

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MADOKA HAYASHI

**O BEM-ESTAR DO IDOSO NO JAPÃO: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES
DO TRABALHO REALIZADO PELO ASSISTENTE SOCIAL NA
ATENÇÃO AO IDOSO**

FLORIANÓPOLIS

2009/2

MADOKA HAYASHI

**O BEM-ESTAR DO IDOSO NO JAPÃO: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES
DO TRABALHO REALIZADO PELO ASSISTENTE SOCIAL NA
ATENÇÃO AO IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosana de Carvalho Martinelli Freitas

FLORIANÓPOLIS

2009/2

MADOKA HAYASHI

**O BEM-ESTAR DO IDOSO NO JAPÃO: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES DO
TRABALHO REALIZADO PELO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO AO IDOSO**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora - UFSC

Prof^a. Dr^a. Rosana de Carvalho Martinelli Freitas

1^a Examinadora - UFSC

Prof^a. Msc. Rita de Cássia Gonçalves

2^a Examinadora – Conselho Estadual do Idoso

Advogada Kátia Ribeiro Freitas

Florianópolis, dezembro de 2009

Dedico este trabalho à minha mãe, a mulher mais incrível deste Universo, por ter sempre me incentivado a buscar meus objetivos e sonhos, e ao meu querido Damian pelo seu apoio e amor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à minha mãe Yuko, por tudo que tem me proporcionado ao longo destes anos para a realização dos meus sonhos e objetivos. Muito obrigada por tudo Mama! Eu te amo muito!

Agradeço ao meu pai Shinobu que de alguma forma sempre esteve à disposição para o meu processo de formação profissional.

À minha irmã Hotaru e sua filha Airu pelo carinho e apoio.

Aos meus familiares, principalmente, meus avós pela força e amor apesar de toda distância.

Ao meu querido Damian que com seu amor e inteligência me incentiva e dá força para conquistar cada objetivo.

À minha eterna MELHOR amiga Hazinha pelo apoio e incentivo

À professora e orientadora Rosana de Carvalho Martinelli Freitas pelo incentivo, paciência e dedicação com que me orientou. Não há palavras para agradecê-la.

Aos todos do Jikkenti pelo carinho e apoio.

Aos meus grandes amigos Ricardo, Henriqueta, Mariama, Telma, Rúbia, Helô, Waleska, Adriane, Bárbara que estiveram presentes neste processo. Muito obrigada pelo carinho.

À Assistente Social Salete Terezinha Pompermaier, minha supervisora de campo, pela dedicação e por tudo que me ensinou durante o estágio, fase tão importante para a minha formação profissional.

À minha amiga e colega de curso Jaque pela ajuda e força para realização deste trabalho.

Aos professores do Departamento de Serviço Social desta Universidade que contribuíram no meu crescimento pessoal e formação profissional. Muito obrigada!

Enfim, agradeço a todos os familiares, amigos, colegas que de alguma forma estiveram presentes neste processo e contribuíram para a conclusão desta etapa da minha vida. **Muito obrigada a todos!**

HAYASHI, Madoka. **O Bem-Estar do Idoso no Japão: Primeiras aproximações do trabalho realizado pelo Assistente Social na atenção ao idoso.** Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – 2009/2, p. 97.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresenta as primeiras aproximações do trabalho realizado pelo Assistente Social na atenção ao idoso no Japão. Teve por objetivo realizar um estudo exploratório, por meio das pesquisas bibliográfica (coletâneas e documentos), do Bem-Estar Social, desde o final da Segunda Guerra Mundial até o presente século, além do atual Sistema de Seguridade Social japonês e do Bem-Estar do Idoso, que são medidas e políticas sociais importantes na intervenção profissional do Serviço Social. Considera o contexto social, econômico e cultural do envelhecimento populacional, suas principais características e impactos na sociedade japonesa. Aborda o princípio do Bem-Estar do Idoso e os seus elementos fundamentais que orientam a elaboração das políticas e serviços de atenção ao idoso, bem como na prática dos profissionais que atuam na mesma área, inclusive do Assistente Social. Por fim, apresenta o Assistente Social na contemporaneidade, com destaque no processo de formação e condição de trabalho do Assistente Social Certificado, e o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais na atenção ao idoso. Compreende-se que o resultado deste trabalho deve contribuir para os possíveis estudos a serem realizados aqui no Brasil e no Japão pelos profissionais de Serviço Social e pelos estudantes da mesma área. Assim, são sugeridos outros temas de estudo e pesquisa em relação à profissão e a sua intervenção na atenção ao idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Bem-Estar Social, Bem-Estar do Idoso, Japão, Assistente Social.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Quadro comparativo entre as Constituições	17
Quadro 2: Quadro demonstrativo da taxa de redução do benefício mensal da Aposentadoria por Idade	30
Quadro 3: Quadro demonstrativo da taxa de aumento do benefício mensal da Aposentadoria por Idade	30
Quadro 4: Classificação de invalidez.....	31
Quadro 5: Co-pagamentos realizados pelos inscritos	33
Quadro 6: Detalhamento dos serviços ofertados no Japão	35
Quadro 7: Principais medidas de Bem-Estar Social	38
Quadro 8: Taxa de envelhecimento da população no Japão (%)	43
Quadro 9: Quadro comparativo da velocidade de envelhecimento entre alguns países	44
Quadro 10: Número de internações e consultas médicas de acordo com diferentes faixas etárias, em 1996 (100.000 pessoas)	46
Figura 1: Taxas de transição das diferentes composições familiares que possui membros idosos	48
Figura 2: Alteração no ciclo de vida (1920).....	50
Figura 3: Alteração no ciclo de vida (1991).....	51
Figura 4: 3 perspectivas e 9 aspectos para análise da Qualidade de Vida	64
Figura 5: Relação entre quatro elementos do princípio de Bem-Estar do Idoso.....	68
Figura 6: Para obtenção da qualificação de Assistente Social Certificado	73
Quadro 11: Os resultados da aprovação do Exame Nacional nos últimos 5 anos	74
Quadro 12: O piso salarial dos Assistentes Sociais Certificados efetivos	75

LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

FITS	Federação Internacional de Serviço Social
GHQ	Quartel General das Forças Aliadas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFSW	International Federation of Social Work
MSW	Medical Social Worker / Assistente Social Médico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Política Nacional do Idoso
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
¥	Ien
R\$	Real
US\$	Doláres

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O BEM-ESTAR SOCIAL NO JAPÃO.....	13
2.1 AS CONCEPÇÕES E O DESENVOLVIMENTO DO BEM-ESTAR SOCIAL NO JAPÃO DESDE O FINAL DA II GUERRA MUNDIAL ATÉ O PRESENTE SÉCULO.....	13
2.2 O ATUAL SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL JAPONÊS	27
3 O BEM-ESTAR DO IDOSO NO JAPÃO	42
3.1 O ENVELHECIMENTO DA SOCIEDADE JAPONESA	42
3.2 O DESENVOLVIMENTO DO BEM-ESTAR DO IDOSO E AS FORMULAÇÕES DO TERMO SOBRE O IDOSO E A SUA IMAGEM	52
3.3 O PRINCÍPIO DO BEM-ESTAR DO IDOSO E SEUS PRINCIPAIS ELEMENTOS	62
4 O ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO AO IDOSO NO JAPÃO	70
4.1 O ASSISTENTE SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE	70
4.2 O ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO AO IDOSO	78
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS	87
ANEXO A: Figuras ilustrativas das concepções de Bem-Estar Social.....	93
ANEXO B: Quadro de síntese histórica do sistema de ensino do Serviço Social no Japão..	95

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo fazer as primeiras aproximações do trabalho realizado pelo Assistente Social (Social Worker) na atenção ao idoso no Japão.

O interesse pelo assunto se deve, primeiramente, ao tema “Idoso”, que nas últimas décadas tem sido um destaque na sociedade japonesa por causa do seu rápido crescimento populacional.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), define-se como idoso os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de países subdesenvolvidos.

Em 1970, o Japão entrou na classificação da “Sociedade em Envelhecimento” (Aging Society). Contudo, a baixa taxa de mortalidade da população de meia-idade e a queda de fecundidade vêm contribuindo cada vez mais no aumento da população idosa. Estes dados, conforme Ookubo (2008), indicam que a taxa de envelhecimento no Japão em 2025 será de 28,7%, e 35,7% em 2050. Ou seja, 1/3 (um terço) da população japonesa será composta de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Assim, nos últimos anos, o Estado e as organizações não governamentais da sociedade civil (ONG) vêm realizando debates e estudos para o desenvolvimento de novas políticas e programas para atender este segmento.

No Brasil, percebe-se que somente nos últimos anos tem havido uma ampliação dos estudos voltados ao envelhecimento e as políticas de atendimento aos idosos apesar dos dados comprovarem o crescimento dos mesmos. Segundo a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000, o número de idosos no Brasil era de 14.536.029 pessoas, ou seja, 8,6 % da população brasileira. Nos próximos 20 anos estes números poderão ultrapassar para 30 milhões, representando no final deste período, cerca de 13% da população brasileira.

No Japão, o “Idoso” é discutido no âmbito do Bem-Estar Social, tendo a atuação dos profissionais de Serviço Social (OOKUBO, 2008). Atualmente, o domínio das leis, sistemas e serviços e princípios de Bem-Estar do Idoso são requisitos fundamentais para formação dos

mesmos, além de outros profissionais como Cuidadores, Médicos, Enfermeiros, Psicólogos e entre outros.

No Brasil, o assunto idoso ainda não é discutido no meio acadêmico com muita frequência. Isto pode ser refletido pela pouca produção de literaturas em relação ao Serviço Social na atenção ao idoso, e ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde não há disciplina obrigatória no que se refere ao mesmo.

Considerando-se que é fundamental a intervenção dos Assistentes Sociais no atendimento ao idoso, este trabalho apresentará, brevemente, o trabalho realizado pelos mesmos no atendimento aos idosos no Japão.

O trabalho está estruturado da seguinte forma: a primeira seção contextualiza o desenvolvimento do Bem-Estar Social desde o final da Segunda Guerra Mundial até o presente século no Japão, analisando as influências sociais, políticas e econômicas que condicionaram o desenvolvimento do mesmo, juntamente com uma breve abordagem das diferentes concepções do Bem-Estar Social. Também, apresenta o atual Sistema Seguridade Social (Social Security System) japonês, com destaque nos seus quatro principais componentes que constituem o mesmo. Este será essencial para o entendimento deste trabalho, pois permite compreender os sistemas e as políticas sociais relacionadas ao idoso.

A segunda seção apresenta o contexto atual do envelhecimento da sociedade japonesa e suas influências sociais, econômicas e culturais. Além de uma breve abordagem das formulações do termo sobre o idoso e a sua imagem, juntamente com a contextualização do desenvolvimento de Bem-Estar do Idoso após II Guerra Mundial até o presente século. Também, expõe o princípio do Bem-Estar do Idoso e seus principais elementos que orientam os profissionais atuantes na área, inclusive os Assistentes Sociais, no atendimento ao idoso, bem como na elaboração e implementação dos sistemas e políticas de atenção aos mesmos.

Tendo em vista a necessidade de contextualizar o contexto que se insere o Assistente Social, bem como o processo de formação, pois estes permitem a compreensão de como a categoria está organizada, e conseqüentemente, a prática profissional do Assistente Social na atenção ao idoso, a terceira seção apresenta primeiramente o trabalho do Assistente Social na contemporaneidade. A seguir, faz primeiras aproximações do trabalho realizado pelos Assistentes Sociais na atenção ao idoso no Japão.

Considerando, como mencionado, o crescente interesse pela temática do idoso e conseqüentemente a inexistência de um número significativo de trabalhos acadêmicos sobre esta que aborde especificamente o atendimento realizado ao idoso no Japão, bem como a intervenção do Serviço Social junto a este seguimento, este trabalho é um estudo exploratório, realizado por meio das pesquisas bibliográfica e documental. As principais referências utilizadas foram: Nakamura R. (2002); Nakatani (2002); Ookubo (2008); Okada (2002); Sugimoto (2008); Terada (2005); Lei de Assistente Social Certificado e Cuidador Social Certificado (1987); Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha (1963), Código de Ética do Assistente Social (1986) etc.

Por fim, as considerações finais responderão a seguinte pergunta norteadora: Como se realiza o trabalho dos Assistentes Sociais na atenção ao idoso no Japão? Também, uma reflexão pessoal sobre a temática, e sugestões para as possíveis contribuições de estudos a serem realizados no Japão e no Brasil.

Em relação a estas referências, embora o interesse pela utilização das fontes primárias (AIZAWA, 1996; CAMPBELL & IKEGAMI, 2000; NISHIO, 2001; NEMOTO, 1999; NOBUTI, 2002; SHIRASAWA, 1997; SULLIVAN, 1997), isso não foi possível devido à dificuldade de localizar as mesmas e pelo limite de tempo.

Cabe esclarecer quanto à terminologia utilizada neste trabalho. Pois, para evitar o entendimento ambíguo, alguns termos traduzidos em português serão acompanhados ao lado em letra japonesa. Também, afim de possibilitar a própria compreensão do leitor sobre as principais citações do trabalho, nas notas de rodapé conterà as mesmas em frase original.

2 O BEM-ESTAR SOCIAL NO JAPÃO

O objetivo da presente secção é apresentar a trajetória do desenvolvimento do Bem-Estar Social no Japão, abordando as influências sociais, políticas e econômicas do país. Inicialmente, será realizada uma contextualização histórica do Bem-Estar Social no Japão, desde o final da Segunda Guerra Mundial até o presente século, juntamente com uma breve abordagem das diferentes concepções do Bem-Estar Social na sociedade japonesa. Por último, apresenta-se o atual Sistema de Seguridade Social (Social Security System) japonês e os seus quatro principais componentes.

2.1 AS CONCEPÇÕES E O DESENVOLVIMENTO DO BEM-ESTAR SOCIAL NO JAPÃO DESDE O FINAL DA II GUERRA MUNDIAL ATÉ O PRESENTE SÉCULO

O termo Bem-Estar Social no Japão [*Shakai Fukushi* 社会福祉] surgiu como equivalente ao “Social Welfare”, após a Segunda Guerra Mundial (1945), com a promulgação da nova Constituição Japonesa [*Nihon koku Kempo* 日本国憲法] (1947), substituindo o termo Trabalho Social [*Shakai Jigyo* 社会事業] utilizado até então.

De acordo com Ookubo (2008, p. 13), “*Welfare*” significa um objetivo a ser alcançado, isto é “vida agradável”.

Todos desejam que a sua vida seja agradável e de boa qualidade, porém, por alguma razão, podem ocorrer problemas, como por exemplo, doenças, desemprego etc, as quais alteram o estado de “*welfare*” trazendo dificuldades e obstáculos. Quando isso acontecer, quais seriam as atitudes tomadas pelas pessoas? Primeiro, elas se esforçam para solucionar sozinha¹ [*jijyo doryoku* 自助努力], e depois pedem ajuda para os familiares e/ ou amigos próximos. Mas, este esforço tem seus limites. Sendo assim, como podem ser solucionados? O que se torna necessário neste contexto são medidas de Bem-Estar Social. (Tradução nossa).

¹ O termo japonês *Jijyo doryoku* 自助努力 também pode ser entendido como “esforço pessoal”.

Cabe ressaltar que o governo japonês iniciou Trabalho Social [*Shakai jigyo* 社会事業], também conhecido como Serviço Social, no período *Taisho* 大正, durante o reinado do imperador Taisho 大正天皇 (30 de julho de 1912 à 25 de dezembro de 1926), elaborando séries de ações e serviços para evitar, principalmente, os conflitos como o movimento pelo arroz [*Kome Soudou* 米騒動] espalhado em todo país e o desenvolvimento das manifestações pelo Socialismo (OOKUBO, 2008). Também, com isso surgiu os oficiais de Serviço Social nas instituições públicas para prover estas ações e serviços. De acordo com Yamate & Yokoyama (2001), no período anterior ao ano de 1920, começaram a surgir primeiras universidades de Trabalho Social. Porém, estas foram extintas com o progresso do militarismo nacional provocada pela expansão da guerra contra China na década de 1930 até o final da II Guerra Mundial.

Após o término da guerra em 1945, o Japão iniciou um processo de desmilitarização e democratização do país, com o comando dos países das Forças Aliadas² (GHQ). Segundo Mello (2006, p.41),

A guerra custou ao Japão milhões de vidas humanas, deixando o país completamente devastado e desmoralizado da bomba atômica. A população de Tóquio reduziu-se em mais de metade. Com o lançamento da bomba, mais de setenta mil prédios desapareceram em segundos. Quem se encontrava a um quilômetro do hipocentro da explosão morreu na hora e alguns tiveram seus corpos desintegrados. O calor intenso levou a roupa e pele de quase todas as vítimas da bomba. Mais de seis mil crianças tornaram-se órfãos de repente.

Com a derrota, o Japão encontrava-se em situação de crise econômica e social.

O desespero e a miséria da derrota total está profundamente enraizado no consciente dos japoneses. Do ponto de vista econômico, esta derrota trouxe o desemprego, o espectro da fome e uma inflação galopante, como se vê pelo Índice de Preço ao Consumidor (IPC), que aumentava em 40% a cada três meses em 1941 e 15% em 1948. Quanto ao primeiro problema – Desemprego – os que puderam, regressaram às terras, e em 1947, a força laboral da agricultura era de 18 milhões, mais 4 milhões do que antes da guerra. No entanto, havia ainda aproximadamente 10 milhões sem emprego definido, principalmente entre tropas desmobilizados e aqueles que haviam sido lançados no desemprego na seqüência da paragem da produção militar. No entanto, o desemprego a

² Conhecido como o Quartel General das Forças Aliadas – GHQ (General Headquarter), era liderado pelos Estados Unidos. Mello (2006) esclarece o termo “aliado” com as palavras do Smith (1995): “It was an Allied occupation in name only; in reality, it was a US occupation, and the policies that the occupiers planned and sought to implement were almost exclusively American”. (SMITH, 1995, *apud* MELLO, 2006, p. 41).

nível nacional, não foi aparente, pois os que não tinham qualquer capital amealhado viram-se ameaçados pela fome, e aceitavam fosse o que fosse para assegurar a subsistência, incluindo o mercado negro ou a venda ambulante. (NAKAMURA T., 1985, p. 57).

No contexto da “reorientação”³, o Japão iniciou a reforma agrária [*Nouti kaikaku* 農地改革] (1947) e educacional [*Kyouiku kaikaku* 教育改革] (1947), além de abolir o tradicional sistema de família [*Ie-seido no Haishi* 家制度の廃止].

No âmbito da reforma agrária, o sistema de arrendatário rural foi abolido e maioria das terras que eram detidas por senhores de terra foram distribuídas aos agricultores. Com a reforma educacional, instalou-se o sistema co-educacional, e os seis anos de escola primária e três anos de “*junior high school*”⁴ tornaram-se obrigatórios. A abolição do sistema familiar libertou as crianças de um velho sistema conservador, surgiram famílias nucleares, e as mulheres obtiveram a liberdade de escolher o seu parceiro para o casamento (INOUE et al., 2005, p. 103). (Tradução nossa).

Também, de acordo com Fagundes (2001, p. 10), entre 1945 a 1947, dentre uma série de reformas institucionais impostas para “reproduzir” alguns elementos culturais e estrutura industrial norte americana, foram apresentadas as diretrizes para a dissolução dos “grupos de companhias monopolistas, controladas por famílias coesas” [*Zaibatsu* 財閥], afim de desconcentrar o poder econômico e para eliminar as legislações que sustentavam a existência de cartéis e associações privadas de controle econômico. “Em outras palavras, os Estados Unidos visavam introduzir no Japão, [...] a base institucional e estrutural de uma economia de mercado”.

Como iniciativa de redemocratização, o Japão recebeu relatório do GHQ para rever a Constituição de 1889, elaborada na era *Meiji* 明治 (1868-1912). O governo japonês apresentou a reforma constitucional, porém, esta foi rejeitada pelo General MacArthur (1880-1964), que logo após sugeriu outra formulação, conforme pensamento norte-americano. Esta sugestão foi atendida pelo governo japonês, e assim, reelaborou-se a reforma constitucional promulgada em 03 de novembro de 1946. A nova Constituição Japonesa⁵ passou a vigorar a partir de 03 de maio de 1947, garantindo “a liberdade de expressão, religião e associação, além dos valores de

³ Rohl (2005, p. 10) utiliza o termo “reorientação” e explica que as Forças Aliadas não editavam as leis e portarias, mas aconselhavam e controlavam a legislação japonesa.

⁴ “*Junior high school*” é equivalente à sétima até a nona série do ensino fundamental do Brasil.

⁵ A Constituição japonesa de 1947 é mantida intacta até hoje, face à ausência de emendas.

liberdade civil como o direito a voto, tanto aos homens quanto às mulheres” (PINHEIRO, 2009, p. 138).

Segundo Inoue et al. (2005, p. 110), a nova Constituição definiu os três princípios fundamentais para reconstrução e construção de uma nova nação: “soberania do povo” [*Kokumin Shuken* 国民主權]; “respeito por direitos humanos fundamentais” [*Kihonteki Jinken no Sontyou* 基本的人權の尊重]; e “oposição à guerra” [*Heiwa Shugi* 平和主義]. De acordo com os mesmos autores, o primeiro refere-se ao estabelecimento da posição do Imperador como símbolo do Estado e da unidade do povo, e não mais como detentor do poder absoluto. O segundo, a consideração pelos direitos humanos fundamentais como eternos e invioláveis, além do dever do Estado pela proteção destes direitos. E por último, a determinação, clara, do país em agir como uma nação pacífica, isto é, o não uso da guerra como uma maneira de resolver os problemas entre os países e, portanto, o desarmamento militar.

Em relação à estrutura política, o Japão adotou a monarquia parlamentarista após o término da Guerra, modelo de regime mantido desde então. “O sistema parlamentar foi baseado no modelo inglês de supremacia do parlamento, em que o Poder Executivo é exercido por um primeiro-ministro, líder do partido vencedor das eleições legislativas” (ESPÍNDOLA; VERGARA, 2007, p. 3).

Para melhor visualização, segue abaixo o quadro comparativo entre a Constituição da era *Meiji* e a nova Constituição do Japão apresentado pelos, Kurihara; Nishizawa; Nagahama (2009)⁶ visando contribuir para a compreensão sobre as modificações ocorridas e suas repercussões posteriores, inclusive o processo de constituição das políticas sociais:

⁶ KURIHARA, Akiko; NISHIZAWA, Hiroko; NAGAHAMA, Kurenai. História e cultura japonesa. In: **Jornal Nippo-Brasil**. Disponível no site: <http://www.nippo.com.br/zz_historia/japao/index.shtml>. Acesso em: 20 de abril de 2009.

Quadro 1: Quadro comparativo entre as Constituições

Quadro comparativo entre as constituições		
Diferenças	Constituição do Grande Império Japonês	Constituição do Japão
Promulgação	11 de fevereiro de 1889	03 de novembro de 1946
Cláusulas	07 capítulos e 76 cláusulas	11 capítulos e 103 cláusulas
Regime	Imperial	Democrático
Soberania	Imperador	Povo
Imperador	Soberano da nação	Figura simbólica
Gabinete	Ministros conselheiros – responsabilidade do imperador	Parlamentarismo – responsabilidade do congresso nacional
Forças Armadas	Autonomia, obrigatoriedade de serviço militar	Desarmamento militar, manutenção da paz
Direito do povo	Restrições legais	Garantia de direitos humanos básicos
Reforma	Direito do Imperador tomar a decisão	Direito do Congresso tomar a decisão

Fonte: KURIHARA; NISHIZAWA; NAGAHAMA. 200_. Disponível em:
<http://www.nippo.com.br/zz_historia/japao/index.shtml>. Acesso em: 20 de abril de 2009

Segundo Ookubo (2008), o artigo 25º da Constituição do Japão (1947) define o princípio fundamental que orienta o Bem-Estar Social, isto é, o reconhecimento do direito à vida [*Seizon-ken* 生存権], com o mínimo padrão de saúde e cultural, sendo responsabilidade do Estado assegurar este direito por meio do Bem-Estar Social e Seguridade Social e Saúde Pública.

§ 1º: Todas terão direito à manutenção de padrão mínimo de subsistência cultural e de saúde. § 2º: Em todas as esferas da vida, o Estado usará os seus esforços no sentido da promoção e da ampliação do Bem-Estar Social e Seguridade Social, e da Saúde Pública⁷. (Tradução nossa).

Para Ookubo (2008), com a nova Constituição, o Bem-Estar Social passou a ser reconhecido enquanto direito e não mais como ação caritativa e de favor. E, a partir desta, foram

⁷ 第 25 条 すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

elaboradas as leis como Lei de Bem-Estar da Criança⁸ [*Jidou Fukushi ho* 児童福祉法] (1947), Lei de Bem-Estar do Deficiente Físico [*Shintai Shougai-sha Fukushi ho* 身体障害者福祉法] (1949) e Lei de Assistência Pública [*Seikatu hogo ho* 生活保護法] (1950), constituindo o sistema de Bem-Estar Social japonês, conhecido como Sistema de três leis de Bem-Estar [*Fukushi Sam ho taisei* 福祉三法体制]. Contudo, cabe ressaltar que, de acordo com a mesma autora, inicialmente, o objetivo destas leis era atender as demandas consequentes da derrota e do término da guerra⁹.

Em 1950, o Conselho Deliberativo do Sistema de Seguridade Social [*Shakaihoshou-seido Shingi-kai* 社会保障制度審議会] apresentou a Deliberação em relação ao Sistema de Seguridade Social [*Shakai hoshou seido ni kansuru kankoku* 社会保障制度に関する勧告] estabelecendo um Sistema que promove o princípio definido no artigo 25º da Constituição do Japão, denominado como Sistema de Seguridade Social [*Shakai Hoshou Seido* 社会保障制度]¹⁰. De acordo com esta deliberação:

O Sistema de Seguridade Social refere-se à garantia econômica, por meios de Seguro¹¹ [*Hoken* 保健] ou do recurso público, nos momentos de doença, ferimento, parto, enfermidade, morte, velhice, desemprego, aumento do número de filhos, entre outros motivos, e à garantia de padrões mínimos de vida aos necessitados, por meio da Assistência Pública [*kouteki Fujyo* 公的扶助], além do progresso da Saúde Pública [*Koushuu Eisei* 公衆衛生] e Bem-Estar Social [*Shakai Fukushi* 社会福祉] para que toda população possa ter uma vida digna de um membro da sociedade cultural. (Tradução nossa).

⁸ A lei de Bem-Estar da Criança define como “criança” a pessoa menor de 18 anos, sendo: bebê [*nyuji* 乳児] com idade menor de 1 ano; criança [*youji* 幼児] com idade igual a 1 ano à 6 anos; e jovem [*shounen* 少年] com idade igual a 6 anos até 18 anos. Para mais informações, sugere-se a consulta na lei: <http://www.houko.com/00/01/S22/164.HTM>. Acesso em 10 de julho de 2009.

⁹ Nagatani (200_) explica melhor a finalidade inicial das Três leis de Bem-Estar Social: A Lei de Assistência Pública para garantir o mínimo padrão de vida às pessoas com dificuldade socioeconômica; A Lei de Bem-Estar da Criança como medida de proteger as crianças órfãs de pós-guerra; e A Lei de Bem-Estar para deficientes físicos e, principalmente, os ex-soldados feridos pela guerra.

¹⁰ Para Arizuka (2003, p. 148), “Article 25 of the Constitution of Japan formulated in 1946 provides that all the people shall have the right to live a wholesome and cultured life and the State shall use its endeavors to guarantee this right. As a specific means for promotion, the State designed social security as a comprehensive system in 1950, established four fields of social insurance, public assistance, health care and social welfare as key pillars to constitute the system, and have been running the system for more than half century up to the present”.

¹¹ Seguro Social (contributivo): Seguro Público de Aposentadoria, Seguro Desemprego e Seguro contra acidente de trabalho; Seguro Público de Saúde; e Seguro de Cuidado de Longa Duração. (Ver a subsecção 2.2).

Esta deliberação instituiu o Bem-Estar Social como um dos quatro principais componentes que constituem o Sistema de Seguridade Social, seguido pela Assistência Pública; Seguro Social; e Saúde Pública. Também, estabeleceu a sua função no seu capítulo 4 (quatro):

Bem-Estar Social é a orientação, encaminhamento para reabilitação e promoção das atividades de suporte das pessoas usuárias de Assistência Pública, deficientes físicos e/ou intelectuais, crianças e aos que necessitam de outros tipos de suporte para que as mesmas possam ter uma vida independente para praticar suas habilidades. (Tradução nossa).

Segundo Arizuka (2003, p. 148), “a concepção do Bem-Estar Social é diversificada e envolve várias interpretações”. No Japão, o Bem-Estar Social tem sido interpretado no sentido restrito, enquanto serviços concretos.

In Japan, however, it has been interpreted relatively narrowly, therefore social welfare means concrete services such as nursing care, child-care and consultation assistance needed to support self-reliance of the elderly, children and the handicapped (ARIZUKA, 2003, p.148).

Terada (2005) explica melhor a afirmação acima, ao organizar as diversas concepções do Bem-Estar Social interpretadas e utilizadas pelos estudiosos da área. Para esta autora, a concepção do Bem-Estar Social pode ser dividida e utilizada em dois sentidos: restrito e amplo. No sentido restrito, o Bem-Estar Social é entendido enquanto serviços concretos de Bem-Estar Social, equivalente a afirmação anterior da Arizuka (2003). Ou seja, o Bem-Estar Social encontra-se como um dos sistemas que compõem o Sistema de Seguridade Social, por meio das suas ações e serviço às pessoas em situação de vulnerabilidade como, por exemplo, Bem-Estar da Criança, Bem-Estar do Deficiente, Bem-Estar da Mulher, Bem-Estar do Idoso, Assistência Pública etc.

Por outro lado, a concepção do Bem-Estar Social no sentido amplo, embora ainda seja ambígua, não havendo consenso entre os estudiosos, pode ser entendida enquanto objetivo, que busca alcançar a felicidade de cada indivíduo (*well-being*), tendo como seu alvo não somente uma parcela específica de pessoas, mas toda população (AIZAWA, 1996, *apud* TERADA, 2005). Também, para Matsumoto (1978, *apud* TERADA, 2005), o Bem-Estar Social no sentido amplo

engloba muito além da concepção do sentido restrito do Bem-Estar Social (Bem-Estar da Criança, Bem-Estar do Deficiente, Bem-Estar da Mulher, Bem-Estar do Idoso, Assistência Pública etc), pois inclui a Seguridade Social, Saúde Pública, Educação, Emprego, Habitação e todas as políticas públicas, semelhante ao chamado “*social services*” (serviços sociais), da Inglaterra e “*social welfare*” (Bem-Estar Social) dos Estados Unidos.

De acordo com Takenaka (1950, *apud* TERADA, 2005) o Bem-Estar Social colocado ao lado da Seguridade Social e Saúde Pública no segundo parágrafo do artigo 25º da Constituição do Japão possui a concepção no sentido restrito. O autor afirma que o Bem-Estar Social no sentido amplo são todas as políticas e medidas sociais inclusive o Sistema de Seguridade Social que, por intermédio de auxílio, proteção, prevenção, assistência, saúde e segurança, compartilham a mesma meta e objetivo: o Bem-Estar da humanidade.

Nishio (2001, *apud* TERADA, 2005) alerta que o termo Bem-Estar Social é utilizado diferentemente conforme seus dois sentidos. Sendo assim, é importante frisar que em uma concepção ampla o Bem-Estar Social incluir todas as medidas públicas (Educação, Saúde Pública e outras), os serviços de Bem-Estar Social e serviços sociais (Bem-Estar da Criança, Bem-Estar do Deficiente, Bem-Estar da Mulher, Bem-Estar do Idoso, Assistência Pública etc), bem como as políticas sociais (Seguro Social, políticas de Emprego, Sistema de Financiamento Mínimo, Sistema de Regulamentação de Carga Horária Trabalhista e entre outras), que objetivam realizar o Bem-Estar da população. O sentido restrito corresponde aos serviços de atenção às pessoas com necessidade particular (Bem-Estar da Criança, Bem-Estar do Deficiente, Bem-Estar da Mulher, Bem-Estar do Idoso, Assistência Pública etc). Ou seja, o Bem-Estar Social é um sistema de serviços que compõem o Sistema de Seguridade Social, conforme determinado no Conselho Deliberativo do Sistema de Seguridade Social, em 1950¹².

Cabe ressaltar que o termo “Bem-Estar Social” utilizado neste trabalho, será na concepção no sentido amplo com ênfase no sistema de serviço, portanto, no sentido restrito.

A partir do ano 1947 até 1949 houve um alto crescimento da taxa de natalidade conhecido como *Baby Boom*. Também, muitos refugiados da guerra retornaram ao país, provocando um

¹² Para melhor compreensão dos conceitos no sentido amplo e restrito, está disponível no Anexo A uma figura ilustrativa para apresentação dos conceitos amplo e restrito do Bem-Estar Social sob o entendimento da Terada (2005). Cabe ressaltar que esta figura não foi exposta nesta seção para evitar a confusão dos leitores, pois não foi possível obter referências suficientes para explicar o mesmo de forma clara.

aumento da taxa demográfica do Japão. Entretanto, logo após 1949 a taxa de natalidade começou a diminuir rapidamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE E BEM-ESTAR, 1996).

A Lei de Trabalho de Bem-Estar Social [*Shakai Fukushi Jigyō ho* 社会福祉事業法] foi apresentada em 1951. Nesta foram estabelecidas as normas básicas para operacionalizar os serviços referentes a todas as áreas de Bem-Estar Social, bem como o objetivo de garantir a execução justa e adequada dos serviços de Bem-Estar Social, além da promoção do Bem-Estar Social (Art. 1º, 1951). Iwasaki (2003) relata que esta lei exigiu que todos os escritórios municipais de Bem-Estar Social tivessem profissionais treinados e qualificados (oficiais de Serviço Social) para atender as regulamentações com base na legislação¹³. Assim, o governo local começa instituir as universidades de Serviço Social de curta duração (tecnólogo)¹⁴.

As Forças Aliadas dominaram o Japão até 1952, um ano após a assinatura do Tratado de Paz de São Francisco (1951) e da firmação do Tratado de Segurança entre os Estados Unidos e o Japão [*Nitibei anzen hoshō jōyōyaku* 日米安全保障条約].

Durante a ocupação, de 1945 a 1952, pelo menos dois importantes conflitos ocorreram na Ásia, que tornavam o Japão aos olhos dos americanos uma importante base geopolítica. Revolução Chinesa em 1949 e a Guerra da Coreia em 1950. Esses acontecimentos proporcionaram maior aproximação dos Estados Unidos e o Japão, tornando-os aliados (MELLO, 2006, p. 42).

Os Estados Unidos estenderam o apoio à economia japonesa, estabilizando a taxa de câmbio em 360 yen para cada dólar. Durante o período de 1955 até 1960, o Produto Interno Bruto – PIB japonês crescia mais de 09% a cada ano¹⁵.

Em 1955, quando se iniciou o rápido desenvolvimento econômico do Japão, pouco mais da metade de sua população residia em cidades; em 1975, já chegava a 75%, três quartos da população. O nível de desenvolvimento que o Estados Unidos alcançaram em 80 anos foi atingido pelo Japão em 25 (SHOJI, 1992 *apud*. MELLO, 2006, p. 42).

¹³ Para mais informações, sugere-se consultar a Lei de Trabalho de Bem-Estar Social (1951): <http://www.arsvi.com/Oz/1951h045.htm>. Acesso em: 05 de agosto de 2009.

¹⁴ Para melhor visualização, está disponível no anexo B um quadro que mostra como se estabeleceu historicamente o sistema educacional de Serviço Social no Japão, bem como o contexto atual em que o mesmo se encontra.

¹⁵ Inoue *et al.*, 2005.

Por outro lado, com o rápido desenvolvimento econômico, começaram a surgir problemas de poluição ambiental.

Casos envolvendo doenças como a asma na cidade de *Yokkaichi*, a doença neurológica causada pela intoxicação de metais via água nas províncias de *Niigata* e *Kumamoto*, *itai itaibyoo*¹⁶ (atualmente conhecida como osteoporose) na província de Toyama foram para os tribunais (KURIHARA; 200_).

Em 1960, o Ministério da Saúde e Bem-Estar¹⁷ apresentou um relatório com o seguinte subtítulo: “Rumo ao Estado de Bem-Estar¹⁸” [*Fukushi kokka e no miti* 福祉国家への道]. Neste período, foram elaboradas mais três leis, que são: a Lei de Bem-Estar para pessoas com instabilidade mental¹⁹ [*Seishin hakujuyaku-sha fukushi ho* 精神薄弱者福祉法] (1960); Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha²⁰ [*Roujin fukushi ho* 老人福祉法] (1963); e Lei de Bem-Estar das mães solteiras e seus dependentes²¹ [*Boshi fukushi ho* 母子福祉法] (1964). Com isso, o Bem-Estar Social japonês passou do sistema de três leis [*San ho taisei* 三法体制]) para sistema de seis leis [*Roku ho taisei* 六法体制], ou seja, houve uma ampliação dos serviços de Bem-Estar Social no Japão (OOKUBO, 2008).

No final da década de 1950 até o início da década de 1960, houve ajuste no Sistema de Seguridade Social para prevenir os riscos que podem provocar a perda da capacidade de manutenção da vida, como envelhecimento, doença etc., de toda população. Pois, até então, 1/3 da população, entre autônomos, trabalhadores informais e agricultores, não tinham acesso ao seguro de saúde e de aposentadoria. Sendo assim, o governo japonês implementou o Seguro

¹⁶ *itai itai* significa em português “doi doi”. Os pacientes com a doença causada pela intoxicação de cádmio gritavam de dor, e por isso foi conhecido como *itai iati byou* 痛い痛い病.

¹⁷ Em 2001, o Ministério da Saúde e Bem-Estar juntou-se com o Ministério do Trabalho tornando-se Ministério da Saúde, trabalho e Bem-Estar.

¹⁸ De acordo com Nakamura R. (2006), o Estado de Bem-Estar idealizado neste relatório era baseado no modelo Beveridgeano (1942), no qual o Estado garantia o mínimo (national minimum) para um segmento da população marginalizado (pobres, desempregados, família em situação de pobreza e seus filhos, etc.).

¹⁹ O termo utilizado na lei foi alterado em 1998 para Lei de Bem-Estar para deficiente intelectual [*Titeki shougai-sha fukushi ho* 知的障害者福祉法].

²⁰ Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha [*Roujin Fukushi ho* 老人福祉法]. Nesta é utilizado o termo “pessoa velha” [*roujin* 老人] e não “idoso” [*koureisha* 高齢者]. Na subsecção 3.2 serão abordados sobre os termos destinados ao idoso no Japão.

²¹ Alterada em 1981 para Lei de Bem-Estar para mães solteiras e viúvas e seus dependentes [*Boshi oyobi kafu fukushi ho* 母子及び寡婦福祉法]

Nacional de Saúde [*Kokumin Kenkon Hoken* 国民健康保険] (1958) e o Seguro Nacional de Aposentadoria [*Kokumin Nnenkin* 国民年金] (1961) estabelecendo um Sistema Universal de Seguros [*Kokumin Kai Hoken Seido* 国民皆保険制度]²² (MINISTÉRIO DA SAÚDE E BEM-ESTAR, 1996).

Segundo Ookubo (2008, p. 38), o ano de 1973 foi considerado primeiro ano de Bem-Estar [*Fukushi gannen* 福祉元年] e tudo indicava o crescimento do Bem-Estar Social, por conta das ampliações de vários serviços e benefícios sociais. Foi neste mesmo ano que foi implementado o Sistema de Provisão de Custos de Saúde a Pessoa Idosa [*Roujin iryouhi shikyuu seido* 老人医療費支給制度]²³ (1973). Porém, com a Crise do Petróleo, ocorrida no mesmo ano, este quadro se alterou e o governo japonês começou a tomar medidas de revisão do Bem-Estar Social [*Shakai fukushi no minaoshi* 社会福祉の見直し]. A mesma autora relata que,

Até então, o Bem-Estar Social era expandido dentro do conceito “sem o crescimento econômico não há Bem-Estar [*Keizai seiyuu nakushite fukushi nashi* 経済成長なくして福祉なし]. Contudo, ao entrar num período em que o crescimento econômico não era mais garantido, tornou-se necessário derrubar esta idéia para desenvolver e estabelecer um verdadeiro Bem-Estar Social. (Tradução nossa).

Em 1976, o Conselho Nacional de Bem-Estar Social [*Zenkoku shakai fukushi kyougai kai* 全国社会福祉協議会] apresentou o plano “Bem-Estar Social sob baixo crescimento” [*Tei seiyouka ni okeru shakai fukushi no arikata* 低成長下における社会福祉のあり方], que estabeleceu as mudanças dos serviços institucionais para cuidados na comunidade [*community care* コミュニティーケア], impulsionamento dos trabalhos voluntariados e a diminuição do custo dos serviços de Bem-Estar Social, com suporte do Ministério da Saúde e Bem-Estar. Também, na estratégia “07 anos para nova sociedade econômica” [*Shin keizai shakai 07 nen keikaku* 新経済社会7ヶ年計画] (1979) elaborada pelo governo, foi sugerido o “Estilo japonês de sociedade de Bem-Estar” [*Nihon gata fukushi shakai* 日本型福祉社会], alterando a direção

²² Cabe ressaltar que embora este sistema de seguros seja público e tenha na sua definição o termo “universal”, os seguros referidos são contributivos. Ver a subsecção 2.2.

²³ Com o início deste sistema, foi excluído o co-pagamento do acesso à saúde das pessoas com idade igual ou superior a 70 anos e dos acamados com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos no Sistema público de Seguro de Saúde.

das medidas de Bem-Estar Social construídas até então para outras com ênfase no esforço pessoal [*jijyo doryoku* 自助努力] e na ajuda mútua/ familiar [*sougo fujyo* 相互扶助], além da abertura do espaço público ao mercado (OOKUBO, 2008).

Na década de 1980:

O Japão ultrapassou 10% da taxa de envelhecimento, e ainda, houve uma modificação no pensamento das pessoas em relação ao cuidado dos seus pais idosos. A família nuclear tornou-se cada vez em comum, e com a inserção das mulheres no mercado, a função da família ao cuidado e ao apoio foi se enfraquecendo não apenas na prática como na consciência da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE E BEM-ESTAR, 1996). (Tradução nossa).

Em 1982, foi estabelecida a Lei de Saúde da Pessoa Velha [*Roujin hoken ho* 老人保健法], abolindo o Sistema de provisão de custos de saúde aos idosos²⁴. Esta determinou as Ações de Saúde da Pessoa Velha [*Roujin Hoken Jigyō* 老人保険事業], dando início ao desenvolvimento das ações de prevenção e promoção de saúde das pessoas a partir de 40 anos de idade, bem como a elaboração de Planos de Bem-Estar da Pessoa Velha [*Roujin fukushi keikaku* 老人福祉計画] e Plano de serviços de Seguro de Cuidado de Longa Duração [*Kaigo hoken jigyou keikaku* 介護保険事業計画] em todos os municípios²⁵ (OOKUBO, 2008, p. 155).

Como enfrentamento ao crescente número da população idosa, o governo japonês instituiu um Plano de 10 anos para promoção da saúde, cuidado e Bem-Estar do Idoso, conhecido como Plano Ouro [*Gold Plan* ゴールドプラン], de 1989. Este plano foi revisado em 1994 e reapresentado como Novo Plano Ouro [*New Gold Plan* ニューゴールドプラン], instituindo melhoria nos serviços de atenção aos idosos como, por exemplo, a ampliação dos números de ajudantes residenciais [*Home Helpers* ホームヘルパー], maior oferta de serviços nos Centros de

²⁴ Atualmente, os idosos com idade igual ou superior a 70 anos são responsáveis pelo co-pagamento de 10% do valor de custo da saúde.

²⁵ É importante ressaltar que no âmbito mundial, no ano de 1982, foi realizado o Congresso Mundial sobre o Envelhecimento em Viena com a participação de 120 países, inclusive o Japão. Sendo assim, sugere-se consultar o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento (1982) para compreender melhor quais as diretrizes que orientaram na elaboração e implementação das medidas e políticas de Bem-Estar do Idoso no Japão. URL: <http://www6.ufrgs.br/e-psico/publicas/humanizacao/prologo.html>. Acesso em: 09 de dezembro de 2009.

serviços diários, bem como realizações de visitas residenciais dos Médicos e Enfermeiros para diversas orientações de saúde.

De acordo com Ookubo (2008), o sistema de Bem-Estar Social consolidou após a II Guerra Mundial com base nas principais leis (Seis Leis de Bem-Estar Social, a Lei de Trabalho de Bem-Estar Social e Lei de Saúde da Pessoa Velha), passando somente por pequenas revisões. Entretanto, com as novas demandas, como o crescimento da população idosa, a baixa taxa de fecundidade, a inserção das mulheres no mercado de trabalho, a mudança na estrutura familiar etc, exigia-se do Estado uma nova estratégia organizacional e administrativa do sistema de Bem-Estar Social. Assim, a partir do ano de 1990, foram feitas as revisões destas leis e, em 1997, iniciou o processo de Reforma da estrutura básica de Bem-Estar Social [*Shakai fukushi kiso kouzou kaikaku* 社会福祉基礎構造改革] que visava a reconstrução de um Sistema de “Bem-Estar Social que prioriza o benefício do usuário” (p.47).

Iwasaki (2003, p. 37) relata que o governo considerava fundamental a implementação de uma reforma drástica, baseada na idéia do Bem-Estar Social que oferece suporte para a independência dos indivíduos, indiferentemente se o mesmo possui deficiência ou idade avançada, e a vida na “comunidade” e nas suas casas. Assim, destaca três principais objetivos desta reforma: Bem-Estar Social que prioriza o usuário; melhoria nos serviços de Bem-Estar que respondam as necessidades de cada contexto; e promoção do Bem-Estar regional abrangente.

Em 2000, o Sistema de Seguro Cuidado de Longa Duração [*kaigo hoken seido* 介護保険制度] foi instituído pela Lei do Seguro de Cuidado de Longa Duração [*Kaigo hoken hou* 介護保険法] (1997), com objetivo de disponibilizar uma série de serviços tanto institucionais quanto residenciais de cuidado e reabilitação às pessoas a partir de 40 anos, principalmente em situação de dependência. Cabe ressaltar que com isso houve uma ampliação do espaço público ao mercado, pois o Estado, com propósito de aumentar os serviços de cuidado à população, passou a financiar as instituições privadas e de sem fins lucrativas que oferecem estes serviços, por meio do recurso arrecadado pelo imposto, do Seguro de Cuidado de Longa Duração e do co-pagamento pago pelo usuário²⁶. Ainda, no mesmo ano, houve a revisão da Lei de Trabalho de Bem-Estar Social de 1951, estabelecendo um novo princípio básico dos serviços de Bem-Estar Social pautado conforme a Reforma da estrutura básica de Bem-Estar Social (1997), em benefício do usuário.

²⁶ Para mais informações sobre o Seguro de Cuidado de Longa Duração ver a próxima subseção.

Este processo, também, alterou a nomeação da lei para Lei de Bem-Estar Social [*Shakai Fukushi ho* 社会福祉法] (Ookubo, 2008).

Desde então, o Bem-Estar Social japonês vem sendo pensado, revisado e reformulado para que cada usuário possa escolher os serviços com base na sua realidade, isto é, conforme a localidade, qualidade e eficiência dos serviços e “não mais os serviços deliberados pelo Estado e pelos órgãos administrativos” (OOKUBO, 2008, p. 40).

A seguir, serão apresentados o atual Sistema de Seguridade Social japonês e seus quatro principais componentes. A próxima subsecção será essencial para possibilitar a melhor aproximação com as medidas e políticas sociais, inclusive ao idoso.

2.2 O ATUAL SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL JAPONÊS

O Sistema de Seguridade Social [*Shakai Hoshou Seido* 社会保障制度] japonês tem como objetivo garantir a segurança [*Anzen* 安全] e proteção [*Anshin* 安心] dos possíveis riscos sociais e econômicos de toda população por intermédio de quatro principais componentes que são: Seguro Social [*Shakai Hoken* 社会保険], Assistência Pública [*Shakai Fujyo* 社会扶助], Bem-Estar Social [*Shakai Fukushi* 社会福祉] e Saúde Pública [*Koushuu Eisei* 公衆衛生]. Sendo assim, pretende-se abordar brevemente estes quatro elementos para possibilitar uma visão de como se constitui o Sistema de Seguridade Social no Japão.

Dentre os seus principais componentes, o Seguro Social ocupa um lugar central do Sistema de Seguridade Social, operado pelos: Seguro Público de Aposentadoria [*Kouteki Nenkin Hoken* 公的年金保険], Seguro de Desemprego [*Koyou Hoken* 雇用保険], Seguro contra Acidentes de Trabalho [*Rousai Hoken* 労災保険], Seguro Público de Saúde [*kouteki Iryou Hoken* 公的医療保険] e Seguro de Cuidado de Longa Duração [*Kaigo Hoken* 介護保険]. Essa importância se deve ao fato do Seguro Social substituir a renda do contribuinte e dos seus dependentes, em casos de doença, acidente, gravidez, morte, desemprego e idade avançada, bem como o acesso aos tratamentos médicos e de cuidado, por meio do Tesouro Nacional e da renda transferida ao Seguro Social por meio de contribuição (OOKUBO, 2008).

O Seguro Público de Aposentadoria japonês divide-se em 3 (três) categorias: Seguro Nacional de Aposentadoria [*Kokumin Nenkin* 国民年金]; Seguro de Aposentadoria dos Trabalhadores [*Kosei Nenkin Hoken* 厚生年金保険]; e Seguro de Aposentadoria Corporativo [*Kyousai Nenkin* 共済年金]. A primeira é destinada aos autônomos, agricultores, pescadores, estudantes²⁷, donas-de-casa e empregados temporários, que não estão inscritos no Seguro de Aposentadoria dos Trabalhadores. Este seguro também é conhecido como Seguro Básico de Aposentadoria [*Kiso Nenkin* 基礎年金], pois, todas as pessoas com idade igual ou superior a 20

²⁷ Os estudantes com idade igual ou superior a 20 anos que não possuem renda também precisam se inscrever no Seguro de Aposentadoria Nacional. Entretanto, recebe um atestado do Sistema Especial de Pagamento para Estudantes [*Gakusei Noufu Tokurei Seido* 学生納付特例制度] para que a contribuição não seja necessária (AGÊNCIA DE SEGURO SOCIAL, 2009).

anos até 60 anos residentes no Japão, inclusive os estrangeiros, são obrigados a se inscrever no mesmo. A segunda e a terceira destinam-se aos trabalhadores com vínculo empregatício formal das empresas privadas, professores das instituições privadas e servidores públicos.

Cabe ressaltar que os dependentes (esposas donas-de-casa) dos trabalhadores inscritos no Seguro de Aposentadoria dos Trabalhadores e Seguro de Aposentadoria Corporativo não precisam contribuir diretamente ao Seguro Nacional de Aposentadoria, pois a contribuição ocorrerá por meio dos seguros referidos.

Os inscritos no Seguro Nacional de Aposentadoria precisam contribuir mensalmente um valor fixo de ¥14.660,00²⁸ (iens), ou seja, equivale a R\$ 293,20 (reais)²⁹, exceto para as pessoas de baixa renda, cuja isenção ocorre de forma parcial ou total³⁰.

No Seguro de Aposentadoria dos Trabalhadores e no Seguro de Aposentadoria Corporativo a contribuição ocorre por parte do trabalhador e do empregador, ambos contribuem um valor de aproximadamente 7,32%³¹ do salário mensal (INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA DA POPULAÇÃO E DA SEGURIDADE SOCIAL, 2007).

Atualmente, os gastos do Seguro Público de Aposentadoria são arcados 50% pelo Tesouro Nacional e 50% pela contribuição dos inscritos.

Há três diferentes benefícios no Seguro Público de Aposentadoria que são: Aposentadoria por Idade [*Rounen Nenkin* 老年年金]; Aposentadoria por invalidez [*Shougai Nenkin* 障害年金]; e Pensão para Dependentes [*Izoku Nenkin* 遺族年金].

No Japão, a idade indicada para se aposentar é de 65 anos. Com 40 anos de tempo de contribuição pode-se solicitar a Aposentadoria por Idade³². Porém, o inscrito poderá fazer o

²⁸ Este é o valor fixo referente ao de 2009, pois a cada ano será acrescentado ¥280,00 (R\$ 5,60) até o ano de 2017, conforme a Reforma do Sistema de Aposentadoria [*Nenkin Seido kaisei* 年金制度改正] (2004) (AGÊNCIA DE SEGURO SOCIAL, 2009).

²⁹ Todas as conversões aqui utilizadas serão baseadas em câmbio do dia 27 de agosto de 2009, no qual ¥100,00 equivaliam R\$ 2,00.

³⁰ Sistema de Isenção do Seguro [*Hoken ryou Menjyo Seido* 保険料免除制度].

³¹ Dado referente ao ano de 2007. Cabe ressaltar que, com a Reforma do Sistema de Aposentadoria (2004), o percentual de contribuição do Seguro de Aposentadoria do Trabalhador e Seguro de Aposentadoria Corporativo passou a aumentar uma taxa anual de 0,354% até 2017, quando ficará fixada em 18,3% (AGÊNCIA DE SEGURO SOCIAL, 2009).

³² Cabe ressaltar que, de acordo com Vale (1992, p. 53), a aposentadoria no Japão representa um sério problema. “Ocorre muito cedo, quando o empregado está ainda em plena forma, nos seus 50/55 anos, gerando uma queda abrupta de renda. O pai da família aposentado, que não possui uma poupança acumulada ao longo de seus anos de

pedido da aposentadoria caso completar o tempo mínimo de 25 anos de contribuição. Entretanto, o valor do benefício mensal será diferente conforme sua idade no ato da solicitação, ou seja, sofre redução do valor de benefício quando o pedido for realizado antes de completar 65 anos de idade, bem como aumento do valor a ser recebido se o inscrito solicitar com idade superior a 65 anos.

O inscrito no Seguro Nacional de Aposentadoria, caso realizar o pedido de aposentadoria com 40 anos de contribuição, recebe anualmente o benefício no valor integral de ¥792.100,00³³, aproximadamente R\$ 15.842,00. Enquanto, o segurado do Seguro da Aposentadoria do trabalhador é aferido 59,3% do seu salário líquido como benefício mensal ao se aposentar. Takama (2008), afirma que a aposentadoria japonesa não permite que os idosos tenham um mínimo padrão de vida³⁴, sendo assim, aquele que não possui dinheiro na poupança ou bens adquiridos ao longo dos anos, terá que recorrer ao auxílio da Assistência Pública³⁵.

O valor do benefício mensal das aposentadorias varia conforme a categoria onde o contribuinte está inscrito, bem como o tempo de contribuição, a idade no momento da solicitação e entre outras. Como um dos exemplos, segue abaixo os quadros³⁶ demonstrativos da taxa de redução e aumento do valor do benefício mensal da Aposentadoria por Idade, quando for solicitado antes ou depois de completar 65 anos de idade, com no mínimo 25 anos de contribuição:

trabalho ou não conseguir um novo emprego, em geral em empresas menores associadas ao seu antigo empregador, passa por muitas dificuldades”.

³³ Dado do ano de 2007 (TAKAMA, 2008, p. 145).

³⁴ De acordo com Ministério de Saúde, Trabalho e Bem-Estar (2009), os valores mensais estabelecidos para ter um mínimo padrão de vida no Japão são: ¥80.820,00 (R\$ 1.616,40) para a pessoa idosa (68 anos de idade) que vive sozinha nos bairros de *Tokyo* 東京 e ¥62.640,00 (R\$ 1.252,80) nas outras cidades; e ¥121.940,00 (R\$ 2.438,80) para o casal de idoso que vivem nos bairros de *Tokyo* e ¥94.500,00 (R\$ 1.890,00) nas outras cidades. Para mais informações, sugere-se a consulta em: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/seikatuhogo.html> . Acesso em: 30 de outubro de 2009.

³⁵ A respeito da Assistência Pública, esta será abordada no decorrer desta subseção.

³⁶ Os quadros abaixo são referentes aos inscritos no Seguro Nacional de Aposentadoria.

Quadro 2: Quadro demonstrativo da taxa de redução do benefício mensal da Aposentadoria por Idade

Idade no ato da solicitação	Meses que faltam para completar 65 anos de idade	Taxa de redução do benefício
60 anos e 0 mês ~ 60 anos e 11 meses	60 meses ~ 49 meses	30.0% ~ 24.5%
61 anos e 0 mês ~ 61 anos e 11 meses	48 meses ~ 37 meses	24.0% ~ 18.5%
62 anos e 0 mês ~ 62 anos e 11 meses	36 meses ~ 25 meses	18.0% ~ 12.5%
63 anos e 0 mês ~ 63 anos e 11 meses	24 meses ~ 13 meses	12.0% ~ 6.5%
64 anos e 0 mês ~ 64 anos e 11 meses	12 meses ~ 01 mês	6.0% ~ 0.5%

Fonte: AGÊNCIA DE SEGURO SOCIAL. Disponível em: <<http://www.sia.go.jp/seido/nenkin/shikumi/shikumi02.htm>>. Acesso em: 07 de setembro de 2009

Percebe-se que, caso o indivíduo inscrito no Seguro Nacional de Aposentadoria for solicitar a Aposentadoria por Idade com idade inferior a 65 anos, o valor do benefício mensal da aposentadoria sofre uma redução de 0.5% a 30.0%. Isso se atribui, também, ao aumento do valor do benefício, se o mesmo aposentar com idade superior a 65 anos.

Quadro 3: Quadro demonstrativo da taxa de aumento do benefício mensal da Aposentadoria por Idade

Idade no ato da solicitação	Taxa de aumento do benefício
66 anos e 0 mês ~ 66 anos e 11 meses	108.4% ~ 116.1%
67 anos e 0 mês ~ 67 anos e 11 meses	116.8% ~ 124.5%
68 anos e 0 mês ~ 68 anos e 11 meses	125.2% ~ 132.9%
69 anos e 0 mês ~ 69 anos e 11 meses	133.6% ~ 141.3%
70 anos e 0 mês ~	142%

Fonte: AGÊNCIA DE SEGURO SOCIAL. Disponível em: <<http://www.sia.go.jp/seido/nenkin/shikumi/shikumi02.htm>>. Acesso em: 07 de setembro de 2009

A Aposentadoria por Invalidez é concedida a todos os contribuintes em situação de doença e deficiência física ou intelectual, com no mínimo 2/3 do tempo de contribuição³⁷ ou caso solicitante tenha sido atestado por Médico, antes de completar 20 anos, com situação de deficiência física ou intelectual. O valor do benefício varia conforme o nível de classificação de invalidez 1, 2 e 3 (ver quadro abaixo) e a remuneração anterior do solicitante, bem como o número de seus dependentes (somente filhos(as) menores de 18 anos ou menor de 20 anos com deficiência física ou intelectual)³⁸.

Quadro 4: Classificação de invalidez

Nível	Classificação de invalidez
1	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitar de repouso ao longo dos anos; • Dependente para realizar seus cuidados diários • Limitação física para se locomover a: quarto ou quarto de internação
2	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de repouso ao longo dos anos; • Independente para realizar seus cuidados diários, porém dificuldade em obter renda com o trabalho; • Capacidade de locomoção somente no seu domicílio.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitar de uma certa restrição no trabalho.

Fonte: ALL ABOUT MONEY. Disponível em:
 <<http://allabout.co.jp/finance/nenkin/closeup/CU20090310A/index2.htm>>.
 Acesso em: 08 de setembro de 2009

A Pensão para Dependentes é destinada aos dependentes quando o trabalhador, contribuinte do Seguro Nacional de Aposentadoria ou do Seguro de Aposentadoria dos Trabalhadores, falece. A concessão do benefício poderá ser efetuada se os mesmos tiverem contribuído 2/3 de suas aposentadorias³⁹. Consideram-se dependentes, para fins deste benefício, o cônjuge (somente para mulher com filhos(as)) e os filhos(as) menores de 18 anos e / ou menor

³⁷ Caso não completar 2/3 do tempo de contribuição, o indivíduo não terá direito ao benefício, sendo necessário recorrer ao auxílio da Assistência Pública.

³⁸ AGÊNCIA DE SEGURO SOCIAL. Disponível em: <<http://www.sia.go.jp/seido/nenkin/shikumi/shikumi03.htm>>.
 Acesso em: 08 de setembro de 2009.

³⁹ Caso o falecido não tiver completado 2/3 do tempo de contribuição, os seus dependentes não terão direito à pensão, sendo necessário recorrer ao auxílio da Assistência Pública.

de 20 anos com deficiência física ou intelectual. Porém, para o inscrito no Seguro de Aposentadoria dos Trabalhadores, também são beneficiários o cônjuge (caso homem, a partir de 55 anos de idade) e os seus pais acima de 60 anos de idade (AGÊNCIA DE SEGURO SOCIAL)⁴⁰.

O Seguro contra Acidentes de Trabalho protege todos os trabalhadores legalmente empregados em casos de doença, acidente e falecimento no exercício de suas funções, inclusive cobertura de acidentes no trajeto de casa ao trabalho.

Todas as empresas que operam no Japão são obrigadas a cadastrar seus funcionários no Sistema de Seguro contra Acidentes de Trabalho. A contribuição é efetivada pela própria empresa e varia de acordo com o grau de periculosidade da área de atuação.

No Seguro de Desemprego, os trabalhadores com vínculo empregatício formal ou informal (neste caso, tendo contribuído no mínimo 6 meses) podem se inscrever no mesmo e receber o benefício de acordo com uma parcela do seu salário anterior durante 90 dias a um ano após segundo dia em que foi demitido. É possível prolongar este prazo caso a pessoa não consiga se recolocar no mercado de trabalho por motivo de doença, ferimento ou gravidez.

Em relação ao acesso à saúde, no Japão, todos os residentes no país devem obrigatoriamente⁴¹ se cadastrar em uma das duas categorias dos seguros do Seguro Público de Saúde, que são: Seguro de Saúde (do trabalhador) [*Kenkou Hoken* 健康保険] e Seguro Nacional de Saúde [*Kokumin Kenkou Hoken* 国民健康保険]. O primeiro destina-se aos trabalhadores assalariados das empresas privadas e instituições públicas e o segundo, aos autônomos, agricultores, pescadores, funcionários de microempresas e aos sem vínculo empregatício. Ambos têm como objetivo assegurar o inscrito e seus dependentes nos tratamentos de saúde, incluindo odontológico e uma parte do valor de despesas com a internação, por meio de renda transferida ao Seguro Público de Saúde por meio de contribuições mensais dos inscritos e do subsídio governamental⁴² (INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA DA POPULAÇÃO E SEGURIDADE SOCIAL, 2007). Cabe ressaltar que o assegurado é responsável, também, pelo

⁴⁰ Disponível em: <<http://www.sia.go.jp/seido/nenkin/shikumi/shikumi04.htm>>. Acesso em: 08 de setembro de 2009.

⁴¹ Exceto as pessoas que recebem auxílio da Assistência Pública.

⁴² Não são pagos pelo Sistema público de Seguro de Saúde nos seguintes casos: cirurgia plástica; tratamento odontológico para fins estéticos e tratamentos preventivos de saúde. Para mais informações, sugere-se a consulta em: <http://www.kokuho.jp/iryuu-ukerareru.htm>, Acesso em: 10 de outubro de 2009.

co-pagamento, ou seja, arca com uma parcela do valor de cada tratamento médico, conforme o quadro a seguir:

Quadro 5: Co-pagamentos realizados pelos inscritos

Co-Pagamentos realizados pelos inscritos	Parcela
Crianças com idade de 0 ~ 3 anos	20%
Crianças com 3 anos de idade até adultos de 69 anos	30%
Adultos com idade igual ou superior a 70 anos (Assalariados no nível salarial de pré-aposentadoria pagam 30% e 20% para idosos com renda alta)	10% ⁴³

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA DA POPULAÇÃO E SEGURIDADE SOCIAL, 2007.

Existe no Seguro Público de Saúde, o Sistema de Altas despesas de Saúde⁴⁴ [*Kougaku Iryouhi Seido* 高額医療費制度]. Quando um co-pagamento a um prestador de serviço médico for acima de ¥81.100,00, equivalente a R\$ 1.622,00, o assegurado pode solicitar a restituição do valor excedente. O valor pode variar conforme a renda do assegurado (para os que possuem uma renda anual superior a ¥6.000.000,00 (R\$ 120.000,00) é restituído o valor do co-pagamento se exceder 150.000,00 (R\$ 3.000,00)).

No Seguro de Saúde do trabalhador, a contribuição ocorre por parte do trabalhador e do empregador ou somente do último, e o valor varia de acordo como seu salário e o número de dependentes. No Seguro Nacional de Saúde, o valor difere em cada município, porém, geralmente, é calculado com base na renda, no patrimônio líquido e número de dependentes.

Segundo Instituto Nacional de Pesquisa da População e Seguridade Social (2007), o Sistema de Seguro Saúde japonês é universal, assim, não há distinção entre hospitais públicos e privados no ponto de vista do usuário. “De fato, os usuários são livres para escolher quaisquer

⁴³ A partir do dia 31 de março de 2010, com a reforma do Seguro Público de Saúde que ocorreu entre o ano de 2002 a 2006, o co-pagamento das pessoas idosas com idade igual ou superior a 70 anos até idade igual a 74 anos será de 20%, exceto de baixa renda (permanecendo 10%) e alta renda (30%). Mais informações, sugere-se a consulta em: <http://www.ryokou-kenpo.or.jp/kenpo/over70/over70.html>. Acesso em: 20 de setembro de 2009.

⁴⁴ LIFENET. Disponível em: <http://www.lifenet-seimei.co.jp/insurance_medical/>. Acesso em 10 de outubro de 2009.

prestadores de serviços médicos sem restrições em termos de tipo hospitalar, locação ou outros fatores como ter encaminhamento ou não” (p. 19). Também, a cobertura do seguro e dos preços dos serviços médicos, tanto no Seguro de Saúde quanto no Seguro Nacional de Saúde, são padronizadas pelas leis, e, sendo assim, todas as pessoas recebem o mesmo tratamento médico com mesmo preço.

Em 2008, como resultado de uma das séries de reformas do Seguro Público de Saúde, houve a implantação do Sistema de Saúde para as pessoas com idade igual ou superior a 75 anos [*Kouki Koureisha Iryo Seido* 後期高齢者医療制度], com objetivo de minimizar a crise do Seguro Público de Saúde provocada pelo aumento das despesas médicas dos idosos. De acordo com Nakamura Y. (2008), este sistema é independente do Seguro Público de Saúde e obriga a contribuição das pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, incluindo aqueles que não contribuam diretamente por serem dependentes, descontando automaticamente das suas aposentadorias mensais. Sendo assim, os custos de saúde destas pessoas são arcados pela contribuição e co-pagamento (10%), 40% do fundo de Seguro Público de Saúde arrecadado pelos trabalhadores ativos e 50% do orçamento governamental.

O Seguro de Cuidado de Longa Duração é um outro seguro do Seguro Social que foi instituído, em 2000, com objetivo de atender o público a partir de 40 anos nas questões relacionados à reabilitação e ao cuidado, principalmente, às pessoas em situação de dependência. Este seguro é público e obrigatório. Os trabalhadores inscritos no Seguro de Saúde, com idade a partir de 40 anos, contribuem conjuntamente e de forma equitativa com o empregador um valor fixo, conforme o seu salário. Já os assegurado do Seguro de Saúde Nacional pagam um valor determinado pela sua renda. Cabe ressaltar que os aposentados recebem a aposentadoria já descontada deste seguro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, TRABALHO E BEM-ESTAR, 2002).

O acesso ao Seguro de Cuidado de Longa Duração obedece a determinados critérios de elegibilidade, tais como, grau de dependência e a idade.

No Japão o seguro é específico para os idosos dependentes – na verdade, com idade superior a 40 anos. Além disso, os segurados mais jovens – entre 40 e 65 anos – têm direito ao seguro apenas na ocorrência de algumas doenças que produzem incapacidades (BATISTA et al., 2009, p.10).

O Seguro de Cuidado de Longa Duração garante os serviços domiciliares, tais como as atividades de cuidados pessoais e serviços domésticos de apoio, bem como visitas médicas e reabilitações, com 90% de cobertura. Além destes cuidados, existem serviços institucionalizados de cuidados de longa duração, como instituição de longa permanência e residências coletivas. E ainda, há instituições de curta permanência que oferecem os serviços de cuidados por um dia (BATISTA et al., 2009). A seguir está o quadro dos serviços ofertados pelo mesmo:

Quadro 6: Detalhamento dos serviços ofertados no Japão

Cuidados domiciliares	Cuidados não domiciliares
Entre outros, destacam-se: <ul style="list-style-type: none"> • Auxílio no banho; • Cuidados de enfermagem; • Reabilitação em casa; • Visita de médicos e dentistas em casa; • Adaptação da residência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços institucionais de cuidado de longo prazo (<i>residencial long-term care service</i>), em instituições de longa permanência; • Serviços de cuidados de curto prazo (<i>short-term care</i>), em Residências de curta permanência; • Serviços de cuidados por um dia (<i>day-care</i>) em centros- dia/noite.

Fonte: BATISTA et al., 2009, p. 13

O valor máximo do benefício para cobrir as despesas com serviços residenciais e comunitários, bem como tempo estimado de cuidados pessoais diários dependem do nível de necessidade de cuidado do demandante. Sendo assim, são realizados uma avaliação e enquadramento do segurado nos serviços residenciais e institucionais pela equipe interdisciplinar formada, em geral, por Gerenciador(a) de Cuidado⁴⁵ (*Care Manager*) e por Médico. Cada pessoa, ao solicitar o acesso aos serviços disponibilizados pelo seguro, recebe um plano de cuidados individualizado (*Care Plan*) elaborado pela equipe referido anteriormente, conforme a sua necessidade. (BATISTA et al., 2009).

O Seguro de Cuidado de Longa Duração não oferece qualquer cobertura aos cuidadores informais, pois no Japão considera-se que o cuidado aos idosos se constitui em um dever familiar (BATISTA et al., 2009).

⁴⁵ Sobre este profissional será abordado no final da subsecção 4.2.

As despesas com o Seguro de Cuidado de Longa Duração são arcadas pelos recursos arrecadados pelos impostos (Nacional, Estadual e Municipal), pelas contribuições dos assegurados e pelo co-pagamento de 10% do custo de serviço pago pelos usuários. O município ou a vila é o responsável pelo gerenciamento do seguro.

O segundo principal componente da Seguridade Social japonesa é a Assistência Pública. Esta é orientada pela Lei de Assistência Pública (1950) e tem como objetivo garantir o mínimo padrão de vida cultural e de saúde a todos os cidadãos com dificuldade socioeconômica, por meio de auxílio-renda.

O acesso ao auxílio é um direito de todo o cidadão, entretanto, é necessário cumprir as seguintes determinações para concessão desse: trabalhar de acordo com a sua capacidade; caso possuir patrimônios (poupança⁴⁶, seguro de vida, carro, propriedades como terreno ou casa própria), desfazer e utilizar o dinheiro para a subsistência; ter solicitado, primeiramente, a ajuda de seus familiares e entre outras. Sendo assim, percebe-se, de acordo com o Instituto Nacional de Pesquisa da População e Seguridade Social (2007), que o auxílio é concedido sobre critérios rigorosos no Japão. Além disso, segundo as estatísticas de 2004, somente 1,1% da população residente no Japão recebia algum tipo de auxílio da Assistência Pública, sendo que 46,7% correspondia a idosos e 35,1% a deficientes físicos, mentais e inválidos, 8,8% a mães solteiras e 9,4% pessoas em outras situações não especificadas (INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA DA POPULAÇÃO E SEGURIDADE SOCIAL, 2007).

De acordo com Takama (2008), a maioria dos idosos, beneficiários do auxílio da Assistência Pública, não recebe aposentadoria. Muitos deles(as) não conseguiram contribuir no Seguro Público de Aposentadoria ao longo dos anos em razão do seu trabalho instável ou informal e/ou perderam o meio de seu sustento por causa da doença ou idade, sem poder contar com ajuda da família. Também, referente aos que recebem aposentadoria, o valor é baixo, e por não possuírem poupança e bens adquiridos recorrem ao auxílio da Assistência Pública para garantir um mínimo padrão de vida. Contudo, o mesmo autor ressalta que, para os idosos, a solicitação da Assistência Pública representa humilhação, pois é necessário passar pela Análise de Recursos [*Means Test* ミーンズテスト] (comprovação da dificuldade financeira), além de ter

⁴⁶ É permitido, para concessão do benefício, possuir na sua poupança somente 50% do valor estabelecido para ter o mínimo padrão de vida. Takama (2008) discute a necessidade de expandir este valor mínimo para não excluir as pessoas da Assistência Pública.

que contatar os seus filhos (as) para ver a possibilidade de dependência dos mesmos(as) [*Fuyou Shoukai* 扶養照会], provocando uma forte resistência psicológica.

Há pessoas que mesmo passando pelas dificuldades financeiras nunca aparecem nos Escritórios Municipais de Bem-Estar [*Fukushi Jimushyo* 福祉事務所] para solicitar o auxílio da Assistência Pública, continuando a viver na condição precária, ou mesmo comparecendo acabam desistindo ao saber da Análise de Recursos e da necessidade de comprovar a impossibilidade de obter suporte dos seus filhos(as) (TAKAMA, 2008, p. 153-154). (Tradução nossa).

Na Assistência Pública existem 8 (oito) tipos de auxílio-renda: Assistência para as despesas essenciais no cotidiano, como alimentação, vestuário, móveis, eletricidade e outras; Assistência para moradia, despesas com aluguel de residência ou de terreno; Assistência para educação, despesas necessárias com material escolar e outros durante o ensino obrigatório (equivalente ao 9ª série do Ensino Fundamental); Assistência aos idosos, despesas para serviços de cuidado; Assistência para despesa médica, despesas com consultas médicas e internações; subsídio para parto, despesas de parto; Assistência ocupacional, despesa de aprendizagem profissional, qualificação para o mercado de trabalho e ingresso no ensino não obrigatório (ensino médio); e Assistência funeral, despesas de funeral (OOKUBO, 2008, p. 89).

O auxílio-renda é calculado levando-se em conta o rendimento de todos os membros da família e o valor mínimo de custo de vida, conforme determinado pelo Ministro da Saúde, Trabalho e Bem-Estar, e de acordo com a situação socioeconômica do solicitante no ato do requerimento⁴⁷, além da sua idade, estrutura familiar, condições de saúde, entre outras.

O terceiro principal componente da Seguridade Social é o Bem-Estar Social, que tem como objetivo atender as pessoas em situação de vulnerabilidade por meio de serviços e assistências sociais providos pelo governo central e local, voltadas principalmente nas áreas do Bem-Estar da Criança, Bem-Estar do Deficiente Físico e Intelectual, Bem-Estar para mães solteiras e viúvas e seus dependentes e Bem-Estar do Idoso.

⁴⁷ São realizadas as visitas domiciliares pelos Assistentes Sociais para conhecer a situação socioeconômica do solicitante.

Com o processo de Reforma da estrutura básica de Bem-Estar Social (1997), cada município tem sido responsável pela implantação e administração dos serviços de Bem-Estar Social para atender as demandas conforme a realidade local.

Veja abaixo, o quadro que é fundamental para uma melhor visualização das principais medidas de Bem-Estar Social no Japão.

Quadro 7: Principais medidas de Bem-Estar Social

Sujeito	Leis relevantes	Número de sujeitos (10.000 Pessoas)	Principais medidas de Bem-Estar Social
Crianças	Lei de Bem-Estar da Criança (1947) Lei de Auxílio para Criança (1971)	2.496	<p>[Desenvolvimento das Creches] Creches aprovadas: 22.387 centros Número de crianças admitidas: 1.738.802 crianças (out. '97) Número de centros não aprovados: 9.644 centros (out. '99)</p> <p>[Medidas para o desenvolvimento das crianças saudáveis] Centros de recreação para as crianças Centros comunitários para crianças: 4.267 centros Praça para crianças: 4.181 locais (out. '97) Programas pós-escolares para desenvolvimento das crianças saudáveis: 9.729 locais (maio, '98)</p> <p>[Desenvolvimento de outras instalações de Bem-Estar das Crianças] Instalações de suporte às famílias sem pai: 302 locais Instalações de suporte à auto-suficiência das crianças: 57 locais (out.'97)</p> <p>[Auxílio para Criança*] Número de beneficiários: 1.928.553 pessoas (fev.'99) - Valor do Auxílio (abril, '99) – 1º filho(a) ¥5.000,00 (R\$ 100,00) 2º filho(a) ¥5.000,00 (R\$ 100,00) A partir do 3º filho(a) ¥10.000,00 (R\$ 200,00)</p>
Famílias sem pai e viúvas	Lei de Bem-Estar para mães solteiras e viúvas e seus dependentes (1964) Lei de Auxílio para Educação da Criança (1961)	Famílias sem pai 79 Viúvas 118	<p>[Desenvolvimento das instalações de Bem-Estar das famílias sem pai – out. '97] Centros de Bem-Estar da mãe e do dependente: 74 centros Instituições para famílias sem pai: 21 locais</p> <p>[Empréstimo do fundo de Bem-Estar para famílias sem pai e viúvas] Empréstimo do fundo de Bem-Estar às famílias sem pai: 54.499 casos Empréstimo do Fundo de Bem-Estar às viúvas: 2.347 casos ('97)</p> <p>[Serviço Domiciliar**] Serviço Domiciliar para famílias sem pai</p> <p>[Auxílio para Educação da Criança***] Número de beneficiários: 649.816 pessoas - Valor do auxílio (abril, '99) –</p>

			<p>um(a) filho(a) ¥42.130,00 (R\$ 842,60) dois(as) filhos(as) ¥47.130, 00 (R\$ 942,60) Adicional em caso de três ou mais filhos(as) ¥3.000,00 (R\$ 60,00)</p>
Pessoas com deficiência física Incluindo criança	<p>Lei de Bem-Estar do Deficiente Físico (1949)</p> <p>Lei de Bem-Estar da Criança (1947)</p>	318	<p>[Instalações para reabilitações das pessoas com deficiência física – out.'97] Instalações de reabilitação: 310 locais Centros de Bem-Estar para pessoas com deficiência física: 242 locais Casas de oficina diária para pessoas com deficiência física: 213 locais Casas hospitalares para crianças com deficiência física e intelectual grave: 82 locais</p> <p>[Serviços Domiciliares] Serviços domiciliares para pessoas com deficiência física</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviço domiciliar de cuidado (<i>in-home care service</i>) • Serviços diários (<i>day services</i>) • Serviços de curta duração (<i>short-stay services</i>) <p>[Aplicação de prótese e Sistema de prestação de ajuda técnica etc. na vida cotidiana] [Auxílio para Educação especial da criança] - Valor do auxílio por pessoa com deficiência – Para classe 1: ¥50.350,00 (R\$ 1.007,00) Para classe 2: ¥33.530,00 (R\$ 670,60) [Auxílio para pessoas com deficiência específica] Valor do auxílio: ¥26.700 (R\$ 534,00)</p> <p>[Promoção para Participação Social] Programas municipais de promoção para participação social das pessoas com deficiência física Valorização do esporte para pessoas com deficiência física</p>
Pessoas com deficiência intelectual Incluindo criança	<p>Lei de Bem-Estar do Deficiente Intelectual (1960)</p> <p>Lei de Bem-Estar da Criança (1947)</p>	41	<p>[Instalações para reabilitações das pessoas com deficiência intelectual – out.'97] Instalações de reabilitação: 1.460 locais Casas de oficina para pessoas com deficiência intelectual: 919 locais Instalações para crianças com deficiência intelectual: 284 locais</p> <p>[Serviços Domiciliares] Serviços domiciliares para pessoas com deficiência intelectual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviço domiciliar de cuidado (<i>in-home care service</i>) • Serviços de curta duração (<i>short-stay services</i>) • Assistência na comunidade para vida cotidiana (<i>local livelihood assistance</i>) <p>[Promoção para Participação Social] Assistência na comunidade para vida cotidiana A “amizade” (Esporte Nacional para encontro das pessoas com deficiência intelectual)</p>
Pessoas com problema psicológico	Lei da Saúde Mental e Bem-Estar para pessoas com problema psicológico (1950)	217	<p>[Instalações para reinserção social das pessoas com problema psicológico – out.'97] Abrigo para pessoas com problema psicológico: 128 locais Casas de oficina diária: 112 locais Residências de Bem-Estar para pessoas com problema psicológico: 88 locais</p>

			<p>[Serviços Domiciliares]</p> <ul style="list-style-type: none"> Assistência na comunidade para vida cotidiana (<i>local livelihood assistance</i>) Capacitação para reinserção social
Idosos	Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha (1963)	1.825	<p>[Instalações de Bem-Estar para os idosos – out. '97]</p> <p>Residências de Cuidado Especial: 3.713 locais Centros de Serviços diários: 5.625 locais Residências de curta permanência: 33 locais Centros de apoio de longa duração: 3570 centros</p> <p>[Serviços Domiciliares]</p> <p>Apoio aos idosos que vivem em própria residência</p> <ul style="list-style-type: none"> Serviço domiciliar de cuidado (<i>in-home care service</i>) Serviços diários (<i>day services</i>) Serviços de curta duração (<i>short-stay services</i>) <p>[Programas de promoção da saúde e de vida aos idosos]</p> <ul style="list-style-type: none"> Apoio às atividades na comunidade <p>Nenlympic = Olimpíada dos idosos (Festival Nacional de Saúde e Bem-Estar do Idoso)</p>
Todos os cidadãos com dificuldade socioeconômica	Lei de Assistência Pública (1950)	89	<p>[Instalações de apoio – out.'97]</p> <p>Instalações assistenciais: 177 locais Instalações para reinserção: 17 locais Instalações médicas e de cuidado para proteção: 65 locais Casas de oficina: 67 locais Abrigo para pessoas com dificuldade socioeconômica: 13 locais</p> <p>[Tipos de Auxílios-renda]</p> <p>Oito tipos de auxílios-renda da Assistência Pública</p>

Notas: Crianças: idade de 1 ano à 18 anos; Idoso: igual ou superior de 65 anos de idade.

* Auxílio para criança é pago mensalmente à família (conforme a renda mensal e número de dependentes) até a criança completar 12 anos de idade.

** Serviço domiciliar para apoio às mães solteiras e viúvas (conforme critério de avaliação do município).

*** Auxílio para Educação da Criança é concedido mensalmente às mães solteira e viúvas (sobre critérios) até a criança completar 12 anos de idade.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, TRABALHO E BEM-ESTAR. Disponível em: <<http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol1/p1c3s3.html>>. Acesso em: 11 de setembro de 2009

Segundo a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e Bem-Estar (1999), em outubro de 1997, o número total de instituições de Bem-Estar Social no Japão era de 63.550 instalações para 2.670.488 usuários e 827.189 funcionários. Cerca de metade (51,8%) destas instituições são implantadas e operadas por organizações privadas, tais como Fundações de Bem-Estar Social de caráter caritativo e sem fins lucrativos.

Por último, a Saúde Pública constitui o quarto principal componente da Seguridade Social. Esta é gerenciada pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar, com a cooperação dos estados e municípios, para elaboração e implantação das medidas de promoção e de prevenção de saúde, como a vacinação, controle de qualidade dos remédios e de alimentos, campanhas de saúde, vigilância sanitária, além da realização de pesquisas de combate ao câncer, alergias, entre outras. Esta tem como objetivo a garantia de uma vida saudável⁴⁸ a toda população residente no Japão.

⁴⁸ Mais informações a respeito da Saúde Pública, sugere-se:
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/index.html>. Acesso em: 11 de setembro de 2009.

3 O BEM-ESTAR DO IDOSO NO JAPÃO

Esta secção visa abordar o Bem-Estar do Idoso⁴⁹ no Japão, iniciando-se, primeiramente, com apresentação dos dados demográficos do envelhecimento da sociedade japonesa, bem como as suas características e as influências sociais e econômicas. Também abordará, brevemente, as formulações do termo sobre idoso e a sua imagem após a II Guerra Mundial, contextualizando o desenvolvimento do Bem-Estar do Idoso. E por último, serão apresentados os princípios do Bem-Estar do Idoso e seus quatro elementos que orientam a elaboração e implementação das políticas e serviços de atenção ao idoso, além da prática dos Assistentes Sociais que atuam na mesma área.

3.1 O ENVELHECIMENTO DA SOCIEDADE JAPONESA

No Japão, de acordo com o Relatório Branco da Sociedade Envelhecida⁵⁰ [*Kourei Shakai Hakusho* 高齢社会白書] (2009), o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos era cerca de 28.220.000, representando a taxa⁵¹ de 22,1% da população total do país, em 2008.

Sugimoto (2008) relata que, atualmente, o Japão é uma “Sociedade Envelhecida”⁵², pois a taxa de envelhecimento da população atingiu mais de 14%. E ainda, as estatísticas indicam, conforme o quadro abaixo, que a mesma taxa poderá atingir 28,7% em 2025, e 35,7% em 2050. Isto significa que uma a cada três pessoas terá idade igual ou superior a 65 anos.

⁴⁹ Atualmente, para evitar questões de gênero e questão legal, há uma discussão que recomenda o uso do termo pessoa idosa e não o termo idoso. Porém, este trabalho utilizará o termo idoso por não encontrar literaturas que discute a respeito disso no Japão. Somente, cabe ressaltar que a única distinção de termos destinados ao idoso é entre a “pessoa velha” e o “idoso”, sobre este assunto será abordado na próxima subseção (3.2).

⁵⁰ GABINETE DE DIRETORIA-GERAL PARA POLÍTICAS DE UMA SOCIEDADE COESA. Disponível no site: http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2009/zenbun/21pdf_index.html. Acesso em 20/09/2009.

⁵¹ A taxa de envelhecimento é a relação das pessoas com idade igual ou superior de 65 anos com o número total da população. Cabe ressaltar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como pessoa idosa o indivíduo com idade a partir de 65 anos que resida nos países desenvolvidos, e com idade igual ou superior a 60 anos os residentes nos países em desenvolvimento. Mais informações no site:

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>. Acesso em 20/09/2009.

⁵² “Sociedade Envelhecida” (Aged Society): Definida pela Organização das Nações Unidas (ONU), quando a taxa de envelhecimento de uma sociedade atingir 14% ou mais. Considera-se, segundo a mesma definição, “Sociedade em Envelhecimento” (Aging Society) quando a taxa de envelhecimento alcançar 7% (SUGIMOTO, 2008, p. 08).

Quadro 8: Taxa de envelhecimento da população no Japão (%)

Ano	Taxa da população total					
	Idade igual ou superior a 65 anos			Idade igual ou superior a 75 anos		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
1960	5,1	6,4	5,7	1,3	2,2	1,7
1965	5,6	6,9	6,3	1,5	2,3	1,9
1975	7,0	8,8	7,9	2,0	3,0	2,5
1985	8,6	12,0	10,3	3,1	4,7	3,9
1990	9,9	14,2	12,0	3,7	5,9	4,8
1995	12,2	16,8	14,5	4,2	7,2	5,7
2000	14,8	19,7	17,3	5,1	9,0	7,1
2001	15,5	20,4	18,0	5,5	9,4	7,5
2003	16,5	21,5	19,0	6,2	10,3	8,3
2005	17,4	22,7	20,1	6,9	11,2	9,1
2010	19,6	25,3	22,5	8,4	13,1	10,8
2015	22,8	28,9	26,0	6,8	15,0	12,5
2020	24,4	31,0	27,8	11,2	17,0	14,2
2025	25,0	32,1	28,7	13,3	19,8	16,7
2050	31,1	39,7	35,7	17,0	25,5	21,5

Fonte: CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE LONGEVIDADE SOCIAL, 2006, *apud* SUGIMOTO, 2008, p. 9.

Segundo Sugimoto (2008), o envelhecimento populacional é um efeito combinado por dois fenômenos: o aumento da longevidade, diretamente associado com a melhoria na vigilância sanitária, o avanço da medicina e o fácil acesso aos tratamentos de saúde; e a acentuada queda nas taxas de fecundidade.

Em 1955, a expectativa de vida no Japão era de 63,60 anos para os homens e 67,75 anos para as mulheres. Entretanto, no espaço de 50 anos, este número aumentou mais 14,93 anos para os homens e 17,74 anos para as mulheres. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, TRABALHO E BEM-ESTAR, 2005, *apud* SUGIMOTO, 2008).

Em relação às taxas de natalidade, em 1947, a média de parto de cada mulher ao longo da sua vida era 4,54 filhos (as), porém, em 2005, o número diminuiu para 1,26 filhos (as) (SUGIMOTO, 2008). Assim, nos últimos anos, os estudiosos e a mídia utilizam, também, o termo “Sociedade Envelhecida com Declínio da Natalidade” [*Shoushi Kourei Shakai* 少子高齢社会], e não somente “Sociedade Envelhecida”, pois, o aumento da longevidade e a queda da taxa de fecundidade são dois fenômenos que estão ocorrendo simultaneamente no Japão (NAKATANI, 2002).

O envelhecimento populacional no Japão apresenta três principais características: rápida velocidade; a alta despesa pública; e diminuição da prática do cuidado familiar (SASAGAWA, 2000).

O Japão é atingido mais rapidamente pelo envelhecimento populacional, em comparação a outros países. Após entrar na classificação da “Sociedade em Envelhecimento”, em 1970, a taxa de 7% da população com idade igual ou superior a 65 anos dobrou somente em 24 anos. A França, por exemplo, levou 115 anos (SUGIMOTO, 2008) para desenvolver o mesmo quadro. Veja, abaixo, o quadro comparativo da velocidade de envelhecimento em alguns países:

Quadro 9: Quadro comparativo da velocidade de envelhecimento entre alguns países

Países	Anos em que as taxas de população com idade igual ou superior a 65 anos foram (serão) alcançadas		Anos necessários
	07%	14%	
Japão	1970	1994	24 anos
Estados Unidos	1942	2014	72 anos
Inglaterra	1929	1976	47 anos
Alemanha	1932	1972	40 anos
França	1864	1979	115 anos
Suécia	1887	1972	85 anos
Itália	1927	1988	61 anos

Fonte: CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE LONGEVIDADE SOCIAL, 2006, *apud* SUGIMOTO, 2008, p. 12.

De acordo com Sasagawa (2000), a idade de aposentadoria foi calculada sobre 60% do período de trabalho da vida de cada pessoa. Isto é, enquanto a expectativa de vida era, em média, 60 anos, o tempo estipulado de trabalho era de 36 anos, representado em um tempo médio de vida pós-aposentadoria de apenas 4 anos. Porém, a mesma autora relata que no Japão, a rápida velocidade do envelhecimento populacional não possibilitou a elaboração de um sistema social apto a esta tendência. Como resultado disso, atualmente, com a expectativa de vida tendo chegado aos 80 anos, as pessoas se aposentam aos 60 ano à 65 anos de idade, aumentando cada vez mais o número de aposentados e, conseqüentemente, as despesas públicas, já que o tempo

médio de vida após aposentado aumentou significativamente de 4 anos para aproximadamente 20 anos.

Outra questão a ser discutida é a alta despesa pública nas áreas de saúde acarretada pelo aumento do número de pessoas a partir de 75 anos de idade. Esta população, em 1985, representava uma taxa de 3,9%. Entretanto, em 2005, a mesma taxa aumentou para 9,1%. Isso significa que em 20 anos, o número de pessoas desta idade dobrou. (CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE LONGEVIDADE SOCIAL, 2006, *apud* SUGIMOTO, 2008, p. 09)⁵³. Segundo Sasagawa (2002), enquanto as pessoas a partir de 65 anos à 74 anos de idade ainda, em muitos casos, são saudáveis, as pessoas a partir de 75 anos apresentam maiores sintomas de doenças fisiológicas, psicológicas, incapacidade funcional etc. Conforme o quadro abaixo, percebe-se que a faixa etária de 75 anos acima são os que mais frequentam ou internam nos hospitais.

⁵³ Para melhor visualização, ver o quadro 8.

Quadro 10: Número de internações e consultas médicas de acordo com diferentes faixas etárias, em 1996 (100.000 pessoas)

	Internação			Frequência no hospital		
	Média	Masculino	Feminino	Média	Masculino	Feminino
TOTAL	1.176	1.133	1.218	5.284	5.080	6.539
	(1.146)*	(1.129)	(1.162)	(5.589)	(4.904)	(6.249)
0 anos	1.513	1.527	1.498	5.872	6.261	5.462
01~04	218	249	186	5.706	5.939	5.462
05~09	160	186	134	3.834	4.019	3.640
10~14	146	160	130	2.150	2.244	2.052
15~19	196	219	171	1.916	1.779	2.060
20~24	309	290	329	2.562	1.951	3.199
25~34	488	408	570	3.271	2.465	4.099
35~44	577	659	494	3.533	3.143	3.930
45~54	935	1.114	757	4.932	4.276	5.585
55~64	1.567	1.898	1.253	8.110	7.359	8.825
65~69	2.222	2.636	1.854	11.940	11.153	12.640
70~74	3.027	3.320	2.810	15.659	14.724	16.349
75~79	4.400	4.450	4.370	17.073	16.894	17.182
80~84	6.460	5.868	6.789	16.049	16.464	15.818
Idade igual ou superior a 80	10.098	8.277	10.885	13.785	15.261	13.166
Idade igual ou superior a 65	4.058	3.834	4.215	14.509	13.896	14.940
Idade igual ou superior a 70	5.023	4.610	5.279	15.861	15.673	15.977
Idade igual ou superior a 75	6.358	5.645	6.749	15.996	16.440	15.756
Idade igual ou superior a 90	12.249	9.625	13.168	11.589	13.007	11.093

* Os valores inseridos em () são do ano de 1993.

Fonte: MINISTÉRIO DE SAÚDE E BEM-ESTAR, 1996, *apud* SASAGAWA, 2000, p. 147.

Além do rápido envelhecimento populacional da sociedade japonesa, que acarreta em um aumento considerável das despesas públicas, tem-se a diminuição da prática do cuidado familiar, ligada diretamente à mudança da estrutura de família. Segundo Kuriki (2000), “Era uma tradição⁵⁴ no Japão, o filho mais velho viver com seus pais idosos e dar apoio financeiro a eles,

⁵⁴ Essa tradição foi mantida pelo sistema de família [*Ie-Seido* 家制度]. Com a influência do patriarcalismo feudal, o Código Civil da era *Meiji*. (1868-1912) determinava que o filho mais velho deveria herdar toda fortuna e o direito patriarcal [*Koshu Ken* 戸主権] da família, porém, este sistema foi abolido logo após a II Guerra Mundial (INOUE, 2005, p. 160).

enquanto a sua esposa cuidava dos mesmos. Esta prática se enraizou na sociedade agrícola pré-moderna e foi mantida por mais de 100 anos” (p.12). Entretanto, o mesmo autor relata que com o progresso da modernização houve a industrialização da sociedade, provocando a redução das atividades agrícolas, a migração das pessoas para as grandes cidades e a inserção das mulheres no mercado de trabalho, alterando a estrutura familiar e a prática do cuidado em família.

De acordo com Ookubo (2008), na década de 1970, a maioria das famílias convivia em três gerações (avós, pai/ mãe e filhos(as)), sendo raro os casos de idosos que viviam separados das suas famílias. Porém, com o avanço econômico, os agricultores e os autônomos tornaram-se empregados assalariados, aumentando a concentração da população em grandes cidades. Neste contexto, a redução do tamanho de família, isto é, família nuclear, possibilitava às pessoas uma melhor produtividade, pois podiam mudar facilmente às localidades onde se concentravam os trabalhos.

A figura abaixo mostra como nos últimos anos a convivência tradicional de família foi alterada. Percebe-se que, em 1980, a família composta por três gerações em convivência representava 50,1%, e somente 10,7% dos idosos viviam sozinhos. No entanto, em 2005, a primeira forma de convivência diminuiu para 21,3%, enquanto a taxa de idosos que vivem sozinhos aumentou para 22,0%. Também nota-se o crescimento do número de casais compostos por idosos que vivem sozinhos representando 16,2% em 2005.

Figura 1: Taxas de transição das diferentes composições familiares que possui membros idosos*

	idosos que vivem sozinhos	Família composta por casal de idosos que vivem sozinhos	Família composta por duas gerações (casal de idosos e seu(a) filho(a) solteiro(a) em convivência	Família composta por três gerações (avós, pais e filhos(as)) em convivência	outras
1980 -	10,7	16,2	10,5	50,1	12,5
1985 -	12,0	19,1	10,8	45,9	12,2
1992 -	14,9	21,4	11,8	39,5	12,4
1995 -	17,3	24,2	12,9	33,3	12,2
1998 -	18,4	26,7	13,7	29,7	11,6
1999 -	18,2	27,7	15,2	27,3	11,6
2000 -	19,7	27,1	14,5	26,5	12,3
2001 -	19,4	27,8	15,7	25,5	11,6
2002 -	20,2	28,6	15,6	23,7	11,8
2003 -	19,7	28,1	15,8	24,1	12,3
2004 -	20,9	29,4	16,4	21,9	11,4
2005 -	22,0	29,2	16,2	21,3	11,3

* Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos

Fonte: CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE LONGEVIDADE SOCIAL, 2006, *apud* SUGIMOTO, 2008, p. 16.

Também, ratificando-se com Ookubo (2008, p. 152), cabe ressaltar que o fato dos idosos conviverem com os seus filhos(as) na mesma casa não garante o cuidado. “Não é mais válida a idéia de que a mulher deve ficar em casa para cuidar do idoso”⁵⁵. Além disso, há dificuldade de realizar o cuidado dos idosos, pois, muitas residências japonesas não possuem estrutura física adequada para este processo (OOKUBO, 2008).

Segundo Kuriki (2000), a longevidade é um dos fatores que contribui na “falha” da prática do cuidado familiar. Pois, ao mesmo tempo em que a longevidade é um fenômeno a ser

⁵⁵ Contudo, cabe ressaltar, de acordo com Nishio (1994, *apud* NG, 2007), as mulheres exercem o papel de cuidadores nas famílias muito mais do que os homens. “Os homens idosos em situação de dependência são cuidados pelas suas esposas (61%) e pelas noras (21,7%), mas as noras se tornam cuidadoras das mulheres idosas em situação de dependência muito mais do que seus maridos, representando 50,4% e 11,4% respectivamente” (p. 39).

comemorado, prolonga o período de cuidado dos idosos em situação de dependência, fazendo surgir casos de “abuso contra os idosos”, que inclui a violência, abuso verbal, negligência psicológica, negligência nos cuidados, entre outros⁵⁶. Além disso, o envelhecimento da população fez surgir um novo fenômeno chamado “elderly-elderly care”⁵⁷. São frequentes o uso dos termos como “Cuidado Infernal” [*Kaigo jigoku* 介護地獄] e “Cuidado Assassino” [*Kaigo Satsujin* 介護殺人] na mídia e nas literaturas para referir ao crescente número de suicídios dos cuidadores (um dos membros da família) que levam junto consigo o idoso em situação de dependência, além dos homicídios cometidos pelos mesmos em função de estresse, cansaço e depressão provocados pelos longos anos de cuidado. Para ilustrar um dos casos, segue abaixo um recorte do noticiário apresentado no dia 9 de novembro de 2009, pelo *Asahi Shibun* 朝日新聞⁵⁸.

Por volta das 08:40 da manhã, do dia 7, na cidade de *Kizugawa* 木津川, Sr. Arita Jyuzou foi encontrado morto em cima da cama de sua residência pelo seu filho mais velho (61). Segundo a polícia local, a esposa (80) do Sr. Arita estava caída no chão de costas ao lado da cama deles junto com uma nota de suicídio escrita pela mesma: “Estou cansada de cuidar dele. Vou levá-lo junto”. A esposa recebeu tratamento no hospital, e não há risco de vida.

Segundo a polícia, o casal vivia sozinho, sendo que há 4 anos a esposa cuidava do Sr. Arita acamado pelo infarto cerebral. A esposa declarou na hora de ser transportada que havia “envenenado o seu marido com inseticida, e depois tomou também”. Foi encontrado inseticida líquido na sua residência. A polícia está pesquisando sobre a suspeita de que a esposa envenenou o Sr. Arita, e depois tentou se matar.

MANCHETE DO JORNAL ASAHI.

Disponível em: <<http://www.asahi.com/kansai/news/OSK200911090039.html>>.

Acesso em: 09 de novembro de 2009.

⁵⁶ Cabe ressaltar que, de acordo com Osakami (2006), quando não há serviços de Bem-Estar às pessoas idosas em situação de dependência disponíveis nas “comunidades” locais, os cuidadores informais (familiares) que possuem problemas em relação ao cuidado tentam resolver os mesmos entre a família. Assim, estas famílias acabam se isolando da “comunidade”, agravando cada vez mais os problemas em relação ao cuidado, e conseqüentemente à sociedade. Percebe-se que a “falha” ocorre não pelo aumento da longevidade e /ou com o crescimento da população idosa, mas pela falta de medidas e políticas públicas para atender estas novas tendências.

⁵⁷ “For example, the cases are increasing where a wife in her eighties cares for her husband who in his nineties or a daughter-in-law in her seventies cares for her parent or parent-in-law who is in hi/her nineties. It is needless to say that elderly-elderly care is a severe phenomenon, and it sometimes results in the tragedies of suicides of the care givers or mass suicides of the care givers and the cared” (KURIKI, 2000, p. 13).

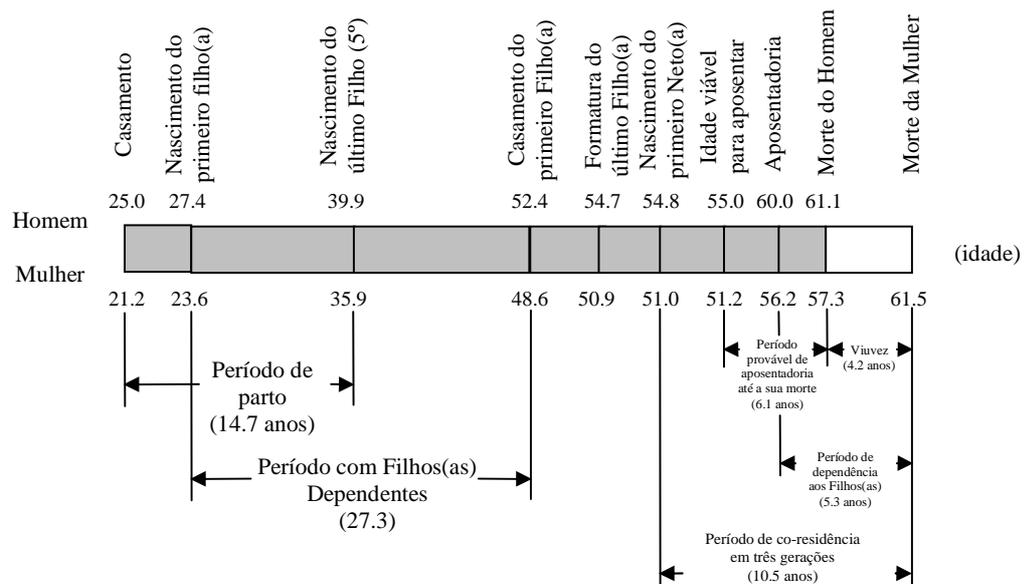
⁵⁸ *Asahi Shinbun* é uma das imprensas mais influentes do país.

Para Sugimoto (2008), a maior longevidade alterou drasticamente o ciclo de vida das pessoas, bem como as interpretações e a maneira de viver a velhice, exigindo novas medidas sociais. Isso pode ser observado nas figuras ilustrativas abaixo, que comparam o ciclo de vida de dois diferentes períodos.

Conforme a figura 2, em 1920, ao focar na idade avançada das pessoas, havia, em média, um período de 6,1 anos a partir da idade viável para aposentadoria do homem até a sua morte. Ainda, o tempo de dependência e / ou co-residência e da sua esposa com a família de um dos seus filhos(as) era 5,3 anos. Para a mulher, o período de viuvez era 4,2 anos (SUGIMOTO, 2008).

Figura 2: Alteração no ciclo de vida (1920)

1920

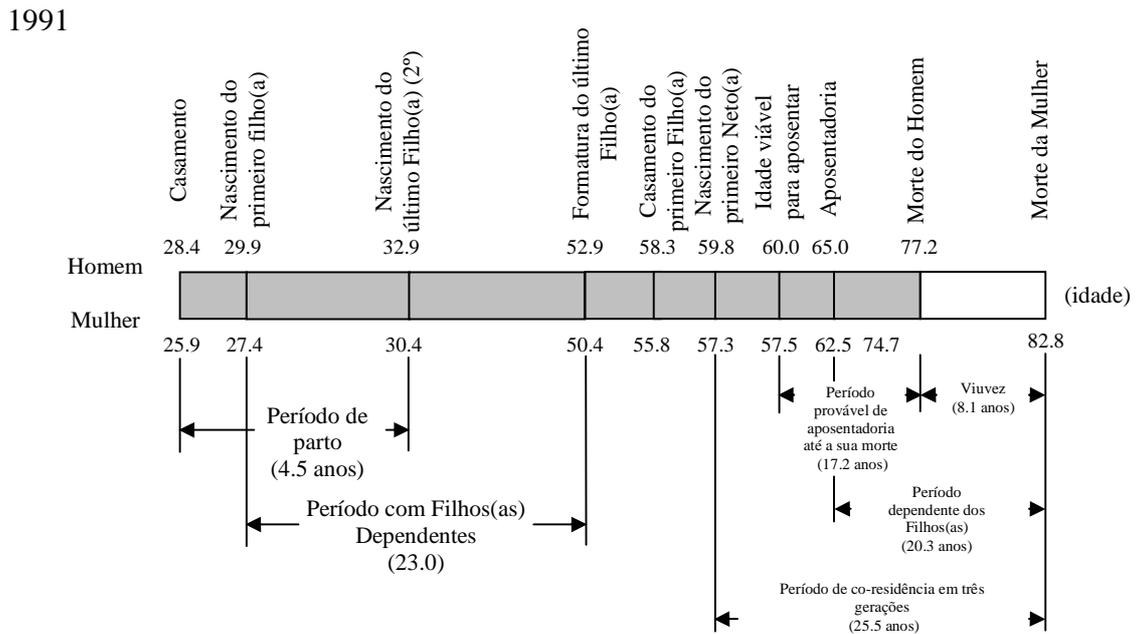


Fonte: ASSOCIAÇÃO DE ESTATÍSTICAS DE SAÚDE E BEM-ESTAR, 1992, *apud* SUGIMOTO, 2008, p. 14.

Contudo, em 1991, havia, em média, um período de 17,2 anos a partir da idade viável para aposentadoria do homem até a sua morte. Isso significa que houve prolongamento de aproximadamente 11 anos, em comparação com o ano de 1920. Em relação ao tempo de

dependência e /ou co-residência com a família de um dos seus filhos (as), este aumentou para 20,3 anos. E o período de viuvez da mulher passou para 8,1 anos (SUGIMOTO, 2008).

Figura 3: Alteração no ciclo de vida (1991)



Fonte: ASSOCIAÇÃO DE ESTATÍSTICAS DE SAÚDE E BEM-ESTAR, 1992, *apud* SUGIMOTO, 2008, p. 14.

A seguir, serão abordadas as formulações do termo sobre o idoso e a sua imagem, juntamente com a contextualização do desenvolvimento do Bem-Estar do Idoso após a II Guerra Mundial até o presente momento. De acordo com Nakamura (2002), houve institucionalização do idoso e da velhice para possibilitar a elaboração e implantação das políticas de Bem-Estar do Idoso, e isso predominou na sociedade japonesa provocando estereótipos e pré-conceitos (*ageism*⁵⁹) sobre os mesmos.

⁵⁹ Segundo Toba (2005), o termo *ageism* ainda não é utilizado com muita frequência no Japão. Este se refere às violências praticadas contra idosos, preconceitos só pelo fato de ter idade avançada e entre outros. A mesma autora discute que *ageism* é praticada por muitas pessoas, inclusive pelos profissionais que atuam na área do idoso, sem as mesmas perceberem como, por exemplos, conversar com os idosos com vocabulários fácieis e lentos, elaborar programas e jogos semelhantes aos utilizados com as crianças etc.

3.2 O DESENVOLVIMENTO DO BEM-ESTAR DO IDOSO E AS FORMULAÇÕES DO TERMO SOBRE O IDOSO E A SUA IMAGEM

No Japão, o assunto sobre o tratamento para o idoso vem sendo discutido, principalmente, após a II Guerra Mundial (1945), intensificando a elaboração de medidas e políticas sociais de atenção a esta população.

Até o período anterior, mais precisamente entre o final do século XIX até o início do século XX, a maioria dos idosos vivia com a sua família ou na vila, pois havia um Sistema de Família [*Ie-Seido* 家制度]⁶⁰ e de ajuda mútua estabelecidos no Código Civil da era *Meiji* (1898). Este sistema determinava o chefe da família (exclusivo do homem) como autoridade absoluta e, com base na ética confucionista, prevalecia a idéia de dominação dos homens sobre as mulheres. O filho mais velho, quando chegava a uma determinada idade, herdava toda fortuna, o direito patriarcal da família e a obrigação de sustentar e respeitar os seus pais idosos [*keirou* 敬老], cabendo a sua esposa o cuidado dos mesmos em caso de doença. Além disso, as vilas se organizavam coletivamente para dar suporte aos idosos nas situações em que a família estivesse passando por dificuldades. Portanto, somente poucos idosos eram alvos das leis e sistemas de auxílio para os pobres⁶¹ oferecidos pelo governo ou amparados nos ‘asilos’ [*Yourou in* 養老院] construídos pelas ativistas do pensamento confucionista (NAKAMURA R., 2002).

Com o término da Segunda Guerra Mundial, conforme mencionado na secção anterior, o Japão iniciou o processo de democratização e desmilitarização comandado pelo GHQ. A nova Constituição Japonesa de 1947 definiu no artigo 25, o direito a vida e a garantia do mínimo padrão de vida. Para promoção destes direitos, ou melhor, com objetivo de atender as demandas

⁶⁰ De acordo com Nobuti (2002, *apud* KUBOTA, 2004), ao entrar no período moderno (final do século XIX até o início do século XX), o sistema de família foi implementado pelo governo *Meiji* como ideologia tradicional do povo para transferir ao mesmo a responsabilidade de resolver o problema do idoso.

⁶¹ Em 1874, foi criado pelo governo *Meiji* (1868-1912) um Sistema de Auxílio, conhecido como “Regulamento de Auxílio para os Pobres”⁶¹ [*Jyutsukyu Kisoku* 恤救規則] (1874), que distribuía o equivalente a 270kg [*hitokoku hatto* 一石八斗] de arroz anualmente às pessoas em extrema condição de pobreza, incluindo a pessoa idosa com idade igual ou superior a 70 anos sem família, expulso da vila e /ou incapacitado para trabalhar por motivo de doença grave. Este Sistema foi substituída pela Lei de Assistência [*kyugo ho* 救護法], em 1929, para atender as novas demandas como desemprego, pobreza provocadas pelo avanço da industrialização, Primeira Guerra Mundial (1914-1918), Grande Depressão Econômica, terremotos e entre outras. Esta lei estabelecia como público-alvo as pessoas que por motivo de doença ou pela idade avançada (a partir de 65 anos de idade) não conseguiam trabalhar e oferecia assistência médica, assistência à subsistência, assistência de parto e assistência ao trabalho (NAKAMURA R., 2002).

consequentes da derrota e do término da guerra, foram estabelecidas a Lei de Bem-Estar da Criança (1947), a Lei de Bem-Estar do deficiente físico (1949) e a Lei de Assistência Pública⁶² (1950), substituindo a lei e as medidas de auxílio para os pobres existentes até então. Também, houve a falência do tradicional Sistema de Família, modificando os valores e *status* do idoso, bem como a estrutura familiar existente até então (SUGIMOTO, 2008).

O avanço econômico, que se intensificou a partir do ano de 1955, acarretou na migração em massa dos camponeses para as grandes cidades. Isso levou ao despovoamento nas áreas rurais e superlotação das áreas urbanas, além da rápida nuclearização da família (NAKAMURA R., 2002). Segundo Kubota (2004), até o período anterior ao término da guerra, o pensamento patriarcal determinava que o filho mais velho deveria herdar o negócio da família e viver na casa em que nasceu protegendo a todos. Porém, esta tradição foi alterada pela mudança do padrão de vida pós-guerra condicionada não somente pela democratização, mas com o aumento da população que passou a viver com empréstimos, diminuindo a forma de convivência entre três gerações e, por outro, aumentando número de casais idosos e solteiros(as), viúvos(as) e divorciados(as), que vivem separados das suas famílias (seus filhos(as), netos(as) etc).

Em 1961, foi instituído o Sistema Universal de Seguros para garantia do acesso à saúde e estabilidade econômica a todo o cidadão (incluindo os autônomos, trabalhadores informais e donas-de-casa) também, em 1963, estabeleceu-se a Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha com objetivo de atender as novas tendências que envolviam os idosos, por exemplos, limite do cuidado familiar, instabilidade na vida cotidiana, entre outras (NAKAMURA R., 2006).

A Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha (1963) define, no seu artigo 2º:

A pessoa velha deve ser respeitada e amada como aquela que tem contribuído ao longo dos anos para o avanço da sociedade e que possui uma vasta sabedoria e experiência, além de ser assegurada uma vida digna de ser vivida com saúde e tranquilidade. (Tradução nossa).

⁶² A Lei de Assistência Pública legalizou os asilos existentes até então, modificando o nome para Instituição de Cuidado do Velho [*Yourou Shisetu* 養老施設], para institucionalizar os idosos com dificuldade socioeconômica e garantir o mínimo padrão de vida dos mesmos. Cabe ressaltar que esta foi a única medida de atenção à pessoa idosa, fundamentada pela lei do país, até o estabelecimento da Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha, em 1963 (SUGIMOTO, 2008, p. 80).

Para Ookubo (2008), esta lei permite uma compreensão do idoso enquanto pessoa aposentada que merece um respeito especial. Assim, a mesma ressalta a necessidade de respeitar a dignidade e direito do idoso enquanto um indivíduo, e não somente o respeito por ser idoso.

Segundo Kubota⁶³ (2004), a imagem do idoso foi alterada pelo desenvolvimento industrial enquanto “fraco” [*jyakusha* 弱者], “deficiente” [*shougai ga aru mono* 障害がある者], e ainda mais como “incapacitado” [*muno* 無能], “ineficiente” [*kouritu no waru* 効率の悪い] e “praga da nação” [*kokka no yakkai mono* 国家の厄介者] no sistema econômico capitalista. Além disso, o idoso no âmbito familiar passa a ser visto como um fraco por ter baixa capacidade de produção.

Também, de acordo com Nakamura R. (2006), entra a década de 1950 e a década de 1960, o Estado japonês via a necessidade de “modernizar” as políticas e sistemas de proteção aos idosos, para seguir os exemplos de países como França e Inglaterra. Porém, ainda prevalecia fortemente o respeito ao idoso [*keirou seishin* 敬老精神] no pensamento dos japoneses, sendo difícil o governo encontrar as bases para implementação das políticas de Bem-Estar do Idoso. Nessa perspectiva, problematizou o idoso por intermédio da mídia (televisão, jornais), divulgando oficialmente os resultados de dados estatísticos da pesquisa (alta taxa de suicídio do idoso, reais condições dos idosos que vivem sozinhos, entre outras) e os assuntos tratados na Assembléia Nacional, provocando o “*Boom do idoso*”⁶⁴. Com esta “campanha”⁶⁵, realizada pelo governo, foi instituída a nova imagem do idoso, possibilitando ao Estado traçar uma direção das políticas de Bem-Estar do Idoso. O “idoso” que seria a base desta nova política era “idoso com dificuldade socioeconômica”, “idoso que responde um determinado critério” e “idoso alvo do Bem-Estar”. Portanto, para Nakamura R., (2002), o idoso e a velhice foram “institucionalizados” [*seido ka* 制度化], ou seja, ao invés de focar na individualidade, na peculiaridade e na diversidade do idoso e da velhice, construiu-se uma imagem estereotipada e com base nesta foram desenvolvidas os sistemas e as políticas de Bem-Estar do Idoso no Japão.

Em relação aos termos destinados ao idoso, Kubota (2004) relata que o termo “idoso” [*koureisha* 高齢者] foi introduzido a partir da década de 1960 para substituir o até então

⁶³ Kubota (2004) sob análise de literaturas de diversos autores como DOI, 2002; HIDAKA, 1965; YASUKAWA, 2002; etc.

⁶⁴ (MINISTÉRIO DE SAÚDE E BEM-ESTAR, 1961, *apud* NAKAMURA R., 2006, p. 105).

⁶⁵ Para Campbell (1996, *apud* NAKAMURA R., 2006) as implementações das políticas e medidas de Bem-Estar do Idoso que se intensificaram na década de 1970 não ocorreram pelas manifestações espontâneas da sociedade civil, mas pela “campanha” governamental.

chamado “pessoa velha” [*roujin* 老人]. Isso, porque, com as mudanças da imagem do idoso e da qualidade de trabalho, bem como o aumento da longevidade, fazia-se necessário rever o entendimento sobre o “velho”. Segundo o mesmo autor, o termo idoso apagou todos os valores e significados que continham na “pessoa velha”, transformando-a em um “idoso”, isto é, uma pessoa com idade avançada. Também, observa que historicamente, os idosos a partir de 60 anos de idade tinham uma elevada posição social com poder de opinião e decisão, mas a alteração do termo mostra que o idoso perdeu a sua função e respeito, não somente dentro da família, mas perante a sociedade após a II Guerra Mundial, com o fim do sistema de família e com a introdução de novos valores democráticos⁶⁶.

A outra terminologia presente para demarcação do que vem a ser “idoso” é pela idade. De acordo com Shibuya (2003, *apud* NAKAMURA R., 2006), a idade, ao lado da classe, gênero e etnia, era uma categoria fundamental na sociedade moderna, pois apresentava uma posição social de um indivíduo, além de ser uma essência formadora da identidade social. A idade indicava a possibilidade de impor atribuições correspondentes a cada classe (segmento) e, por isso, foi fortalecida pelos sistemas sociais, inclusive pelo Estado de Bem-Estar do século XX. Na Lei de Bem-Estar do Idoso (1963), por exemplo, não há artigo específico que estabelece a pessoa idosa por determinada idade⁶⁷, contudo, cita em vários artigos as pessoas com idade a partir de 65 anos como público-alvo das instituições e serviços de Bem-Estar do Idoso. Portanto, compreende-se que a pessoa a partir de 65 anos é idosa. Também, de acordo com Sasagawa (2002), em 1950, a OMS estabeleceu como pessoa idosa o indivíduo a partir de 65 anos idade residente nos países desenvolvidos e, desde então, é utilizado como um parâmetro para diferenciar o idoso dos outros⁶⁸. Atualmente, há dois termos que distinguem o idoso pela idade: o mais novo [*zenki koureisha* 前期高齢者 – *young old*] e o mais velho [*kouki koureisha* 後期高齢者 – *old old*]. O primeiro destina-se aos idosos a partir de 65 até 74 anos de idade e o outro a partir de 75 anos de

⁶⁶ Cabe ressaltar que, atualmente, a maioria das leis, políticas, sistemas e serviços voltados ao idoso utiliza o termo “idoso”, porém, há leis como, por exemplo, a Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha (1963) que mantém o termo “pessoa velha”.

⁶⁷ Isso, pois, no Brasil, a Política Nacional do Idoso – PNI (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994) define no seu artigo 2º: “Considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade”.

⁶⁸ Sasagawa (2002, p. 164) relata que a distinção da pessoa idosa pela idade a partir de 65 anos é até hoje presente, e aborda a necessidade de atualizar esta idade, conforme a realidade atual. Pois, esta foi estabelecida em 1950, e em comparação com aquele período, houve uma mudança no ambiente social, na condição física e mental, bem como na consciência das pessoas, além do aumento de 4 a 5 anos na expectativa de vida da população, em comparação com o ano de 1955, no qual era 73,35 para homens e 78,76 para as mulheres.

idade. Estas definições foram estabelecidas, pois, considera-se que os idosos mais novos, em comparação com os mais velhos, possuem necessidades distintas. Isto é, enquanto em muitos casos os idosos mais novos são saudáveis, os idosos mais velhos frequentemente apresentam demências e dependências para realização dos cuidados cotidianos⁶⁹ (SUGIMOTO, 2008, p. 12-13).

A Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha (1963) foi a primeira lei do mundo elaborada especificamente ao idoso⁷⁰. Esta define, no seu artigo 1º, o objetivo:

Artigo 1º: Esta lei visa esclarecer princípios relacionados ao Bem-Estar da Pessoa velha, e com isto tomar medidas necessárias para manutenção da saúde física e intelectual e da estabilidade da vida cotidiana dos mesmos, além de promover o Bem-Estar da Pessoa velha⁷¹. (Tradução nossa).

Segundo Tsumura (2008), a Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha visa esclarecer os princípios relacionados às medidas abrangentes ao Bem-Estar do idoso (garantia da renda, emprego, habitação etc.) e estabelecer as propostas de serviços de Bem-Estar e de Saúde para atender as necessidades específicas do idoso. Também, a mesma lei definiu os regulamentos relacionados à implantação de Residências Privadas da Pessoa Velha [*Roujin Yuryou Home* 老人有料ホーム], compartilhando com o mercado a proteção dos idosos. Contudo, adverte-se que, diferente de hoje, as residências públicas eram somente para os idosos de baixa renda.

No primeiro momento após o estabelecimento da Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha, foram tomadas as medidas para implementação das instituições de cuidado dos idosos de baixa renda, ampliando o número das Residências de Cuidado da Pessoa Velha⁷² [*Yougo Roujin Home* 養護老人ホーム], além da construção de Residências de Cuidado Especial da Pessoa Velha [*Tokubetu Yougo Roujin Home* 特別養護老人ホーム] e de Residências de Baixo Custo para

⁶⁹ Com esta distinção entre idosos mais novos e mais velhos, o governo japonês implementou, em 2008, o Sistema de Saúde para os Idosos a partir de 75 anos de idade, obrigando aos mesmos o pagamento do seguro de saúde. Sobre este sistema já foi mencionado brevemente na subsecção 2.2.

⁷⁰ TSUMURA, 2008, p. 119.

⁷¹ 第1条 この法律は、老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、持つて老人の福祉を図ることを目的とする。

⁷² Com o estabelecimento da Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha, a Instituição de Cuidado do Velho [*Yourou Shisetu* 養護施設] passou a ser estabelecida em termos da mesma lei, não mais pela Lei de Assistência Pública (1950). Também, com isso o nome mudou para “Residência de Cuidado da Pessoa Velha”.

Pessoa Velha [*Keihi Roujin Home* 軽費老人ホーム]⁷³. Ainda no mesmo período, o Conselho de Política de Qualidade de Vida [*kokumin Seikatsu Shingi Kai* 国民生活審議会 – *Quality-of-life Policy Council*] apresentou um relatório que debate o problema dos idosos com título “Os problemas das pessoas velhas que irão agravar daqui em diante” [*Shinkoku ka suru korekarano roujin mondai* 深刻化するこれからの老人問題]. A partir de então, as discussões em torno da necessidade das medidas de enfrentamento ao rápido envelhecimento da sociedade e as altas taxas de longevidade começam a receber destaque na sociedade (SUGIMOTO, 2008).

Em 1972, houve Conferência para discutir as melhorias nas Residências da Pessoa Velha, isto é, transformar as mesmas em um local para viver [*seikatsu no ba* 生活の場] e não mais em um local de institucionalização [*shuyou no ba* 収容の場]. Posteriormente, esta idéia influenciou na melhoria da qualidade das condições de Residências da Pessoa Velha como, por exemplo, na individualização dos quartos e nos serviços de refeição ao estilo *buffet* (SUGIMOTO, 2008).

O ano de 1973 foi conhecido como “Ano de Bem-Estar”, pois foram implementadas uma série de medidas e serviços de Bem-Estar Social sob o alto crescimento econômico. Neste mesmo ano, houve a reforma da Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha, que elaborou o Sistema de provisão de custos de saúde a pessoa velha [*Roujin iryouhi shikyuu seido* 老人医療費支給制度], excluindo o co-pagamento do custo de saúde dos idosos a partir de 70 anos e dos acamados com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos no Sistema público de Seguro de Saúde.

A partir do ano de 1975, a importância do Bem-Estar na Residência [*Jyuutaku Fukushi* 住宅福祉] e Bem-Estar na Comunidade⁷⁴ [*Tiiki Fukushi* 地域福祉] começa ser enfatizada. Assim, entre o ano de 1978 à 1979, foram implementadas as Residências de curta permanência (*Short-stay home*) e Centros de Serviços diários (*Day Services Centers*), completando os Serviços de Ajuda Residenciais⁷⁵ (*Home Help Service*) estabelecidas desde o ano de 1962. Estas passaram a

⁷³ Atualmente, para citar estas três residências ao mesmo tempo são chamadas de forma simplificada como “Residências da Pessoa Velha” [*Roujin Home* 老人ホーム].

⁷⁴ Segundo Ookubo (2008), o Bem-Estar na Residência e na “Comunidade” começaram a ser discutidos com o princípio da Normalização (será discutida na seguinte subseção), transferindo o local de “vivência” dos idosos para as suas “comunidades” e residências, e não somente nas instituições.

⁷⁵ De acordo com Kuriki (2000), este serviço começou como organização não governamental (ONG) da sociedade, principalmente das “donas-de-casa”, para prover serviços de cuidado, em diversas cidades do Japão após a II Guerra Mundial.

ser chamadas de três bases do Bem-Estar na Residência [*Juutaku Fukushi no 3 bom bashira* 住宅福祉の3本柱], iniciando uma nova era do Bem-Estar na Residência (SUGIMOTO, 2008).

De acordo com Yamato (2006, *apud* NG 2007), o Bem-Estar na Residência e na “Comunidade”⁷⁶ eram limitados e oferecidos somente para os pobres. Por conta disso, as famílias que possuíam membros idosos dependentes do cuidado de longa duração começaram a reivindicar a ampliação das medidas de cuidado ao governo. Osakami (2006) relata que as médias de Bem-Estar na Residência foram elaboradas para que os idosos pudessem continuar vivendo na sua “comunidade” e na própria casa, mesmo com necessidade de cuidados. Entretanto, na realidade, prevalecia, em primeiro lugar, a família como responsável dos cuidados dos idosos dependentes, e o Estado era somente um “complemento” (p. 249). Assim, principalmente a partir do ano de 1980, a mídia e a sociedade começam destacar os termos como “Idoso cuidando do Idoso”⁷⁷ [*Rou rou kaigo* 老老介護], “Cuidado infernal” e “Cuidado Assassino”, denunciando o limite do cuidado familiar.

Em 1982, foram instituídos os Serviços de Ajuda Residenciais com um determinado valor para ser disponibilizado a toda população sem critério de renda⁷⁸. No mesmo ano, a Lei de Saúde da Pessoa Velha [*Roujin hoken ho* 老人保健法] foi estabelecida na tentativa de solucionar o problema de altas despesas médicas dos idosos, abolindo o sistema de provisão de custo de saúde ao idoso⁷⁹. Além do mais, esta lei determinou as ações de prevenção e promoção de saúde⁸⁰ e reabilitação dos idosos, além da elaboração dos Planos de Bem-Estar da Pessoa Velha [*Roujin fukushi keikaku* 老人福祉計画] e Plano de serviços de Seguro de Cuidado de Longa Duração [*Kaigo hoken jigyou keikaku* 介護保険事業計画] em todos os municípios. Ou seja, cada município passou a ser responsável pelos planejamentos e implementações destas ações e serviços, conforme a realidade local (OOKUBO, 2008).

⁷⁶ No Japão, percebe-se que, a partir das leituras realizadas, não há discussão no uso do termo “comunidade” (*community*), sendo predominante o uso deste nas referências.

⁷⁷ Este já foi mencionado na subseção anterior (*elderly-elderly care*).

⁷⁸ Sugimoto (2008) relata que esta medida de cobrar pelos Serviços de Ajuda Residenciais para disponibilizar à toda população recebeu inúmeras críticas e protestos contra. Ainda, segundo Kuriki, 2000, estes serviços eram muito caros e não eram nada acessíveis às famílias de classe média.

⁷⁹ Como foi mencionada na subseção 2.1 e na 2.2, atualmente, os idosos a partir de 70 anos são responsáveis pelo 10% do co-pagamento do tratamento de saúde.

⁸⁰ As ações de prevenção e promoção da saúde das pessoas a partir de 40 anos.

Em meados da década de 1980 surgia um novo fenômeno chamado Hospitalização Social [Shakaiteki Nyuuin 社会的入院 – *Social Hospitalization*], que se refere ao aumento do número de pessoas que permanecem internadas no hospital mesmo não tendo mais a necessidade de tratamento hospitalar, sem conseguir receber a alta por estarem numa situação de dependência ⁸¹. Sendo assim, em 1986, foram fundadas as Instituições de Saúde da Pessoa Velha [Roujin Hoken Shisetsu 老人保健施設] com objetivo de atender os idosos que precisam de cuidados especiais e não dos tratamentos de internação, oferecendo séries de serviços de reabilitação e de cuidado para que possam retornar às suas residências (SUGIMOTO, 2008) ⁸². Em poucas palavras, estas instituições eram intermediárias entre Hospitais e Casas ⁸³.

Em 1989, como enfrentamento ao crescente problema relacionado aos cuidados com os idosos foi organizada a Comissão Investigativa de Enfrentamento ao Cuidado [Kaigo Taisaku Kentou Kai 介護対策検討会], no Ministério de Saúde e Bem-Estar. Esta Comissão apresentou, no mesmo ano, um relatório que objetivava implementar “serviços de cuidado, que qualquer pessoa, em qualquer momento e lugar possam ter acesso” (SUGIMOTO, 2008, p. 84). Também, no mês de dezembro, instituiu um Plano de 10 anos para promoção da saúde, cuidado e Bem-Estar do Idoso, conhecido como Plano Ouro [Gold Plan ゴールドプラン].

O Plano Ouro visava expandir tanto os serviços de cuidado na residência quanto na comunidade, até o ano de 1999. Assim, o governo declarou aumentar em 100.000 o número de Ajudantes Residências (*Home Helpers*), 50.000 Residências de curta permanência, 10.000 Centros de Serviços diários e Centros de Suporte ao cuidado na residência [Jyutaku kaigo shien center 住宅介護支援センター], 240.000

⁸¹ Ng (2007) destaca, em base aos autores Sodei, 1997; Ogawa, 1997; Ogawa & Matsukura, 2005, alguns fatores que resultam na Hospitalização Social dos idosos: o cuidado hospitalar é mais barato em comparação com o Serviços de Ajuda Residencial e de cuidado; é menos estigmatizante colocar os pais idosos em um hospital do que em Residências da Pessoa Velha etc.

⁸² De acordo com mesmo autor, as Instituições de Saúde da Pessoa Velha tiveram início somente em 1988, 2 anos após estas serem fundadas.

⁸³ Embora tenham sido implementadas as Instituições de saúde dos idosos, atualmente, o fenômeno Hospitalização Social continuam representando um grande problema no Japão. Segundo Yamato & Wallhagem (1998, *apud* NG, 2007), juntamente com a norma cultural do cuidado familiar, há forte estigma contra o uso do cuidado formal como, por exemplo, das instituições e serviços de cuidado. No Japão, a proporção das pessoas a partir de 65 anos que vivem nas Residências da Pessoa Velha era somente 1,6%, contra 9% em Sweden e 5% nos Estados Unidos (OGAWA, 1997, *apud* NG, 2007). Em comparação a isso, o tempo de internação dos mesmos nos hospitais é relativamente longo, sendo, em 2003, 36,4 dias no Japão contra 13,4 dias na França, 10,9 dias na Alemanha e 6,5 dias nos Estados Unidos (OGAWA & MATSUKURA, 2005 *apud* NG, 2007). Além disso, entre 1963 a 1995, cerca de metade dos pacientes internados em hospitais eram idosos a partir de 65 anos de idade, e aproximadamente 1/3 dos mesmos haviam sido internados por mais de um ano (CAMPBELL & IKEGAMI, 2000, *apud* NG, 2007).

Residências de Cuidado Especial da Pessoa Velha e 280.000 Instituições de Saúde da Pessoa Velha (SUGIMOTO, 2008, p. 84). (Tradução nossa).

No ano seguinte, em 1990, houve a reforma das principais de leis de Bem-Estar, inclusive a Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha. A partir disso, o município recebeu o poder de prover os serviços de cuidado na residência e na “comunidade”, conforme a realidade local, bem como as medidas para implementação das Residenciais da Pessoa Velha.

Em 1994, o Plano Ouro foi revisado e rerepresentado como Novo Plano Ouro [*New Gold Plan* ニューゴールド プラン]. Esta revisão determinou novos princípios como suporte à independência, serviços voltados ao usuário, além de novos planos para melhoria dos serviços de cuidado aos idosos.

No ano de 2000, foi instituído o Sistema de Seguro de Cuidado de Longa Duração pela Lei do Seguro de Cuidado de Longa Duração [*Kaigo hoken hou* 介護保険法] (1997). A respeito deste Sistema de Seguro já foi mencionado anteriormente, porém, cabe relatar que, com isso, as Residências da Pessoa Velha, Residências de curta permanência, Centros de Serviços diários, Serviços de Ajuda Residenciais etc., que até então eram operados sobre a Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha, passaram a ser oferecidos pelo Seguro de Cuidado de Longa Duração. Assim, de acordo com Teramoto (2002), somente aqueles que fossem reconhecidos como impossibilitados de pagar o Seguro de Cuidado de Longa Duração e, conseqüentemente, dos copagamentos pelos serviços, passam a ser atendidos sob as medidas da Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha.

Segundo Sugimoto (2008), em 2000, os requerentes dos serviços de cuidado eram aproximadamente 2.180.000. Em 2005, este número aumentou para 4.080.000. Para Campbell & Ikegami (2000, *apud* NG, 2007), o crescimento constante dos serviços, inclusive a implementação do Sistema de Seguro de Cuidado de Longa Duração, indicam que o governo está começando a reconhecer a necessidade de prover suportes nos cuidados de longa duração à toda população, e não somente aos idosos de baixa renda e / ou sem familiares. Porém, Osakami (2002), ressalta que o Sistema de Seguro de Cuidado de Longa Duração faz parecer que a família foi “libertada” da responsabilidade ao cuidado dos idosos em situação de dependência. No entanto, na realidade, este plano foi elaborado somente para a “classe” que possui uma

determinada renda e que pode pagar (uma parte) pelos serviços de cuidado, bem como às famílias que têm, de alguma forma, a possibilidade de cuidar do idoso dependente.

Em 2005, foi estabelecida a Lei de Prevenção contra Abuso ao Idoso [*Koureisha Gyakuta Boshi Ho* 高齢虐待防止法], para prevenir e proteger os idosos vítimas de abusos. Também, no mesmo ano houve a reforma do Sistema de Seguro de Cuidado de Longa Duração. Desde então, o governo japonês vem implementando os serviços preventivos e novas medidas para atender os inscritos do seguro e os usuários dos serviços de cuidado de longa duração sob princípio do Suporte à Independência e Qualidade de Vida, que serão abordados na próxima subsecção, juntamente com os outros elementos principais do princípio do Bem-Estar do Idoso. Estes orientam na elaboração e implementação das políticas e serviços de atenção aos idosos, bem como na intervenção dos profissionais que atuam na área do idoso, inclusive do Assistente Social (*Social Worker*).

3.3 O PRINCÍPIO DO BEM-ESTAR DO IDOSO E SEUS PRINCIPAIS ELEMENTOS

O princípio do Bem-Estar do Idoso, de acordo com Okada (2002), é prover sistemas e serviços que atendam a peculiaridades e as necessidades de cada idoso, bem como permitir, independentemente se este possui doenças e / ou dificuldades físicas e intelectuais, uma vida tranquila e digna de ser vivida na sua “comunidade”. Assim, para a efetivação deste princípio, o mesmo autor destaca quatro principais elementos que serão discutidos, brevemente, a seguir⁸⁴.

O primeiro elemento se refere à Qualidade de Vida. Este vem sendo discutido e pesquisado pelos diversos estudiosos, principalmente, norte-americanos e europeus nas últimas décadas. De acordo com Renwick, Brown & Raphael (1994, *apud* OKADA, 2002), a Qualidade de Vida permite ao indivíduo compreender subjetivamente o significado da sua condição de vida. A Qualidade de Vida consiste como resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente em que este se insere e deve, portanto, ser analisada por todos os ângulos. Baseados nesta estrutura, os mesmos autores apontam três perspectivas fundamentais para possibilitar esta análise: pela existência do indivíduo (*being*); pela relação entre o indivíduo e o ambiente (*belonging*); e pelas atividades do indivíduo (*activities*).

A primeira perspectiva permite focar no indivíduo e compreender a Qualidade de Vida por meio de três aspectos que são: físico, psicológico e espiritual. O aspecto físico analisa a habilidade física, condição nutricional referentes à saúde física, condição higiênica e atividades diárias para realizar as necessidades cotidianas (limpar, cozinhar, lavar, vestir etc). O segundo aspecto analisa o estado emocional do indivíduo, capacidade cognitiva e de avaliação, habilidade de adaptação e capacidade de autocrítica e “autocontrole” (p. 65). E o último aspecto analisa os princípios e valores do indivíduo, bem como a religião, a maneira de pensar sobre a vida, entre outras coisas.

A segunda perspectiva possibilita focar na interação entre o indivíduo e o ambiente (família, vizinhança, ambiente de trabalho) e compreender a Qualidade de Vida por meio de três aspectos: físico, social e comunitário. O primeiro aspecto analisa o sentimento que o indivíduo

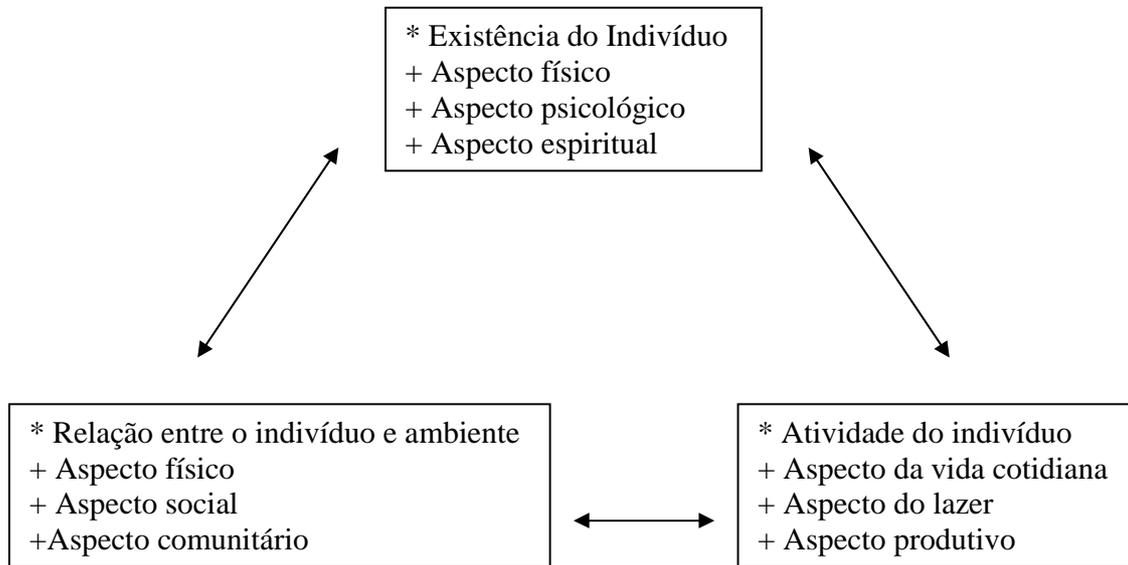
⁸⁴ Cabe ressaltar que se buscou pesquisar a respeito da implementação do princípio do Bem-Estar do Idoso e os seus principais elementos no Japão, a fim de complementar esta subsecção. Porém, pela limitação do tempo e pela complexidade do assunto por fato de que há diferenças em cada município e devida a uma discussão maior entre os estudiosos, sugere-se a realização de um outro trabalho que pesquise especificamente este assunto.

tem em relação ao ambiente físico (residência, local de trabalho, a condição ambiental da “comunidade”). O segundo aspecto analisa a relação do indivíduo com recursos humanos (família, amigos e vizinhos). Por exemplo, segundo Okada (2002, p. 66), este permite compreender a Qualidade de Vida analisando que tipo de relação o indivíduo teve no passado com a sua família, bem como os sentimentos atuais que o mesmo possui em relação à família. E o último aspecto analisa os sentimentos e a forma de pensar do indivíduo em relação aos recursos sociais da “comunidade”. Isto é, analisar se há ou não recursos sociais que o indivíduo possa utilizar na “comunidade” e se são divulgadas as informações suficientes para que consiga ter acesso aos recursos sociais da “comunidade”. Para Okada (2002, p. 66), o uso frequente dos recursos sociais e das informações significa uma boa relação entre o indivíduo e a “comunidade”. Desta forma, a análise pelo aspecto comunitário é fundamental para compreender a Qualidade de Vida na interação entre o indivíduo e a “comunidade”.

A última perspectiva permite focar nas atividades significantes da vida cotidiana do indivíduo e de toda sua vida e compreender a Qualidade de Vida por meio de três aspectos: prático, lazer e produtivo. O primeiro aspecto analisa o grau de participação, importância e satisfação em relação às atividades necessárias para sua vida cotidiana (trabalho, fazeres domésticos, cuidado diário etc). O segundo aspecto analisa se o indivíduo possui ou não alguns atividades (viagens, passeios, esporte, conversas com amigos) que possibilita relaxar seu corpo e mente, desestressar, entre outras. Okada (2002) diz que para cada indivíduo difere a importância e o significado pelas atividades de lazer. O último aspecto analisa se o indivíduo possui ou não atividades que levam a melhoria dos seus conhecimentos e técnicas na vida social (aqui não incluem a frequência nas instituições educacionais organizadas sob medidas públicas).

Cabe ressaltar que estas três perspectivas e nove aspectos abordados acima não devem ser analisados de forma fragmentada, pois estão inter-relacionados, possibilitando a compreensão da Qualidade de Vida de forma clara e eficiente. Para melhor visualização, segue abaixo a figura ilustrativa para análise da Qualidade de Vida.

Figura 4: 3 perspectivas e 9 aspectos para análise da Qualidade de Vida



Fonte: OKADA, 2002, p. 64.

O segundo elemento fundamental do Bem-Estar do Idoso é a Normalização (*Normalization*). Segundo Ookubo (2008), as pessoas só conseguem satisfazer as suas necessidades básicas na sua “comunidade”. Na história do Bem-Estar Social, os pobres, deficientes físicos e intelectuais, idosos etc. eram afastados das suas “comunidades” e recebiam proteção especial. Assim, o princípio da Normalização começou a ser discutido nos países europeus e norte-americanos, a partir da década de 1960, na tentativa de modificar este quadro, permitindo uma vida “normal” possível aos segmentos considerados mais vulneráveis⁸⁵ nas suas “comunidades”. No Japão, este princípio foi introduzido no final da década de 1970.

Atualmente, há diversas interpretações sobre a Normalização. De acordo com Sullivan (1997, *apud* OKADA, 2002), este é um princípio que defende a vivência na “comunidade”. Ou seja, tomar todas as medidas necessárias (não somente de Bem-Estar, mas de saúde, educação, habitação, saneamento etc.) para que as pessoas possam viver nas suas “comunidades” enquanto uma cidadã, independentemente da idade, sexo, deficiência, pobreza etc.

⁸⁵ No primeiro instante, a Normalização era discutida exclusivamente para os deficientes intelectuais e físicos.

No Bem-Estar do Idoso, Okada (2002, p. 68) aborda seis considerações fundamentais sob o princípio da Normalização:

1. Na atenção ao idoso, são necessários os serviços que possibilitam aos idosos a realização pessoal enquanto um morador da “comunidade”, sem isolá-los;
2. As instituições para os idosos devem ser planejadas e construídas em locais que possibilitam ao idoso a relação com os moradores da “comunidade”;
3. É necessário viabilizar o máximo acesso aos recursos sociais da “comunidade”; no suporte à vida cotidiana, devem ser providas as diversas oportunidades para que o idoso possa utilizar sua capacidade potencial;
4. É desejável ter diversos serviços de atenção ao idoso disponibilizados na “comunidade” para possibilitar a escolha do usuário;
5. As escolhas feitas pelo idoso devem ser respeitadas;
6. São necessários a organização e planejamento do sistema de provisão dos serviços, bem como das formas de atenção ao idoso para permitir o acesso imediato aos diversos serviços de apoio conforme a necessidade do mesmo.

A Normalização, segundo Nakamura R. (2002) está diretamente relacionada com a abrangência (*comprehensiveness*), acessibilidade (*accessibility*) e continuidade (*continuity*)⁸⁶. Deste modo, o “suporte” ao idoso deve ser abrangente, acessível e contínuo. A abrangência do “suporte” possibilita ao idoso obter diversos tipos de serviços públicos e privados de forma melhor possível. A acessibilidade permite ao idoso o acesso imediato aos serviços escolhidos conforme a sua necessidade. E por último, a continuidade evita o possível surgimento de obstáculos na vida cotidiana do idoso por causa da fragmentação dos serviços, combinado estes com outros serviços de atenção ao idoso.

⁸⁶ (p. 69).

Uma sociedade que segue o princípio da Normalização, por exemplo, possibilita ao idoso, o qual necessita de um serviço de cuidado, diversos tipos de serviços relacionados ao cuidado para que o mesmo possa usufruir de forma melhor possível (abrangência do suporte), além de permitir o acesso imediato aos serviços escolhidos por mesmo conforme a sua necessidade (acessibilidade do suporte). Também, estes serviços são combinados pelos diversos outros serviços para que não haja obstáculos na vida do idoso (continuidade do suporte). E é por meio da provisão destes serviços que a elevada Qualidade de Vida do idoso pode ser assegurada (OKADA, 2002, p. 69). (Tradução nossa).

O terceiro elemento é o Suporte à Independência. Este visa possibilitar aos idosos viverem de forma independente sem necessitar de auxílio de serviços, ajuda profissional, ou de terceiros para tomar as decisões e escolhas na sua vida cotidiana. Segundo Okada (2002), o Suporte à Independência divide-se em dois tipos. O primeiro é o suporte à autonomia [*jiritsu shien* 自律支援], que permite ao idoso tomar as suas próprias decisões e escolhas sem necessitar de terceiros. E outro é suporte à vida independente [*jiritsu seikatsu shien* 自立生活支援], que por meio das condições físicas e / ou psicológicas que se encontra o idoso, visa possibilitar uma vida independente, sem necessitar de ajuda profissional, serviços etc para realizações das suas atividades cotidianas. Estes dois tipos de suportes são interligados, pois, de acordo com mesmo autor, caso o idoso estiver incapacitado para realizar as atividades da vida cotidiana sem o auxílio dos serviços especializados e da ajuda profissional, em função da sua condição física e /ou psicológico, o Suporte à Independência deve respeitar, pelo menos, as vontades e as escolhas dele por meio do suporte à autonomia, esclarecendo não somente o conteúdo dos serviços, mas também, as possíveis alterações da sua vida cotidiana que estes serviços podem provocar, bem como as vantagens e as desvantagens, facilitando, assim, a escolha e a decisão do idoso em relação aos mesmos, além de possibilitar para que, futuramente, o idoso não necessite recorrer à ajuda profissional ou à terceiros para tomar sua própria decisão. O suporte à autonomia é, também, um método que auxilia na elevação da Qualidade de Vida na perspectiva da relação entre o indivíduo e o ambiente (FELCE & PERRY, 1995, *apud* OKADA, 2002, p. 70).

Em relação ao suporte à vida independente, Okada (2002) ressalta a importância do esclarecimento pelas condições físicas e psicológicas do idoso e as suas capacidades de realizar atividades diárias etc. Pois, com isto torna-se possível solicitar para que o idoso faça o máximo

possível do que possa realizar, diminuindo, assim, a intervenção dos profissionais (ajudantes residenciais) na sua vida cotidiana⁸⁷.

O objetivo deste é possibilitar para que os idosos possam viver livremente, por meio da sua capacidade potencial. Neste caso, deve se conhecer as condições físicas e psicológicas do idoso para reduzir ao mínimo os serviços e suportes técnicos, porém, deve tomar cuidado para enfatizar demais nisso e suspender os serviços e apoios técnicos que na realidade são necessários (p. 71).

Além disso, o suporte à vida independente é conhecido como um método que auxilia na elevação da Qualidade de Vida de três perspectivas: da existência do indivíduo, da relação entre o indivíduo e ambiente, e da atividade do indivíduo (OKADA, 2002).

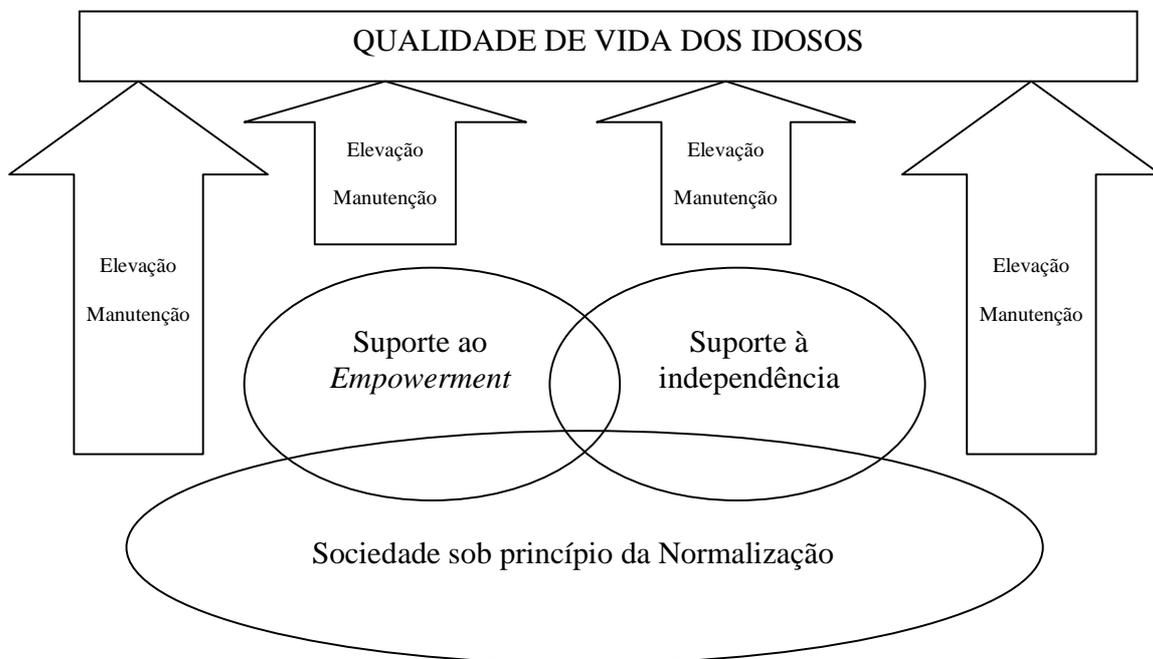
Por fim, o quarto elemento é o Suporte ao *Empowerment*. Este visa fortalecer a confiança, a capacidade dos indivíduos que sob alguma condição como, por exemplo, doença, pobreza, idade e deficiência, sofrem de uma falta de poder, investigando as causas que os levaram a esta condição. Assim, o Suporte ao *Empowerment* não está somente relacionado ao indivíduo, mas também, a família, segmentos e “comunidade”. Este inclui diversas ações, isto é, desde o suporte para a vida cotidiana até o suporte para reivindicar politicamente a melhoria da qualidade de vida do indivíduo (OKADA, 2002).

Em relação aos idosos, Okada (2002) destaca que o Suporte ao *Empowerment* à vida cotidiana é fundamental para manutenção da Qualidade de Vida. Pois, no decorrer dos anos, os idosos sofrem diversas mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais (a sua função perante a família, aposentadoria) que os levam a mudarem seus ritmos e estilo de vida, provocando um sentimento de fracasso, insegurança, entre outros (redução do seu poder), podendo alterar a sua Qualidade de Vida. O mesmo autor aborda que no Suporte ao *Empowerment* do idoso deve prevalecer uma relação igualitária entre o profissional e o mesmo, isto é, um apoio mútuo. O profissional deve compreender as condições e situações em que se encontra o idoso, sem apontar ou culpar os seus erros, focando na relação entre o indivíduo e seu ambiente. Também, na

⁸⁷ Cabe ressaltar que, de acordo com Ookubo (2008), nos últimos anos o Suporte à Independência é compreendida como ênfase ao esforço individual. A autora critica esta idéia ao dizer que não é correto exigir o esforço individual, pois, para a mesma, a independência e a autonomia de um indivíduo tornam-se possíveis com o uso dos suportes e de serviços sociais, e não pela suspensão, diminuição dos mesmos. “É necessário dizer que é um equívoco pensar que é um Suporte à Independência o fato de aceitar que uma pessoa não é independente por necessitar de um cuidado físico, bem como exigir o esforço individual” (p. 20).

elaboração de estratégias para a solução dos problemas do idoso é necessário pensar junto com ele, mostrando as possíveis causas (ambiente) que podem ter provocado estes problemas, além de ter em mente as possíveis alterações que possam ocorrer com o idoso e utilizar todos os recursos possíveis para que ele possa recuperar o seu senso de “autocontrole” (p. 73), bem como o poder de decisão. Ainda, segundo o autor, é por meio deste Suporte que o idoso consegue ter uma vida digna e manter uma elevada Qualidade de Vida.

Figura 5: Relação entre quatro elementos do princípio de Bem-Estar do Idoso



Fonte: OKADA, 2002, p. 75.

Para finalizar esta subsecção, é válido lembrar que a Normalização, o Suporte à Independência e o Suporte ao *Empowerment* são elementos fundamentais relacionados ao princípio do Bem-Estar do Idoso. Como mostra a figura acima, estes estão indissociavelmente ligados. Sendo assim, entende-se que a implementação dos sistemas e medidas do Bem-Estar do Idoso, bem como o trabalho dos profissionais que atuam na área do idoso, inclusive do Assistente Social, sob estes elementos é essencial para possibilitar a elevação e manutenção da Qualidade de

Vida dos idosos, enquanto um indivíduo. Segundo Okada (2002), a análise da Qualidade de Vida permite avaliar se o princípio do Bem-Estar do Idoso está sendo efetivado. Isto é, a sociedade onde a Qualidade de Vida do Idoso é elevada, significa que o princípio do Bem-Estar do Idoso está sendo implementado.

4 O ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO AO IDOSO NO JAPÃO

A presente secção tem como objetivo fazer as primeiras aproximações do trabalho realizado pelo Assistente Social na atenção ao idoso no Japão, iniciando-se com abordagem do profissional de Serviço Social na contemporaneidade, bem como do processo de formação e do contexto em que se insere o Assistente Social Certificado (*Certified Social Worker*). A seguir, será apresentado o trabalho realizado pelo Assistente Social na atenção ao idoso.

4.1 O ASSISTENTE SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE

O Assistente Social (*Social Worker*), de acordo com Ookubo (2008), é um profissional que atua na área de Bem-Estar Social, oferecendo “suportes” [*shien* 支援] às pessoas em situação de vulnerabilidade para melhoria da sua condição de vida, por meio do uso de recursos sociais.

Também, o Código de Ética do Assistente Social⁸⁸ japonês estabelece a definição do Assistente Social, conforme elaborada pela Federação Internacional de Serviço Social/International Federation of Social Work (FITS/IFSW), em 2000.

O profissional de Serviço Social promove a mudança social, resolução dos problemas nas relações humanas, o *Empowerment* e a liberação das pessoas para melhoria do Bem-Estar. Utilizando as teorias relacionadas ao comportamento humano e aos sistemas sociais, o Serviço Social intervém nos pontos onde as pessoas interagem com seus ambientes. Os princípios do direito humano e justiça social são fundamentais para o Serviço Social⁸⁹.

⁸⁸ De acordo com Ookubo (2008), o Código de Ética do Assistente Social foi estabelecido no Japão, em 1986, pela Associação Japonesa de Assistentes Sociais (*Japanese Association of Social Workers – JASW*). Este foi revisada em 2005, e é mantido até então.

⁸⁹ ソーシャルワークの専門職は、人間の福利(ウェルビーイング)の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人々がその環境と相互に影響しあう接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。

No Japão, com a promulgação da Lei de Assistente Social Certificado e de Cuidador Social Certificado ⁹⁰ [*Shakai Fukushi shi oyobi Kaigo Fukushi shi Ho* 社会福祉士及び介護福祉士法], em 1987, o Serviço Social ⁹¹ [*Shakai Jigyō* 社会事業] até então existente, foi reconhecido enquanto uma profissão especializada, passando a ser regulamentado pelo governo nacional ⁹². Porém, cabe ressaltar que para obter esta qualificação, ou melhor, o título de “Assistente Social Certificado” [*Shakai Fukushi shi* 社会福祉士 – *Certified Social Worker*] é necessário passar no Exame Nacional, após concluir determinadas condições estabelecidas pela mesma lei e pelo governo japonês (YAMATE & YOKOYAMA, 2001). Segundo Ookubo (2008), esta é somente um título, pois a aprovação no exame não é requisito obrigatório para exercício profissional, diferente dos profissionais como Médicos, Enfermeiros e entre outros.

Ookubo (2008) apresenta uma figura (ver a figura 6) que mostra 11 condições para realização do Exame Nacional, em conformidade com a Lei de Assistente Social Certificado e de Cuidador Social Certificado (1987). Estas são: **1** - ter concluído o curso de bacharel em Serviço Social na universidade (4 anos); **2** - ter concluído o curso superior de tecnólogo (3 anos, presencial e integral) em Serviço Social e ter feito no mínimo 1 ano de prática como Assistente Social na instituição de Bem-Estar Social; **3** – Ter finalizado o curso superior de tecnólogo em Serviço Social (2 anos) e ter realizado durante no mínimo 2 anos de prática como Assistente Social na instituição de Bem-Estar Social; **4** - os oficiais de Serviço Social que atuaram na área de criança, idoso, deficiente físico e intelectual etc. no mínimo 5 anos ⁹³; **5** - ter formado e finalizado as matérias optativos relacionados ao Bem-Estar Social na universidade (4 anos) e ter realizado um curso de treinamento para Assistente Social Certificado (podendo ser a distância ou

⁹⁰ O Cuidador Social Certificado é uma profissão especializada, regulamentado pelo governo Japonês. Para obtenção deste título é necessário cumprir as determinadas exigências estabelecidas pelo Ministério de Saúde, Trabalho e Bem-Estar e passar no Exame Nacional. Este profissional realiza atividades de cuidado, bem como orientações a respeito do cuidado nas Residências de Cuidado Especial da pessoa velha, Centros de Suporte ao cuidado na residência etc.

⁹¹ O Serviço Social, também conhecido como Trabalho Social, iniciou no governo *Taishō* (1912~1926) para conter os movimentos socialistas espalhados no país, como já foi relatado brevemente na subsecção 2.1.

⁹² Sasagawa (2000, p. 156) relata que com a implementação de novos serviços e instituições de Bem-Estar do Idoso, o governo japonês via-se a necessidade de assegurar a qualificação dos profissionais de Serviço Social para atuar nestes novos campos em conformidade com as leis de Bem-Estar Social, instituindo, assim, um sistema de regulamentação da profissão.

⁹³ Mediante consulta no §12º do artigo 7º da lei de Assistente Social Certificado e Cuidador Social Certificado (1987), os oficiais de Serviço Social que atuam na área de criança, idoso, deficiente físico e intelectual etc devem atuar durante 4 anos e depois fazer o curso de treinamento para Assistente Social Certificado na instituição no mínimo 6 meses.

presencial no período diurno ou noturno) na instituição no mínimo 6 meses; **6** - ter formado e concluído as matérias optativas relacionados ao Bem-Estar Social no curso superior em tecnólogo (3 anos, presencial e integral), e após ter feito durante no mínimo 1 ano de prática como Assistente Social na instituição de Bem-Estar Social, finalizar o curso de treinamento para Assistente Social Certificado (podendo ser a distância ou presencial no período diurno ou noturno) de mínimo 6 meses; **7** - Ter formado e concluído as matérias optativas relacionado ao Bem-Estar Social no curso superior de tecnólogo (2 anos), e após ter realizado durante no mínimo 2 anos de prática como Assistente Social nas instituição de Bem-Estar Social, finalizar o curso de treinamento para Assistente Social Certificado (podendo ser a distância ou presencial no período diurno ou noturno) na instituição de no mínimo 6 meses; **8** - ter concluído o curso superior⁹⁴ na universidade (4 anos), e após ter realizado um curso de treinamento para Assistente Social Certificado (podendo ser a distância ou presencial no período diurno ou noturno) na instituição no mínimo 1 ano; **9** - ter concluído o curso superior de tecnólogo⁹⁵ (3 anos, presencial e integral), e após ter feito no mínimo 1 ano de prática como Assistente Social na instituição de Bem-Estar Social, finalizar o curso de treinamento para Assistente Social Certificado (podendo ser a distância ou presencial no período diurno ou noturno) na instituição no mínimo 1 ano; **10** - Ter concluído o curso superior de tecnólogo⁹⁶ (2 anos) e após ter realizado durante no mínimo 2 anos de prática como Assistente Social na instituição de Bem-Estar Social, finalizar o curso de treinamento para Assistente Social Certificado (podendo ser a distância ou presencial no período diurno ou noturno) na instituição durante no mínimo 1 ano; **11** – os Assistentes Sociais que aturam na área de Serviço Social no mínimo 4 anos e ter finalizado o curso de treinamento para Assistente Social Certificado (podendo ser a distância ou presencial no período diurno ou noturno) na instituição durante no mínimo 1 ano.

⁹⁴ Cabe esclarecer que o curso superior refere-se ao curso de bacharel em sociologia, psicologia, pedagogia ou economia.

⁹⁵ Este se refere ao curso superior de tecnólogo em sociologia, psicologia, pedagogia ou economia.

⁹⁶ Ressalta-se que, igualmente no que se refere ao curso superior de tecnólogo de três anos, este se refere ao curso superior de tecnólogo em sociologia, psicologia, pedagogia ou economia de dois anos.

Figura 6: Para obtenção da qualificação de Assistente Social Certificado



Fonte: ASSOCIAÇÃO DE ESTATÍSTICAS DE SAÚDE E BEM-ESTAR, 2006, *apud* OOKUBO, 2008, p. 55

Também, existem outras qualificações do Serviço Social tais como o Assistente Social Psiquiátrico Certificado⁹⁷ (1997) e o oficial de Serviço Social⁹⁸ (1950).

De acordo com o resultado do Exame Nacional de Assistente Social Certificado do ano de 2009, apresentado pelo Ministério de Saúde, Trabalho e Bem-Estar, dentre 46.099 candidatos que realizaram o exame, 13.436 pessoas foram aprovados, isto é, somente houve aprovação de 29,1%⁹⁹. Dentre os aprovados, 68,2% são formados pelas universidades no curso de bacharel ou tecnólogo em Serviço Social, 31,3% são os que finalizaram o curso de treinamento para Assistente Social Certificado, e 0,5% para os oficiais de Serviço Social com no mínimo 5 anos de exercício profissional.

⁹⁷ A qualificação Assistente Social Psiquiátrico Certificado [*Seishin Hoken Fukushi shi* 精神保健福祉士] foi estabelecida pela lei de Assistente Social Psiquiátrico Certificado em 1997, 10 anos após a promulgação da Lei de Assistente Social Certificado e Cuidador Social Certificado. Este, também, é uma qualificação que se obtém por meio do Exame Nacional. Igualmente a qualificação do Assistente Social Certificado, este é um título que permite se nomear, não sendo obrigatório tê-la para o exercício do Serviço Social na área de psiquiatria (SAITOU, 2002).

⁹⁸ A qualificação do oficial de Serviço Social [*Shakai Fukushi shuji* 社会福祉主事], regulamentados pelos artigos 18º e 19º da Lei de Bem-Estar Social (1951), é um título que obtém após passar em um concurso público. Para realização do concurso é necessário ter finalizado o curso de bacharel ou de tecnólogo nas áreas relacionadas ao Serviço Social ou nas áreas consideradas afins pelo Ministro de Saúde, Trabalho e Bem-Estar ou ter finalizado o curso de treinamento nas instituições indicadas pelo Ministro de Saúde, Trabalho e Bem-Estar.

⁹⁹ Atualmente, está sendo discutida, no contexto brasileiro, a realização do exame de proficiência destinados aos profissionais de Serviço Social. Sendo assim, fica como reflexão estes dados do Japão. Contudo, é necessário realizar uma pesquisa sobre a eficiência dos Exames no Japão. Pois, o assunto é complexo, uma vez que envolve diversas questões como a qualidade do sistema educacional no nível superior (diferença entre o curso superior e tecnólogo), contexto cultural e entre outras.

Quadro 11: Os resultados da aprovação do Exame Nacional nos últimos 5 anos

	2005	2006	2007	2008	2009
Candidatos	41.044	43.701	45,022	45,324	46,099
Aprovados	12.241	12.222	12.345	13,865	13,436
Taxa de aprovação	29,8%	28,0%	27,4%	30,6%	29,1%

Fonte: MINISTÉRIO DE SAÚDE, TRABALHO E BEM-ESTAR, 2009. Disponível em:

<<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0331-3.html>> . Acesso em 30 de outubro de 2009.

Atualmente, há no total de 109.158 Assistentes Sociais Certificados registrados no Japão¹⁰⁰. Em 2008, foi realizada uma pesquisa para identificar as condições do trabalho dos profissionais que atuam na área relacionado ao Bem-Estar Social, inclusive do Assistente Social Certificado, sob financiamento do Ministério de Saúde, Trabalho e Bem-Estar. Nesta, dos 26.624 Assistentes Sociais Certificados que participaram, 30,5% homens e 65,5% mulheres (4,1% sem resposta), 55,5% responderam que trabalha na área de Bem-Estar do Idoso, 20,3% na área de Bem-Estar do Deficiente (incluindo criança) e 5,8% no Bem-Estar de Crianças. Ou seja, a maior campo de atuação do Assistente Social no país consiste na área do idoso. Em relação à condição do trabalho, a mesma pesquisa mostra que 84,7% dos Assistentes Sociais Certificados eram funcionários efetivos, para apenas 15% dos não efetivos. E no que diz respeito ao piso salarial, os efetivos recebiam um salário médio mensal no valor de ¥249.389,00 (R\$ 4.987,78)¹⁰¹, e os outros, a remuneração por hora de ¥1.300,00 (R\$ 26,00)¹⁰². É interessante destacar que, conforme esta pesquisa, ao analisar as insatisfações e as dúvidas dos Assistentes Sociais Certificados, as principais respostas obtidas foram: pelo salário baixo (47,6%); pela maior carga de responsabilidade e deveres (23,9%); e pelo pouco reconhecimento da sociedade em relação à qualificação da profissão (23,9%). Isto é, a maioria dos Assistentes Sociais Certificados não está satisfeita com seu salário.

¹⁰⁰ MINISTÉRIO DE SAÚDE, TRABALHO E BEM-ESTAR, 2009.

¹⁰¹ Valor conforme ao câmbio do dia 27 de agosto de 2009, no qual ¥100,00 equivaliam R\$ 2,00.

¹⁰² Valor conforme ao câmbio do dia 27 de agosto de 2009, no qual ¥100,00 equivaliam R\$ 2,00.

Quadro 12: O piso salarial dos Assistentes Sociais Certificados efetivos

Salário	Assistente Social Certificado Efetivo
Até ¥100.000,00 (R\$ 2.000,00)	2,7%
¥100.000,00 até ¥150.000,00 (R\$ 2.000,00 ~ R\$ 3.000,00)	1,7%
¥150.000,00 até ¥200.000,00 (R\$ 3.000,00 ~ R\$ 4.000,00)	22,7%
¥200.000,00 até ¥250.000,00 (R\$ 4.000,00 ~ R\$ 5.000,00)	28,7%
¥250.000,00 até ¥300.000,00 (R\$ 5.000,00 ~ R\$ 6.000,00)	16%
¥300.000,00 até ¥350.000,00 (R\$ 6.000,00 ~ R\$ 7.000,00)	10,8%
¥350.000,00 até ¥400.000,00 (R\$ 7.000,00 ~ R\$ 8.000,00)	5,5%
Acima de ¥400.000,00 (R\$ 8.000,00 ~)	8,8%
Sem resposta	8,8%
Média	¥249.389,00 (R\$ 4.987,78)

Fonte: MINISTÉRIO DE SAÚDE, TRABALHO E BEM-ESTAR, 2008. Disponível em: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/haaku_chosa/dl/01.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2009.

Por meio das leituras¹⁰³ realizadas no decorrer deste trabalho, foi possível identificar que o valor do salário do Assistente Social é baixo em comparação com outras categorias profissionais que possuem um título especializado (Enfermeiro, Médico, Farmacêutico etc). Além disso, pelo fato de que a aprovação no exame não é requisito obrigatório para atuar como Assistente Social, não há devida valorização do mesmo. Ookubo (2008) relata que ainda não há uma área específica que seja de competência exclusiva deste profissional certificado¹⁰⁴. Assim, segundo a mesma, atualmente estão sendo debatidas as questões sobre o fortalecimento da qualificação do Assistente Social Certificado.

¹⁰³ Vide fóruns de discussão dos Assistentes Sociais, tais como site:

<<http://www.wel.ne.jp/bbs/view/social/index.html>>. Acesso em: 30 de outubro de 2009.

¹⁰⁴ Somente há alguns estabelecimentos que solicitam o título de Assistente Social Certificado como condição para concorrer a vaga de trabalho oferecido pelos mesmos.

Segundo Ishii (2008), o índice de aprovação no Exame Nacional é baixa, conseqüentemente, há muitas pessoas que atuam como Assistente Social sem ter este título. Também, diversos funcionários que já atuavam na área de Bem-Estar Social, antes de ser promulgada a Lei de Assistente Social Certificado e do Cuidador Social Certificado (1987), continuam trabalhando sem realizar o exame para obtenção do título de Assistente Social Certificado. Neste ponto, questiona-se a postura profissional do Assistente Social, bem como a defesa da sua profissão para o fortalecimento da categoria.

Iwasaki (2003) relata que com o reconhecimento da profissão, houve um aumento das universidades e departamentos de Serviço Social, bem como a procura dos mesmos para obtenção do título de Assistente Social Certificado. Segundo o mesmo autor, estas universidades precisam oferecer disciplinas como Teoria de Seguridade Social, Assistência Pública, Princípios de Bem-Estar Social, Trabalho “Comunitário”, Jurisprudência, Sociologia, Medicina Geral, Psicologia, Bem-Estar do Deficiente, Bem-Estar da Criança, Bem-Estar do Idoso, Questões do Cuidado Humano, Conhecimentos em relação ao Serviço Social e entre outros, pois as mesmas são requisitos exclusivos para a realização do Exame Nacional, conforme estabelecido pelo Ministério de Saúde, Trabalho e Bem-Estar. Assim, “essa exigência cria dificuldades para universidades que desejam construir um currículo mais avançado ao nível de mestrado”¹⁰⁵ (p. 40), uma vez que os estudantes precisam se dedicar aos assuntos do Exame.

Para Ookubo (2008), atualmente, não há consenso entre os sistemas educacionais do Serviço Social no Japão. Isto é, enquanto as universidades dão ênfase na formação do Assistente Social que consiga identificar os problemas, tomar decisões e ter capacidade de fazer propostas renovadoras, os Cursos de treinamento para Assistente Social Certificado visam a eficiência em curta duração, oferecendo conteúdos voltados à prática e execução dos serviços e sistemas. A mesma autora aponta a necessidade rever os cursos de treinamentos para que consiga formar futuro Assistente Social capacitado a compreender o usuário e a sua vida cotidiana, bem como o Bem-Estar por meio do processo histórico.

Cabe ressaltar que não foi possível identificar nas leituras, principalmente das coletâneas do Serviço Social (OKADA, 2002; NAKATANI, 2002; etc) japônês, a postura crítica e questionadora dos autores em relação ao contexto histórico, social, econômico, político e cultural

¹⁰⁵ Entende-se, a partir da leitura do Iwasaki (2003), que o autor refere ao “currículo no nível de mestrado” um currículo que possibilita a construção de uma postura crítica e questionadora dos estudantes de Serviço Social.

que envolve a profissão, bem como do usuário. Nesta perspectiva, percebe-se que a profissão do Assistente Social Certificado no Japão ainda é muito recente, ou seja, data 1987, sendo necessárias as diversas discussões para o fortalecimento da profissão, tais como processo de formação (currículos), reconhecimento da categoria, objetivo de atuação, áreas de atuação, e instrumentais técnico-operativos.

A seguir serão feitas as primeiras aproximações do trabalho realizado pelo Assistente Social na atenção ao idoso.

4.2 O ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO AO IDOSO

Até a década de 1970, de acordo com Lowy (1979, *apud* NAKATANI, 2002), o próprio Assistente Social entendia que o idoso deveria esperar o seu final no silêncio, não sendo um segmento adequado aos suportes e ações do Serviço Social que visavam o “progresso”, “realização pessoal”, “uso máximo da capacidade”. Porém, a partir desta década até os dias atuais, com a implementação de políticas e serviços para atender às novas demandas conseqüentes do aumento da população idosa, assim como o surgimento de novos princípios de Normalização, Suporte ao *Empowerment*, Suporte à Independência e Qualidade de Vida, o Assistente Social foi sendo posicionado como profissão essencial para atuar nesta área.

Atualmente, como já foi visto na subsecção anterior, o maior campo de atuação dos Assistentes Sociais Certificados no Japão é na área de Bem-Estar do Idoso (Residência da Pessoa Velha, Residência de curta permanência, Centros de apoio de longa duração etc). O Assistente Social que intervém nesta área tem o objetivo de melhorar e /ou solucionar as dificuldades que os idosos deparam na sua vida cotidiana, bem como satisfazer as suas necessidades. Para isso, Nakatani (2002) aponta três concepções de diferentes autores que orientam o Assistente Social a conhecer, identificar os problemas enfrentados pelo idoso, os quais serão abordados a seguir.

Segundo Nemoto (1999, *apud* NAKATANI, 2002), as dificuldades que o idoso tende a deparar na idade avançada são provocadas pela interação entre o problema conseqüente à diminuição da capacidade física e intelectual, isto é, perda da independência, e pelo problema em relação ao sistema de apoio, conforme a sua situação familiar e ambiente residencial (condições econômicas, residenciais, familiares etc.). Além disso, o problema pessoal e / ou familiar não resolvidas, ao longo dos anos, podem causar grande influência na vida do idoso. Assim, para compreensão das dificuldades do idoso investiga-se o conjunto de relações entre estes diversos fatores.

De acordo com Shirasawa (1997, *apud* NAKATANI, 2002), é a “necessidade da vida cotidiana” [*seikatsu need* 生活ニーズ] que permite ao Assistente Social apreender as dificuldades enfrentadas pelo idoso e definir a necessidade do mesmo. Esta se refere ao conjunto entre a compreensão dos problemas que envolvem o idoso na vida cotidiana (alteração da

capacidade física, intelectual, bem como ambiente social que cerca o idoso) e o estabelecimento de um objetivo ou meta para solução dos mesmos. Nesta perspectiva, o mesmo autor aponta quatro considerações importantes que devem ser enfatizadas na análise da vida cotidiana: A primeira é a totalidade. A vida cotidiana do indivíduo se constitui por meio de diversos fatores como a condição física, intelectual e contexto social, que estão interligados um ao outro. Neste sentido, a análise de somente uma parte da vida cotidiana não permite a compreensão da mesma como um todo. A segunda é a individualidade. Para cada indivíduo difere a condição física, intelectual e o contexto social, e conseqüentemente, as necessidades da vida cotidiana. A terceira é a continuidade. A vida cotidiana é a continuação do passado para o futuro, portanto, as dificuldades que ocorrem no presente foram influenciadas pelo passado e influenciarão no futuro. Sendo assim, é importante conhecer a história da vida do idoso para entender a necessidade da vida cotidiana do mesmo. A última se refere à influência da “comunidade”. A vida cotidiana do indivíduo é influenciada pela condição da “comunidade” (se há ou não recursos sociais) em que o mesmo vive. Portanto, para conhecer a vida cotidiana do idoso é essencial as informações a respeito do ambiente em que o mesmo se insere. Cabe ressaltar que, além destas quatro considerações para análise dos problemas, ambientes que cercam o idoso, Nakatani (2002) destaca a importância da investigação de capacidades e potencialidade dos idosos para definir a necessidade da vida cotidiana do mesmo.

Para Green (2000, *apud* NAKATANI, 2002), o Assistente Social deve compreender os problemas relacionados à velhice pela idade funcional (*functional age*). Pois, de acordo com mesmo autor, o mesmo permite entender os problemas sob três pontos que se interagem: idade biológica (*biological age*); idade psicológica (*psychological age*); e idade sociocultural (*sociocultural age*). Por meio deste fica viável definir as capacidades do idoso, bem como a forma de intervenção profissional.

Estas três diferentes concepções, de acordo com Nakatani (2002), são fundamentais aos Assistentes Sociais que atuam na atenção ao idoso, pois as mesmas permitem conhecer, investigar a vida cotidiana do mesmo em toda totalidade, possibilitando, assim, a identificação das necessidades em que o profissional possa intervir.

O principal instrumento técnico-operativo utilizado pelo Assistente Social que permite a compreensão das necessidades do idoso é a Avaliação (*Assessment* アセスメント) (NAKATANI, 2002).

De acordo com Matsuoka (2001, *apud* NAKATANI, 2002), a Avaliação viabiliza coletar os dados e realizar interpretação profissional em base nos mesmo. Nesta mesma perspectiva, Watanabe (1999, *apud* NAKATANI, 2002, p. 82), divide a Avaliação em três fases: entrevista para Avaliação; Análise de dados e integração; e Elaboração do Relatório de Avaliação. Além disso, o mesmo autor destaca dezesseis tipos de informações que devem ser coletados pelo Assistente Social na Avaliação:

1. Qual é o problema para o idoso (conforme contado pelo próprio idoso);
2. Explicação específica do problema (quando começou, a duração, gravidade, onde);
3. O que o idoso pensa, sente ou age em relação ao problema;
4. Em que estágio de vida da pessoa o problema ocorre;
5. Como o problema está afetando na vida cotidiana do idoso;
6. Quais são recursos humanos e financeiros que o idoso pode utilizar para solução do problema;
7. Quais os esforços (até que ponto pensou e agiu para solução) tomados para resolver o problema;
8. Se o idoso pensa em receber o suporte ou se foi forçado pelo terceiros;
9. Pessoas e /ou acontecimentos relacionados ao surgimento do problema (se estes estão agravando o problema ou melhorando);
10. Em que tipo de necessidade ou desejo do idoso;
11. Quem são as pessoas e quais são sistemas relacionados ao problema;
12. Qual é a virtude ou ponto forte que o idoso possui;
13. Quais recursos externos o idoso está necessitando;
14. Informações relacionadas aos tratamentos de saúde e psicológico;
15. Primórdios do desenvolvimento do idoso;
16. Os valores, maneiras de pensar e objetivo de vida do idoso.

Segundo Nakatani (2002), na coleta de dados, o Assistente Social deve enfatizar o aspecto físico (estado de saúde e nutricional, doença, deficiência, dor), psicológico (insegurança, depressão), intelectual (conhecimento, sabedoria), social (relação com a vizinhança, amigos, conhecidos, local de trabalho, escola), familiar (relação com família e parentes), econômico

(renda, recurso, suporte financeiro, gastos) e espiritual (religião, valores) que envolvem o idoso, conforme já mencionado acima pela concepção de diferentes autores. Nakatani (2002) relata que, atualmente, o aspecto espiritual é importante a ser enfatizado pelo Assistente Social no suporte ao idoso, pois a morte é uma realidade próxima para os mesmos.

Nas leituras (OOKUBO, 2008; SHIRASAWA, M, T. M. et al., 2002) realizadas durante a elaboração desta subsecção, identificou-se alguns métodos utilizados pelo Assistente Social na atenção idoso, tais como Gerenciamento do Cuidado (*Care Management*), Plano de Alta Hospitalar [*Taiin Keikaku* 退院計画], Abordagem Psicológica (*Psychological Approach*) e Recreação (*Recreation*), nas instituições hospitalares, Residências de Cuidado da pessoa Velha, Residência de curta permanência, Instituições de Saúde da Pessoa Velha, Centros de Serviços Diários, Centros de Suporte ao Cuidado na Residência etc. Embora seja interessante abordar cada um destes, isso não foi possível devido ao limite de tempo e pelas poucas referências que possibilitem uma ampla discussão, pois estes são complexos uma vez que variam de acordo com o espaço onde o Assistente Social intervém. Também, percebe-se que no Japão, estes métodos são discutidos pelo estudo de casos (exemplos em base a situações reais), sendo assim, fica como sugestão para outras pesquisas a serem desenvolvidas posteriormente.

Em relação aos objetivos que orientam o Assistente Social no exercício profissional, o Código de Ética do Assistente Social (1986) estabelece a “dignidade individual” e a “Auto-realização” dos usuários. Estes objetivos direcionam a intervenção do Assistente Social em todas as áreas de atuação¹⁰⁶. Além do mais, na atenção ao idoso, os Assistentes Sociais devem seguir os seguintes objetivos, conforme Zuniga (1995, *apud* NAKATANI, 2002, p. 85): possibilitar a identidade positiva do idoso; conscientizar o idoso da sua própria competência; viabilizar para que idoso tenha relação com a sociedade; e manter a autonomia do idoso. Também, Nemoto (1999, *apud* NAKATANI, 2002, 85) destaca os objetivos do Assistente Social na atenção ao idoso: garantir a qualidade de vida cotidiana e da vida do idoso; dar suporte para que o idoso possa continuar tendo uma vida cotidiana que deseja; respeitar a vida familiar, além de dar suporte à família e outros sistemas de suporte do idoso; estimular a participação do idoso no processo de suporte respeitando a sua independência, autonomia e auto-decisão; oferecer oportunidades para estimular a recuperação das funções físicas e intelectuais e aproveitar o máximo da competência do idoso; dar suporte ao idoso confiando na capacidade de

¹⁰⁶ NAKATANI, 2002, p. 85.

desenvolvimento do mesmo; e garantir o atendimento à condição de emergência e da necessidade do cuidado do idoso. Nakatani (2002, p. 86) ressalta que estes podem ser mais “abstratos” do que “concretos”, porém, o Assistente Social deve ter estes objetivos em mente para realizar suporte ao idoso.

Atualmente, de acordo com Saitou (2002), os Assistentes Sociais, inclusive os Assistentes Sociais Certificados trabalham nas Residências de Cuidado da Pessoa Velha como Orientador(a) da Vida Cotidiana [*Seikatsu Shidouin* 生活指導員], nas Residências de Cuidado Especial da Pessoa Velha como Assessor da Vida Cotidiana¹⁰⁷ [*Seikatsu Soudanin* 生活相談員], nos Centros de Suporte ao Cuidado na Residência como Gerenciador(a) de Cuidado (*Care Manager*), nos escritórios de Bem-estar como Oficial Orientador(a) de Bem-Estar da Pessoa Velha [*Roujin Fukushi Shidou shuji* 老人福祉指導主事], nas Instituições de Saúde do Idoso como Assistente Social Medico (*Medical Social Worker - MSW*), nos Conselhos de Bem-Estar Social¹⁰⁸ como Orientador(a) de Ações do Bem-Estar [*Fukushi Katsudou Shidouin* 福祉活動指導員] e entre outras diversas instituições e órgãos. Percebe-se, a partir da Saitou (2002), que há diversas denominações ao Assistente Social, conforme cada espaço onde o mesmo atua. Nesta sentido, destaca-se que esta realidade pode ser um dos fatores que compromete o fortalecimento da profissão enquanto uma categoria, pois provoca não somente a dificuldades em compreender as atribuições do Assistente Social, mas fragmenta as ações profissionais como o todo.

Cabe ressaltar que existem no Japão 4 associações de Assistente Social independentes, que são: Associação Japonesa de Assistente Social nos Serviços de Saúde (1953); Associação Japonesa de Assistente Social¹⁰⁹ (1960); Associação Japonesa de Assistente Social Certificado (1993); e Associação Japonesa de Assistente Social Psiquiátrico (1964). As primeiras três associações representam o Japão na Federação Internacional de Assistentes Sociais (1999). Estas

¹⁰⁷ Segundo Saitou (2002), nas Residências de Cuidado Especial da Pessoa Velha, é chamado “Assessor da Vida Cotidiana” e não “Orientador da Vida Cotidiana”.

¹⁰⁸ Os Conselhos de Bem-Estar são operados sob a lei de Bem-Estar Social (1951). Estes são organizações sem fins lucrativos que visam a construção de cidade de Bem-Estar conforme a realidade local, implementando serviços de Bem-Estar (idosos, crianças, mulheres etc), bem como registro de voluntariados para incentivar a participação da sociedade civil. Os Conselhos estão presentes em cada estado, municípios e /ou nos bairros, atuando no âmbito nacional.

¹⁰⁹ Yamate & Yokoyama (2001) relatam que, no Japão, foi fundada a Associação Japonesa de Assistente Social, em 1960. Porém, com o pouco número de associados, esta ficou parada sem organizar nenhuma atividade no âmbito nacional para o fortalecimento da profissão. A mesma foi reiniciada em 1983, porém havia somente 2000 membros. Para os mesmos autores, “felizmente”, após a promulgação da Lei de Assistente Social Certificado e de Cuidador Social Certificado (1987), foi estabelecida uma nova associação, conhecida como Associação Japonesa de Assistente Social Certificado, a qual o membro vem ampliando a cada ano (no ano de 2000 atingiu 10.000 membros).

Associações, embora a participação não seja obrigatória, são fundamentais para fortalecimento da categoria, pois organizam conferências, atividades, ações, além de reivindicarem coletivamente o interesse profissional (YAMATE & YOKOYAMA, 2001).

Segundo Watanabe (2007), discute-se no Japão a revisão do posicionamento do título de Assistente Social Certificado. Pois, quando houve a promulgação da Lei de Assistente Social Certificado e do Cuidador Social Certificado (1987), o profissional de Serviço Social, ou melhor, o Assistente Social Certificado foi instituído como uma profissão especializada. Porém, em 2000, foi estabelecido o Sistema de Seguro de Cuidado de Longa Duração. Este elaborou uma nova profissão especializada e com qualificação elevada¹¹⁰, conhecida como Gerenciador de Cuidado (*Care Manager*) para realizar as ações até então desenvolvidas pelo Assistente Social (Certificado) na área do Bem-Estar do Idoso, tais como Assessor de Suporte e Elaboração dos planos de cuidado¹¹¹ (*Care Plan*). Além disso, a mesma autora relata que a Lei de Seguro de Cuidado de Longa Duração definiu a colocação obrigatória deste novo profissional nos Centros de Suporte ao Cuidado na Residência e nas Instituições de Seguro de Cuidado. O resultado disto é que, atualmente, há mais instituições que solicitam o Gerenciador de Cuidado do que Assistente Social.

Nesta perspectiva, nota-se que o trabalho do Assistente Social na área do idoso no Japão sofre diversas alterações conforme a elaboração de novas medidas, políticas e serviços de atenção à este segmento. Exige-se assim, fortalecer as suas práticas profissionais, bem como a sua categoria.

¹¹⁰ O Gerenciador de Cuidado é um profissional com qualificação elevado. Pois, exige-se, ao invés de aprovação no Exame Nacional, a atuação de mais de 5 anos como Assistente Social Certificado, Cuidador Social Certificado, Médico, Enfermeiro, dentista, nutricionista, Assistente Social Psiquiátrico certificado etc, e após passar na prova de estágio, concluir um período (32 horas) de estágio para obtenção do título. Para mais informações, sugere-se: <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000036.html>. Acesso em: 15 de novembro de 2009.

¹¹¹ Plano de Cuidado é elaborado por meio de trabalho interdisciplinar dos profissionais especializados, principalmente pelo Gerenciador(a) de Cuidado e Médico, conforme a situação em que se encontra o idoso (estado de saúde, relação familiar, localidade onde o mesmo vive, recursos sociais disponíveis etc).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo procurou-se realizar as primeiras aproximações com o trabalho realizado pelo Assistente Social na atenção ao idoso no Japão. Para isso, foi feita a contextualização do processo histórico, social, econômico e cultural do Bem-Estar Social para compreender, primeiramente, quais e como se estabelece o atual Sistema de Seguridade Social japonês, além das políticas e serviços de Bem-Estar do Idoso. No início da elaboração deste trabalho, houve uma dificuldade em entender o Bem-Estar Social e a Seguridade Social no Japão. Porém, com as referências constatou-se que o Bem-Estar Social é definida pelas diferentes concepções de cada autor e pesquisador, diferindo no sentido amplo e restrito. Ou seja, no sentido amplo este engloba todas as medidas e políticas sociais, inclusive a Seguridade Social e Serviços de Bem-Estar Social. Uma vez que feita a compreensão, a apresentação do atual Sistema de Seguridade Social, embora de forma breve, permitiu a aproximação com a realidade japonesa no âmbito da garantia do “mínimo padrão de vida” e do “dever do Estado”. Constatou-se que, mesmo a Seguridade Social vise a proteção e a tranquilidade da vida de toda população, há limites e exclui muitas pessoas desta “proteção”¹¹² pelas suas rigorosas exigências e critérios.

A demonstração do envelhecimento da sociedade japonesa e as suas influências sociais, econômicas e políticas possibilitou ir além da expectativa inicial, pois identificou-se que, atualmente, a imagem do idoso consiste de forma estereotipada, negativa e pré-conceituosa no Japão, diferentemente do que se costuma ouvir em outros países, principalmente, no Brasil em relação ao idoso no oriente. Os dados demográficos e as referências orientaram a investigação dos principais características resultantes deste fenômeno do envelhecimento, e quais e como foram desenvolvidas as medidas e políticas de Bem-Estar do Idoso para atender as novas demandas. Este estudo foi essencial para identificar o contexto em que se insere o Assistente Social, o qual atua na área do idoso. Além disso, a abordagem do princípio do Bem-Estar do Idoso e os seus principais elementos (Qualidade de Vida, Normalização, Suporte à Independência e Suporte ao *Empowerment*), apesar da dificuldade de um estudo aprofundado pela limitação das referências, viabilizou na compreensão dos princípios que orientam a prática profissional do Assistente Social.

¹¹² (grifo da autora)

A pesquisa do profissional de Serviço Social na contemporaneidade, bem como o processo de formação e a condição de trabalho do Assistente Social Certificado, permitiu uma aproximação com a profissão especializada ainda recente, desfortalecida pela divergência dos sistemas educacionais de Serviço Social e pela falta de postura profissional na defesa da categoria. Além disso, percebeu-se que o título de Assistente Social Certificado, ao invés de trazer um reconhecimento da sociedade e de outras categorias profissionais pela especialidade que este representa, isso não ocorre. Atualmente, não há nenhuma área de intervenção exclusiva deste profissional certificado e, além disso, o título não é requisito obrigatório para atuar nas áreas de Serviço Social. Assim, questiona-se o objetivo da realização do Exame Nacional, bem como a eficiência do mesmo. Também, foi possível perceber nas leituras realizadas, principalmente das coletâneas (OKADA, 2002; NAKATANI, 2002; etc), a falta de postura crítica e investigadora dos autores em relação ao contexto social, econômico, político e cultural que envolve a profissão e o usuário.

Embora tenha buscado utilizar as fontes primárias para melhor aprofundamento do assunto, principalmente em relação aos princípios que orientam o Assistente Social, os objetivos profissionais na atenção ao idoso, instrumento técnico-operativo e em relação à atribuição do Assistente Social na atenção ao idoso no Japão, isto não foi possível pela dificuldade em encontrar as mesmas e pelo limite de tempo.

Durante o estudo, constatou-se que no Japão, mesmo o tema idoso vem sendo discutido há décadas, mais precisamente desde os anos 1960, bem como elaborado uma série de políticas e serviços de atenção a este segmento, este tema não foi muito desenvolvido no âmbito do Serviço Social. Pois, as produções acadêmicas que abordam a intervenção do Assistente Social na atenção ao idoso datam um período recente (1990~2008), sendo que a maioria dos autores utiliza literaturas norte-americanas e européias como referências (FELICE & PERRY, 1995; LOWY, 1979, SULLIVAN, 1997, ZUNIGA, 1995; etc). Assim, ressalta-se a importância de ampliar a discussão e desenvolver os métodos de intervenção do Serviço Social no atendimento ao idoso em base à realidade japonesa.

Este estudo exploratório teve como questão norteadora: Como se realiza o trabalho dos Assistentes Sociais na atenção ao idoso no Japão?

A partir desta questão, destaca-se as seguintes considerações:

- O Assistente Social atua como Assessor de “Suporte” para melhoria da vida cotidiana do idoso, detectando os problemas e as necessidades do mesmo.

- O Assistente Social faz orientações e elabora planos em base aos recursos sociais e a necessidade do idoso para que o mesmo possa ter uma vida digna na comunidade, na sua residência ou na instituição de cuidado.

- O Assistente Social utiliza a Avaliação como principal instrumento técnico-operativo para identificar as necessidades do idoso.

- A prática profissional do Assistente Social na atenção ao idoso é orientada pelos objetivos e princípio do Bem-Estar do Idoso e pelos seus principais elementos.

- Os Assistentes Sociais trabalham nas Residências de Cuidado da Pessoa Velha, nas Residências de Cuidado Especial da Pessoa Velha, nos Centros de Suporte ao Cuidado na Residência, nos escritórios de Bem-Estar, nas Instituições de Saúde do Idoso, nos Conselhos de Bem-Estar Social e entre outras diversas instituições e órgãos.

Para finalizar, o interesse em realizar o presente trabalho, é de contribuir para novos conhecimentos em relação à outra realidade, isto é, o Assistente Social na atenção ao idoso no Japão. Pois, nota-se, no Brasil, o crescente interesse pela temática do idoso e a inexistência de um número significativo de trabalhos acadêmicos sobre esta que aborde especificamente o atendimento realizado ao idoso no Japão, bem como a intervenção do Serviço Social junto a este seguimento. Este trabalho fez as primeiras aproximações do trabalho realizado pelo Assistente Social na atenção ao idoso. Sendo assim, sugere-se que sejam desenvolvidos novos estudos em relação às seguintes aspectos, que neste momento não foram possíveis de serem abordados e /ou aprofundados: Como se realiza o trabalho do Assistente Social nas Residências (instituições) da Pessoa Velha? Como são os métodos utilizados pelo Assistente Social no atendimento ao idoso? O que o Assistente Social faz nos Centros de serviços diários e nos Centros de suporte ao cuidado residencial? Como o Assistente Social intervém nos movimentos e organizações reivindicatórios do idoso? Também, aponta-se a necessidade de outras pesquisas que aprofundem as políticas de Bem-Estar do Idoso no Japão, pois, as mesmas podem contribuir para os profissionais, inclusive ao Assistente Social, que atuam na elaboração, implementação e execução das políticas sociais voltadas ao idoso, aqui no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARIZUKA, Masakatsu. *The current status of social welfare, public and private relations in Japan*. In: *The Bulletin of Saitama Prefectural University*. Saitama: vol. 5. 2003. p. 147-152. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110004030573>>. Acesso em 20 de junho de 2009.

BATISTA, A. S., J. L. et al.. Proteção das pessoas idosas dependentes: Análise comparativa da experiência internacional. In: **Texto para discussão N° 1403: Série Seguridade Social**. Brasília: abril de 2009.

BHAPPU, Anita D. *The Japanese Family: An institutional logic for japanese corporate networks and japanese management*. In: *Academy of management review*. Vol. 25, N° 2, 2000, p. 409-415. Disponível no site: <<http://www.deu.edu.tr/userweb/ceyhan.aldemir/dosyalar/bhappu,%202000.pdf>>. Acesso em 20 de setembro de 2009.

CONSELHO DELIBERATIVO DO SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL. *Shakai hoshou seido ni kansuru kankoku*. [Deliberação em relação ao Sistema de Seguridade Social], 1950. Disponível no site: <<http://www22.ocn.ne.jp/~kguik/seidosin2537.htm>>. Acesso em: 20 de junho de 2009.

ESPÍNDOLA, Januário Della Mea; VERGARA, Paulo Monteiro. **O Japão face à aliança norte-americana: a redefinição do papel japonês como liderança mundial**. Rio Grande do Sul: Núcleo de Estratégia e Relações Internacionais, UFRGS, 2007.

FAGUNDES, Jorge. **Políticas Industrial e de defesa da concorrência no Japão**. Revista do IBRAC. São Paulo, 2001, vol. 8, número 3, p.3-46.

GABINETE DE DIRETORIA-GERAL PARA POLÍTICAS DE UMA SOCIEDADE COESA. Kourei shakai Hakusho 2009. [Relatório Branco de Sociedade Envelhecida]. Disponível no site: <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2009/zenbun/21pdf_index.html>. Acesso em 20/09/2009.

INOUE, K, O. E. et al. *Talking about Japan Q&A*. Japan: Billingsl Books, 3ª Ed, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2000

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA DA POPULAÇÃO E SEGURIDADE SOCIAL. *Social security in Japan*. 2007. Disponível no site: <<http://www.ipss.go.jp/s-info/e/Jasos2007/SS2007.pdf>>. Acesso em 10 de junho de 2009.

ISHII, Yuriko. *Actual conditions and issues in practical training in social work: The testing of "koka-style*. In: *Research bulletin of Kyoto Koka Women's University*. Kyoto: N° 46, 2008. p. 383-406. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110006977030>>. Acesso em 20 de outubro de 2009.

IWASAKI, Kozo. *Social work education and qualification of social workers: japanese experience*. In: *The Niigata Journal of Health and Welfare*. Niigata, vol. 3. N° 1, 2003. p. 35 – 40. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110004313830/en>>. Acesso em 12 de outubro de 2009.

JAPAN. *Nihon Koku Kenpo*. 1947. [Constituição do Japão]. Disponível no site: <<http://www.houko.com/00/01/S21/000.HTM>>. Acesso em 05 de junho de 2009.

KUBOTA, Harusuke. *A Consideration to the Transfiguration of Elderly People's Image after World War II*. In: *The bulletin of the graduate school of education of Waseda University*. Tokyo, Separate volume 11(2), 2004, p. 139-149. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110004678529>>. Acesso em 16 de agosto de 2009.

KURIHARA, Akiko; NISHIZAWA, Hiroko; NAGAHAMA, Kurenai. História e cultura japonesa. In: **Jornal Nippo-Brasil**. Disponível no site: <http://www.nippo.com.br/zz_historia/japao/index.shtml>. Acesso em: 20 de abril de 2009.

KURIKI, Taiko. *Care for the aged and the long-term care insurance system in Japan: Well-being of the cared and care givers*. In: *Human Welfare review*. Chofu, vol. 3, 2000. p. 12-18. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110000040938/en>>. Acesso em 25 de junho de 2009.

MELLO, Valéria Maria Sampaio. **Intervenção e a Influência Norte-Americana sobre a cultura e a educação japonesa e brasileira no Pós-Segunda Guerra Mundial: O despertar da memória pela oralidade**. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Educação. UFC, tese, 2006.

MINISTÉRIO DE SAÚDE, TRABALHO E BEM-ESTAR. *Dai 21 kai Shakai fukushi shi oyobi kaigo fukushi shi kokka shiken no gougaku ni tsuite*. 2009. [Em relação à divulgação da aprovação do 21º Exame Nacional de Assistente Social Certificado e do Cuidador Social certificado. Disponível no site: <<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0331-3.html>>. Acesso em 20 de outubro de 2009.

MINISTÉRIO DE SAÚDE, TRABALHO E BEM-ESTAR. *Long term care Insurance in Japan*. Disponível no site: <<http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/index.html>>. Acesso em: 04 de agosto de 2009.

MINISTÉRIO DE SAÚDE, TRABALHO E BEM-ESTAR. *Kaigo fukushi shi nado genjyou haaku tyousa no kekka ni tsuite*. 2008. [A respeito da pesquisa para identificar a realidade do Cuidado Social Certificado e de outros profissionais]. Disponível no site: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/haaku_chosa/dl/01.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2009.

MINISTÉRIO DE SAÚDE, TRABALHO E BEM-ESTAR. *Kousei Hakusho 1996*. [Relatório Branco de Bem-Estar 1996]. Disponível no site: <<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199601/front.html>>. Acesso em: 20 de junho de 2009.

NG, Guat Tin. *Learning from japanese experience in aged care policy*. In: *Asian Social Work and Policy Review*. Singapore, Vol. 1, 2007. p. 36-51. Disponível no site: <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/117994604/PDFSTART>>. Acesso em 02 de outubro de 2009.

NAGATANI, Yoshiharu. *Sengo nihon no fukushi no kessei kara fukushi tenkan ki no rikai no tamenomemo*. 200_. [Uma nota para compreender as transformações do Bem-Estar a partir da construção do Bem-Estar pós-guerra do Japão]. Disponível no site: <<http://www.naganet.com/nursing-insurance/PDF/2006/sengofukushi-memo.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2009.

NAKAMURA, Ritsuko. *A Preliminary Study to Conceptualize Cultural Aspects of Aging: Institutionalize Aging Process*. In: *Gendai fukushi kenkyu*. Tokyo, Vol. 2, 2002. p. 63-81. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110006184395>>. Acesso em 02 de setembro de 2009.

NAKAMURA, Ritsuko. *A take-off stage of social welfare program for the aged in modern Japanese society : With a special reference to institutionalization process of the elderly 1950-70*. In: *Gendai fukushi kenkyu*. Tokyo, Vol. 6, 2006. p. 103-131. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110006184425>>. Acesso em 30 de agosto de 2009.

NAKAMURA, Takafusa; GRACE, Bernard R. G. *Desenvolvimento econômico do Japão moderno*. Japão: Ministério dos Negócios Estrangeiros, 1985.

NAKAMURA, Yoko. *Koureisha no iryou no kakuho ni kansuru houritsu*. In: *Koureisha fukushi ron*. Kyoto, Minerva, 4ª Ed, 2008, p. 87-99. [As leis relacionadas à garantia do acesso à saúde do idoso. In: Teoria do Bem-Estar do Idoso].

NAKATANI, Youmei. *Gendai shakai ni okeru koureisha*. In: *Koureisha fukushi to Social Work*. Tokyo, Yuhikatu. 2002. p. 2-31. [O idoso na sociedade contemporânea. In: O Bem-Estar do Idoso e Serviço Social].

NAKATANI, Youmei. *Koureisha shien to shite no Social Work*. In: *Koureisha fukushi to Social Work*. Tokyo, Yuhikatu. 2002. p. 76-91. [O Serviço Social enquanto suporte do idoso. In: O Bem-Estar do Idoso e Serviço Social].

OKADA, Shiniti. *Koureisha fukushi no rinen to Social Work*. In: *Koureisha fukushi to Social Work*. Tokyo, Yuhikatu. 2002. p. 62- 76. [O princípio do Bem-Estar do Idoso e Serviço Social. In: O Bem-Estar do Idoso e Serviço Social].

OOKUBO, Hideko. *Shakai fukushi to wa nanika*. Tokyo, Hito-hashii, 2ª Ed. 2008. [O que significa Bem-Estar Social].

OSAKAMI, Miyuri. *A Social Welfare Policy and the Family in Japan(The symposium:"Legal topics surrounding families")*. In: *The Japan Association of Legal and Political Sciences*. Vol. 43(1), 2006. p. 245-258. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110006199251>>. Acesso em: 12 de setembro de 2009.

OOSHIMA, T., S. T. et al. *Koureisha fukushi ron*. Kyoto, Minerva, 4ª Ed. 2008. [Teoria do Bem-Estar do Idoso].

PINHEIRO, Elisa Massae Sasaki. **Ser ou não ser Japonês? A construção da identidade dos brasileiros descendentes de japoneses no contexto das migrações internacional do Japão contemporâneo**. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Unicamp, tese, 2009.

ROHL, Wilhelm. *History of law in Japan since 1868*. Brill. Boston, Handbook of oriental studies, section 5ª Japan, 2005.

_____. *Roujin Fukushi Ho*. 1963. [Lei de Bem-Estar da Pessoa Velha]. Disponível no site: <<http://www.houko.com/00/01/S38/133.HTM>>. Acesso em: 20 de agosto de 2009.

SAITOU, Tizuru. *Koureisha shien ni kakawaru senmonshoku, soshiki*. In: *Koureisha fukushi to Social Work*. Tokyo, Yuhikatu. 2002. p. 254-272. [As profissões e as organizações relacionadas ao suporte do idoso. In: O Bem-Estar do Idoso e Serviço Social].

SASAGAWA, Yoko. *A pointview of total welfare policy for fundamental problems in aged society*. In: *Journal of Nasu University*. Nasu, 2000. p. 145-170. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110007124147>>. Acesso em 15 de outubro de 2009.

_____. *Seikatsu Hogo Ho*. 1950. [Lei de Assistência Pública]. Disponível no site: <<http://www.houko.com/00/01/S25/144.HTM>>. Acesso em: 10 de julho de 2009.

_____. *Shakai Fukushi Ho*. 2000. [Lei de Bem-Estar Social]. Disponível no site: <<http://www.houko.com/00/01/S26/045.HTM>>. Acesso em 05 de julho de 2009.

_____. *Shakai Fukushi Jigyou Ho*. 1951. [Lei de Trabalho de Bem-Estar Social]. Disponível no site: <<http://www.arsvi.com/0z/1951h045.htm>>. Acesso em: 05 de julho de 2009.

_____. *Shakai Fukushi shi oyobi Kaigo Fukushi shi Ho*. 1987. [Lei de Assistente Social Certificado e do Cuidado Social Certificado]. Disponível no site: <<http://www.houko.com/00/01/S62/030.HTM>>. Acesso em: 20 de outubro de 2009.

SHIOTANI, Yuji. *The current situation and issues in the social welfare system in Japan*. In: *Junshin journal of human studies*. Nagasaki, Vol. 9º, 2003. p. 205-210. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110000985879>>. Acesso em: 07 de junho de 2009.

SHIRASAWA, M, T. M. et al.. *Koureisha fukushi to Social Work*. Tokyo, Yuhikatu, 2002. [O Bem-Estar do Idoso e Serviço Social].

_____. *Social Worker no Rinri Koryou*. 1986. [Código de Ética do Assistente Social]. Disponível no site: <<http://www.jasw.jp/jaswtowa/jasw-rinri-050127.htm>>. Acesso em 30 de setembro de 2009.

_____. *Social Security in Japan 2002-2003*. Disponível no site: <<http://www.ipss.go.jp/s-info/e/Jasos2002/Jasos2002.html>>. Acesso em: 20 de agosto de 2009.

SUGIMOTO, Toshio. *Kourei shakai no tourai to shakai taiou*. In: *Koureisha fukushi ron*. Kyoto, Minerva, 4ª Ed, 2008, p. 8- 23. [Chegada da sociedade envelhecida e o enfrentamento da sociedade. In: Teoria do Bem-Estar do Idoso].

SUGIMOTO, Toshio. *Koureisha fukushi no hatten*. In: *Koureisha fukushi ron*. Kyoto, Minerva, 4ª Ed, 2008, p. 76-86. [O desenvolvimento do Bem-Estar do Idoso. In: Teoria do Bem-Estar do Idoso].

TAKAMA, Mitsuru. *Koureisha no keizai hoshou seido*. In: ***Koureisha fukushi ron***. Kyoto, Minerva, 4ª Ed, 2008, p. 137-157. [O Sistema de seguridade financeira do idoso. In: Teoria do Bem-Estar do Idoso].

TERADA, Kimiyo. *A Study of How Researchers in the Social Welfare Sector Understand and Use the Term 'Social Welfare'*. In: ***The bulletin of Seiwa Junior College***. Tiba, Vol. 33, 2005. p. 33-45. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110004036839>>. Acesso em 10 de junho de 2009.

TERAMOTO, Naomi. *Koureisha ni kakawaru houritsu, seido*. In: ***Koureisha fukushi to Social Work***. Tokyo, Yuhikatu. 2002. p. 216-252. [As leis e Sistemas relacionados ao idoso. In: O Bem-Estar do Idoso e Serviço Social].

TOBA, Mika. *The Ageism and social work practice: The influence of Ageism on Social Workers*. In: ***Bulltin of Bunkyo Gakuin University***. Saitama, Vol. 7(1), 2005. p. 89-100. Disponível no site: <<http://www.lib.u-bunkyo.ac.jp/kiyo/2005/kyukiyo/toba.pdf>>. Acesso em 20 de setembro de 2009.

TSUMURA, Naoko. *Roujin fukushi ho to roujin fukushi Service*. In: ***Koureisha fukushi ron***. Kyoto, Minerva, 4ª Ed, 2008, p. 119-136. [A lei de Bem-Estar da Pessoa Velha e serviço de Bem-Estar da Pessoa Velha. In: Teoria do Bem-Estar do Idoso].

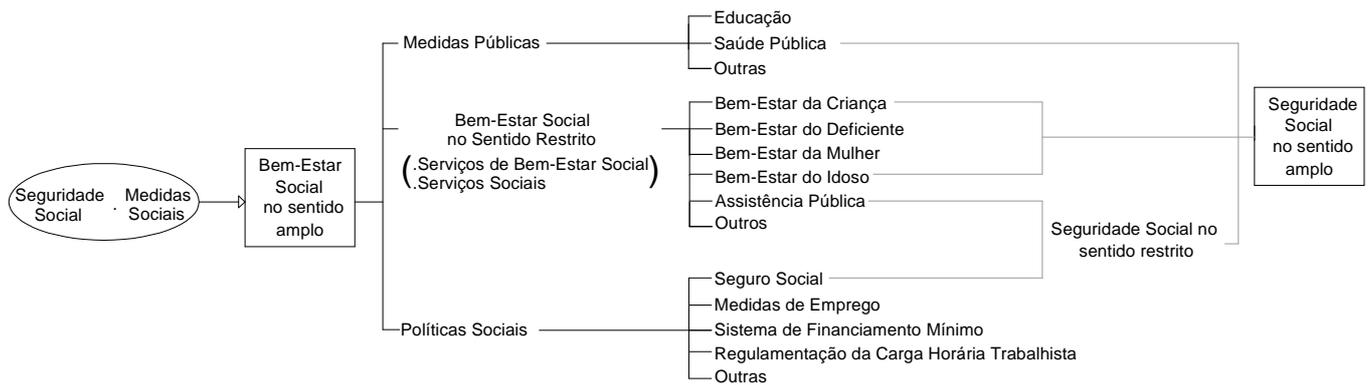
VALE, Gláucia Maria V. Japão – Milagre econômico e sacrifício social. In: ***Revista de administração de empresas***. São Paulo, 1992. p. 44-57. Disponível no site: <<http://www16.fgv.br/rae/redirect.cfm?ID=838>>. Acesso em: 12 de agosto de 2009.

YAMATE, Shigeru & YOKOYAMA, Toyoharu. *A comparative research on social work education: Japan and USA*. In: ***Niigata journal of health and welfare***. Niigata, Vol 1(1), 2001, p. 24-42. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110000040280>>. Acesso em: 01 de novembro de 2009.

WATANABE, Kaori. *The prospects of qualification system of certified social workers*. In: ***Human and socio-environmental studies***. Kanazawa, Vol. 13, 2007. p. 143-152. Disponível no site: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110006277982>>. Acesso em: 10 de novembro de 2009.

ANEXO A: Figuras ilustrativas das concepções de Bem-Estar Social

Figura: O Bem-Estar Social segundo as concepções no sentido amplo e restrito, e a sua relação com a Seguridade Social



Fonte: TERADA, 2005, p. 34

ANEXO B: Quadro de síntese histórica do sistema de ensino do Serviço Social no Japão

Quadro: Síntese histórica do sistema de ensino do Serviço Social no Japão

Início Trabalho Momento: 1º 2º intenção		Meados da década de 1880 Trabalho influenciado Ordem & Estado budista (ordem católica) Conhecimento especialista Treinamento para capelão prisional
Contexto social - ideologia		Manutenção da ordem pública (movimento social)
Sobre a influência dos		Países ocidentais
Surgimento das escolas		Em 1900, curso de curta duração Em 1918, sistema de ensino de três anos
Configuração das escolas Matriz das escolas		Escola técnica e universidades Religiosa e outras
Início do ensino superior		Em 1918 – Universidade Religiosa (atual Universidade <i>Taisho</i> 大正大学)
Progresso do ensino superior	1º período	Demorado
	Após II Guerra Mundial	Década de 1950 – surgimento de algumas universidades de curta duração (tecnólogo)
	Atualmente	Década de 1990 – Aumento das universidades
Objetivo do ensino (profissional)	1º período	Fraco
	Atualmente	Forte do que o 1º período
Objetivo do ensino	1º período	Específico
	Atualmente	Generalista Objetivo do Macro e Micro
Objetivo científico (prática e acadêmica)	1º período	Prático contra acadêmico
	Atualmente	Ênfase na acadêmica para ênfase na prática
Organização das escolas e dos professores (atualmente)		Associação Japonesa das Escolas de Serviço Social; Associação japonesa de Escolas de Assistente Social Certificado
Sistema de qualificação dos Assistentes Sociais (atualmente)	Nome Certificação Agente Notas	Assistente Social Certificado Registro Estado Necessidade de realizar Exame Experiência profissional: necessário e não necessário Nível de ensino: Universidade Tecnólogo Curso de treinamento
Órgãos responsáveis para autorização do ensino de Serviço Social		Ministério de Educação e Ciência (Universidade, tecnólogo) Ministério de Saúde, Trabalho e Bem-estar (instituições de treinamento)
	competência	Certificação dos currículos Designação dos cursos de treinamento

Sistema Educacional	Ajustes Estabilidades	Inconsistente Instável
Ajuste para sistema de emprego		Inconsistente
Influência da Associação Profissional no sistema educacional		Fraca

Fonte: HIRATSUKA, 1998; ICHIBANGASE, 1998, *apud* YAMATE & YOKOYAMA, 2001, p. 26.