idosas enquanto estão lúcidas e robustas, mas livram-se delas quando se tornam decrépitas e senis.”

“É o sentido que os homens conferem a sua existência, é seu sistema global de valores que define o sentido e o valor da velhice. Inversamente atravessa a maneira pela qual uma sociedade se comporta com seus velhos, ela desvela sem equívoco a verdade - muitas vezes cuidadosamente mascarada de seus princípios e de seus afins.” (Beauvoir, 1990, p.108).

Este processo de concepção e tratamento da velhice gradativamente vem sendo alterado, considerando o envelhecimento populacional das sociedades, principalmente nos países periféricos, onde o tema está em evidência, despertando o setor público, privado, a família e a própria pessoa idosa, para a adoção novos comportamentos e necessidades, em relação a esse segmento populacional.

Na Vila Estrutural, constata-se um entendimento subjetivo, antagônico e contraditório das pessoas idosas no que se refere ao respeito aos seus direitos no âmbito familiar, societário e estatal. É plenamente visível na análise das condições sócio-econômicas das pessoas idosas que as ações das políticas públicas na Vila não são desenvolvidas em conformidade com a legislação existente, bem como com as demandas da população local. Por ocasião das entrevistas e das palestras realizadas naquela Região Administrativa, a grande maioria desconhecia a legislação que garante os seus direitos. Essa avaliação é perceptível, uma vez que, dos entrevistados, 547 (86,4%), apesar do estado de vulnerabilidade que vivem, consideram que a vontade do idoso é sempre respeitada.

Indagados em relação às categorias que os desrespeitam, dos 633 entrevistados, somente 123 responderam, e com muita dificuldade em concederem a resposta, ou seja, 44 (35,77%) dos que responderam a essa pergunta, consideram que ninguém os desrespeitam, 7 (5,69%) todos os desrespeitam, 6 (4,88%) os parentes, 4 (3,25%) os netos, 3 (2,44%) o companheiro, 1 (0,81%) companheiros e filhos, 2 (1,63%) os vizinhos, 2 (1,63%) os enteados, 1(0,81%) o governo, 1 (0,81%) enteadas, 1 (0,81%) motorista de ônibus, 1 (0,81%) irmão, 1 (0,81%) filhos e netos, 1 (0,81%) crianças. Estes dados permitem inferir o receio que as pessoas idosas tem de revelar que estão recebendo abusos e maus tratos e o receio de expor e sofrer represálias dos agressores. Este fenômeno é explicitado na literatura nacional e internacional.

A dialética da violência está presente na sociedade contemporânea. Para entendê-la, é preciso analisar os sistemas institucionais estruturados, os valores culturais e societários, as situações

e arranjos familiares, os conflitos e estruturas subliminares de poder institucionalizado que geram vítimas e agressores.

Marino (2004, p.15) analisa as formas e tendências históricas da violência na América Latina e ressalta que esse fenômeno está alicerçado em três princípios básicos: a desigualdade econômica, a desintegração social e a distribuição desigual do poder no “capital simbólico”. Enfatiza fatos e componentes de ordem histórica e social, considerando ainda as questões de classe, gênero e etnia.

Minayo (1992) afirma que em sociedades de classe, como as latino-americanas, a violência é entendida com elemento fundamental de interesses de classes, de domínio econômico e político. Aborda quatro tipos de violência: violência estrutural, que delimita as estruturas organizadas de família, dos sistemas econômicos, culturais e políticos, que geram a opressão de grupos, classes e indivíduos, tornando-os mais vulneráveis do que outros, ao sofrimento e à morte; a violência cultural, que se traduz em manifestações de valores, machismo, racismo, imposição de atos e ideias, privilégios a uns e desvalorizando outros, limita a criatividade e liberdade; a violência de resistência, que se traduz em manifestação e reação de grupos subjugados pela violência estrutural; a violência de delinquência, que se traduz como crime e está relacionada a ações fora e afetas ao não cumprimento das leis.

Além desses fatores de ordem macro estrutural, cabe registrar ainda que nas últimas décadas a família vem sofrendo modificações estruturais, ocasionadas por desemprego dos cônjuges, instabilidade financeira, busca por inserção no mercado de trabalho, migração e imigração, separação, novas relações e crescente participação das mulheres no mercado de trabalho. Esses eventos têm apresentado relações de estresse, de desequilíbrios, conflitos familiares e intergeracionais, impulsionadores do processo de violência, destacando-se a violência financeira, caracterizada pelo desvio de recursos materiais e ou financeiros das pessoas idosas.

Geralmente, as pessoas idosas omitem as violências que sofrem com medo de sofrer represálias do agressor e/ou querem proteger os vínculos sociais e familiares, não querendo expor o núcleo familiar. A violência pode ser psicológica, física ou social. Suas formas mais comuns são negligência institucional, familiar, abandono e a violência financeira. Observa-se que dentre os 633 entrevistados, 92 (14,5%) informam ter sofrido algum tipo de violência, 504 (79,6%) informam não ter sofrido violência e 26 (4,1%) não responderam. Após explicar aos idosos entrevistados os diversos tipos de violência que eles estão sujeitos, foi perguntado a eles se caso eles sofressem algum tipo de violência eles denunciariam. Quarenta e dois (6,6%) disseram denunciariam os maus tratos, 226 (35,7%) informaram que não denunciariam, 350 (55,3%) não responderam. Mediante análise desses dados, confirmam-se os dados da literatura, ou seja, que as pessoas idosas temem fazer denúncias, tanto que está evidente que 92 pessoas informaram ter sofrido violência, porém 226 informaram que não denunciariam, constatando que a violência é velada. Ainda, 350 não responderam a pergunta, o que evidencia o medo de falar, expressar sobre o tema e, como referendam as pesquisas, calam-se por medo de receber represálias.

Os dados demonstram que é necessário conscientizar as pessoas idosas a respeito de seus direitos. Preservar a autonomia física e social delas, durante o maior tempo possível, é

fundamental, pois permite que elas se fortaleçam e se relacionem com o seu entorno, diminuindo assim a vulnerabilidade frente à violência e aos maus tratos.

Existem equipamentos sociais onde as vítimas, vizinhos, familiares e a própria sociedade podem denunciar os maus tratos sofridos pelas pessoas idosas, sem a necessidade de identificar-se, caso não queiram. Entretanto, o ato da não denúncia contribui para que cada vez mais esses idosos sofram em silêncio e muitas vezes chegando até ao óbito.

No Distrito Federal, dispõe-se do Conselho de Defesa de Direitos do Idoso, da Central Judicial e do SOS Idoso, onde as pessoas são atendidas e encaminhadas para a rede de serviços local.

Sabe-se que o processo de envelhecimento é um fenômeno multidimensional, com influências do meio social, econômico, cultural e do sistema de desenvolvimento, onde a pessoa idosa e sua família estão inseridas, além de estar estreitamente relacionado com o fenômeno coorte. Entendendo este fenômeno como processo de análise e acompanhamento de indivíduos que tem algo em comum, neste caso a idade, e são reunidos e observados por um determinado período de tempo, para que se possa observar e registrar o que ocorre com eles.

A normativa internacional, proposta pelas duas Assembléias Mundiais do Envelhecimento, preocupou-se, prioritariamente, em colocar na agenda mundial a questão da pessoa idosa e suas prioridades temáticas. Posteriormente, abordou-se a questão da reivindicação de direitos. Em um contexto de globalização e de implantação de um processo neoliberal, em que predominam os ajustes fiscais, que agravam os índices de pobreza e de desigualdade social, entender e intervir nesse processo é um desafio para a pessoa idosa, a família, o Estado e a sociedade.

Observa-se grande avanço na legislação e um processo que se desenvolve paulatinamente no campo da formação do protagonismo da pessoa idosa e da implementação, com celeridade, de serviços e programas voltados a este segmento.

As várias teorias acerca do processo de envelhecimento, com destaque àquela relativa à diferença de classes, apontam para o abismo que existe na possibilidade de se construir um envelhecimento digno, com qualidade de vida, considerando a relação entre o trabalho e o capital e a inexistência de serviços e programas efetivos dirigidos a todos os ciclos de vida e, em especial, à população idosa.

Os dados da pesquisa da Vila Estrutural revelam a concepção da velhice por meio dos entrevistados, destacando o grau de pobreza e desigualdade a que estão submetidos.

A renda e outras atividades não economicamente mensuráveis (cuidar de netos, filhos e agregados), desenvolvidas pelas pessoas idosas, demonstram que, na maioria das famílias, a pessoa idosa é o sustentáculo e não reconhece a sua força, sua participação e o seu poder.

Cabe destacar, ainda, as mudanças ocorridas nos arranjos familiares, mantendo duas ou três gerações no mesmo domicílio. Experiências de trocas intergeracionais podem ser traduzidas

tanto em afetos, apoios afetivos e solidariedade, quanto em vulnerabilidades, maus tratos e violência.

Apesar de grandes dificuldades, a família tem sido um grande suporte do sistema social vigente, face ao não cumprimento do papel do Estado na efetivação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, garantida em lei.

Na Vila Estrutural, as pessoas idosas demonstraram consciência parcial dos dados ora apresentados, o que possibilitou organizar uma intervenção social articulando organizações governamentais, não governamentais e as pessoas idosas, para refletirem sobre sua realidade, trabalhar a questão do seu protagonismo e criar o Fórum de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa da Vila Estrutural, com o objetivo de garantir o exercício dos seus direitos.

A literatura nacional, internacional e esta pesquisa na Vila Estrutural nos possibilitam inferir que o grande desafio do século XXI será adequar a questão das políticas sociais às demandas da população, com prioridade para a educação, saúde, trabalho, habitação e cultura. Para tanto, torna-se prioritária a implementação do Pacto do Envelhecimento, construído pelo governo e a sociedade e proposto em 2008 pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Este pacto propõe uma agenda para tratar das questões da velhice, com responsabilidade e atribuição de competências afetas a cada política social e a cada esfera de governo, com destaque para a participação da pessoa idosa, da família e da sociedade.

III - Indicadores sócio-econômicos

Na velhice, as pessoas deparam-se com dificuldades no mercado de trabalho e com empregabilidade, passando a depender mais de outras fontes de renda como aposentadoria, pensão e atividades no mercado informal. As condições de saúde influenciam na permanência das pessoas idosas no mercado de trabalho até idades mais avançadas. O mercado de trabalho brasileiro tem uma característica específica: aposentados retornam a ele e, em alguns casos, desempenhando as mesmas funções anteriores.

De acordo com o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, a contribuição social e econômica das pessoas idosas vai além de suas atividades laborais, já que com frequência essas pessoas desempenham funções cruciais na família e na comunidade. As suas valiosas contribuições não se medem em termos econômicos, como no caso dos cuidados prestados aos membros da família, o trabalho produtivo de subsistência, a aposentadoria, os benefícios, pensões, a manutenção dos lares e a realização de atividades voluntárias na comunidade. É preciso reconhecer as contribuições das pessoas idosas, inclusive as de trabalho não remunerado em todos os setores, especialmente pelas mulheres.

Nos países com economia em transição, como é o caso do Brasil, a maioria das pessoas idosas continuam trabalhando e sustentando os lares. A proporção de filhos adultos morando em famílias chefiadas por idosos passou de 19,8% para 23,1%, entre 1988 a 2009 (Camarano, 2010). Em países como o Brasil, também são poucas as pessoas idosas que se incorporam à força de trabalho, em consequência da discriminação por razões de idade. Observa-se

internacionalmente uma tendência de gerar novas modalidades de trabalho baseados em aposentadorias flexíveis, em ambientes trabalhistas adaptáveis e na reabilitação profissional para pessoas idosas incapacitadas, de forma que se possa combinar emprego remunerado com outras atividades.

Camarano e colaboradores (PNAD 2009) mostram que 87% dos idosos do sexo masculino atualmente no Brasil chefiam famílias; desses, 72,6% trabalham mais de 40 horas semanais e apenas 12,6% recebem menos de um salário mínimo mensal.

Na Vila Estrutural, 2,2% das pessoas idosas nunca trabalharam, 14,4% são donas de casa, 77,7% tiveram trabalho remunerado durante a maior parte de suas vidas, 20,7% tiram seu sustento do seu trabalho, 28,3% trabalham atualmente em atividade produtiva remunerada e 68,6% atualmente não trabalham.

Do universo de 633 participantes da pesquisa, 558 pessoas idosas responderam sobre seus rendimentos. Assim, 231 (41,4%) declararam que recebem rendimentos provenientes de Aposentadoria e/ou Pensão do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e do Regime Jurídico Único (RJU); 91 (16,3%), o Amparo Assistencial do Idoso, BPC ou Renda Mensal Vitalícia; 63 (11,3%) são beneficiários da Aposentadoria Rural; 49 (8,8%) têm outros rendimentos não especificados; 32 (5,7%) recebem outros benefícios do Governo; 26 (4,7%) recebem Aposentadoria Privada. Apenas 11 (2,0%) e 3 (0,5%) recebem Amparo ao Deficiente e Seguro Desemprego, respectivamente.

Não foi registrada nenhuma pessoa idosa ainda trabalhando, quer no trabalho formal (empregado) ou informal (autônomo). No entanto, três declararam receber o Salário Desemprego. Vale destacar que o valor médio dos rendimentos é de R\$ 584,00 e a maior média é do Salário Desemprego R\$ 606,00.

Matriz de Rendimento dos Moradores por Tipo

TIPO DE RENDIMENTO	TOTAL		
	NÚMERO DE IDOSOS QUE RECEBEM O RENDIMENTO	RENDIMENTO MÉDIO (REAIS, R\$)	%
Aposentadoria ou Pensão (INSS / RJU)	231	574,00	41,4
Amparo ao Idoso - BPC	91	500,00	16,3
Bolsa Família	63	129,00	11,3
Aposentadoria Rural	52	502,00	9,3
Outros Rendimentos	49	440,00	8,8

Outros Benefícios - Governo	32	250,00	5,7
Aposentadoria Privada	26	549,00	4,7
Amparo ao Deficiente	11	475,00	2
Seguro Desemprego	3	606,00	0,5
TOTAL	558	584,00	100

Fonte: Revelando as Condições de Vida dos Idosos Residentes na Vila Estrutural – DF, 2011

Cabe registrar que se comparar estes dados relativos as pessoas idosas com os achados relativos aos moradores que integram o domicílio das pessoas idosas entrevistadas constata-se que o percentual de moradores sem atividade remunerada é bem mais significativo do que o de pessoas idosas, em uma relação de 41% para 35,2%;13;9% dos moradores são autônomos enquanto das pessoas idosas infere-se 23%;atualmente os moradores do domicílio 31,4% tem atividade remunerada, e a das pessoas idosas 28,3%.

No Brasil, cerca de 19,2 milhões das pessoas idosas com 60 anos ou mais recebem aposentadoria e/ou pensão: 61,2% são aposentados, 14,8% pensionistas e 8,4% são aposentados e pensionistas. Estes dados permitem inferir que 15.6% não tem vínculo com a Previdência Social. Das pessoas idosas com 60 anos ou mais pesquisadas, 41% tiram o sustento da sua vida: da aposentadoria, 7,8% da pensão, 6,8% de ajuda do esposo (a), 7,0% de ajuda de parentes e amigos, 0,7% de aluguéis, 6,2% do BPC e 8,2% de outras fontes. Vinte e três por cento dos idosos entrevistados (143) não declararam a origem de sua renda na entrevista ou mesmo se dispõem de renda para sobreviver,

Constata-se ainda que os dados da pesquisa relacionados à composição da renda não acompanham a tendência nacional.

Entre as pessoas idosas entrevistadas nesse estudo na Vila Estrutural observa-se que apenas 0,6% não possuem renda, 54,5% possuem algum tipo renda de 0 a R\$ 510,00, 27,2% têm renda de R\$510,00 à R\$1.000,00, 8,1% de R\$1.000,00 a R\$2.000,00, 0,9% possuem renda acima de R\$2.000,00.

Segundo o IBGE, a pobreza absoluta é medida a partir de critérios definidos por especialistas que analisam a capacidade de consumo das pessoas, sendo consideradas pobres aquelas pessoas que não conseguem ter acesso a uma cesta alimentar e de bens mínimos necessários a sua sobrevivência.

A medida subjetiva de pobreza é derivada da opinião dos entrevistados e calculada levando-se em consideração a própria percepção das pessoas sobre suas condições de vida. Segundo especialistas, a percepção de bem-estar de um indivíduo sofre influência de acordo com sua posição em relação aos demais indivíduos de um determinado grupo de referência. Em termos teóricos, não se espera que os dois indicadores sejam coincidentes, mas a expectativa é de resultados próximos.

Vários fatores podem influenciar a percepção das pessoas, como características do meio em que vivem, a percepção do grau de desigualdade, efeito migração que leva as pessoas a se compararem não com o seu local atual de moradia, mas com o local de origem, ou mesmo um efeito geracional.

Os determinantes da pobreza e da desigualdade são muitas vezes diferenciados, dependendo das características do ambiente onde ocorrem. A produção econômica, o nível educacional da população que a prepara para as oportunidades do mercado de trabalho e as condições de saúde são alguns dos indicadores que afetam o bem-estar. (pesquisa Google/IBGE 23/05)

As necessidades básicas, naturais, vitais de sobrevivência, são as primeiras necessidades do homem: alimentação, habitação, vestuário, saúde e renda/salário. Não se pode perder vista, contudo, as necessidades humanas e sociais. As necessidades consistem num direito e na garantia de todo ser humano de ter os níveis mínimos satisfeitos. Assim sendo, ocorrem as demandas que podem ser explicadas tanto na área econômica como na social. Na primeira, busca-se o equilíbrio entre a oferta e a procura de bens e serviços disponíveis. A segunda é a procura por satisfação de algum tipo de carência. No caso, essas carências situam-se no campo dos serviços sociais que atendam as questões específicas de alimentação, lazer, saúde, medicação, habitação, renda/salário, dentre outras. São conceituadas como necessidades humanas básicas.

Em relação a essas necessidades, observamos que dos 633 entrevistados, 6,5% informam que para suas necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, medicamentos) o que ganha “dá e sobra”, 27,6% “dá exato”, 37,3% “sempre falta um pouco”, 26,4% “sempre falta muito”. Portanto, 63,7% estão em estado de vulnerabilidade e pobreza não tendo acesso ao mínimo para suas necessidades básicas, necessitando da efetivação e acesso às políticas públicas destinadas a esse segmento populacional.

As necessidades humanas básicas variam de acordo com ciclos de vida e com acesso aos bens e consumo e ainda com grande influência educacional e cultural. Como a demonstração das necessidades das pessoas idosas pesquisadas revela, seu maior gasto é: 30,69% com alimentação, 20,39% com remédios, 9,31% com calçados e vestuários, 25,12% com água e luz, 1,65% com educação, 1,16% com lazer, 3,58% com saúde (plano de saúde, consultas e exames), 1,82% gastos com membros da família, 5,67% com telefone e 0,61% com aluguel.

As mudanças demográficas têm possibilitado o incremento de famílias intergeracionais, ou seja, a convivência de até três gerações em um mesmo domicílio. Excluindo-se os lares de um só morador e os que têm apenas um casal sem filhos, chega-se a cerca de 9,7 milhões de domicílios e 38 milhões de moradores de várias gerações numa mesma casa (Camarano 2010).

A composição e aplicação da renda e o gasto com orçamento familiar estão diretamente relacionados ao arranjo familiar, havendo ou não pessoas idosas. Dos idosos entrevistados, 40,3% juntam todos os rendimentos do grupo que vive no mesmo domicílio para custear as despesas quando os moradores recebem seus rendimentos; 26,2% juntam parte dos rendimentos para as despesas; em 7,1% casos, cada componente do grupo que reside no

mesmo domicílio, guarda o seu próprio rendimento; em 47,6% dos domicílios visitados nessa pesquisa as despesas da residência são pagas com o rendimento do idoso; 42,8% dividem os gastos com todos que possuem renda; 6,6% só alguns moradores do mesmo domicílio contribuem para as despesas. Dos entrevistados, 73,5% fazem os gastos com comida à vista, 10,7% a prazo e 12,3% de ambas as formas.

Infere-se que a co-residência está traduzida em apoio e trocas intergeracionais. Constata-se que os mecanismos de apoio familiar ocorrem nas duas direções: pais ajudam os filhos e estes os pais. Os dados comprovam que nas famílias de idosos com renda predominam as transferências descendentes, ou seja, das gerações mais velhas para as mais novas. Muitas famílias dependem da renda dos idosos, pois seu nível de renda decresceu em termos relativos.

O poder de decisão das pessoas idosas varia e está relacionado com sua autonomia, com o arranjo familiar e intergeracional ou não, tanto que das pessoas idosas entrevistadas, 60,0% são os principais responsáveis pelas decisões sobre os gastos, 0,2% o idoso é co-responsável, 14,1% o cônjuge é o responsável, 3,5% é o filho/filha/enteado, 0,6% é o pai ou a mãe e 0,2% é o neto.

Estudos governamentais afirmam que houve diminuição da parcela da população idosa vivendo na extrema pobreza (12,2%, correspondendo a 2,5 milhões de pessoas) vivendo com rendimento médio mensal domiciliar *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo. A maioria dos velhos pobres está na área rural do Nordeste e as menores proporções se encontram na Região Sul. Dos domicílios com idosos, 53% deles respondem por mais da metade da renda familiar, sendo mais expressivo no Nordeste (63,5%) (Camarano, 2009). Os achados desse estudo acompanham a tendência nacional, visto que das pessoas idosas entrevistadas, 43,3% julgam ter agora uma melhor situação financeira, em comparação com a época quando tinham 50 anos de idade, 27,2% não relataram diferença e 27,5% consideram-se agora em situação pior.

Dos entrevistados, 58,9% informaram que alguém no domicílio possui conta bancária, 39% não possuem. 21,5% responderam que alguém no domicílio possui poupança ou alguma aplicação, 74,9% não possuem.

Torna-se importante analisar a relação entre as pessoas idosas, os arranjos familiares e a pobreza. Pode-se afirmar que os idosos influenciam a renda *per capita* da família que pertencem e, portanto, o seu grau de pobreza (Paes de Barros/1999). Essa influência ocorre em duas formas. No caso dos idosos serem membros adicionais às famílias, reduz a renda *per capita*. No caso de terem a sua própria renda, contribuem para a renda familiar, elevando a renda *per capita* e contribuindo para reduzir o grau de pobreza. O fator que irá caracterizar cada família será a composição da renda familiar, considerando a renda da pessoa idosa. A contribuição da renda do idoso na renda da sua família aumentou nos últimos 21 anos. Trabalhar, para a pessoa idosa, pode significar uma renda mais elevada, bem como autonomia física e mental e maior integração social (Camarano, 2010).

Na análise dos dados a seguir, observa-se que o percentual de pessoas idosas que não tiveram problemas financeiros foi maior do que as que tiveram, pois 31,1% enfrentaram dificuldades

financeiras nos últimos três anos, 48,3% não enfrentaram e 19,9% não responderam. Do primeiro grupo, quando alguém do domicílio está em dificuldades financeiras, 32,1% pede ajuda a amigos e parentes, 3,0% a outros, 9,9% não tomam nenhuma providência; 0,9% pede ajuda ao empregador, 4,0% pede ajuda à igreja, ONG ou outra entidade, 9,0% pede dinheiro emprestado de terceiros (inclusive bancos), 7,3% diminuem os gastos com comida, 23,7% diminuem outros gastos, 6,6% procuram trabalho extra, 1,7% abrem contas e passam a comprar fiado, 1,7% atrasam ou deixam de pagar contas e prestação.

De acordo com Camarano (2010), os ganhos do trabalho são ainda importantes para a renda dos idosos brasileiros: 32,6% da renda provém dos homens e 11,9% das mulheres. A proporção da renda das pessoas idosas que dependem de transferências familiares é muito baixa. Em 2009, aproximadamente 77% da população idosa recebia algum tipo de benefício social, que auxiliava 23,4% do número total de famílias brasileiras. Das pessoas idosas, 42,1% do sexo masculino e 18,6% do feminino estavam no mercado de trabalho em 2009.

Dos entrevistados, 30,6% fazem trabalho por conta própria que lhes rende dinheiro, 68,2% não fazem, 1,1% não responderam. 17,4% gostariam de ampliar seus negócios, 28,3% não gostariam, 15,2% não responderam.

Dos entrevistados, 16,1% estão precisando de dinheiro para melhorar seus negócios, 4,4% de espaço/local, 3,0% de pessoas para ajudar, 1,6% treinamento/cursos, 0,6% tempo, 0,6% propaganda, 54,7% não se aplica essa questão, e 15,0% não responderam. Infere-se desses dados que 73,6% não estão interessados em negócios e que 24,8% não trabalham por conta própria, mas gostariam de começar, mas, 48,5% não gostariam, o restante não respondeu.

Dos entrevistados, 25% informaram que falta dinheiro para iniciar atividade produtiva, 7,6% necessitam de espaço/local, 4,1% faltam pessoas para ajudar, 2,1% falta treinamento/cursos, a 1,1% falta tempo, 0,6% falta propaganda, 0,6% falta habilidade, 46,1% não se aplica, 10,7 não responderam. Dos entrevistados, 42,7% sabem fazer alguma coisa que gere renda, 46,8% não sabem, 8,8% não responderam. Dos 633 entrevistados, 9,2% tiveram algum tipo de acidente de trabalho que os deixaram incapacitados, 82,9% não sofreram acidente e 7,6% não responderam.

De acordo com a pesquisa realizada e com a literatura, está evidente a contribuição da renda das pessoas idosas na família, com influência na manutenção dos filhos e netos. Evidencia-se também que o Estado brasileiro avançou muito no que se refere à garantia de renda mínima. Esse segmento populacional vem contribuindo muito para o desenvolvimento social e econômico do País, além de desempenhar papel importante na família e na sociedade.

Existem ainda muitos mitos e preconceitos em relação às pessoas idosas, como se fossem um peso para a sociedade. No entanto, os dados apresentados revelam que elas vêm significando apoio imensurável ao sistema familiar e societário.

De acordo com os normativos legais de proteção às pessoas idosas, é dever do Estado, da família e da sociedade construir sistema de proteção social, o que se constitui em grande desafio, face ao contexto de profundas transformações sociais e de ajustes fiscais.

O contexto atual requer do Estado o cumprimento do seu papel na efetivação das políticas públicas, mediante a estruturação da rede de proteção e defesa dos direitos das pessoas idosas e a plena garantia dos direitos assegurados nas leis.

IV - Características dos domicílios das pessoas idosas entrevistadas

No Brasil, o problema da habitação é uma realidade. Dentre as dificuldades, destacam-se a carência de oferta, preços elevados, segregação espacial da população de menor poder aquisitivo em favelas e invasões. Corroboram com essa situação os assentamentos em condições precárias e a multiplicação deles em condições informais.

A falta de moradias e de serviços urbanos e a favelização são questões estruturais da sociedade brasileira, que se intensificaram devido à urbanização ocorrida a partir de 1940, levando a uma forte concentração populacional nas grandes cidades, sem a necessária provisão de moradias e serviços de saneamento básico adequado. As favelas e outros tipos de assentamentos precários, localizados nas áreas centrais e nas periferias das grandes cidades, constituem a expressão mais visível dos problemas habitacionais. (Radar Social 2005, p. 94).

Os problemas urbanos não são novos. Fazem parte do cotidiano de nossas cidades e cada vez mais se avolumam: periferias longínquas e desprovidas de serviços e equipamentos urbanos essenciais; favelas, invasões, vilas e alagados nascem e se expandem; a retenção especulativa de terrenos é constante; o adensamento e a verticalização sem precedentes podem ser verificados com frequência; a poluição de águas, do solo e do ar assume grandes proporções. (Isabel Cristina in Estatuto da Cidade, para compreender, p. 2, 2001).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o País vislumbrou um novo horizonte para a questão habitacional, com a inclusão, na Carta Magna, dos artigos 182 e 183, fundamentais para o avanço e participação popular nas decisões de interesses públicos. Dispõem os artigos mencionados:

Artigo 182 - estabelece que a política de desenvolvimento urbano, executada pelo poder público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei, tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes. Para tal, aponta como fundamental a elaboração de um Plano Diretor, a cargo da Câmara Municipal de cada cidade, com mais de vinte mil habitantes.

Artigo 183 - dispõe que aquele que possuir, como área urbana de sua propriedade, até duzentos e cinquenta metros quadrados, por cinco anos, ininterruptamente e sem oposição, utilizando-a para sua moradia ou de sua família, adquirir-lhe-á o domínio, desde que não seja proprietário de outro imóvel urbano ou rural.

Esse segundo artigo sinaliza com a possibilidade de regularização de extensas áreas das cidades, ocupadas dentre outras por invasões e/ou favelas e também por loteamentos clandestinos dispersos nas periferias das cidades.

O Brasil, nos últimos 50 anos, vem apresentando “umas das maiores taxas de urbanização do mundo. A falta de políticas públicas eficientes e bem articuladas entre si, assim como de planejamento adequado para as cidades, regiões, ou melhor, para o próprio País, tem impedido o acesso à habitação para a maioria da população e tem causado vários problemas urbanos, como o aumento do número de favelas, uma rede caótica de transportes coletivos, poluição de rios, lagos e praias pela falta de saneamento”. (in Anais da 58ª Reunião da SBPC 2006).

Não podia ser diferente no Distrito Federal. Desde sua origem, convive com o problema da habitação. Apesar de sua concepção numa perspectiva socializante, como parte integrante do seu planejamento, idealizada pelos seus mentores, muito cedo “a segregação espacial” se fez presente. As ocupações irregulares foram e ainda continuam sendo uma constante, “as invasões” como são chamadas no Distrito Federal, e não favelas como são denominadas nas demais regiões do país, estão presentes desde a fundação da nova Capital. As lutas desencadeadas para aquisição de moradia foi muito intensa na década de 80, por meio dos movimentos sociais e continuou na década de 90 e início dos anos 2000.

“Invasão” ou “favela” são termos que representam um dos recursos utilizados pela população de baixa renda para, com suas minguadas posses, solucionar, à sua maneira, o problema de moradia. Ambos são expressões de um modo de viver que violenta a dignidade humana e ressalta a desigualdade social. (Favelas Teimosas, p. 13).

Quando se fala em habitação e/ou moradia, bem como nas suas condições de habitabilidade, faz-se necessário abordar a questão do saneamento básico: água canalizada, rede de esgoto e coleta de lixo. No Brasil, de acordo com dados do IBGE, aproximadamente 28,5% da população urbana (41,8 milhões de pessoas) não têm acesso simultâneo aos serviços de água, esgoto e coleta de lixo, o que é considerado o padrão adequado em termos de saneamento básico nas áreas urbanas. (Radar Social p. 99). Assim, sabe-se que a população pobre é a mais atingida pela falta de saneamento básico, pelo fato de viver em residências localizadas em favelas, invasões e em áreas consideradas de alto risco.

Sabe-se que a qualidade de vida de uma população deve estar diretamente em consonância com a renda, bem como com o acesso a bens e serviços voltados à saúde, educação, habitação, transportes e lazer. Essas questões também estão associadas aos indicadores de pobreza e desigualdade. Considerando a pobreza a partir da insuficiência de renda e a desigualdade como a diferença existente entre a distribuição de renda e o acesso a bens e serviços, a tendência no Brasil, a partir dos indicadores, é revelada pela existência de extrema pobreza e desigualdade. Assim, para um país como um todo, é importante que a população tenha renda suficiente para adquirir bens e serviços que não são oferecidos gratuitamente pelo Estado, aquecendo a economia e criando círculo econômico virtuoso. (Radar Social, p. 50).

Essa seção desse estudo tem como objetivo apresentar as questões sobre os domicílios onde moram as pessoas idosas pesquisadas, bem como a infra-estrutura que esse segmento dispõe, contemplando o espaço e/ou tamanho das habitações, rede de saneamento básico, como água, esgoto, lixo e o rendimento dos moradores dos domicílios. Esses dados demonstraram que a Vila Estrutural segue a tendência nacional, no que se refere à desigualdade e pobreza.

O Brasil apresenta indicadores socioeconômicos que demonstram situação de pobreza e desigualdade na distribuição de renda, de forma diferenciada, em algumas regiões do país. Segundo dados do censo demográfico de 2003, do total de habitantes que informaram sua renda, 31,7% são considerados pobres, ou seja, 53,9 milhões de pessoas vivendo com renda domiciliar *per capita* de $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Quanto aos muito pobres ou indigentes com renda domiciliar de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, a proporção é de 12,9%, do total da população idosa. (Camarano, 2004).

Atualmente segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio-PNAD- 2010, o Brasil tem 20.590.599 pessoas idosas representando 10,8% da população brasileira, a qual está estimada em 190.755.799 habitantes.

Segundo artigo intitulado “Desigualdade-Brasil ainda uma Belíndia”, de 12 de junho de 2011, publicado no jornal “Correio Braziliense”, o Distrito Federal registra a maior renda *per capita* do Brasil. Entretanto, no seu entorno, o indicador representa $\frac{1}{4}$ da média nacional e a violência aumenta assustadoramente.

Dos 633 entrevistados, 19% declararam que o principal responsável pelo domicílio reside na Vila Estrutural há menos de um ano, enquanto 58% sempre moraram ali. Do total de entrevistados, 85,3% informaram o tempo de moradia, retratando 10 anos e seis meses, a média de anos, sendo o valor mínimo de um ano e a máxima de 35 anos.

Observa-se que o tipo de domicílios predominante (70,3%) são casas, seguindo-se de barracos, (22,3%) e cômodos (6,8%). Em 51,0%, o material empregado é de alvenaria com revestimento, os mais precários são alvenaria sem revestimento e de madeira aproveitada, respectivamente 26,5% e 16,6%.

O material predominante utilizado na cobertura dos domicílios são telhas de amianto ou zinco, representando 81,0% dos domicílios; telha de cerâmica e laje de concreto, 9,5% e 8,8% respectivamente. Segundo os dados apresentados na Pesquisa Domiciliar Socioeconômica - PEDES - 2009¹², em um universo de 1.630 famílias entrevistadas, o tipo de domicílios apresentados são casas e barracos, respectivamente com 76,9% e 20,3%. Ainda, segundo o material empregado na construção dos domicílios, a referida pesquisa aponta que alvenaria representa 77,8% e material reaproveitado e ou/aproveitado, 15,4%. Assim, comparando-se os dados da presente pesquisa com os da referida pesquisa, há certa similitude em relação ao primeiro, enquanto que, em relação ao segundo, há uma diferença significativa, o que pode

¹²PEDES/ CODEPLAN – Pesquisa realizada em 15 Regiões Administrativas do DF, RA's, (entre elas a Estrutural) com pessoas de menor poder aquisitivo, sendo entrevistadas as famílias que recebem até 2 salários mínimos per capita mensal e consomem até 80 kw/mês de energia elétrica.

ser explicado pelo fato das duas pesquisas terem classificado os materiais de maneira diferente.

A média de cômodos por domicílios é de 3,93. Analisando-se o número de cômodos por domicílios, a predominância é de 1 até 5, ou seja, 86,3%; e ocorrência de 6 até 10 cômodos é 11,7%. Conforme a pesquisa da PEDES e segundo as famílias entrevistadas, quanto aos números de cômodos, há diferença para menos, pois foram classificados de 1 a 4 cômodos e de 5 a 8 cômodos. O índice do primeiro é 39,95% e do segundo 58,7%. Pode ser explicado que parte dessa diferença, especificamente os de 5 cômodos, deve-se pelo fato das classes estabelecidas terem nomenclaturas diferenciadas.

Com relação à pergunta sobre a situação do domicílio, 85,5% dos entrevistados declararam que os domicílios são próprios, 8,7% cedidos e apenas 3,0% são alugados. O fato de a grande maioria informar que os domicílios são próprios não quer dizer que sua situação de posse esteja regularizada, uma vez que a cidade se formou a partir de invasões. O processo de regularização dos lotes ou assentamento ocorre de maneira lenta e complexa. De acordo com a PEDES, 79,0% dos domicílios são próprios quitados, próprios em aquisição e próprios em terreno não legalizado e 9,1% alugados. Considerando-se esses três quesitos como próprios, observa-se que há semelhança dos dados levantados nas duas pesquisas.

Quando se trata da fonte de acesso principal à água potável, observa-se que dos idosos entrevistados 77,1% utilizam-se da rede geral no interior do próprio domicílio, enquanto apenas 14,2% têm acesso a rede geral no terreno do domicílio, e 6,0% são provenientes de bica e/ou torneira pública.

Observa-se que são poucos os domicílios que não têm banheiros. Dos entrevistados, 88,3% possuem banheiro no interior de suas casas, no domicílio externo 8,8%, e coletivos apenas 2,1%. Destaca-se que dos domicílios pesquisados, 60,0% possui fossa séptica não ligada à rede. As alternativas apontadas: 17,4% encontram-se ligado à rede coletora, 11,2% fossa rudimentar e 10,1% fossa séptica ligada à rede coletora.

Considerando-se a posse de bens duráveis em funcionamento nos domicílios pesquisados foram apontados: fogão a gás 16,7%, televisão 16,1%, refrigeradores e/ou freezers 15,3%, telefone celular 13,2% e máquina de lavar 6,9%, como sendo os principais itens e/ou equipamentos. Ressalta-se que a bicicleta e a máquina de costura são encontradas em apenas 4,6% e 3,8%, respectivamente, dos domicílios. Dentre os bens que requerem poder aquisitivo maior, e considerados relativamente raros, mencionam-se o carro em 2,6% e a moto em 0,41%.

A Vila Estrutural surgiu, como já abordado anteriormente, na década de 70, com a instalação de moradias precárias por catadores de lixo, que para sua sobrevivência tinham o lixo e/ou resíduos que eram depositados no aterro cujo controle era mantido pelo “Jóquei Clube”, conhecido como “Lixão do Jóquei”. As respostas dos entrevistados em relação ao incômodo causado pelo lixão, apontam que 59% responderam que se sentem incomodados, e 40% não. Vários foram os motivos apresentados como fatores de incômodo, dentre eles: mau cheiro (36,6%), acúmulo de insetos (13,2%), presença de ratos (11,6%). 26% não responderam. De

acordo com as respostas dos entrevistados, a grande maioria, ou seja, 75% não construíram suas residências e/ou domicílios sobre o aterro sanitário.

O que se pode depreender dos resultados apresentados neste capítulo, com base na apuração de cada variável (respostas dos entrevistados), referente à caracterização do domicílio, é que os moradores residem na Vila Estrutural desde o seu início, evidenciado, em especial que mesmo as moradias tendo sido oriundas de invasões e no início próximas ao lixão, hoje são consideradas próprias pelo cadastramento do governo local, independentemente de terem ou não a questão jurídica legalizada e a cidade ainda não dispor de plano diretor. Por outro lado, observa-se que há uma preocupação quanto à qualidade das construções, uma vez que a grande maioria do material empregado na construção seja não só acessível, mas de boa qualidade, garantindo o acesso interno de habitabilidade do imóvel.

A literatura nacional e internacional afirma que o direito à habitação está incluído em documentos internacionais vinculativos. Entre os mais significativos destaca-se o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Artigo 11º, nº 1), que determina o seguinte: “os Estados – Signatários no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si e para a sua família, incluindo alimentação, vestuário e habitação adequados e a uma melhoria contínua das suas condições de vida.”

O direito a uma habitação condigna aplica-se a todas as pessoas. A expressão "para si e para a sua família" não pode ser interpretada como implicando qualquer restrição à aplicabilidade do direito à habitação a certos indivíduos, famílias matriarcais ou a outros grupos. Por outro lado, tanto os indivíduos como as famílias têm direito a uma habitação adequada qualquer sem distinção de idade, situação econômica, pertença a grupo ou entidades de origem social ou outra condição. O gozo do direito não deve estar sujeito a qualquer forma de discriminação (parágrafo 6º do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1992).

O direito à habitação deve ser interpretado não num sentido restrito, mas num sentido lato e incluso com o direito de onde se pode viver “em segurança, em paz e com dignidade”. O direito à habitação está intrinsecamente ligado a outros direitos humanos fundamentais. Assim, a expressão habitação deve ser interpretada como “habitação condigna”, abrangendo outras considerações (parágrafo 7º Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1991). O direito a uma habitação condigna deve ser visto em conjugação com outros direitos enunciados nos dois Pactos Internacionais e noutros Instrumentos Internacionais. (parágrafo 9º do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1992).

A estratégia mundial para a habitação até o ano de 2000 (1998) apresenta uma outra definição de “adequação” ou “habitação condigna”: habitação significa “...privacidade adequada, espaço adequado, segurança, iluminação e ventilação adequadas, infra-estruturas básicas e localização adequada relativamente ao local de trabalho e equipamentos básicos, tudo isto e preço razoável.” (Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1992).

No Brasil, de acordo com o artigo 21, inciso XX, da Constituição Federal, a União tem competência privativa para instituir as diretrizes gerais para o desenvolvimento urbano no

país, o que inclui, entre outras, as diretrizes para as políticas de habitação, saneamento básico e transportes urbanos. Com base no artigo 24, inciso I, da Constituição a União, no âmbito da competência concorrente, ou seja, co-responsabilidade entre os demais entes federados, Estados e Municípios sobre direito urbanístico, a União tem como atribuição estabelecer as normas gerais de direito urbanístico por meio de lei federal de desenvolvimento urbano. Assim, deve conter as diretrizes do desenvolvimento urbano e regional, os objetivos da política urbana nacional, a regulamentação dos artigos 182 e 183 da Constituição, além de instituir os instrumentos urbanísticos e o sistema de gestão dessa política, instrumentalizando Estados e Municípios na elaboração e aprovação de seus Planos Diretores de Urbanização.

O Estatuto das Cidades (Lei 10.257, de 10.07.2001) é a lei federal de desenvolvimento urbano exigida constitucionalmente, que regulamenta os instrumentos de política urbana que devem ser aplicados tanto pela União, como pelos estados e municípios.

A identificação das normas do Estatuto da Cidade tem como base a adequação dessas normas aos princípios da Constituição Federal, pois estes são, em relação aos municípios, indutores da aplicação dos instrumentos constitucionais da política urbana. A aplicação, pelos municípios, de instrumentos como o Plano Diretor e de outros previstos no Estatuto da Cidade tem como objetivo a efetivação de princípios constitucionais como os da gestão democrática da cidade, da participação popular, da função social da propriedade, do direito a moradia, a saúde e a regularização.

A literatura e a legislação existentes apontam um grande paradoxo, no que se refere à luta da população de baixa renda por habitação e as dificuldades que o Estado encontra para responder às demandas presentes e cumprir a legislação em vigor.

No caso do Brasil, no que se refere aos grandes centros urbanos, a questão da habitação, a aplicabilidade da legislação, a construção e o cumprimento de um Plano Diretor constituem grande desafio para a população e para o Estado. Está permeado pelas lutas de classe e de interesses econômicos.

Alguns avanços foram conquistados, como a criação do Ministério das Cidades e do Conselho das Cidades, que possibilita a participação da população por meio das Conferências.

Na Vila Estrutural, os dados revelam que a população e as famílias enfrentam essas dificuldades, bem como a luta permanente pela sobrevivência, pelo acesso a uma habitação digna e pela reivindicação de seus direitos.

Destaca-se que construíram a sua moradia em torno de um lixão, e lutaram para legalização da cidade. Lá reside número significativo de famílias, algumas há mais de trinta e cinco anos, e até hoje não dispõem de água e saneamento adequados. As questões relacionadas ao lixão ainda continuam presentes na vida dessas famílias, ora prejudicando o estado de saúde, ora mantendo o sustento de algumas famílias.

O Estado já construiu vários equipamentos sociais afetos a segurança, saúde e educação, mas a cidade ainda não dispõe de plano diretor e nem de condições de habitabilidade que lhe propiciem garantia de qualidade de vida digna, com habitação, acessibilidade adequada e serviços de infraestrutura.

A cidade dispõe de moradias construídas e entregues a algumas famílias pelo Programa Minha Casa Minha Vida, uma parceria com o governo federal, mas a população vem apresentando algumas restrições para sua ocupação, em consequência do local onde as casas foram construídas, gerando problemas de saúde aos moradores.

É fundamental reafirmar que a luta pela habitação é um fenômeno crescente no Brasil, pois o déficit habitacional é grande e as populações em estado de pobreza ainda enfrentam grandes dificuldades de acesso e, por isso, precisam permanentemente estar em estado de reivindicação junto às autoridades para garantir um direito expresso em leis.

V - Respostas descritivas relacionadas ao perfil de saúde dos entrevistados

Estatuto do Idoso - Art. 9o É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Os governos nas três esferas, principalmente o Federal e Estaduais, estão estabelecendo programas sistemáticos de atenção à saúde da pessoa idosa por meio do Sistema Único de Saúde, mas ainda em construção, e absolutamente insuficientes à demanda apresentada pela velocidade que a população brasileira está envelhecendo. O mercado privado de saúde no Brasil tem oferecido diversos programas voltados para atender as pessoas que estão envelhecendo, idosos saudáveis e fragilizados, mas inacessíveis a maior parte da população.

Os próprios idosos, outros cidadãos, e institucionalmente os conselhos (municipais, estaduais e nacional) de direitos da pessoa idosa, devem exercer o controle social no acompanhamento, proposição e planejamento das políticas públicas nas três esferas de governo que de uma forma ou de outra, ou especificamente, dizem respeito às necessidades das pessoas idosas. Somente em um processo em qual todas as esferas envolvidas estejam colaborando, e em continuidade transversal e longitudinal, será possível atender aos direitos das pessoas idosas.

Segundo o Ministério da Saúde as doenças mais comuns apresentadas por idosos são :Doenças Cardiovasculares: Infarto, Angina, Insuficiência Cardíaca, Derrames (Acidente Vascular Cerebral - AVC); Câncer, Pneumonia, Enfizema e Bronquite Crônica, Infecção urinária, Diabetes, Osteoporose, Osteartrose, Depressão; mas sabe-se que a idade representa o fator de risco mais importante para a promoção da saúde e reabilitação da pessoa idosa.

Foram incluídas no questionário utilizado na entrevista realizada com as pessoas idosas questões relacionadas à saúde. A seguir uma descrição das respostas obtidas.

A primeira questão incluída no questionário foi o Mini-Mental, pois aqueles que obtivessem escore menor ou igual que 18 nesse teste, não seriam entrevistados, sendo representados por uma pessoa de convívio direto ou seu cuidador. Dos 633 entrevistados, 40 (6,3%) obtiveram o escore menor ou igual que 18, e 593 (93,7%) obtiveram o escore maior que 18.

A seção D do questionário incluiu perguntas relativas às condições de saúde da pessoa idosa entrevistada e de dependência funcional. A dependência funcional foi avaliada pelo OARS/BOMFAQ, observe tabela 1.

Tabela 1. Idosos que apresentam ou não dificuldade na realização de atividades funcionais segundo OARS/BOMFAQ, aqueles que não as realizam e os que não responderam

Capacidade funcional (OARS/BOMFAQ)	Com dificuldade	Sem dificuldade	Não realiza	SR
Deitar e levantar da cama	218	411	2	2
Comer	90	541	0	2
Pentear cabelo	91	528	13	1
Andar no plano	149	474	7	3
Tomar banho	90	538	3	2
Vestir-se	103	521	6	3
Ir ao banheiro em tempo	82	544	6	1
Subir escada (1 lance)	256	336	39	2
Medicar-se na hora	143	440	45	5
Andar perto de casa	96	516	17	4
Fazer compras	102	430	96	5
Preparar refeições	43	472	115	3
Cortar unhas dos pés	201	323	104	5
Sair de condução	161	409	61	2
Fazer limpeza de casa	126	336	163	8

Entre os que responderam, 514 (81,2%) apresentaram dificuldades em menos de 6 atividades de vida diária consideradas no instrumento e 97 (15,3%) apresentaram dificuldades em mais de 6 atividades. 22 (3,5%) não responderam.

Os dados de como a pessoa idosa considera sua memória atualmente são apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Como a pessoa idosa classificava sua memória no momento da entrevista

RESPOSTA	VALOR	FREQ.
Excelente	26	4,1%
Muito boa	38	6,0%
Boa	209	33,0%
Regular	243	38,4%
Má	112	17,7%
N.S.	1	0,2%
N.R.	4	0,6%

Na sequência, perguntou-se à pessoa idosa:

“Comparando com um ano atrás, o (a) Sr. (a) diria que agora sua memória é melhor, igual ou pior?”

Tabela 3. Como a pessoa idosa compara sua condição memória com um ano atrás

RESPOSTA	VALOR	FREQ.
Melhor	42	6,6%
Igual	325	51,3%
Pior	256	40,4%
N.S.	2	0,3%
N.R.	8	1,3%

Outro fator importante na saúde do idoso é verificar se ele apresenta depressão. Nesse estudo não era objetivo fazer diagnóstico de depressão, mas sim usar um instrumento de triagem que pudesse dar indicativo para a necessidade de uma avaliação precisa. Sendo assim, foi aplicada a escala de depressão geriátrica e foi encontrado que 268 pessoas idosas (42,34%) tiveram o escore menor que 5; 288 (45,50%) tiveram o escore entre cinco e onze, 35 (5,53%) obtiveram o escore maior que 11 e 42 (6,64%) não responderam (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15): 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave) .

Tabela 4- Respostas das perguntas da Escala de Depressão Geriátrica

PERGUNTA	SIM		NÃO	
Você está satisfeito com a sua vida?	557	88,00%	70	11,10%
Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?	399	63,00%	220	34,80%
Você sente que sua vida está vazia?	218	34,40%	408	64,50%
Você sente-se aborrecido com frequência?	211	33,30%	416	65,70%
Está você de bom humor na maioria das vezes?	518	81,80%	105	16,60%
Você teme que algo de ruim lhe aconteça?	254	40,10%	372	58,80%
Você se sente feliz na maioria das vezes?	533	84,20%	90	14,20%
Você se sente frequentemente desamparado?	150	23,70%	474	74,90%
Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?	357	56,40%	269	42,50%
Você sente que tem mais problemas de memória que antes?	352	55,60%	275	43,40%
Você pensa que é maravilhoso estar vivo?	553	87,40%	75	11,80%
Você se sente inútil?	107	16,90%	517	81,70%
Você se sente cheio de energia?	444	70,10%	178	28,10%
Você sente que sua situação é sem esperança?	97	15,30%	524	82,80%
Você pensa que a maioria das pessoas está melhor do que você?	166	26,20%	457	72,20%

Quinhentos e trinta e seis entrevistados (84,7%) não ingerem bebida alcoólica, 533 (84,2%) não são tabagistas

Dos respondentes, 19 (3,0%) responderam que têm uma saúde excelente, as outras classificações estão na tabela 5. Comparando a condição de saúde da época da entrevista com a de doze meses atrás, as pessoas idosas responderam segundo o apontado na tabela 6. Quando solicitados que comparassem sua saúde com a de outros idosos, 231 (37,6%) percebiam seu estado de saúde melhor do que de outros idosos, 238 (37,6%) igual, 111 (17,5%) pior, 37 (5,8%) não sabiam e o restante não respondeu.

Tabela 5. Auto-percepção da saúde pela pessoa idosa participante do estudo

RESPOSTA	VALOR	FREQ.
Excelente	19	3,0%
Muito boa	31	4,9%
Boa	191	30,2%

Regular	299	47,2%
Má	87	13,7%
N.S.	1	0,2%
N.R.	5	0,8%

Tabela 6. Comparação da auto-percepção de saúde com a de um ano atrás

RESPOSTA	VALOR	FREQ.
Melhor	92	14,5%
Igual	300	47,4%
Pior	233	36,8%
N.S.	3	0,5%
N.R.	5	0,8%

Dos 633 participantes da pesquisa, 392 (61,9%) já receberam de um médico ou enfermeiro o diagnóstico de hipertensão. Trezentos e dezoito (50,2%) relatam ter a pressão controlada nos últimos doze meses. Dos 392, 334 estão em uso contínuo de medicamento para regular a pressão; 161, durante os últimos doze meses, perderam peso ou seguiram uma dieta especial.

Câncer tem uma alta prevalência em idosos. Foi perguntado aos participantes desse estudo se alguma vez um médico havia lhes dito se tinham câncer ou tumor maligno, excluindo tumores menores da pele. 567 (89,6%) responderam que não, 22 (3,5%) responderam que sim, 12 (1,9%) não sabiam e 32 (5,1%) não responderam à pergunta. A próxima pergunta se refere ao tratamento recebido para o câncer pelos idosos que responderam sim, na questão anterior. 444 (70,14%) disseram que não se lhes aplicava tal pergunta, pois não tinham a doença; 15 (2,37%) relataram ter a doença, mas não receberam nenhum tratamento nos últimos 12 meses; 4 (0,63%) receberam quimioterapia ou medicação, cirurgia ou biópsia; outros tratamentos em 7 casos (1,11%), uma participante não sabia e 158 (29,96%) não responderam à pergunta.

Ainda falando acerca do câncer, foi perguntado qual foi a razão principal que fez a pessoa idosa não ter recebido tratamento. Quatro participantes responderam que tiveram câncer há mais de 12 meses e não se recordavam exatamente do tratamento realizado, em 6 dos casos (0,95%) o médico não indicou nenhum tratamento; em casos únicos (16% cada) foram relatados que “não tinha condições de pagar”, “não tinha quem o levasse”, e “não quis aceitar o tratamento”. Três casos (0,47%) relataram outro motivo, em 447 (70,62%) não se aplicava tal questão e 3 (0,47%) não sabiam.

Em relação ao sistema respiratório, foi perguntado a cada entrevistado se alguma vez um médico ou enfermeiro havia lhe dito que ele ou ela tinha alguma doença crônica do pulmão, como asma, bronquite ou enfisema. Disseram que não 496 idosos (78%), que sim 59 (9,3%) e 78 (12,3%) não responderam. Em seguida, foi perguntado aos que disseram ter alguma doença pulmonar, se ele, ou ela, estava tomando algum medicamento ou recebendo algum outro tratamento para sua doença pulmonar. Apenas 27 (4,3%) responderam que sim. Dos idosos que relataram ter a doença pulmonar, 28 (4,4%) disseram que a doença melhorou nos últimos doze meses, 21 (3,3%) que a doença está igual e 10 (1,6%) disseram que a doença está pior. 10 (1,6%) participantes estão recebendo oxigênio-terapia domiciliar. 8 casos (1,3%) estão recebendo alguma reabilitação física ou respiratória. É fundamental identificar quantos idosos têm limitação de suas atividades diárias, tais como trabalhar ou fazer as tarefas domésticas devido à sua doença pulmonar: 20 (3,2%) disseram que a doença interfere muito, 18 (2,8%) disseram que interfere pouco e 19 (3,0%) que não interfere.

A primeira pergunta para investigar a percepção de saúde ou doença do sistema cardiovascular dos participantes consistiu em indagar se alguma vez um médico ou enfermeiro havia lhes dito, se ele, ou ela, havia tido um ataque do coração, uma doença coronária, angina, doença congestiva ou outros problemas relacionados ao coração. Em 78 casos (12,3%) a resposta foi positiva, em 490 (77,4%) a resposta foi negativa, 29 (4,5%) não sabiam e 36 (5,7%) não responderam. Entre os que relataram terem sido comunicados acerca do acometimento cardíaco, 46 (7,3%) falaram que sua condição relacionada à doença cardíaca está melhor agora do que a um ano atrás, 26 (4,1%) que está igual e 9 (1,4%) que está pior. Desses, apenas 44 (7,0%) usam medicamentos para sua condição cardíaca; 25 (4%) relataram que durante os últimos 12 meses foram hospitalizados um dia ou mais por problema do coração. Quando indagados se a doença cardíaca limitava suas atividades diárias, como as tarefas domésticas ou de trabalho, 25 (3,9%) disseram que sim, 24 (3,8%) que pouco interfere e 29 (4,6%) disseram que não interfere.

A pergunta seguinte foi se alguma vez um médico havia dito ao entrevistado que ele, ou ela, havia tido uma embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral. 64 (10,1%) participantes responderam que sim, 515 (81,4%) que não e 20 (3,2%) disseram não saber. Do total de participantes, 39 (6%) responderam que nos últimos 12 meses consultou um médico a respeito dessa doença. 43 casos (6,8%) relataram ter ficado com sequelas devido a embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral; 31 (5%) do total relataram ter sido encaminhados a algum serviço de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e/ou fonoaudiologia) para reabilitação da sequela citada acima. O principal motivo apontado por aqueles que disseram não ter sido encaminhados a um serviço de reabilitação (32 casos, 5,1%) foi o fato de o médico que lhes acompanhavam não ter feito o encaminhamento. 19 casos relataram estar com dificuldade de falar ou engolir depois que tiveram o derrame, 97 (15%) casos ficaram com dificuldade na visão, 69 (11%) ficaram com dificuldade de pensar ou encontrar as palavras certas; 31 casos (4,9%) estão tomando algum medicamento devido ao derrame sofrido; 35 (5,5%) relataram que a condição funcional decorrente da sequela do derrame interfere muito na realização de suas atividades de vida diária.

Cento e quarenta e oito (23,4%) respondentes afirmaram que alguma vez um médico ou enfermeira lhes disse que têm artrite, reumatismo ou artrose. Cento e sessenta (25%) entrevistados relataram sentir dor, rigidez ou inchaço nas articulações. Setenta e seis dos entrevistados (12%) reportaram ter procurado médico nos últimos 12 meses, devido a sua condição de artrite, reumatismo ou dores. Quarenta e oito idosos (7,6%) estão tomando algum medicamento ou estão recebendo tratamento para artrite, reumatismo ou artrose, 3 (1%) receberam cirurgia devido a esses motivos.

Cento e quarenta e nove idosos (23,5%) relataram ter sofrido no mínimo uma queda nos últimos 12 meses. Dos 149, 120 (80,54%) disseram ter sofrido de uma a três quedas; 10 (6,71%) disseram ter sofrido de quatro a seis quedas, 8 idosos relataram ter sofrido de 7 a 10 episódios e 11 não sabiam. Em alguma queda, 62 idosos (10%) se machucaram de tal maneira a ponto de precisar de tratamento médico.

Sessenta e três casos (10%) nos últimos 12 meses fraturaram o quadril. Dezoito idosos (3%) nos últimos 12 meses fraturaram o punho.

A 62 idosos (62%) foi dito alguma vez, por um médico ou enfermeiro, que eles têm osteoporose. A tabela 7 aponta a idade da pessoa idosa quando lhe foi comunicado o diagnóstico de osteoporose. Dos entrevistados, 22 (4,3%) estão tomando algum medicamento ou estão recebendo tratamento para osteoporose.

Tabela 7 . Idade da pessoa idosa quando lhe foi comunicado o diagnóstico de osteoporose

Idade	Valor	%
30 até 50	7	11,29%
51 até 60	26	41,94%
61 até 70	21	33,87%
71 até 80	2	3,23%
SR	6	9,68%
TOTAL	62	100,00%

Cento e vinte e quatro idosos (20%) dos entrevistados relataram ter perdido urina involuntariamente (incontinência urinária). A tabela 8 aponta quantos dias aconteceu isso, no último mês.

Tabela 8. Número de episódios de perda involuntária de urina no último mês

RESPOSTA	VALOR	FREQ.
Menos de 5 dias	52	8,2%

De 5 a 14 dias	21	3,3%
Mais de 15 dias	41	6,5%
N.A.	346	54,7%
N.S.	12	1,9%
N.R.	161	25,4%

Cinquenta e oito das pessoas idosas participantes (9%) relataram que, nos últimos 12 meses, alguma vez perderam o controle dos movimentos intestinais ou das fezes.

Em seguida foi perguntado se a pessoa idosa apresentava alguns problemas específicos de saúde nos últimos 12 meses. Na tabela 9 são listados os problemas e números encontrados.

Tabela 9. Sintomas/problemas de saúde percebidos pelos idosos nos últimos 12 meses

Sintomas/problemas de saúde	Número de pessoas idosas que reportaram a condição	FREQ.
Dor no peito	173	27,3%
Inchaço persistente nos pés ou tornozelos	234	37,0%
Falta de ar quando está acordado (a)	144	22,7%
Vertigem ou tontura persistentes	237	37%
Dor ou problemas nas costas	376	59%
Dor de cabeça persistente	253	40%
Fadiga ou cansaço grave	204	32%
Tosse persistente, catarro ou chiado no peito	186	29%
Problemas nas articulações (quadril, joelho, cotovelo, pulso, etc.)	248	39%
Náusea persistente e vômito	50	8%
Transpiração excessiva ou sede persistente	130	21%



Após essa pergunta, procurou-se saber alguns detalhes sobre a saúde dos olhos, ouvidos e boca. À pergunta “Como é a sua vista (sem óculos) para enxergar de longe (como reconhecer um amigo do outro lado da rua)?”, foi respondido o apontado na tabela 10.

Tabela 10. Conceito descritivo da autopercepção da função visual pelas pessoas idosas participantes do estudo

RESPOSTA	VALOR	FREQ.
Excelente	24	3,8%
Muito boa	32	5,1%
Boa	176	27,8%
Regular	170	26,9%
Má	181	28,6%
Cego	11	1,7%
N.S.	2	0,3%
N.R.	37	5,8%

Do total de entrevistados, 296 (47%) usa óculos para enxergar de longe. Eles classificam a qualidade de sua função visual à distância usando óculos conforme a tabela 11.

Tabela 11. Como os idosos participantes classificam a qualidade de sua função visual à distância usando óculos

RESPOSTA	VALOR	FREQ.
Excelente	25	3,9%

Muito boa	41	6,5%
Boa	190	30,0%
Regular	70	11,1%
Má	30	4,7%
N.A.	179	28,3%
N.S.	13	2,1%
N.R.	85	13,4%

VI. A Percepção das Pessoas Idosas quanto ao Funcionamento das Redes Sociais (excluiu as redes possibilitadas pela rede mundial de computadores – internet)

No início do século XX o trabalho com conceito de redes sociais, tinha a idéia de que as relações sociais compõem um tecido que condiciona a ação dos indivíduos, tendo como ponto de partida a comunicação entre as pessoas, sendo a condição básica para o seu funcionamento. A comunicação depende dos laços estabelecidos e daqueles a serem estabelecidos. As pessoas interagem entre si e com o meio em que vivem para descobrir e redescobrir formas de alcançar seus desejos individuais e coletivos criando canais de transmissão e troca de suas metodologias de ação, resultados e sucessos alcançados. As relações sociais contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade por meio dos olhos e ações dos outros, já que se sente que “estamos aí para alguém” (Andrade & Vaitsman, 2002).

A noção de redes sociais tem suas raízes conceituais construídas nas ciências sociais a partir de perspectivas muito diversificadas, bastante referenciadas a situações empíricas particularizadas. “Cada analista, além de dar uma interpretação diferente às análises feitas por seus predecessores, apresenta versões mais refinadas à idéia de rede social a fim de adequá-la ao seu problema particular (BARNES, 1987, apud Warren,p.29)

Cabe citar os aspectos fundamentais para a consolidação das redes, tais como: sentimento de confiança mútua, confiança pessoal e coletiva reconhecimento de habilidades e competências. A rede constitui um modo espontâneo de organização que nos permite avançar na organização formal e no instituído. Possibilita gerar novas formas de organização onde estruturas rígidas e estereotipadas cedem seu domínio ao processo de criatividade e de invenção. A rede é, ao mesmo tempo, uma proposta de ação e um modo de funcionamento do social.

A rede nos mostra sua singularidade no momento em que conseguimos integrar instituições públicas e privadas na busca da promoção de eventos que permitam novos processos de participação e do exercício da solidariedade. Toda intervenção em redes, dirigida à sua construção e consolidação deve ser estruturada, prioritariamente, como uma via à antecipação social e ainda, contribuindo ao fortalecimento das identidades e de um conjunto de valores como a liberdade, a solidariedade e a justiça.

Existem autores que enfocam as redes sociais como um conjunto específico e circunscrito de relações sociais. Tendem a considerar, os tipos de ligações entre sujeitos dessas redes e as relações primárias ou secundárias; fechadas ou abertas, elos fortes e fracos; ou mecanismos de reciprocidade que conectam os sujeitos como solidariedade, intercâmbios, ações comunicativas, relações de poder os quais podem vir a ser definidos como capital social. (Warren, 2007,p.32)

Pensar em rede abre uma possibilidade de intervenção que considera o desenvolvimento de capacidades em todas as pessoas e em todas as organizações intervenientes. A rede promove um aumento da integração Entre os partícipes em detrimento do risco de exclusão social, modificando as condições de vida, não apenas quanto à satisfação das necessidades básicas, mas quanto à crescente responsabilidade, protagonismo, sociabilidade. O termo rede traz a noção de entrelaçamento de atores e ações, cuja malha apresenta pontos de sustentação e espaços ainda por construir, e por isso mesmo forma uma estrutura em movimento, conforme as diferentes ações que vão desfazendo e refazendo o tecido inicial. É um conceito cunhado para captar a flexibilidade, a conexão e a descentralização das ações na sociedade.

Redes são sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de causas afins. Caracterizam-se por estruturas flexíveis e estabelecidas horizontalmente. As dinâmicas de trabalho das redes supõem atuações colaborativas e se sustentam pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso organizacional para a estruturação social”. Oliveira. In: Metodologia de trabalho social com família na Assistência Social. Prefeitura de Belo Horizonte, BH,2007, p.43.

Os coletivos em redes poderão ser formas solidárias ou estratégias de instrumentalização das redes de movimentos seja virtual, de diversas Organizações Não Governamentais - ONG's no ciberespaço propulsoras de movimentos específicos sejam feministas, ecologistas dentre outras, ou de forma presencial. Para se entender a imbricação entre coletivos em redes de movimentos deve-se ir além das análises das redes como sistema, tem que se buscar a história de sua formação, suas dimensões o sentido das ações e a intersubjetividades coletivas nas redes de movimentos.(Warren, 2007,36)

As redes sociais são dinâmicas a ponto de possibilitarem os movimentos sociais e atuam em uma sinergia entre redes presenciais e virtuais. Reiterado por Moraes(2001,s/p.) e observada igualmente por Abdel-Moneim (2002,p.60,apud Warren,p.38), em seu estudo “Ciborgue Zapatista”: vemos que a resistência virtual pela circulação de lutas através de textos multimídia, que inspira e fortalece os ativistas desse movimento fisicamente engajados na resistência, assim como inspira e fortalecem resistência virtual.

As redes mais utilizadas, são as redes primárias, que se formam na família e nas comunidades por meio de laços afetivos como os membros da família, amigos, vizinhos, entre outros. Essas pessoas são capazes de prestar apoio real e duradouro a um indivíduo ou até mesmo a uma família. Geralmente necessidades de saúde, assistência e educação são atendidas no próprio

meio. Essas redes sociais de suporte são constituídas por um conjunto de pessoas significativas para o indivíduo, pode-se dizer que sejam as redes primárias.

Definem a partir da rede, instituições como redes secundárias as quais são formadas por um conjunto de pessoas reunidas em torno de uma mesma função exemplo: colegas de trabalho, membros de uma comunidade religiosa, sócios de um clube, condôminos, membros de uma associação de moradores, filiados a um sindicato ou a um partido político.

No âmbito dos entes federados para implementação das políticas públicas se formam algumas redes, destacando-se as redes inter federativas de gestão. Como uma rede desta natureza, pode se destacar o Sistema Único de Saúde – SUS que desde seus princípios estabelecidos a partir do artigo 195 até o 200, incisos e parágrafos da Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Estabelece diretrizes no que se refere aos aspectos de concepção da saúde, ações e serviços, concepção de rede, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, participação e controle democrático, gestão do trabalho e gestão em saúde.

Cabe ressaltar que o SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

Na Vila Estrutural os moradores e pessoas idosas dispõem de acesso a um Posto de Saúde, o qual mantém o atendimento nos serviços de atenção básica e prestam o atendimento também domiciliar pelo Programa Estratégia Saúde da Família, contando com aproximadamente 20 agentes comunitários. Os casos de média e alta complexidade são marcados exames na rede ampliada, e os atendimentos encaminhados para o Hospital do Guará e demais Hospitais do Distrito Federal.

No campo da Política de Assistência Social, dispõe de um Centro de Referência de Assistência Social- CRAS e de um Centro de Referência de Assistência Social Especial- CREAS, os quais vem implementando benefícios , serviços e programas de atenção as pessoas idosas .

Cabe registrar um número significativo de instituições religiosas, as quais as pessoas idosas e suas famílias participam ativamente de grupos de oração e outras atividades. Por exemplo cabe salientar o grupo da Pastoral da Saúde , que mantém atenção especial, com visitas domiciliares semanais , as pessoas idosas acamadas. (sic).

Está presente ainda na comunidade organizações não governamentais, que desenvolvem cursos de formação profissional, grupos de micro-crédito , geração de renda como é o caso das organizações não governamentais Programa Providência e Mãos que Criam, além de outras.

Dos seiscentos e trinta e três entrevistados na Vila Estrutural, 9,65% avaliam como ótimo o atendimento do posto de saúde local quando procuram, 41,77% avaliam como bom, 22,94% regular, 16,61% avaliam como ruim.

Dentre os entrevistados 61,61% responderam que o atendimento no posto de saúde da localidade é realizado por médico, 16,90% por enfermeiro, 2,37% por estagiário, 7,74% por auxiliar.

Considera-se que o Posto de Saúde se constitui em um instrumento da Atenção básica a qual caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Os dados da pesquisa demonstram que o Posto de Saúde atende as pessoas idosas e a população dentro dos parâmetros do SUS, ou seja da atenção básica, entretanto a população idosa como as demais encontram grandes dificuldades para agendamento de exames e atendimento de média e alta complexidade.

Observa-se que 66,7%, consideram que o horário de atendimento do posto de saúde atende às suas necessidades, 22% consideram que não atende. Destes entrevistados 53,87% costumam enfrentar filas para serem atendidos no posto de saúde, 37,60% não costumam. E ainda, 42,50% consideram que a média de espera para atendimento no posto de saúde é menos de 1 hora, 24,33% consideram a média de espera entre 1 e 2 horas, 12,16% consideram mais de 2 horas.

Em relação ao atendimento em casa, realizado pelos agentes comunitários de saúde do Programa Saúde da Família, 71,9% informaram que recebem atendimento em casa e 21,8% não recebem. Em relação ao número de visitas dos agentes comunitários, 57,8% recebem atendimento em casa uma vez por mês, 5,7% cada dois meses, 2,8% cada três meses, 2,4% cada seis meses, 4,1% uma vez por mês.

Entre os idosos participantes desse estudo, 80,9% tem participado das campanhas de vacinação das pessoas idosas, 12,8% não tem. Dentre as vacinas 27,1% tomaram a da gripe, 25,6% gripe H1N1, febre amarela 19,4%, tétano 10, 5% e pneumonia 9,2%. Pode-se inferir que a grande maioria das pessoas idosas está atendendo ao chamado das campanhas governamentais destinadas a esse segmento.

Dos entrevistados em relação à utilização dos serviços de segurança pública, 15,8% já tiveram necessidade de acionar o serviço local e, 81,7% não tiveram essa necessidade. Destes, 9,5% avaliam o serviço de segurança pública como eficiente, 10,7% responderam que este serviço atende parcialmente a necessidade da população, 4,4% avaliam como ineficiente, 50,9% não se aplica, e 24,4% não responderam.

No que se refere à assistência Social 34,4% receberam algum tipo de atendimento no Centro de Referência de Assistência Social-CRAS, 63,3% não receberam. Destes 8,85% requereram o cartão de passe livre, 0,63% requereram leite e pão do Programa Vida Melhor, 2,69% realizaram o cadastro da Renda Família, 1,90% fizeram cadastro para receber benefícios, 1,74% para receber informações, visitas diárias, 1,11% cesta básica, 0,95% ajuda financeira, 0,79% Bolsa Família, 0,47% aposentadoria, 0,32% verificar a situação familiar, 0,32% grupo de terceira idade, 0,32% condições de vida, 0,16% requerer documento de identidade, 9,64% outros serviços, 57,98% não responderam, 7,42% não se aplica. A partir destes dados pode-se inferir que a Política de Assistência Social voltada a população idosa está sendo implementada de forma incipiente.

Em relação à ausência de serviços, 22,48% sentem falta de farmácia popular na comunidade, 19,85% sentem faltas de calçadas com rampas, 28,63% sentem falta de praças com área de lazer, 19,28% outras necessidades.

As redes são sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos e/ou temáticas comuns. Para atuação pública por meio da implementação de um conjunto articulado entre todas as áreas como saúde, assistência social, esporte, educação, habitação, cultura, dentre outros para realizar todos os direitos fundamentais da pessoa idosa. Estes direitos devem ser assegurados em conformidade com a legislação de proteção e defesa da pessoa idosa e ainda, com compromisso, cooperação, participação e co-responsabilidade de todos os partícipes.

A rede de proteção e defesa da pessoa idosa deve ser dinâmica, independente e descentralizada, como uma proposta de trabalho coletivo, de forma horizontal, onde haja unidade entre sujeitos diversos de forma articulados para se buscar transformações. Para se trabalhar em rede é fundamental a contribuição coletiva, onde haja soma e não competitividade.

Para a estruturação da Rede de Proteção e Defesa da pessoa Idosa urge a necessidade de se unir esforços para integrar as ações de maneira horizontal para que seja capaz de assegurar a promoção, proteção e defesa aos direitos das pessoas idosas e suas famílias.

Esta rede significa um entrelaçamento de ações, programas e projetos destinados a prestação de serviços as pessoas idosas nas diversas áreas. Dentre os serviços que são componentes dessa rede cita-se: campanhas contra o preconceito e combate a violência, centros de convivência para idosos, centros dia, atendimento domiciliar, instituição de longa

permanência, centros de referência em saúde do idoso, atividades de esporte, cultura e lazer, grupos de artesanato e geração de renda, dentre outros. Porém a rede e esses serviços não estão estruturados de forma organizada para melhor atender a população idosa, de acordo com suas necessidades, apresentadas na pesquisa.

Entende-se ainda como importantes para a composição das redes a solidariedade e a intergeracionalidade, entendendo estas como *o modo como as pessoas e instituições realizam seus movimentos*.

O sociólogo Magalhães, em seu texto “Intergeracionalidade e Cidadania” descreve seu entendimento sobre gerações da seguinte forma :

“As gerações são mais que coortes demográficas. Envolvem segmentos sociais que comportam relações familiares, relações entre amigos e colegas de trabalho, entre vizinhos, entre grupos de esportes, artes, cultura e agremiações científicas. Implicam estilos de vida, modos de ser, saber e fazer, valores, idéias, padrões de comportamento, graus de absorção científica e tecnológica. Comporta memória, ciência, lendas, e tabus. totens, referências religiosas e civis”. (MAGALHÃES, 2000, p. 37).

Sob esse aspecto é importante destacar que entre esses diversos níveis de relações sociais, existem as relações intergeracionais, que tem sua importância no intercâmbio entre grupos etários distintos e na troca que pode se estabelecer entre eles. A aproximação das diferentes gerações deve levar em conta não só a cronologia, mas deve considerar os estilos de vida, o saber, valores, memória, com intuito de viabilizar uma relação entre as distintas gerações..

O sociólogo Dumazedier (1992) preocupado com a forma de transmitir saberes para os grupos intergeracionais retrata em seu texto: “*A transmissão dos saberes entre gerações*” que existem três correntes que explicam as formas de transmitir saberes:

- a primeira ressalta a importância da transmissão dos saberes das velhas gerações às novas gerações que continuam a ter uma função de transmissão de conhecimentos;
- a segunda corrente retrata a transmissão dos saberes das novas gerações para as antigas, não apenas através de práticas de autoformação, mas também as antigas, não apenas através de práticas de autoformação, mas também auxiliadas pelas instituições educacionais ou independentes delas.
- por fim, a terceira corrente reforça que há a coexistência pacífica ou tumultuosa entre os saberes de ontem e de hoje.

Assim, existe uma coeducação das gerações, pois se quisermos transmitir saberes, seja em um sentido, seja no outro, muitas vezes temos que negociar as difíceis fronteiras entre os saberes e as habilidades de ontem e de hoje.

A co-educação das gerações pode ser conflituosa e cooperativa, mas permite o convívio mais verdadeiro de uma geração com a outra.

Considera-se que as três correntes são importantes e que o essencial é

reforçar o desenvolvimento de programas com ênfase na transmissão de saberes de ambas as gerações ,realizando atividades educativas, culturais, esportivas e de lazer como forma de aproximação , interação, troca de experiências e o aumento da auto estima das gerações , e ainda desenvolver ações solidárias nas famílias e na comunidade.

Vale salientar, ainda, a importância de se criar e estruturar redes de apoio e de defesa e proteção dos direitos das pessoas idosas, em ambientes que se possa ganhar com a solidariedade entre as gerações, onde haja respeito entre todas as idades e que a pessoa idosa seja o grande protagonista dessa conquista, buscando a reivindicação dos seus direitos nas redes primárias e secundárias.

Desta forma, buscar-se-á construir uma sociedade para todas as idades, propiciando o acesso as políticas públicas de qualidade, conforme preconiza o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e o Pacto de Gestão Integrada para o Envelhecimento Digno e Saudável que está sendo implementado paulatinamente no Brasil.

VII. Recomendações e Sugestões

Com vistas a identificar as principais ações de implementação de políticas públicas na Vila Estrutural, foram realizados vários encontros/fóruns com a população, principalmente as pessoas idosas, mas também lideranças comunitárias. Nesses encontros, eram apresentadas palestras de temas julgados relevantes para a comunidade idosa, considerando os dados encontrados no presente estudo. Nos eventos foram colocados os seguintes temas: Segurança, Assistência Social, Habitação, Infraestrutura, Transporte e Meio Ambiente, Educação e Saúde. Inicialmente, as três subcoordenadoras do projeto anotavam as propostas e os desejos dos participantes dos encontros/fóruns. Elaboravam a síntese dessas reivindicações e as apresentavam ao grupo para discussão. Aos participantes, cabia a validação ou não das propostas de resolução para os problemas apresentados, dentro de uma perspectiva do que é possível se fazer, segundo a política pública vigente no País e no Distrito Federal. Todas as propostas/reivindicações identificadas e/ou validades pelos grupos nos fóruns estão enumeradas a seguir.

Comissão de Segurança

Integrantes (nomes fictícios) da comissão líder:

- Hilda (57 anos)
- Anaildes (81 anos)
- Inês (67 anos)
- Antônia (66 anos)

Reivindicações da Comissão:

- Colocar um Posto Policial próximo ao Lixão.

- Aumentar a quantidade de viaturas policiais nas ruas e delegacias.
- Fazer campanha para combater o uso de drogas.

Comissão de Assistência Social

Integrantes (nomes fictícios) da comissão líder:

- Sônia
- Islam
- Otacília
- Iraci
- Sônia
- Fernanda

Reivindicações da Comissão:

- Fortalecimento do grupo dos Idosos em nível de CRAS.
- Atividades que visem à continuidade da produtividade dos Idosos (capacitação profissional com vistas a atender a demanda que a Copa do Mundo de Futebol está trazendo, criação de oficinas de trabalho para as pessoas idosas e jovens da comunidade, reabilitação profissional, acesso aos serviços de reabilitação e a produtos assistivos).
- Disponibilizar profissionais que possam auxiliar os idosos no processo de aposentadoria.

Comissão de Habitação, Infraestrutura, Transporte e Meio Ambiente

Integrantes:

- Maria
- Creuza
- Francisca
- Teofanes
- Valcir
- Félix

Reivindicações da Comissão:

- Por que a colocação do bloquete entre quadras e avenidas está empoçando água, esgoto e lixo?
- Moradia regularizada para todos os Idosos da Vila Estrutural.
- Tirar todas as águas paradas que se encontram na Vila Estrutural, para evitar mosquito da dengue; evitar que as crianças pisem e contaminem os pés; evitar que carros passem e molhem as pessoas de lama.
- Carteirinha de ônibus para os titulares e acompanhantes, mais ônibus e um circular com preço de R\$ 1,50.

- Meio Ambiente: horta comunitária sem agrotóxico, em uma chácara próxima a cidade.

Comissão de Educação

Integrantes:

- Oziro
- Nilza
- Maria
- Madalena
- Maria José
- Jaci

Reivindicações da Comissão:

- Os professores poderiam ensinar os alunos a respeitar os idosos.
- Escolas para pessoas idosas (desde alfabetização até profissionalização).
- Melhores condições para o transporte das crianças na ida e volta da escola.
- Teatro nas escolas.
- Eliminar ou minimizar a falta de professores.
- Os professores poderiam ensinar os alunos a não serem agressivos, a promover a cultura da paz e solidariedade.
- Ter psicólogos nas escolas para atender as crianças e os familiares.
- Melhorar a qualidade da merenda escolar.
- Aumentar a segurança nas escolas.

Comissão de Saúde

Integrantes:

- Adão
- Maria
- Maria José
- Raimundo
- Gal
- Cícero
- Marta
- Maria N.
- Mariana
- Oziro

Reivindicações da Comissão:

- Oferta de dentista.
- Oftalmologia – marcação de consultas mais rápido, se possível entrega de óculos e encaminhamento correto (com resolutividade) a outros procedimentos oftalmológicos necessários.
- Tratamento cordial, por parte dos funcionários, desde o agente comunitário e dos auxiliares até os médicos. Faltam boa vontade e educação.
- Marcação de exames com menor tempo de espera (são tão demorados que já houve caso da pessoa idosa falecer antes de conseguir realizar o exame agendado).
- Acesso a geriatra, ou a “um médico que possa compreender em menos consultas as nossas doenças. Às vezes temos que passar em 3 ou 4 médicos para eles descobrirem nossa doença, e isso pode levar mais de ano de tanta demora para marcar as consultas e os exames”.
- Garantia de que no posto sempre tenha todos os medicamentos que os médicos prescrevem.
- Acesso a serviços de reabilitação (Gal foi encaminhada a um serviço de reabilitação, que para chegar nele precisava tomar dois ônibus, e a dor que ela sentia na perna não lhe permitia subir no ônibus; os médicos que atendem as pessoas idosas, em sua maioria, não as encaminham a serviços de reabilitação mesmo com indicação).
- Maria gostaria de receber a visita dos agentes comunitários de saúde, pois nunca foram em sua casa.

Sugestões de Educação para jovens e crianças

Jardim de infância

Curso de artesanato

Teatro

Terapia voluntária

Ginástica

Apoio para os feirantes

“Mais amor pelo povo da Estrutural, muitos anos de vida pra você todo.”

Conclusão

Este estudo revelou que há necessidade urgente de estruturar melhor a rede de serviços local, assim como investir em políticas públicas visando proporcionar melhor qualidade de vida a este segmento populacional. É de fundamental importância, para isso não só ter mecanismos legais mais implementá-los de forma descentralizada, em estreita parceria com organizações governamentais e não governamentais.

A partir dos achados desse estudo, e com validação da comunidade onde os idosos entrevistados residem, pode-se concluir que as áreas que requerem investimento público imediato são (os itens de cada categoria não estão listados por prioridade):

Renda e emprego

- 1) Criar meios da pessoa idosa aumentar sua renda
- 2) Aumentar a empregabilidade dos outros residentes do domicílio da pessoa idosa

Segurança

- 1) instalação de posto policial próximo ao lixão
- 2) aumentar o número de policiais nas ruas
- 3) promover campanha de combate a drogas

Assistência social

- 1) promover ações voltadas para a capacitação de pessoas idosas
- 2) fortalecer a participação de idosos em atividades do CRAS
- 3) disseminar entre todos os direitos das pessoas idosas

Habitação - infraestrutura - transporte - meio ambiente

- 1) regularizar situação de imóveis ocupados por pessoas idosas
- 2) promover campanha para evitar acúmulo de água, visando o combate a dengue entre outras doenças
- 3) facilitar o acesso a carteira para uso em ônibus, estendendo o benefício para os acompanhantes
- 4) criação de horta comunitária

Educação e Cultura

- 1) oportunizar cursos, formações, alfabetização para as pessoas idosas e jovens da comunidade
- 2) prover as escolas de psicólogos, para apoio a estudantes e familiares
- 3) melhorar a qualidade da merenda escolar

- 4) reforçar a segurança nas escolas
- 5) aumentar o número de professores nas escolas
- 6) promover teatro e outras atividades culturais nas escolas

Saúde

- 1) instalar consultórios dentários, para atendimento à comunidade
- 2) viabilizar consultas com geriatras
- 3) disponibilizar maior número e tipos de remédios nos postos de saúde
- 4) aumentar a número de agentes comunitários da saúde
- 5) capacitar os profissionais de saúde, de todos os níveis, em saúde da pessoa idosa

- 6) garantir aos idosos que necessitem acesso aos serviços de reabilitação e a produtos assistivos.

Finalizando, por meio deste estudo foi traçado o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de pessoas idosas de baixa renda residentes em um assentamento em Brasília – Distrito Federal. Foram identificadas, avaliadas e, por meio de sugestões validadas pela comunidade, sugeridas a harmonização e a formulação das políticas públicas e dos serviços que estão sendo desenvolvidos por entidades governamentais e da sociedade civil organizada, em prol da qualidade de vida dos idosos residentes na Vila Estrutural – DF. Foram incluídas sugestões de novos serviços que deverão ser implementados, com ênfase na promoção da saúde e no exercício dos direitos como cidadãos. Pretende-se dar continuidade a essa pesquisa-ação, por meio de estudo que proponha uma intervenção que inclua a formação das pessoas idosas em ocupações profissionais que serão mais requisitadas, principalmente na preparação e realização da Copa do Mundo de Futebol e que sejam compatíveis com a capacidade funcional de pessoas idosas e colaboração com a rede local de serviços (incluindo seus gestores) para o aprimoramento no atendimento às necessidades das pessoas idosas. A insuficiência de renda e a desarticulação/insuficiência da rede de serviços, uns dos principais problemas identificados, levam os pesquisadores que atuaram nesse estudo, a planejar essa continuidade, ante a constatação de que os rendimentos das pessoas idosas participantes do projeto constituem parcela substancial para o sustento das famílias.

Referências e Bibliografia

Anais da 58ª Reunião Anual da SPBC – Florianópolis/SC. 2006.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. 19ª Edição atualizada, 2002.

BRASIL, Senado Federal/Secretaria de Editoração e Publicação – Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/2003. Brasília. 2003.

CAMARANO, Ana Amélia (organizadora). Os Novos Idosos Brasileiros - Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

Carta Mundial do Direito à Cidade. Fórum Social das Américas – Quito – Julho 2004. Fórum Mundial Urbano – Barcelona – Setembro 2004. Fórum Social Mundial – Porto Alegre – Janeiro 2005. Publicada em 11/11/2004.

Correio Braziliense, Caderno de Economia – texto Desigualdade, ainda Belíndia – Vicente Nunes – 12 de junho de 2011.

Estatuto das Cidades – Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Brasília.

GONÇALVES, Maria Conceição V. Favelas Teimosas: lutas por moradia. Thesaurus. Brasília, 1998.

Habitação: uma velha questão numa nova capital. Série Política Social em Debate nº 4, novembro 1999. UnB/CEAM/NEPPOS. Brasília.

OLIVEIRA, Isabel Cristina Eiras de. Estatuto da Cidade; para compreender – Rio de Janeiro: IBAMA/DUMA, 2001.

Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – Decreto Nº 591, de 6 de julho de 1992.

Pesquisa Domiciliar Socioeconômica – PEDES. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN/SEDUMA – Governo do Distrito Federal GDF. Brasília, 2009.

Radar Social – Instituto de Pesquisa Aplicada – IPEA. Brasília, 2006.

Sites consultados:

www.google.com.br

www.ibam.com.br

www.sbpc.org.br

BARROS, R.P de, MENDONÇA, R e SANTOS, D. Incidência e Natureza da Pobreza entre Idosos no Brasil. Texto para Discussão nº 686. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

BRASIL, Ministério da Previdência Social e Assistência Social – Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96. Brasília, DF. 1996.

CAMARANO, Ana Amélia (organizadora). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? . Rio de Janeiro. IPEA, 2004.

IBGE. Sinopse do Censo Demográfico: 2010/IBGE – Rio de Janeiro, 2011.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro. 2010.

Gonçalves, Vasconcelos Maria da Conceição – HABITAÇÃO: Uma velha Questão numa Nova Capital. Série Política Social em Debate nº 4, novembro/1990. UnB/CEAM/NEPPOS. Brasília – DF.

Coletânea de Informações SocioEconômicas – RA XXV – Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA – CODEPLAN/GDF – Brasília –DF – 2007.

Pesquisa na Internet/ www.google.com.br. SCIA – Administração Regional do Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – RA XXV.

Plano Físico e Social de Recolocação e Reassentamento das Famílias Beneficiárias do Projeto Integrado Vila Estrutural – PIVE/GDF – Brasília – DF -2008.

Globo NEWS – Programa Cidades e Soluções – Abril – 2010.

Informações de Líderes Comunitários – Reuniões na Associação Mãos que Criam. Vila Estrutural – Brasília –DF - Maio/julho/2010.

Documento (mimeo) da Companhia Brasileira de Projetos e Empreendimentos – Brasília –DF – 2005.

Revista Serviço Social & Sociedade nº 33, Ano XI- Cortez Editora. São Paulo – Agosto de 1990.

Pesquisa Domiciliar Socioeconômica – PEDS. CODEPLAN/SEDUMA – Governo do Distrito Federal – Brasília – 2009.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em áreas metropolitanas na região Sudeste do Brasil: Resultados de inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 27, p. 87-94, 1993.

RAMOS, L. R. et al. Two-year follow-up study of elderly residents in Sao Paulo, Brazil (Epidoso Project): methodology and preliminary results. Revista de Saúde Pública, São Paulo,v.32,n.5 , p. 397-407. 1998.

YESAVAGE JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983;17:37-42.

ALMEIDA OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuro-Psiquiatr. 1999;57:421-6.

FOLSTEIN MF, Folstein SE, High PR. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12: 189-95.

BRUCKI SMD, Nitrini R, Caramelli P, et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2003;61:777-81.

ADAIR N, Adams HP, Adler J, et al. *Current geriatric diagnosis and treatment.* New York: McGraw-Hill; 2004.

LIMA E COSTA MF . Guerra, H, Firmo, JO, Uchoa E. Projeto Bambuí: um Estudo Epidemiológico de Características Sociodemográficas, Suporte Social e Indicadores de Condição de Saúde dos Idosos em Comparação aos Adultos Jovens, *Informe Epidemiológico do SUS 2001; 10(4) : 147 - 161.*

Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pesquisa de Qualidade de Vida em Domicílios com Idosos – 2008

BLAY, Sergio ; RAMOS, L. R. ; MARI, Jair Jesus . Validity of a Brazilian Version of the Older Americans Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. *Journal of the American Geriatric Society, Ames, v.36, p. 687-692, 1988.*

RAMOS, L. R. Fatores Determinantes do Envelhecimento Saudável em Idosos Residentes em Centro Urbano: projeto epidoso, São Paulo. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003.*

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores Determinantes da Capacidade Funcional entre Idosos. *Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 1, fev. 2003.*

ABIGALIL, Albamaria (texto mimeo). *Redes de Atenção - Políticas e Modalidades de Assistência as Pessoas Idosas e as Famílias.* Instituto Laboro. Curso de Especialização em Saúde do Idoso e Gerontologia. Brasília. 2011.

ANDRADE, Gabriela R.B. de & Vaitsman, Jeni. *Apoio Social e Redes: conectando solidariedade e saúde.* *Ciência & Saúde Coletiva 7(4).* Rio de Janeiro. 2002.

BAPTISTA, Myriam Veras. *Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação.* São Paulo: Veras Editora. 2000.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil: 1988.

Lei 8842, 04 de janeiro de 1994, República Federativa do Brasil.

Lei 8.742 de 1993. *Lei Orgânica da Assistência Social.* Ministério da Previdência e Assistência Social.

Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, República Federativa do Brasil.

Naciones Unidas. CEPAL, Contribución de la Cepal en la Implementación Regional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (texto mimeo) . 2008-2010.

Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, 2002/Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Góis. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

WAREN, Ilze Scherer. Redes Sociais: Trajetórias e Fronteiras in Leila Christina Dias e Rogério Leandro Lima da Silveira/Redes, sociedade e territórios/organizadores -2 ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007.