

Política Nacional do Idoso

velhas e novas questões

Alexandre de Oliveira Alcântara

Ana Amélia Camarano

Karla Cristina Giacomini

Organizadores



Política Nacional do Idoso *velhas e novas questões*

Alexandre de Oliveira Alcântara

Ana Amélia Camarano

Karla Cristina Giacomini

Organizadores



ipea

Governo Federal

Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão

Ministro interino Dyogo Henrique de Oliveira

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Ernesto Lozardo

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Juliano Cardoso Eleutério

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

João Alberto De Negri

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

Claudio Hamilton Matos dos Santos

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Alexandre Xavier Ywata de Carvalho

Diretora de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura

Fernanda De Negri

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretora de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Alice Pessoa de Abreu

Chefe de Gabinete, Substituto

Márcio Simão

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação

Regina Alvarez

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Política Nacional do Idoso

velhas e novas questões

Alexandre de Oliveira Alcântara

Ana Amélia Camarano

Karla Cristina Giacomini

Organizadores



ipea

Rio de Janeiro, 2016

Política nacional do idoso : velhas e novas questões /
Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia
Camarano, Karla Cristina Giacomini - Rio de
Janeiro : Ipea, 2016.
615 p. : il. : gráfs.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-7811-290-5

1. Idosos 2. Legislação 3. Direitos humanos 4. Políticas
públicas I. Alcântara, Alexandre de Oliveira II. Camarano, Ana
Amélia III. Giacomini, Karla Cristina IV. Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

CDD 341.481

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS..... 11

APRESENTAÇÃO 13

INTRODUÇÃO 15

Ana Amélia Camarano

PARTE 1 – HISTÓRICO DA PNI

CAPÍTULO 1

A HISTÓRIA POR TRÁS DA LEI: O HISTÓRICO, AS ARTICULAÇÕES DE MOVIMENTOS SOCIAIS E CIENTÍFICOS, E AS LIDERANÇAS POLÍTICAS ENVOLVIDAS NO PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO 51

Jussara Rauth

Ligia Py

CAPÍTULO 2

BRASIL ENVELHECE ANTES E PÓS-PNI 63

Ana Amélia Camarano

Solange Kanso

Daniele Fernandes

PARTE 2 – A IMPLEMENTAÇÃO DA PNI

CAPÍTULO 3

A ASSISTÊNCIA SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO 107

Marília Anselmo Viana da Silva Berzins

Karla Cristina Giacomin

Ana Amélia Camarano

CAPÍTULO 4

A PNI NA ÁREA DA SAÚDE..... 135

Karla Cristina Giacomin

ladya Gama Maio

CAPÍTULO 5

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO: REFLEXÃO ACERCA
DAS INTENÇÕES DIRECIONADAS À EDUCAÇÃO FORMAL 175

Meire Cachioni

Mônica de Ávila Todaro

CAPÍTULO 6

A UNIVERSIDADE PARA A TERCEIRA IDADE NA CONSTRUÇÃO
DA CIDADANIA DA PESSOA IDOSA 199

Marcella Guimarães Assis

Rosângela Corrêa Dias

Ruth Myssior Necha

CAPÍTULO 7

O IDOSO COMO MESTRE E ALUNO DAS NOVAS GERAÇÕES211

José Carlos Ferrigno

CAPÍTULO 8

O DIREITO AO TRABALHO, A PREPARAÇÃO E A CONQUISTA
DA APOSENTADORIA225

Maria Aparecida Gugel

CAPÍTULO 9

O IDOSO E O MERCADO DE TRABALHO241

Jorge Felix

CAPÍTULO 10

A PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA265

Ana Amélia Camarano

Daniele Fernandes

CAPÍTULO 11

HABITAÇÃO E URBANISMO295

Silvia Costa

Louise Plouffe

Ina Voelcker

Alexandre Kalache

CAPÍTULO 12

ENVELHECER NO CONTEXTO RURAL: A VIDA DEPOIS DO *APOSENTO*323

Adriana Alcântara

CAPÍTULO 13

O CIDADÃO IDOSO: CONSUMIDOR E PRODUTOR CULTURAL343

José Carlos Ferrigno

CAPÍTULO 14

DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO AO ESTATUTO DO IDOSO:
A DIFÍCIL CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE GARANTIAS
DE DIREITOS DA PESSOA IDOSA359

Alexandre de Oliveira Alcântara

CAPÍTULO 15

A JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: A EXPERIÊNCIA
DA CENTRAL JUDICIAL DO IDOSO379

Paula Regina de Oliveira Ribeiro

CAPÍTULO 16

O SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS SOB A ÓTICA DA ADVOCACIA397

Adriana Zorub Fonte Feal

CAPÍTULO 17

EM QUE MEDIDA A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO
TEM SIDO EFETIVA?409

Eduardo Camargos Couto

PARTE 3 – NOVAS QUESTÕES

CAPÍTULO 18

IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO
NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA435

Maria Cecília de Souza Minayo

Luiz Cláudio Carvalho de Almeida

CAPÍTULO 19

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO: AS LACUNAS DA LEI E A QUESTÃO
DOS CUIDADORES457

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte
Marília Anselmo Viana da Silva Berzins
Karla Cristina Giacomin

CAPÍTULO 20

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO BRASIL:
DO QUE SE ESTÁ FALANDO?479

Ana Amélia Camarano
Pamela Barbosa

CAPÍTULO 21

OS DILEMAS DA DEMOCRACIA NOS CONSELHOS DE IDOSOS515

Guita Grin Debert
Gláucia S. Destro de Oliveira

CAPÍTULO 22

A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO EM QUESTÃO:
PASSOS E IMPASSES NA EFETIVAÇÃO DA CIDADANIA.....537

Vicente de Paula Faleiros

PARTE 4 – PERSPECTIVAS PARA A PNI

CAPÍTULO 23

O QUE FAZER PARA CONCRETIZAR A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO?....573

Eduardo Camargos Couto

CONSIDERAÇÕES FINAIS593

Karla Cristina Giacomin

Este livro é dedicado aos mentores da
Política Nacional do Idoso (PNI),
Maria José Lima de Carvalho Rocha Barroso (Mariazinha),
Nara Costa Rodrigues, Marcelo Antônio Salgado,
Flávio da Silva Fernandes, Neusa Mendes Guedes e
Mário Antônio Sayeg.

AGRADECIMENTOS

É com grande alegria e satisfação que chegamos ao final do trabalho de discussão e reflexão que teve início em 2014, cujo resultado final, graças ao esforço, à reflexão, à paciência e à perseverança de muitas pessoas e instituições, está aqui apresentado.

Gostaria de expressar, então, um agradecimento especial, mesmo correndo o risco de ser injusta e não enumerar todas as pessoas e instituições que muito nos ajudaram para a consecução deste trabalho.

Aos colegas de coordenação, Alexandre Alcântara e Karla Giacomini, pelo incentivo, o apoio, a confiança e o empenho na realização deste trabalho.

Aos autores e aos coautores dos vários capítulos deste livro, que, prontamente, aceitaram o convite para participar desta empreitada, não só elaborando seus textos com excelência mas participando de reuniões, discussões etc.

À presidência do Ipea, na pessoa de Ernesto Lozardo, à direção da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc), na pessoa de Lenita Maria Turchi, e aos técnicos de pesquisa da Disoc Carlos Henrique L. Corseuil e Marcelo Caetano, pela confiança em mim depositada para a condução deste trabalho.

À presteza e dedicação do serviço editorial do Ipea, coordenado por Claudio Passos de Oliveira, e à equipe do serviço editorial do Ipea-Rio, em especial, à Andrea Bossle de Abreu, ao Aeromilson Trajano de Mesquita e à Aline Cristine Torres da Silva Martins, pela criação da belíssima capa.

À Solange Kansa, que coordenou todo o trabalho de editoração.

Ao ambiente intelectual, colaborativo e amigável do Ipea-Rio, onde o trabalho foi desenvolvido. Isto foi possível pelas discussões proveitosas com os colegas e pela excelência e competência de Solange Kansa, Daniele Fernandes e Pamela Barbosa, que participaram mais de perto deste trabalho, e das secretárias Elizabeth Turini e Flavia Fernandes.

A todos e àqueles que por falta minha não estão listados aqui o meu MUITO OBRIGADA.

Ana Amélia Camarano

APRESENTAÇÃO

No seu compromisso de acompanhar as mudanças demográficas em curso no país, com o objetivo de subsidiar a sociedade para enfrentar os desafios que elas acarretam, o Ipea vem acompanhando, desde 1999, as implicações sociais do rápido processo de envelhecimento.

Uma das respostas dada pelo Estado brasileiro em conjunto com a sociedade foi a aprovação da Política Nacional do Idoso (PNI), por meio da Lei nº 8.842/1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996. Em 1994, a proporção da população idosa brasileira era de aproximadamente 8%.

Isso foi um passo importante para a garantia de direitos sociais à pessoa idosa, “criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (art. 1º da Lei nº 8.842/1994). No entanto, passados vinte anos de sua aprovação, em 2014, a proporção da população idosa brasileira atingiu a marca de 13,7%, reforçando os desafios já levantados. Ou seja, as demandas por políticas públicas se intensificaram, o que requer a atualização e a implementação total das medidas preconizadas. Mas pouco se sabe como essas medidas estão sendo efetivadas e sobre os seus entraves e lacunas. A aceleração do processo de envelhecimento brasileiro e outras mudanças sociais em curso requerem não só a análise da efetivação dos preceitos legais, mas também a sua pertinência atual, bem como a necessidade de se considerar novas questões. Este é o principal objetivo deste livro.

Ao partir de um enfoque interdisciplinar, o livro analisa as condições existentes no país e as internacionais que permitiram a aprovação dessa lei, bem como a sua efetivação por meio das políticas setoriais. Também coloca em discussão temas não contemplados na PNI, como violência, cuidadores, instituições de longa permanência, democracia nos conselhos e dificuldades encontradas para a construção da cidadania. Além disto, examina as oportunidades, os problemas e os desafios de uma proteção social efetiva para esse grupo, que inclui políticas públicas, apoios familiares e incentivos ao mercado privado.

Espera-se que este livro possa contribuir para a discussão sobre os modelos que o Brasil pode adotar para fazer frente aos novos desafios do envelhecimento.

Decorre a partir disso a relevância e a oportunidade deste livro, que sintetiza o esforço de pesquisadores do Ipea e de várias outras instituições para garantir o seu caráter interdisciplinar. Todos contribuíram muito para a qualidade da publicação que ora se apresenta. Aproveitamos a oportunidade para agradecer a presteza e a competência com que responderam ao nosso convite.

Com esta publicação, o Ipea reafirma mais uma vez o seu compromisso com a excelência e com uma agenda de alta relevância focalizada na realidade e nas prioridades do país, abrindo novos caminhos para o conhecimento e o enfrentamento dos nossos desafios.

Ernesto Lozardo

Presidente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

INTRODUÇÃO

Ana Amélia Camarano¹

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional em curso em quase todo o mundo, consequência da queda da fecundidade e da mortalidade, criou novas necessidades e novas demandas sociais em todos os países. A forma e o ritmo como isso vem ocorrendo nos vários contextos diferem de um país para outro e trazem desafios distintos. No Brasil, essas demandas colocadas pelo envelhecimento foram somadas a outras demandas sociais básicas ainda não atendidas.

Uma questão que permeia a concepção de políticas públicas em quase todos os países do mundo é se estas deveriam focar as necessidades ou a idade. A idade cronológica tem sido utilizada para regular a participação da população em diversos eventos, como a entrada obrigatória na escola, a proibição do trabalho infantil e o direito ao voto e à aposentadoria, aí incluindo a aposentadoria compulsória. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Estatuto da Juventude e o Estatuto do Idoso, bem como a Política Nacional do Idoso (PNI) constituem um reconhecimento por parte do estado de que estes grupos etários têm necessidades próprias e, por isso, são alvo de políticas públicas específicas.

Nos países desenvolvidos, as políticas públicas voltadas às populações idosas começaram a ganhar expressão na década de 1970, pois seus processos de envelhecimento já se encontravam em estágio avançado. Tinham por objetivo a manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção social, bem como a prevenção da perda de sua autonomia. A manutenção de sua renda já havia sido equacionada pelos sistemas de seguridade social (Camarano e Pasinato, 2004).

Pode-se dizer que, em alguma medida, a incorporação da questão do envelhecimento populacional na agenda das políticas brasileiras, quer sejam públicas, quer sejam de iniciativa da sociedade civil, não é nova. O Brasil é um dos pioneiros na América Latina na implementação de uma política de garantia de renda para a população trabalhadora, que culminou com a universalização da seguridade social em 1988, garantindo renda para a população idosa (Camarano e Pasinato, 2004).

1. Técnica de planejamento e pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

Como signatário do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento de 1982, o Brasil passou a incorporar, de forma mais assertiva, esse tema na sua agenda política. A década de 1980 coincidiu com o período de redemocratização do país, o que possibilitou um amplo debate por ocasião do processo constituinte, resultando na incorporação do tema no capítulo referente às questões sociais do texto constitucional de 1988. Foi nesse contexto, com uma forte influência do avanço dos debates internacionais sobre a questão do envelhecimento e de pressões da sociedade civil que foi aprovada, em 1994, a PNI, (Lei nº 8.842/1994) e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996. Em 1994, a proporção da população idosa brasileira era de aproximadamente 8%.

A PNI consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas” (Camarano e Pasinato, 2004, p. 269). Para a coordenação e gestão dessa política foi designada a Secretaria de Assistência Social do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Sem dúvida, a sua aprovação se constitui em um avanço sócio jurídico de grande importância na proteção social para a população idosa, conforme o art. 1º da Lei nº 8.842/1994, “criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 1994). No entanto, passados vinte anos de sua aprovação, em 2014, a proporção da população idosa brasileira atingiu a marca de 13,7%, reforçando os desafios já levantados. Ou seja, as demandas por políticas públicas se intensificaram, o que requer a atualização e a implementação total das medidas preconizadas. Pouco se conhece, no entanto, sobre como os preceitos estipulados na lei estão sendo efetivados e nem seus entraves e suas lacunas. Assume-se que a importância da lei depende não só da sua implementação total mas, também, da sua integração entre os vários setores, como saúde, educação, mercado de trabalho, habitação etc. A aceleração do processo de envelhecimento brasileiro e outras mudanças sociais em curso requerem analisar a efetivação dos preceitos legais e também a sua pertinência atual, bem como a necessidade de serem consideradas novas questões. Esse é o principal objetivo deste livro. Ressalta-se que o objetivo não é acompanhar e avaliar a implementação da lei, pois as informações disponíveis não permitem.

Este capítulo faz uma breve discussão sobre a conjuntura política nacional e internacional que legitimou a PNI e apresenta a organização do livro. Está dividido em cinco partes, sendo a primeira esta introdução. As segunda e terceira seções descrevem a evolução da agenda das políticas públicas na questão do envelhecimento populacional nos planos internacional e nacional, no período que antecedeu a

PNI. A quarta seção apresenta os princípios da PNI. Na quinta e última seção é apresentada a organização do livro.

2 O ENVELHECIMENTO NA AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTERNACIONAIS²

Esta seção apresenta uma breve discussão sobre a agenda internacional de políticas públicas para a população idosa no período anterior à PNI. A Assembleia das Nações Unidas sobre o Envelhecimento realizada em Viena em 1982 é considerada o marco inicial para o estabelecimento dessa agenda.

A assembleia de Viena foi o primeiro fórum de âmbito mundial intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional e resultou na aprovação de um plano global de ação. Foi considerado um grande avanço, pois, até então, a questão do envelhecimento não era foco de atenção das assembleias gerais nem de nenhuma agência especializada das Nações Unidas. A questão era tratada de forma marginal pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) como parte de suas atividades especializadas.

Os objetivos do plano eram garantir a segurança econômica e social da população idosa, bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países. Teve como referência a Conferência dos Direitos Humanos realizada em Teerã, em 1968. Dado o contexto político econômico e social, assumiu-se que, por sua “vulnerabilidade”, a população idosa deveria sofrer mais as consequências do colonialismo, neocolonialismo, racismo e práticas do *apartheid* vigentes no momento. Ou seja, a preocupação com a população idosa surgiu como resultado de tendências demográficas bem delimitadas e de uma situação de conflito. No plano global, vivia-se um momento marcado pelas tensões da Guerra Fria e, no regional, predominavam os regimes de exceção.

O Plano Internacional de Ação adotado na primeira assembleia mundial foi estruturado em forma de 66 recomendações para os Estados membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição; proteção ao consumidor idoso; moradia e meio ambiente; família; bem-estar social; previdência social; e, por fim, trabalho e educação. A maioria dos temas considerados era tratada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em comissões de natureza econômica ou política.³ Não se expressava preocupação com as implicações sociais do processo de envelhecimento. De fato, os temas sociais e os direitos humanos não ocupavam o mesmo lugar dos planos econômicos e políticos dentro das Nações Unidas (Alves, 1995).

2. Esta seção e a seguinte são bastante baseadas nas seções 2.1, 2.2, 3.1 e 3.2 de Camarano e Pasinato (2004).

3. As comissões políticas são entendidas no seu sentido estrito, ou seja, dizem respeito apenas às formas de exercício do poder estatal.

Um dos principais resultados do plano de Viena foi colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e populacional. O pano de fundo eram as condições de vida dos idosos dos países desenvolvidos. Percebia-se a necessidade da “construção” e do reconhecimento da pessoa idosa como um novo ator social, contemplando as suas necessidades e especificidades. Parte das recomendações visava promover a independência e fortalecer as condições de saúde física, cognitiva, mental e financeira para garantir a autonomia da pessoa idosa. Nesse sentido, o documento apresentava também um forte viés de estruturação baseado em políticas ligadas ao mundo do trabalho.

A visão do idoso descrita no plano era a de indivíduos independentes financeiramente, e, portanto, com poder de compra. Suas necessidades deveriam ser atendidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado. Outra diretriz apontava para a necessidade da conscientização dos países para que eles incorporassem nos seus planos propostas de ações que garantissem um envelhecimento saudável. Ou seja, a sociedade deveria adotar um conceito positivo e ativo de envelhecimento, orientado ao desenvolvimento econômico e social, o que significa uma mudança de visão do papel do idoso na sociedade. Percebe-se, no plano, também, uma forte medicalização do processo de envelhecimento.

Embora naquele momento, o foco da atenção tenha sido os países desenvolvidos, desde a Assembleia, a agenda política de países em desenvolvimento passou a incorporar progressivamente essa questão. Por exemplo, vários governos da América Latina modificaram suas constituições em graus diferenciados, criando leis que favoreciam a população idosa. São eles: Brasil (1988), Peru (1993), Bolívia (1994), Equador (1998) e Venezuela (1999).

No âmbito das Nações Unidas, a Assembleia Geral de 1991 adotou dezoito princípios em favor da população idosa que podem ser agrupados em cinco grandes temas: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade. A promoção da *independência* requer políticas públicas que garantam a autonomia física e financeira, ou seja, acesso aos direitos básicos de todo o ser humano: alimentação, habitação, saúde, trabalho e educação, além de previdência. Por *participação*, busca-se a integração dos idosos na sociedade. Isso requer a criação de um ambiente propício para que possam compartilhar suas experiências com outras gerações e se socializarem. O tema *cuidados* refere-se à necessidade de os idosos usufruírem de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por meio do cuidado familiar ou institucional. *Autorrealização* significa a possibilidade de os indivíduos fazerem uso de oportunidades para o desenvolvimento do seu potencial, via acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos. Por último, o quesito *dignidade* requer que se assegure aos idosos a possibilidade

de uma vida digna e segura, livre de toda e qualquer forma de exploração e maus tratos (Camarano e Pasinato, 2004).

Em 1992, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento, que estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional do Idoso e definiu os parâmetros para o início da elaboração de um marco conceitual sobre a questão do envelhecimento. O *slogan* do Ano Internacional do Idoso foi a promoção de uma *sociedade para todas as idades*.

Ao longo da década de 1990, a questão do envelhecimento passou a ser considerada, também, em outros fóruns das Nações Unidas, como por exemplo, as conferências mundiais sobre população, aspectos sociais, gênero, meio ambiente etc. Gradualmente, a visão de idosos como um grupo populacional vulnerável e dependente foi sendo substituída pela de um segmento populacional ativo e atuante que deve ser incorporado na busca do bem-estar de toda a sociedade. Foi também nessa década que a questão do envelhecimento entrou de forma mais expressiva na agenda dos países em desenvolvimento. Ressalta-se que, devido à queda mais acentuada da fecundidade, o processo de envelhecimento nesses países estava ocorrendo mais rapidamente do que o vivenciado nos países mais desenvolvidos.

3 A AGENDA DAS POLÍTICAS BRASILEIRAS PRÉ-PNI

A incorporação da questão do envelhecimento nas políticas públicas brasileiras, seja por entidades públicas, seja por iniciativa da sociedade civil, não é nova. Na verdade, a proteção social para a população idosa brasileira teve sua origem no período imperial, com os montepios civis e militares e outras sociedades beneficentes. Em 1888 foi regulamentado o direito à aposentadoria dos empregados dos Correios.⁴ As primeiras políticas previdenciárias de iniciativa estatal para trabalhadores do setor privado surgiram no início do século XX, com as leis de criação do seguro de acidentes do trabalho em 1919 e a primeira caixa de aposentadorias e pensões em 1923 (Lei Eloy Chaves).⁵ Estas políticas, no entanto, cobriam apenas alguns pequenos grupos populacionais e se limitavam à cobertura de uma renda quando da perda da capacidade laborativa.

A ampliação da incorporação do envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas brasileiras ocorreu nos anos 1960. Foi resultado de influências e pressões da sociedade civil, de associações científicas, de grupos políticos etc. Assim, destacam-se duas iniciativas que tiveram impacto no desenvolvimento das políticas brasileiras para a população idosa. A primeira delas foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em 1961. Um dos seus

4. Decreto nº 9.912-A, de 26 de março de 1888.

5. Ver Pasinato (2001) e Oliveira, Beltrão e Médici (1993).

objetivos era “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia”.⁶ A segunda teve início em 1963, por iniciativa do Serviço Social do Comércio (Sesc), dada a sua preocupação com o desamparo e a solidão entre os idosos. Consistiu de um trabalho com um pequeno grupo de comerciários na cidade de São Paulo. A ação do Sesc revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo decisiva na deflagração de uma política dirigida a este segmento.⁷

A primeira iniciativa do governo federal na prestação de assistência ao idoso ocorreu em 1974⁸ e consistiu em ações preventivas realizadas em centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da sociedade civil, bem como de internação custodial dos aposentados e pensionistas do INPS a partir de 60 anos (Portaria nº 82, de 4 de julho de 1974). Em 9 de novembro de 1979, esta portaria foi revogada pela de nº 25, quando, então, os idosos não previdenciários passaram também a contar com a assistência social. A portaria visava propiciar a integração social do idoso, “sobretudo no que se refere à melhoria das condições de vida, ao fortalecimento dos laços familiares e à formação de uma atitude positiva à velhice” (Portaria 25/1979 *apud* Haddad, 2003, p. 112). Coube à Legião Brasileira de Assistência (LBA) a função de “desenvolver uma ação integrada entre os órgãos do poder público, nos seus diversos níveis e nos de atuação privada, a fim de evitar ações dispersas e esforços isolados” (Portaria 25/1979 *apud* Haddad, 2003, p. 112).

Outra iniciativa em prol dos idosos carentes durante os anos 1970 foi a criação de dois tipos de benefícios não contributivos: as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a Renda Mensal Vitalícia (RMV) para os necessitados urbanos e rurais e para os portadores de deficiência. Seus valores foram definidos em 50% do salário mínimo à exceção da aposentadoria por invalidez do trabalhador rural, cujo valor equivalia a 75% do salário mínimo.

Em 1976, o MPAS editou um documento, baseado nas conclusões de três seminários regionais⁹ e um nacional, contendo algumas diretrizes para uma política social para a população idosa. Os seminários tiveram como objetivo identificar as condições de vida do idoso brasileiro e o apoio assistencial existente para atender suas necessidades. As principais propostas foram:

- implantação de um sistema de mobilização comunitária, visando, entre outros objetivos, a manutenção do idoso na família;

6. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br>>.

7. Sobre o assunto, ver o capítulo 1 deste livro.

8. Com a publicação da Portaria do MPAS nº 82, de 4 de julho de 1974.

9. Os seminários foram realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza.

- revisão de critérios para a concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos;
- criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar;
- revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria;
- formação de recursos humanos para o atendimento de idosos; e
- coleta e produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo Serviço de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outras (Brasil, 2002).

O que se quer chamar atenção é para o fato de que, até então, as políticas do governo federal para a população idosa brasileira consistiam no provimento de renda e serviços médicos especializados, predominando a visão de vulnerabilidade e dependência deste segmento da população. Quanto à questão do cuidado com o idoso frágil, os esforços eram no sentido de que esse fosse cuidado pela família. Mudanças paulatinas na visão do idoso como um indivíduo frágil ocorreram ao longo dos anos 1980, por influência do debate internacional.

Dado que foi signatário do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de 1982, o Brasil passou a incorporar, de forma mais assertiva, este tema na sua agenda política. O momento coincidiu com o período de redemocratização do país, o que possibilitou um amplo debate por ocasião do processo constituinte, resultando na incorporação do tema no capítulo referente às questões sociais do texto constitucional de 1988.¹⁰

Algumas manifestações da sociedade civil evidenciam a organização da sociedade brasileira para se estabelecer como um ator social de expressão das reivindicações da população idosa. A saber, da criação da:

- Associação Cearense Pró-idosos (Acepi), em 1977, a primeira organização social com objetivo de reivindicar os direitos dos idosos, estabelecer trabalhos conjuntos com o governo federal e organizar entidades de atenção a eles;
- Confederação Brasileira de Brasileiros e Aposentados (Cobap), em 1984. Não foi um movimento novo; teve origem na década de 1960, a partir da criação da União dos Aposentados e Pensionistas do Brasil. Ganhou grande visibilidade durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte,

10. De acordo com Uriona e Hakkert (2002 *apud* Camarano e Pasinato, 2004), a alusão direta a ações voltadas à proteção social da população idosa nos textos constitucionais pode ser interpretada como um indicador de reconhecimento da importância da questão pela sociedade.

em 1987/1988, quando, além de fazer reivindicações por melhoria dos benefícios, encaminhando propostas que questionavam o modelo econômico, foi portadora de elementos que despertaram nos aposentados e pensionistas a consciência dos seus direitos e o espírito de cidadania (Haddad, 2003); e

- Associação Nacional de Gerontologia, (ANG), em 1985, órgão técnico científico de âmbito nacional, voltado para a investigação e prática científica em ações de atenção ao idoso.

Em 1987, foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Em 1991, iniciaram-se os esforços para efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi respaldado pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988), baseado no princípio de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado (Haddad, 2003).

O grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros ocorreu com a CF/1988, que levou em consideração algumas orientações da Assembleia de Viena. Foi introduzido o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania. O resultado foi que o Brasil passou a ser um dos pioneiros na América Latina na implementação de uma política de garantia de renda para a população trabalhadora.¹¹ Acesso à saúde e educação também foram garantidos para toda a população pela CF/1988, bem como a assistência social para a população necessitada.¹² O ensino fundamental passou a ser obrigatório e gratuito, tendo sido assegurada, inclusive, a sua oferta para todos os que não tiverem acesso a ele na idade própria.

A CF/1988 foi a primeira constituição brasileira a contar com um capítulo – Da Ordem Social: Título VIII. Este capítulo trata das questões da família, da criança, do adolescente e do idoso. O art. 230, por exemplo, ressalta que deve ser responsabilidade da família, da sociedade e do Estado o apoio aos idosos, de modo que seja assegurada a eles a participação na comunidade, a defesa da dignidade e do bem-estar e garantido o direito à vida. Em seu primeiro inciso, o artigo estabelece que os programas de cuidados dos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. O segundo inciso amplia para todo o território nacional uma iniciativa que já vinha sendo observada em alguns municípios desde o início da década de

11. O capítulo 10 deste livro apresenta uma análise sobre a Previdência Social no Brasil.

12. No título VIII, Da Ordem Social, os arts. 196 e 203 do capítulo II, Da Seguridade Social, e o art. 208 do capítulo III, Da Educação, da Cultura e do Desporto, apresentam as deliberações.

1980: a gratuidade dos transportes coletivos urbanos para as pessoas com 65 anos ou mais.¹³

Outro avanço da CF/1988, no art. 7^o do capítulo dos Direitos Sociais, diz respeito à proibição de diferenças de salário, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil. No entanto, a aposentadoria compulsória continua presente nos regimes de previdência tanto dos servidores públicos quanto dos privados, caracterizando uma discriminação em relação à população com idade mais avançada.

Diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas setoriais de proteção aos idosos foram regulamentados ao longo da década de 1990. Em 1991, foram aprovados os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social.¹⁴ O grande avanço na legislação previdenciária diz respeito à irredutibilidade do valor do benefício e o estabelecimento de um piso para os benefícios da seguridade social, igual a um salário mínimo. Em 1993, foram regulamentados os princípios constitucionais referentes à assistência social, com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas).¹⁵ Esta lei estabeleceu programas e projetos de atenção ao idoso, em corresponsabilidade nas três esferas de governo, e regulamentou a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) às pessoas com idade igual ou superior a 70 anos pertencentes a famílias com renda mensal *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo.

4 A PNI

Dando prosseguimento às diretrizes lançadas pela CF/1988 e fortemente influenciadas pelo avanço dos debates internacionais sobre a questão do envelhecimento, a PNI (Lei nº 8.842) foi aprovada em 1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948 (3/7/1996), que é objeto de análise neste livro. Esta é regida pelos seguintes princípios, citados no seu art. 3^o:

- I – a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

13. Desde 1983, os municípios de São Paulo (Lei nº 9651/1983) e Aracaju (Decreto nº 59/1983) já contavam com a gratuidade nos ônibus para as pessoas com 65 anos ou mais.

14. Por ocasião da aprovação dessa legislação foram feitos vários questionamentos sobre a sua viabilidade financeira e atuarial. Ver Oliveira, Beltrão e Guerra (1997 *apud* Camarano e Pasinato, 2004).

15. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

IV – o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por meio desta política;

V – as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei (Brasil, 1994).

Como mencionado, a CF/1988 resolveu de alguma forma a questão de garantia de uma renda mínima para a população que perde a capacidade laborativa, inclusive pela idade avançada. Os benefícios da seguridade social passaram a ser responsáveis pela maior parcela da renda dos idosos. Coube então à PNI estabelecer a adequação e ampliação de serviços para um grupo populacional com características específicas, bem como fomentar a expansão e a capacitação de recursos humanos para lidar com ele, além de outras medidas tais como prevenção de violência etc.

A referida lei prevê a implementação da PNI por intermédio de ações governamentais nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência. Define ações e estratégias para cada órgão setorial, negocia recursos financeiros entre as três esferas de governo, além de acompanhar, controlar e avaliar essas ações. Em janeiro de 1997, um plano de ação governamental para a integração da PNI foi elaborado e determinou a articulação e a integração de setores ministeriais para viabilizar a sua efetivação (Brasil, 1997).

A gestão da PNI foi originalmente vinculada ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social. Em 2009, a sua coordenação foi transferida para a Secretaria de Direitos Humanos (SDH) da Presidência da República, atual Ministério da Justiça e Cidadania. A transferência se deu por meio do Decreto nº 6.800/2009, cuja força é inferior à da lei que criou a PNI. Em outras palavras, esta transferência não ocorreu de direito. Na maioria dos municípios brasileiros, contudo, a gestão da política continua vinculada às secretarias de assistência social, que têm como recorte a vulnerabilidade social, não contemplando as demais necessidades da população alvo.

5 ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

O livro está constituído por 23 capítulos além desta introdução e das considerações finais, escritos por 32 autores. Estão organizados em quatro partes: histórico da PNI, implementação, novas questões e perspectivas. Buscou-se ordenar os capítulos da segunda parte conforme a apresentação das políticas setoriais na PNI.

A primeira parte, que trata do histórico da lei, é composta por dois capítulos. O primeiro, de autoria de Jussara Rauth e Ligia Py, discute as articulações de movimentos sociais e científicos e o papel das lideranças políticas envolvidas no processo de constituição da PNI. As autoras chamam a atenção para a consciência, na época dos mentores intelectuais da PNI, por elas denominados de pioneiros, no

tocante às consequências do envelhecimento populacional e a sua certeza quanto à necessidade de um amparo legal para fundamentar ações que respondessem às demandas trazidas pelo novo cenário demográfico brasileiro.

O processo se iniciou a partir de um movimento nacional que resultou na realização de três seminários regionais e um nacional, os quais se apropriaram das produções e realizações públicas e privadas sobre o envelhecimento populacional brasileiro existentes no país. O seminário nacional deu origem ao documento *Recomendações de Políticas para a Terceira Idade nos Anos 90*, entregue em maio de 1990 a então ministra da Ação Social. Por determinação do presidente da República no momento, foi constituído um grupo de trabalho integrado por representantes governamentais e não governamentais, que, após a apreciação do documento, elaborou o Plano Preliminar para a Política Nacional do Idoso.

O passo seguinte foi a constituição de um grupo de trabalho pela Secretaria Nacional de Promoção Social, coordenado por Nara Costa Rodrigues, então presidente do Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul e delegada estadual da ANG. Este grupo elaborou a minuta do projeto de lei que instituiu a Política Social do Idoso, a qual foi composta por 27 artigos, sendo que os de número 17 a 26 dispunham sobre o Conselho Nacional do Idoso, sua composição, mandato, vinculação, presidência, integrantes públicos e privados etc., que foram suprimidos da versão final.

O segundo capítulo desta parte, de autoria de Ana Amélia Camarano, Solange Kanso e Daniele Fernandes, tem por objetivo comparar as condições de vida da população idosa brasileira antes e depois da PNI, buscando identificar os avanços ocorridos. Embora a PNI mencione a necessidade da “implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo” (Brasil, 1994), pouco se avançou nessa área. Pode-se citar como exemplo a dificuldade de encontrar informações sobre violência contra idosos mesmo após a promulgação do Estatuto do Idoso.

O capítulo considerou a evolução demográfica; as condições de vida da população idosa no que diz respeito à constituição dos arranjos familiares; as condições de saúde, medidas por mortalidade e morbidade; violência e maus tratos; escolaridade; participação no mercado de trabalho; rendimentos e condições habitacionais. Além disso, o capítulo discute algumas perspectivas para o crescimento da população idosa, apontando para um crescimento mais acentuado da população muito idosa (80 anos ou mais), a mais exposta às fragilidades típicas da idade, ou seja, mais demandante de cuidados. O capítulo também mostrou que a família já apresenta sinais de redução da sua capacidade de cuidar. Embora a PNI atribua aos órgãos e às entidades públicas nas áreas de promoção e assistência social “estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros

de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros” (Brasil, 1994), poucos foram os avanços obtidos nessa área.

A segunda parte trata do processo de implementação da PNI por meio das ações setoriais. Chama-se a atenção para o fato de que a grande maioria das ações setoriais é derivada de outras políticas e legislações voltadas para a população como um todo, que estão sendo desenvolvidas por vários ministérios.

Inicia-se, no capítulo 3, com uma análise da assistência social, pilar importante da seguridade social. A CF/1988 definiu a assistência social como uma proteção social devida pelo Estado a quem dela precisar, independentemente da idade. O capítulo tem a autoria de Marília Anselmo Viana da Silva Berzins, Karla Cristina Giacomini e Ana Amélia Camarano. Segundo as autoras, o texto referente à assistência social na PNI é generalista e, embora proponha diversas modalidades de atendimento e de formação gerontológica, não define prioridades a serem implantadas.

Como aconteceu com a grande maioria das ações dos ministérios setoriais, as referentes à assistência social, também, derivam de outras políticas e legislações dirigidas para a população total. A Loas de 1993, anterior a PNI, por exemplo, regulamentou a transferência de renda garantida pela CF/1988. Transformou a RMV em um benefício condicionado às necessidades econômicas, não contributivo e de caráter temporário, com piso de um salário mínimo para pessoas idosas ou com deficiência, incapazes para o trabalho cuja renda familiar *per capita* seja inferior a um quarto do salário mínimo. Este benefício, o BPC, é financiado com recursos da seguridade social alocados no Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). O capítulo mostra a importância desse benefício para a redução da vulnerabilidade de um segmento da população brasileira.

No tocante a oferta de serviços, foi visto que a política de assistência para a população idosa no território nacional está pautada, principalmente, pela implantação de grupos de convivência, o que não atende completamente à demanda desse segmento da população. Outro serviço proposto é o Serviço de Acolhimento Institucional, que se refere às instituições de longa permanência para idosos (Ilpi), previsto para idosos que não dispõem de condições de permanecer com a família, que vivenciam situações de violência e negligência, em situação de rua e/ou de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. Esta modalidade de serviço, porém, não foi contemplada como prioridade no Pacto de Aprimoramento da Gestão no período de 2014 a 2017.¹⁶ Além disto, outros serviços estabelecidos

16. Uma análise das Ilpis brasileiras é feita no capítulo 20.

na PNI a cargo da assistência social, como centros-dia, casas-lar, repúblicas entre outros, ainda são muito incipientes.

A segunda política setorial contemplada foi a de saúde, no capítulo 4, de autoria de Karla Cristina Giacomin e Iadya Gama Maio. Para as autoras, a CF/1988, a PNI e o Estatuto do Idoso de 2003 reiteram o dever do Estado em assegurar a saúde em uma perspectiva de universalidade, integralidade e equidade. Salientam que os avanços obtidos nessa área refletem mais a implementação do SUS do que propriamente a influência e/ou a incorporação da PNI nessa temática. As autoras destacam ainda o esforço da área técnica da Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, em todas as gestões que se seguiram à PNI, na busca de assegurar a inclusão da temática da saúde da pessoa idosa nos variados fóruns da instituição.

A PNI estabelece como competências do poder público:

- garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS;
- prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde da pessoa idosa, mediante programas e medidas profiláticas;
- adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS;
- elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- desenvolver formas de cooperação entre as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, municipais e do DF;
- realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação; e
- criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

Os recursos financeiros são oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e repassados por meio de convênios. Visam prestar apoio institucional a projetos de capacitação de profissionais de saúde, desenvolvimento de pesquisa, produção de conhecimento, realização de congresso e eventos técnicos.

O ano de publicação da PNI (1994) coincidiu com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como modelo assistencial de atenção à saúde de toda a população brasileira. A progressiva implantação do PSF e sua transformação em Estratégia da Saúde da Família levaram a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) a se adequar à mudança do modelo assistencial na atenção primária à pessoa

idosa. A PNSI foi revogada em 2006, e uma nova política foi publicada – a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que consiste em dois grandes eixos complementares e não excludentes: o enfrentamento das fragilidades do SUS, das famílias e dos idosos; e a promoção do envelhecimento ativo, conforme proposto pela OMS em 2002. Também, coloca a necessidade de efetivação de políticas de cuidado para a população idosa frágil, o que requer apoio às famílias com idosos e capacitação para os profissionais.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2015 estabeleceu como uma de suas diretrizes a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção da saúde da pessoa idosa, de modo a ampliar o seu grau de autonomia e independência para o autocuidado, envolvendo familiares e comunidade. É coerente com o que está proposto na PNI, mas o financiamento não foi garantido pelo Plano Plurianual 2012-2015. Segundo as autoras, no documento orçamentário, a Saúde do Idoso raramente foi contemplada. Assim, a (não) efetivação da PNI na Saúde reflete questões de ordem estrutural ou de escolha política de prioridades no sistema geral de saúde pública.

A implementação de educação foi abordada em três capítulos, considerando a educação formal, a não formal (universidade para a terceira idade) e as trocas intergeracionais (idoso como mestre e aluno). Parte-se do princípio de que é sempre tempo de aprender. O direito à educação está contemplado no item III, art. 10 do capítulo IV. Sinteticamente a Lei trata de: *i*) adequação de conteúdo e método no ensino ao idoso; *ii*) inserção de informações sobre o envelhecimento na escolarização formal dos jovens; *iii*) inclusão da gerontologia nos cursos universitários; *iv*) efetivação de programas, principalmente na mídia, que informem a população sobre a questão da velhice; e *v*) ações que incrementem o ensino à distância para os idosos.

O capítulo 5, de autoria de Meire Cachioni e Mônica de Ávila Todaro, analisa as ações da PNI direcionadas à educação formal. As autoras iniciam afirmando que a implementação das recomendações da PNI nos últimos vinte anos foi extremamente tímida. São apresentadas e discutidas três ações relacionadas à educação formal.

A Educação de Jovens e Adultos (EJA), modalidade de ensino no âmbito da educação formal voltada às pessoas analfabetas ou com pouca escolarização não pode ser considerada como um programa educacional destinado exclusivamente à população idosa. Nas diretrizes curriculares nacionais para a EJA, o idoso é citado como um possível aluno integrante dessa modalidade. Apesar dessa menção, as autoras acreditam que as necessidades educacionais da pessoa idosa não são contempladas. Apontam que é necessário aumentar os debates nas academias, principalmente nos cursos de licenciatura, para estimular uma mobilização da

sociedade civil em torno de questões relativas à EJA e aos idosos, nos aspectos de formação inicial e continuada, além de estudos na área da gerontologia. Em 2012, havia mais de 10 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais de idade que não sabiam ler ou escrever.

A inclusão de gerontologia como disciplina curricular nos cursos superiores passou a figurar no cenário escolar em 2008, no estado de São Paulo, a partir do Parecer 298/2008 da Câmara da Educação Básica (CEB). Esta propõe a inclusão de conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso nos currículos das instituições escolares de todos os níveis de ensino do sistema estadual, tanto da rede pública quanto privada. Não se observou até o momento, no entanto, a sua inserção efetiva nessa rede de ensino. Tampouco foram localizados documentos que apontem determinações iguais ou semelhantes à mencionada em outros estados.

Os espaços de educação não formal que oferecem atividades destinadas às pessoas idosas são as Universidades Abertas à Terceira Idade (Unatis). Alguns programas, principalmente das instituições de ensino superior privadas, atendem pessoas a partir dos 50 anos de idade. Essa questão, além de abordada no capítulo 5, foi detalhada por Marcella Guimarães Assis, Rosângela Corrêa Dias e Ruth Myssior Necha no capítulo 6.

O objetivo principal das Unatis não é certificar ou profissionalizar os alunos idosos, mas abrir o mundo do conhecimento e da possibilidade de se aprender ao longo de toda a vida. O ambiente universitário, multidisciplinar e intergeracional, propicia aos mais velhos o acesso a novos saberes, troca de experiências e sociabilidade. A sua origem vem da década de 1960, quando foram criadas na França, as universidades de tempo livre. Visavam preencher o tempo de um segmento populacional cada vez mais longo, com atividades ocupacionais e lúdicas.

No Brasil, no final dos anos 1970, baseado nessa experiência, o Sesc São Paulo implementou as escolas abertas da terceira idade, que consistiam em um conjunto de cursos destinados à reflexão sobre temas da atualidade e questões referentes ao envelhecimento. No início dos anos 1980, várias universidades brasileiras, públicas e privadas, criaram as faculdades e universidades abertas à terceira idade.

Não se conhece o número exato de Unatis no Brasil; acredita-se que existam mais de duzentas Instituições de Ensino Superior (IES) desenvolvendo programas de universidades para terceira idade. Estes programas possuem denominações diversas e seguem, também, modelos pedagógicos diversos. O que têm em comum é a busca pela promoção e pelo resgate da cidadania e da autoestima. Apesar da proliferação de Unatis pelo território brasileiro, tanto em universidades públicas quanto privadas, o acesso das pessoas idosas a este serviço tem ocorrido diferenciadamente entre

as regiões brasileiras e os grupos sociais. As autoras sugerem a ampliação desse equipamento social de forma mais homogênea pelo território nacional. Para tanto, acreditam ser importante a realização de um mapeamento oficial, à semelhança do Censo da Educação, que revele o real dimensionamento das Unatis no país, bem como o perfil de idosos que as frequentam e dos docentes envolvidos, número de vagas ofertadas, carga horária e resultados atingidos.

O capítulo 7, de autoria de José Carlos Ferrigno, reflete sobre os processos educativos presentes na relação intergeracional no contexto da sociedade brasileira. Esta reflexão parte da posição da PNI a este respeito bem como da discussão sobre o que efetivamente tem sido implantado e os aspectos que ainda não foram concretizados. O autor destaca que o tema da intergeracionalidade está implicitamente contemplado já no capítulo I da PNI, ao defender o direito do idoso à integração na sociedade, que é composta por todas as gerações. Na seção II, Das Diretrizes, a PNI estabelece que: “constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso a viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações”. No capítulo IV, que trata das ações governamentais, o item VII afirma que é competência do governo a iniciativa para “valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural” (Brasil, 1994).

A preocupação com programas intergeracionais tem se multiplicado em vários países do mundo a partir da década de 1990, em resposta ao distanciamento das gerações. Os Estados Unidos foram pioneiros nessa área, tendo iniciado as suas ações nos anos 1970. Deram ênfase ao trabalho voluntário em “via de mão dupla”: jovens ajudando ou educando idosos e vice-versa, com o espírito de “quem pode ajuda quem precisa”. No Brasil, ações intergeracionais têm surgido timidamente em programas culturais e de lazer, em prefeituras e entidades como o Sesc, entre outras.

A questão do trabalho foi abordada na segunda parte do livro em dois capítulos. O capítulo 8, de autoria de Maria Aparecida Gugel, trata do direito ao trabalho, da preparação e da conquista da aposentadoria. A CF/1988 proíbe qualquer discriminação no tocante a salários, exercício de funções e critérios de admissão do trabalhador por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil. A aposentadoria compulsória, no entanto, continua em vigor para os funcionários públicos.

A PNI e o Estatuto vedam a discriminação da pessoa idosa na admissão de qualquer trabalho ou emprego, bem como a fixação de limite máximo de idade. À exceção da proibição da discriminação de idade em concurso público, não se conhece mecanismos que possam garantir a não discriminação. Segundo a autora, os três elementos que compõem o quadro de proibição da discriminação no trabalho

(diferenças de salário, de exercício de funções e critérios de admissão) são práticas bastante comuns quando se trata da pessoa idosa.

O capítulo 9, de autoria de Jorge Felix, trata da participação do idoso no mercado de trabalho. O capítulo se inicia com a afirmação de que o nível de participação do idoso brasileiro no mercado de trabalho entre 1992 e 2012 é considerado alto, principalmente se comparado a outros países. Observou, no entanto, uma redução de 12% nessa participação no período considerado, o que sugere pouca efetividade da PNI quanto ao desafio de inclusão do trabalhador maduro no mercado de trabalho.

A importância dessa inclusão cresceu a partir os anos 1990, quando o Estado brasileiro passou a direcionar a legislação previdenciária para estimular o adiamento da idade à aposentadoria. A questão é que em nenhum momento o debate legislativo levou em conta a possibilidade de empregabilidade do trabalhador com idade superior a 50 anos. Assumiu que o crescimento econômico, por si só, ofereceria empregabilidade e que a elegibilidade para a aposentadoria do idoso do futuro estaria garantida. Também não se conhecem iniciativas do setor público que envolvam empresas, tanto públicas quanto privadas, com medidas de incentivo à manutenção do emprego dos mais velhos, requalificação ou programas de preparação para o adiamento da aposentadoria.

Acredita-se que, ao se estipular ou propor uma idade mínima à aposentadoria, deva-se considerar essa possibilidade de empregabilidade. Os trabalhadores mais velhos enfrentam vários preconceitos por parte do empregador pela sua menor produtividade, maior taxa de absenteísmo devido à morbidade, dificuldades em acompanhar as mudanças tecnológicas, maiores salários, entre outras. Isso requer políticas públicas voltadas para o reconhecimento da capacidade produtiva dos trabalhadores idosos, o que significa ações conjuntas em educação, trabalho, previdência social, saúde e mobilidade urbana, bem como no papel das empresas. O autor ressalta que, embora a PNI tenha tramitado no Congresso Nacional até pouco tempo antes de os parlamentares iniciarem a discussão da reforma da Previdência em 1995, as duas leis foram votadas sem que houvesse qualquer diálogo entre elas e nem com a legislação trabalhista.

A normatização da Previdência Social na PNI foi analisada por Ana Amélia Camarano e Daniele Fernandes no capítulo 10. Embora seja uma política ligada ao mercado de trabalho, a política de previdência se constitui na principal fonte de renda para a população idosa. Em 2014, foi responsável por 55,5% da renda dos homens e 79,9% da renda das mulheres brasileiras. A sua legislação está estabelecida na CF/1988, já tendo recebido quatro emendas desde então, além de complementação por três leis recentes. Coube à PNI estipular a priorização do atendimento do idoso nos requerimentos dos benefícios previdenciários e propor a

criação e estímulos à manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos ao afastamento. No capítulo 9, no entanto, Jorge Felix conclui afirmando a inexistência de uma ação efetiva e sistemática de Estado para promover programas de planejamento da aposentadoria, seja no âmbito público ou privado.

Outro tema incorporado pela PNI e analisado neste livro é o da habitação e urbanismo, por Silvia Costa, Louise Plouffe, Ina Voelcker e Alexandre Kalache, no capítulo 11. A importância do tema se dá, principalmente, pelo fato da PNI responsabilizar as famílias no atendimento ao idoso “em detrimento do atendimento asilar”, o que implica em alguma forma de coresidência. A habitação da pessoa idosa brasileira aparece na lei relacionada aos aspectos do convívio, da integração com outras gerações, do atendimento pela própria família, da permanência na comunidade, mais amplo do que as condições físicas de moradia.

Nos dispositivos da lei, mencionam-se o fornecimento de habitação adequada para os idosos, adaptação de habitações já existentes, construção de novas moradias que previnam a perda de capacidade funcional e redução de barreiras arquitetônicas. Ficou estabelecido também que os serviços públicos e privados devem priorizar a pessoa idosa desabrigada e sem família. O decreto de regulamentação da PNI atribuiu competências dessas ações ao Ministério do Planejamento e Orçamento, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Desporto, Ministério do Trabalho e Ministério da Cultura e à Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (Sedh/PR) e ao Instituto Nacional do Seguro Nacional (INSS), distribuindo entre alguns deles a responsabilidade por ações do âmbito da habitação. Em 2003, foi criado o Ministério das Cidades, com o intuito de unificar os setores de habitação, saneamento, transporte e trânsito.

Quanto às ações governamentais, a PNI identifica diferentes formas de habitação como alternativas no atendimento ao idoso. Isso abrange desde a destinação de unidades ao idoso, em regime de comodato, na modalidade de casas-lares, até a melhoria das condições de moradia, o acesso à habitação popular e a redução de barreiras arquitetônicas.

Entre as realizações, os autores citam uma iniciativa datada de 1999, o projeto Casa Segura, criado pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Este projeto, que fez parte do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso, utilizava medidas simples e de baixo custo para aprimorar o ambiente onde o idoso vive. Em 2010, apenas 13% dos municípios brasileiros tinham casas-lares para idosos, sendo que apenas 40% destas eram públicas.

A PNI também estimulou a elaboração de um modelo para conjuntos habitacionais exclusivos para idosos. Alguns estados lançaram iniciativas concebidas como espaços sem barreiras, dotados de serviços no local e de áreas de socialização

de moradores. Nessa linha de observância da PNI, diversos programas habitacionais reservaram percentuais de unidades para pessoas idosas com preços ajustados à sua realidade e previsão de acessibilidade física. Essas iniciativas, entretanto, são limitadas, considerando-se o crescimento da população idosa, inclusive a população de baixa renda, alvo desse tipo de iniciativa. Os autores apontam que uma das fragilidades da legislação é não definir o que é habitação adequada e não fixar fontes de recursos para a implementação das ações.

Com relação à qualidade do transporte público para pessoas com dificuldades de locomoção, são poucas as iniciativas. Uma delas é da prefeitura de Curitiba, onde aproximadamente 100% da frota de transporte coletivo é completamente acessível. Além disso, para garantir mais segurança para o pedestre idoso, a Secretaria de Trânsito fixou aparelhos nos postes localizados em cruzamentos, para que idosos e deficientes usem o cartão magnético do transporte público e, assim, aumentem o tempo de travessia.

O capítulo 12, de autoria de Adriana Alcântara, trata do envelhecimento no contexto rural e do sentido da velhice rural nordestina. A PNI, no inciso V do art. 3º, menciona que “as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei” (Brasil, 1994). Em 2010, 15,7% da população idosa encontrava-se no meio rural. Enquanto as mulheres predominavam entre os idosos no meio urbano, o inverso acontecia no meio rural. A escolaridade desses idosos era bastante baixa, especialmente no Nordeste, onde se encontra a grande maioria da população rural. As diferenças entre as proporções de idosos com baixa escolaridade no Nordeste urbano e rural são bastante expressivas, 40,6% e 70,0%, respectivamente.

Para a autora, no contexto do interior nordestino, ser velho é não ter capacidade de trabalhar na agricultura, o que não necessariamente coincide com a definição cronológica estabelecida na PNI. Ela cita o exemplo de um senhor de 82 anos que mata boi sozinho e de senhoras participantes do processo completo da farinha, da colheita da mandioca à peneira. O trabalho tem um significado maior que o econômico. Mesmo aposentados, os indivíduos mantêm a rotina de acordar cedo e caminhar para o roçado. A autora conclui afirmando que a PNI ainda não se efetivou no espaço rural. Ou seja, a restrição de políticas públicas, expressa na pobreza material, educacional e no trabalho precário, é uma marca do meio rural, especialmente na região Nordeste.

Outro tema contemplado na PNI são as condições de acesso à cultura e ao lazer, que foram analisadas no capítulo 13 por José Carlos Ferrigno, destacando as ofertas institucionais e a qualidade dos serviços disponibilizados aos idosos no Brasil. O autor avalia ainda a possibilidade de o idoso brasileiro não ser apenas um

consumidor de cultura mas, também, um produtor cultural, isto é, desempenhar a função de preservador e transmissor de memória cultural para as novas gerações. O impacto da PNI nas programações culturais das entidades públicas e privadas para a população idosa também foi avaliado no capítulo.

O consumo cultural de boa qualidade pode propiciar ao idoso a oportunidade de uma ocupação fértil de seu tempo livre e estimular uma participação cidadã. Para tanto, é necessária uma ampla oferta de produtos culturais acessíveis às suas condições financeiras, além de acessibilidade física, transportes públicos de qualidade etc. O lazer é visto como entretenimento, mas pode ser um instrumento de educação, com vantagens sobre o ensino formal ao associar educação com diversão. A educação pela arte, via oficinas de dança, música, teatro, artes plásticas etc., fazem parte da programação de diversas instituições socioculturais brasileiras de ensino não formal, de natureza pública ou particular, dirigidas a todas as faixas etárias.

O lazer destaca-se entre as múltiplas formas de ocupação do tempo livre na velhice. Nas últimas décadas, multiplicaram-se as instituições que propiciam a formação de grupos de idosos para atividades dessa natureza. Muitos idosos têm buscado por conta própria um estilo de vida mais participativo, influenciados pela mídia e pelas recomendações dos profissionais da saúde. Uma parcela cada vez maior da população idosa vive um processo de ressocialização, formando novas amizades e fazendo parte de uma turma de amigos. Em instituições socioculturais é fácil perceber as diferentes turmas de terceira idade e seus interesses diversos: a turma do baile, a turma do baralho, os grupos que se engajam em atividades como cursos, palestras, esportes, teatro, coral, turismo etc. O autor reconhece que os idosos encontram muitas dificuldades em vivenciar uma ocupação criativa do seu tempo livre por problemas financeiros e de saúde, além da não educação para o exercício do lazer.

A importância da atividade física para a promoção da saúde de qualquer pessoa é amplamente reconhecida. Considerando a dimensão educativa e social do esporte, várias abordagens baseiam-se na ideia de um esporte inclusivo, a partir de uma série de adaptações de regras e equipamentos para que o maior número possível de pessoas, idosas ou não e de acordo com suas condições físicas, possam exercer as mais variadas modalidades esportivas como vôlei, basquete, handebol, polo aquático etc.

O turismo é também forma de lazer bastante atraente. O turismo social, empreendido por organizações públicas e privadas, além de ampliar o seu acesso para as classes populares, se preocupa com o desenvolvimento cultural dos participantes. O Sesc é uma das entidades pioneiras nesse tipo de ação, cuja proposta é organizar experiências turísticas que ofereçam aos participantes a possibilidade de desenvolvimento de suas habilidades intelectuais e físicas, de aquisição de

conhecimentos e de interação dos indivíduos, por meio da oferta de produtos e serviços acessíveis ao seu poder aquisitivo ou adaptado a possíveis necessidades especiais da clientela. Em 2013, 57% da clientela do Turismo Social do Sesc eram de maiores de 55 anos. No programa Viaja Mais Melhor Idade, do Ministério do Turismo, foram vendidos, entre agosto e dezembro de 2007, aproximadamente 9 mil pacotes e, ao longo de 2008, cerca de 200 mil. O turismo para idosos também demanda outros tipos de profissionais para atender às demandas de saúde e cuidados, como: enfermeiros, massagistas, *personal trainer*, nutricionistas, médicos, entre outros.

Embora tenha encontrado indícios de que os idosos têm tido mais acesso à cultura nos últimos anos, o autor encontrou dificuldades em avaliar se este acesso foi resultado da PNI. Três fatores que podem ter desempenhado um papel importante são destacados: o aumento da consciência coletiva sobre a importância e o direito da fruição dos bens culturais e seus benefícios físicos e psíquicos; o crescente interesse de grupos econômicos que compõem a indústria do entretenimento pela clientela de aposentados; e a expansão do atendimento realizado por organizações não governamentais (ONGs) e instituições socioculturais não lucrativas.

Os quatro capítulos seguintes tratam da efetivação da PNI. O primeiro deles, o de número 14, de Alexandre de Oliveira Alcântara, menciona as dificuldades para a construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. O autor inicia o capítulo questionando a responsabilidade para a execução da PNI. Conforme já mencionado, o art. 5º da lei confere ao Ministério da Previdência e Assistência Social a sua coordenação. Em 2009, porém, o governo federal, por decreto, transferiu essa competência para a SDH. Para o autor, essa mudança de competência não tem amparo na lei, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos ministérios. O art. 24 dessa lei tão somente atribui à SDH a competência de assessorar o presidente da República na formulação de políticas e diretrizes voltadas à promoção dos direitos do idoso, o que leva a se supor que essa “legitimidade manca” impossibilitou a SDH de exercer as suas atribuições de coordenação. Em razão disso, existe hoje uma discussão para o retorno da gestão da PNI para o ministério responsável pela assistência social, de onde parece não ter saído, pelo menos sob a ótica da legalidade.

A lei menciona respeito aos direitos da pessoa idosa, mas não estabelece a quem cabe a responsabilidade para os promover e defender. Também não atribuiu competências no âmbito do sistema de justiça brasileira sobre a aplicação das normas sobre o idoso, ou seja, determinando ações para evitar abuso e lesões a seus direitos. Isso abriu caminhos para a criação do sistema jurídico de garantias, que ocorreu com o Estatuto do Idoso, nove anos depois da PNI. Ou seja, o estatuto

foi uma resposta à falta de efetividade e não realização de inúmeras medidas de proteção e ações previstas na PNI.

O Estatuto do Idoso, Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, possui 118 artigos, estruturados em sete títulos, e entrou em vigor no dia 1º de janeiro de 2004. Para o autor, o grande mérito do estatuto foi criar um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa para efetivar os seus direitos sociais. O sistema de garantias previsto no estatuto é composto pelas seguintes instituições/órgãos: Conselhos do Idoso, SUS, Sistema Único de Assistência Social (Suas), Vigilância em Saúde (Visa), Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público e Polícia Civil.

O Poder Judiciário exerce uma grande importância na efetivação desses direitos. O Estatuto do Idoso aloca ao Ministério Público um papel de destaque no sistema de garantias dos direitos. No capítulo referente às medidas de proteção, o legislador confere ao Órgão a autonomia para determinar a aplicação de medidas que visam resguardar a pessoa idosa violada ou ameaçada em seus direitos. No âmbito penal, o Ministério Público será o titular das ações penais públicas incondicionadas, decorrentes da prática de crimes previstos no estatuto.

Comparando as duas leis, o autor conclui pela existência de duas possibilidades sobre a efetivação das políticas públicas prometidas aos idosos brasileiros. A primeira é ambas fazerem parte de uma “legislação simbólica”, o que significa que não sairão do papel. A segunda possibilidade é acreditar e forçar a efetivação dessas políticas por meio do sistema de garantias de direitos e da busca contínua e pela politização e engajamento dos idosos brasileiros na conquista de seus direitos. Esta possibilidade esbarra na questão da judicialização dos direitos fundamentais, tema tratado no capítulo 15 por Paula Regina de Oliveira Ribeiro.

A judicialização das políticas públicas expressa a incapacidade do Estado de assegurar a todos os cidadãos os direitos que lhes são reconhecidos nas leis. A autora apresenta um panorama dos direitos da pessoa idosa na legislação brasileira e o sistema judicial de proteção ao idoso. Descreve a experiência da Central Judicial do Idoso (CJI) do DF no que diz respeito à adoção do princípio da não judicialização dos direitos.

Para a autora, em que pese a CF/1988 ter dado pouco destaque à pessoa idosa e não ter estabelecido uma uniformidade etária sobre quem viria a ser idoso no Brasil, o art. 1º, inciso III, deixou expresso que um dos fundamentos da República Federativa do Brasil é a dignidade da pessoa humana. Assim, todos os direitos da pessoa idosa estão, em tese, garantidos constitucionalmente. Além disso, o art. 2º estipulou, entre os objetivos fundamentais da República, a promoção do bem de todos, sem discriminação de origem, raça, sexo, cor, idade ou qualquer outra forma de discriminação. Esta, porém, não parece ser a cultura jurídica brasileira. O principal legado da PNI foi, para a autora, a previsão da criação dos conselhos

de direitos de idosos, no âmbito das três instâncias de governo. A implementação desses colegiados, deliberativos e paritários, em todos os municípios brasileiros com estrutura e efetiva condição de funcionamento é um grande desafio.

O Estatuto do Idoso previu a criação de varas especializadas e exclusivas para o idoso. Seguindo esta orientação, a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI), de 2006, deliberou sobre a criação de um sistema judicial de proteção ao idoso, isto é, a criação de varas/juizados, promotorias de Justiça, defensorias públicas e delegacias especializadas na defesa da pessoa idosa. No entanto, a autora observou que apenas 30% das capitais possuem varas ou juizados especializados na pessoa idosa e 55% destas possuem promotorias de Justiça de defesa do idoso. Já as defensorias públicas apresentam dificuldades na instalação de núcleos especializados, dado o número reduzido de defensores públicos.

Ao fazer um balanço da situação total, a autora aponta que apenas Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte contam com a instalação de todos os órgãos especializados de defesa do idoso. Macapá, Aracaju e Florianópolis não possuem nenhum órgão do sistema de Justiça voltado especificamente para o atendimento à população idosa. A autora conclui que o sistema de Justiça ainda precisa se fortalecer para enfrentar as demandas da população idosa, notadamente nos casos de violência.

Adriana Zorub Fonte Feal discute, no capítulo 16, o sistema de garantias do idoso sob a ótica da advocacia. Atribui a morosidade do Estado brasileiro em implantar este sistema ao fato de a sociedade brasileira ainda insistir em bradar a sua eterna juventude. Por isso, em termos legais, apenas com a promulgação da CF/1988, a pessoa idosa começou a ser vista como sujeito de direitos.

A autora fala também da necessidade de uma revisão do sistema de garantia dos direitos do idoso brasileiro, a fim de que possa ser um instrumento mais eficaz na produção de justiça, ou seja, que não apenas conste na lei, mas que se traduza em ações para a população brasileira. Como exemplo, a autora cita a ausência na previsão e as falhas na execução orçamentária das políticas preconizadas pela PNI, apesar de a lei determinar que os recursos financeiros necessários à sua efetivação devam ser alocados nos respectivos orçamentos, o que significa uma violação dos direitos consagrados. Com base nisso, destaca-se a necessidade de estruturar as políticas públicas existentes e adequá-las à nova realidade.

No capítulo 17, Eduardo Camargos Couto avalia a efetividade da PNI a partir da concretização (ou não) dos seus objetivos. Utiliza o método da legística, considerando o que aconteceu após a publicação da lei, tendo por referência as reivindicações expressas pela sociedade quanto ao que está definido nessa lei. Foram comparadas as normas estabelecidas pela lei com as demandas da sociedade civil nos seguintes documentos: o Relatório de Gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e as deliberações das CNDPIs, com ênfase nas prioridades definidas na

III e IV Conferências. As deliberações definidas em plenárias de conferências são reivindicações da sociedade endereçadas à administração pública responsável por implementar a PNI, e quanto mais o tema de uma norma aparece nas deliberações, mais carente de efetividade é a norma correspondente.

Segundo o autor, as deliberações das conferências se repetem de uma conferência para a outra, desde 2006, ano da I Conferência Nacional. Passados dez anos da I Conferência, treze do Estatuto do Idoso e 22 anos da PNI, os direitos dos idosos aparecem apenas nos relatórios, e para que uma política e um direito existam, não basta que estejam descritos na lei, precisam ser apropriados pelos cidadãos e democraticamente construídos.

O autor afirma também que a coordenação da PNI tem sido nômade desde a sua criação: já esteve no MPAS, na Sedh, inicialmente vinculada ao Ministério da Justiça, depois à Presidência da República e novamente ao Ministério da Justiça. Conclui, como outros autores deste livro, que a PNI, após mais de duas décadas em vigor, ainda carece de materialização na vida real.

A terceira parte do livro coloca em discussão temas não contemplados na PNI como violência, cuidadores, Ilpis, a democracia nos conselhos e as dificuldades encontradas para a construção da cidadania. Inicia-se no capítulo 18, de autoria de Maria Cecília de Souza Minayo e Luiz Cláudio Carvalho de Almeida, que apresentam uma descrição das principais formas de violência contra a pessoa idosa e analisam as respostas que a PNI oferece, sob a ótica do Ministério Público.

A definição mais geral da violência é tratada, internacionalmente, segundo a sua natureza, a saber: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico, exploração financeira ou material, abandono, negligência e violência autoinfligida. Segundo dados do Disque Idoso, entre 2010 e 2012, 34% do total das queixas foram sobre violência física; 40,1% sobre violência econômico-financeira; 59,3% sobre abuso psicológico e 68,7% sobre negligências.

Neste capítulo, os autores analisam a questão da violência contra idosos utilizando os dados de mortalidade e morbidade por causas externas, com ênfase nos acidentes de trânsito e nas quedas. Embora as principais causas de morte entre os idosos sejam as doenças do aparelho circulatório, as violências e acidentes constituíram a sexta principal causa. Foram responsáveis por 3,4% do total de óbitos, o que correspondeu a 24.669 mortes em 2011. Além disso, 169.673 idosos deram entrada em hospitais por quedas, traumas de trânsito, envenenamentos, agressões, sufocações e tentativas de suicídio em 2012. As mulheres predominam entre os óbitos por causas externas dada a importância das quedas. Os acidentes de transporte constituem a segunda causa de mortes violentas em pessoas idosas, e os índices desse tipo de agravo têm crescido em todo o mundo. Devido à vulnerabilidade

desta população, os acidentes requerem muito tempo para recuperação e diminuem a chance de sobrevivência.

Outras formas de violência analisadas no trabalho foram a estrutural, institucional e familiar. Os autores salientam que a análise da violência contra idosos não deve se limitar a uma análise eminentemente criminal. O contexto em que a violência se desenvolve possui raízes em outros elementos, tais como falta de estrutura de apoio, conflitos familiares, ineficiência de mecanismos de acesso à justiça e outros. Portanto, a não implementação das diretrizes e princípios que norteiam a PNI tem como resultado o recrudescimento do ambiente hostil que leva à violência.

Do ponto de vista jurídico, o marco legal de referência para as normas de proteção ao idoso contra a violência é o Estatuto do Idoso, que prevê normas de natureza civil, criminal e administrativa com o objetivo de prevenir e reprimir a violência perpetrada contra o idoso. Considera como características de uma situação de risco a ação ou omissão da sociedade ou do Estado; falta, omissão ou abuso da família, do curador ou de entidade de atendimento; e condições pessoais. De uma maneira geral, em todas as situações de violência, o estatuto possibilita a aplicação de medidas de proteção, que são aplicadas pelo juiz ou representante do Ministério Público e visam proteger, amparar e retirar da situação de risco as pessoas idosas.

Os autores destacam que as questões envolvendo a violência contra o idoso não se limitam à incidência de normas de natureza penal, devendo receber a atenção de todo um arcabouço normativo de cunho protetivo. Para a aplicação eficaz das medidas de proteção é imprescindível a existência de estruturas de serviços e de acolhimento vinculadas à rede socioassistencial, o que, como mostrado em vários capítulos deste livro, é falha e/ou inexistente. Também é necessária a criação de mecanismos de proteção coletiva em áreas como transporte e moradia.

Continuando a discussão das lacunas da lei, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Marília Anselmo Viana da Silva Berzins e Karla Cristina Giacomini, discutem, no capítulo 19, a questão dos cuidadores. Embora seja amplamente reconhecido que as demandas de cuidados são crescentes e que a rede socioassistencial é heterogênea e precária, a PNI deu pouco destaque para a questão.

O cuidado envolve um conjunto de atividades específicas desempenhadas por indivíduos para desenvolver, conservar e recuperar seus corpos, o que envolve cuidar de si mesmo (autocuidado), cuidar dos outros, a pessoa que cuida (o cuidador) e a pessoa que é cuidada, no caso, a pessoa idosa. Em toda ação de cuidado deve existir a intenção de promover o bem-estar e manter a pessoa cuidada segura e confortável, oferecendo apoio, minimizando os possíveis riscos e reduzindo, na medida do possível, sua vulnerabilidade. Na área da saúde, as recomendações são principalmente no sentido do gerenciamento da saúde e ocorrem em redes de

proteção integradas, formadas por um conjunto de serviços organizados, capaz de prover um cuidado coordenado e contínuo à população demandante.

O decreto que regulamentou a PNI enfatiza o cuidado do idoso pela família em detrimento do institucional, sendo este visto como o último recurso a ser utilizado e voltado apenas para os idosos muito pobres, abandonados e/ou completamente sem família. Ou seja, na lei, a mudança da pessoa idosa para uma instituição decorre da inexistência de serviços suficientes e/ou eficazes para assistir as necessidades tanto dos indivíduos dependentes quanto de seus membros familiares.

As autoras apontam que as famílias de São Paulo não estão sendo capazes de suprir mais de 50% das demandas de cuidados de seus membros idosos mais dependentes, independentemente do arranjo familiar considerado. Ressaltam que, quando um membro da família precisa de cuidados, a família também precisa de ajuda. Foram apontadas pelas autoras apenas duas iniciativas por parte do setor público, observadas nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte, que visam ajudar as famílias a cuidar dos seus membros dependentes.

No capítulo foi mostrado que o que tem se percebido nos últimos anos é um crescimento importante dos programas de assistência domiciliar, em especial os públicos, mas, também, por parte dos planos privados de saúde. Programas voltados para o cuidador (Cuidando do Cuidador) são ainda incipientes. Embora desde 2002, a ocupação de cuidador de idosos esteja reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego, na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ela ainda não foi normatizada. Três propostas estão tramitando no Congresso Nacional. Para concluir, as autoras sugerem, como derivação da PNI, uma discussão sobre a necessidade de se criar uma política de cuidados de longa duração para as pessoas idosas.

Ainda no âmbito da questão de cuidados, Ana Amélia Camarano e Pamela Barbosa, discutem, no capítulo 20, a situação das Ilpis brasileiras à luz do estabelecido na PNI. Embora sejam uma das mais antigas modalidades de cuidado do idoso, de caráter não familiar, as Ilpis ainda são comumente associadas a imagens negativas e preconceito, vistas muitas vezes como depósito de idosos à espera do tempo de morrer. Algumas consequências disso são a baixa oferta de instituições de residência para idosos e o pequeno número de idosos que nelas vivem. Como mencionado no capítulo 19, a PNI prioriza o cuidado familiar em detrimento do asilar, o que é reforçado pelo Estatuto do Idoso. A PNI, no entanto, elenca uma ampla gama de modalidades de cuidados não familiares, cuja implementação é reduzida e insuficiente para a população idosa brasileira.

As autoras discutem sobre o que se entende por instituição de longa permanência. Concluem que, no Brasil e no resto do mundo, ainda não existe um consenso sobre o que seja uma Ilpi. Inicialmente, estas instituições eram

dirigidas à população carente, que necessitava de abrigo. Por esta razão, muitas das instituições brasileiras se autodenominam abrigos e são motivo de muito preconceito. No Brasil, a busca por Ilpis é considerada uma atitude polêmica, carregada de preconceito. A valorização negativa é mais forte quando a decisão pela internação é tomada pela família. Parte do preconceito pode ser decorrente de que a história da institucionalização da velhice começou como uma prática assistencialista, predominando na sua implantação a caridade cristã. A institucionalização era resultado da pobreza individual e familiar, e o termo asilo cristalizou-se como sinônimo de instituição para idosos pobres. Além disso, nas sociedades modernas, em busca da eterna juventude, parece não haver lugar para a velhice frágil.

Uma pesquisa realizada pelo Ipea no período de 2007-2009 encontrou 3.548 instituições em funcionamento no Brasil, que cobrem 28,9% dos municípios brasileiros. A maior parte delas é filantrópica, refletindo a sua origem. As instituições privadas constituem aproximadamente um quarto do total. Poucas são as instituições públicas ou mistas, 6,6% do total. As instituições brasileiras são pequenas: 38,0% abrigam menos de vinte residentes. Apenas 15,1% contam com 50 ou mais.

As instituições brasileiras não constituem residência apenas para idosos, ainda que legalmente deveriam ser. Das 100.251 pessoas residentes, 12% não são idosos. Em segundo lugar, à exceção das regiões Norte e Centro-Oeste, elas são um espaço predominantemente de mulheres, o que se acentua à medida que a idade aumenta. No conjunto de residentes, 57,6% são mulheres. Os homens predominam nas instituições públicas, e as mulheres nas instituições privadas.

Os residentes constituem menos de 1% da população idosa brasileira, o que caracteriza essa modalidade de atendimento como de cobertura muito baixa. A comparação entre 2000 e 2010 no número de residentes em domicílios coletivos aponta para uma diminuição relativa. Além disso, inferiu-se que as instituições estão operando na sua total capacidade, o que vem levando os hospitais públicos a se tornarem espaços de abrigamento e tem exigido que famílias que não têm condições de cuidar assumam o cuidado de seus membros idosos frágeis, com maior risco de violência e negligência.

A condição de autonomia dos residentes é diversa, são tanto independentes quanto dependentes, mas esta composição varia segundo a natureza jurídica das instituições. No conjunto, aproximadamente 35% são independentes. Nas públicas e filantrópicas, predominam residentes independentes. O contrário ocorre entre as instituições privadas. Nestas, a proporção de residentes independentes é bem inferior, 24,5%, prevalecendo os residentes dependentes, com elevada proporção também de semidependentes. As autoras concluem que o perfil diferenciado dos residentes, de acordo com a natureza jurídica, parece refletir os motivos que levam à busca de moradia em uma instituição, bem como os serviços ofertados.

Outro tema levantado foi a participação social, que foi abordado por Guita Grin Debert e Gláucia S. Destro de Oliveira no capítulo 21. As autoras tratam do dilema da democracia no conselho dos idosos, ou seja, da falta de consenso sobre o papel que eles desempenham. São citadas duas visões predominantes. Uma delas aponta que os conselhos representam um avanço nos dispositivos democráticos de uma sociedade, pois são compostos por representantes governamentais e da sociedade civil. Essa composição torna o processo decisório mais sensível aos interesses presentes na elaboração e execução das políticas públicas, favorecendo decisões mais legítimas e ampliando a fiscalização do Estado pela sociedade. A outra visão é que os conselhos constituem um risco para a democracia, por esvaziar a função básica do Congresso. Os conselhos são percebidos como uma tentativa de aparelhamento ideológico das instâncias de representação e tomada de decisões de políticas públicas, próprias de sistemas ditatoriais.

O capítulo não visa tomar uma posição com relação a esse debate. Baseadas em pesquisas realizadas sobre conselhos de idosos, as autoras apontam alguns entraves identificados para a realização do seu potencial democratizante. Apresentam um balanço das conclusões das pesquisas realizadas sobre os significados e as dinâmicas de funcionamento de diferentes tipos de conselhos de idosos criados nas últimas décadas no país.

Apesar das diferenças de concepções, práticas e modos de organização dos conselhos de direitos do idoso, foi constatado que boa parte dos problemas neles identificados estão presentes em conselhos de outra natureza, particularmente no que diz respeito à sua interdependência com o poder público para a obtenção de recursos, o que dificulta a manutenção da sua autonomia. Além disso, os conselhos correm o risco de estar atrelados às demandas e aos interesses do governo e, também, aos entraves no funcionamento da burocracia.

No caso do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), as autoras concluem que um dos pontos positivos foi o aumento da visibilidade conferida à promoção dos direitos dos idosos e ao protagonismo político destes, assim como para o fortalecimento da democracia e do controle social. Entre as principais dificuldades estão a baixa prioridade política dada ao conselho por parte da Secretaria Geral da Presidência da República; a influência limitada do CNDI sobre a agenda do Congresso Nacional e decisões tomadas em outros ministérios; o pouco tempo para as discussões nas suas reuniões e a pouca frequência com que ocorrem; e uma baixa participação dos conselheiros do poder público. Há indícios de que esses problemas se repetem nas esferas municipal e estadual. Como conclusão, as autoras discutem algumas alternativas para a superação desses entraves e como elas desafiam o próprio sentido dos conselhos.

O capítulo 22 é o último desta parte. De autoria de Vicente de Paula Faleiros, discute, a partir da PNI e do seu decreto de regulamentação, a questão do protagonismo e da cidadania do idoso. Destaca contradições e repercussões da legislação e da mobilização de pessoas idosas no processo de “cidadanização” num contexto de desigualdade. Define o conceito de cidadania, abordando os três paradigmas de políticas para idosos, a filantropia, o seguro e o envelhecimento ativo, para considerar a significação e o retrocesso da PNI. Considera o Estatuto do Idoso, a relação entre protagonismo e diferentes políticas, as mobilizações de idosos e as decisões das Conferências Nacionais da Pessoa Idosa. Conclui com um balanço dessa política, apontando críticas e posições.

O autor assinala que o decreto que regulamentou a lei esvaziou importantes diretrizes de participação previstas na PNI, a saber: a participação do idoso e a integração intergeracional, a não ser com estímulos ao ingresso nas universidades; a participação do idoso, de sua família e de entidades na formulação de políticas, a não ser por meio de estímulos no controle social dos conselhos de saúde; a descentralização político-administrativa; a adequação de currículos, a não ser nos incentivos à inclusão de disciplinas de gerontologia e geriatria nos currículos dos cursos superiores; a implementação de um sistema de informação para divulgar a política para idosos; a implementação dos conselhos do idoso. Nesse caso, apenas remete ao Conselho Nacional da Seguridade Social e aos conselhos setoriais, no âmbito da seguridade, a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da PNI, respeitadas as respectivas esferas de atribuições administrativas.

A implementação da cidadania como reconhecimento dos direitos e deveres de todos requer uma superestrutura jurídico-política do Estado. A construção de pactos federativos no Brasil, em favor das pessoas idosas, é um processo que se traduziu formalmente no Estatuto do Idoso. Vários pactos políticos foram firmados, considerando a política de atenção em rede, na saúde, no enfrentamento da violência, na assistência social, no processo de inclusão nas cidades. A política de educação para pessoas idosas permaneceu limitada às universidades da terceira idade e a experiências isoladas. A constituição dos conselhos da pessoa idosa e dos fundos correspondentes apresenta um desenvolvimento lento.

O Estatuto do Idoso estabelece que o objetivo da lei é regular direitos assegurados, ou seja, a “cidadanização”, a ruptura com os paradigmas filantrópicos e securitários, adotando a combinação do paradigma da seguridade com o do envelhecimento ativo. Tornou mais clara e operacional a descentralização das políticas para o envelhecimento, com maior peso para as municipalidades, inclusive na criação dos conselhos de direitos da pessoa idosa.

O Estatuto do Idoso assinala que “compete aos conselhos de que trata o artigo 6º desta lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política

nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas” (Brasil, 1994). Não estabeleceu, porém, o caráter deliberativo desses conselhos, nem na sua função de zelo pelos direitos das pessoas idosas, nem no de formulação de diretrizes e normas que se tornem obrigatórias. Embora isso tenha sido corrigido pelo Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004, o poder público nas três esferas de governo não tem respeitado esse caráter deliberativo.

Uma forma de mobilização dos idosos tem ocorrido com as conferências municipais, estaduais e nacionais dos direitos da pessoa idosa, que envolveram a sociedade a partir da mobilização dos conselhos. Ainda assim, de acordo com a pesquisa realizada em 2007 pela parceria do Sesc com a Fundação Perseu Abramo, a participação dos idosos na vida política é pequena: apenas 13% dos idosos declararam interesse em políticas.

Não há dúvidas quanto à necessidade e oportunidade da PNI, dado o acelerado e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro. Foi visto na maioria dos capítulos deste livro que a PNI ainda não existe plenamente no plano real, material, como idealizaram os seus mentores. Para que os cidadãos possam desfrutar com qualidade os ganhos em anos, resultado do aumento da expectativa de vida, são necessárias ações complementares para efetivar os objetivos da lei. Este é o objetivo do capítulo 23, de autoria de Eduardo Camargos Couto, intitulado *O que fazer para concretizar a Política Nacional do Idoso?*, que inicia a quarta parte.

O autor começa o capítulo discutindo o papel da lei, que é o de servir como orientação, expressar a intenção e planejar aquilo que a sociedade quer ver concretizado no mundo real. Esta concretização é resultado do emprego dos meios adequados; não basta apenas a lei entrar em vigor. A sua eficácia é medida pelo alcance dos objetivos que motivaram a sua criação dada a sua observância pelos atores sociais. Para isso, a elaboração da lei deve refletir uma composição equilibrada de interesses públicos e privados. O autor salienta a necessidade da participação daqueles que experimentarão os seus impactos em todas as etapas do seu ciclo de vigência, por meio da representação pelos conselhos, exercendo o papel de controle social sobre as ações governamentais. Outro importante papel nesse processo de construção é reservado ao Ministério Público.

A sua implementação requer recursos administrativos (estrutura organizacional) e financeiros para aquisição de instrumentos e de capacitação dos funcionários responsáveis. Isso não foi feito, inclusive, no que tange à responsabilidade da sua coordenação, que tem sido nômade. Concluindo, para que a PNI saia da formalidade do texto e venha promover e assegurar os valores e anseios dos cidadãos por uma velhice digna, é imprescindível o uso de metodologia recomendada pela legística para planejar, executar, monitorar, corrigir e melhorar a lei, cabendo à administração pública a responsabilidade constitucional de apresentar meios eficazes

para promovê-la. Os cidadãos devem exercer um controle social sobre os governos, por intermédio dos conselhos constitucionais, devendo participar das decisões da administração pública em todas as fases, além de fiscalizar e exigir que os governos cumpram com eficiência, o que lhes é de obrigação. Cabe ao Ministério Público e à Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) atuações ativas sobre entidades e o Estado para que se façam cumprir os preceitos formalizados na PNI.

Finalmente, as considerações finais, de autoria de Karla Cristina Giacomini, apresenta, à guisa de conclusão, algumas sugestões para uma efetivação mais ampla da PNI.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. A. A Conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o Paradigma de Huntington. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 12, n. 1-2, 1995.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília: MPAS, 1997.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

DE OLIVEIRA, F.; BELTRÃO, K.; GUERRA, M. **Reforma da previdência**. Rio de Janeiro: Ipea, 1997. (Texto para Discussão, n. 508).

DE OLIVEIRA, F.; BELTRÃO, K.; MÉDICI, A. **Seguridade social no Brasil: histórico e perspectivas**. Genebra: OIT, 1993.

HADDAD, E. G. M. Notas sobre a história dos direitos da velhice no Brasil. **Prisma Jurídico**, n. 2, p. 107-118, 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93420007>>.

NACIONES UNIDAS. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. *In*: ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO. Viena: Naciones Unidas, 1982. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-08_plan-accion-envejecimiento-viena-1982.pdf>.

PASINATO, M. **Reforma do sistema previdenciário brasileiro**: a previdência complementar e o papel do estado. 2001. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2001.

URIONA, J. L.; HAKKERT, R. Legislación social sobre adultos mayores en América Latina y el Caribe. [s.l.]: [s.n.], 2002. Mimeografado.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Decreto nº 9.912-A, de 26 de março de 1888. Dispõe sobre a reforma os correios do Império. **Lex**: coleção de leis do império do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, p. 345, 1888. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9912-a-26-marco-1888-542383-publicacaooriginal-50955-pe.html>>.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 jul. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>.

_____. Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. **V Caravana Nacional de Direitos Humanos**: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil. Brasília: Comissão de Direitos Humanos, 2002.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>.

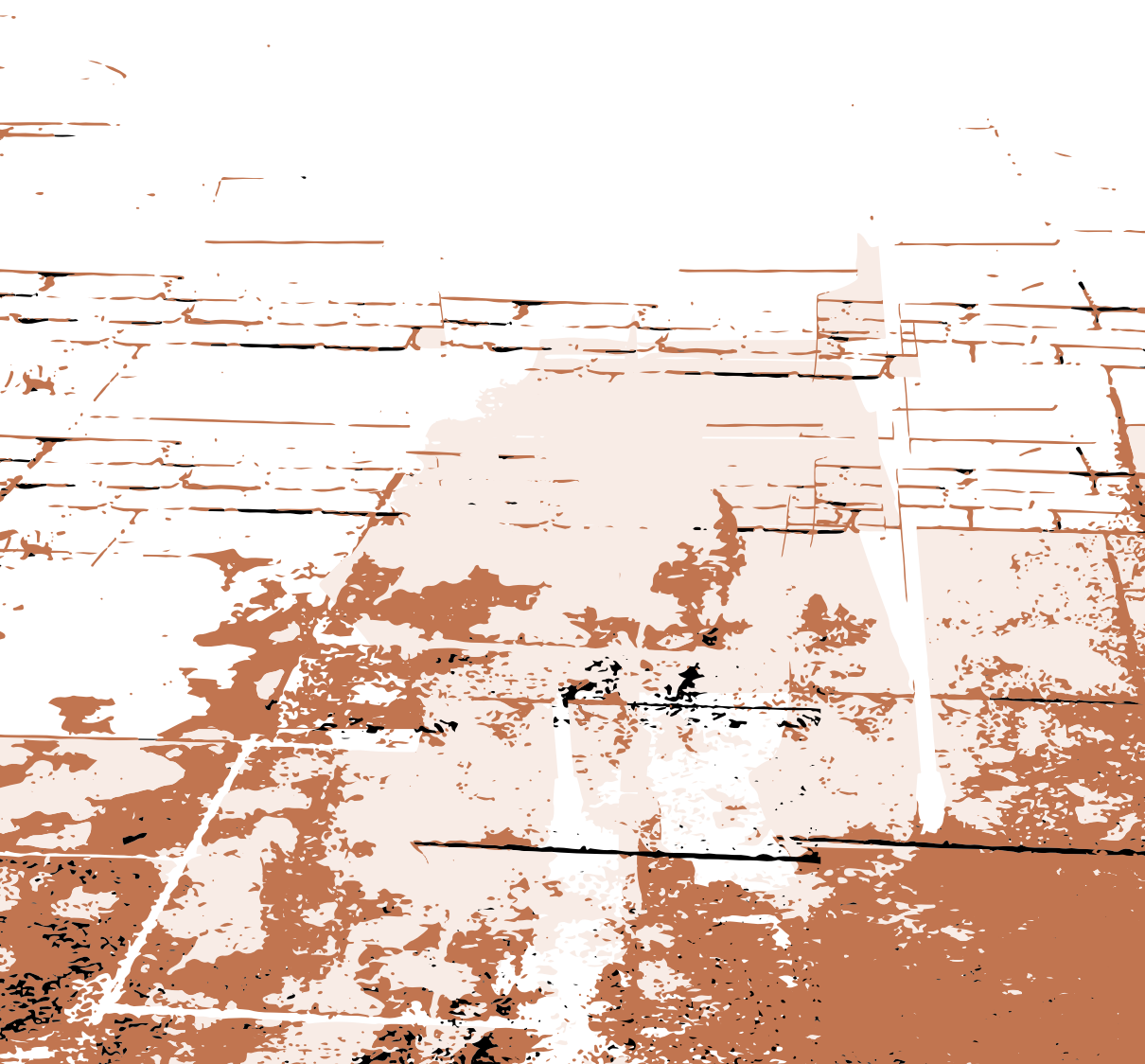
_____. Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 jun. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5109.htm>.

_____. Decreto nº 6.800, de 18 de março de 2009. Dispõe sobre a nova redação ao art. 2º do Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 mar. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6800.htm>.

_____. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – Sinajuve. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 ago. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm>.

Histórico da PNI

Parte 1



A HISTÓRIA POR TRÁS DA LEI: O HISTÓRICO, AS ARTICULAÇÕES DE MOVIMENTOS SOCIAIS E CIENTÍFICOS, E AS LIDERANÇAS POLÍTICAS ENVOLVIDAS NO PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

Jussara Rauth¹
Ligia Py²

1 A CELEBRAÇÃO DA LEI

Aos vinte anos da Política Nacional do Idoso (PNI), lançamos um olhar às três décadas que a antecederam, quando visionários do processo de envelhecimento do Brasil se inquietavam, sentindo a necessidade de providências que viessem a dar conta das questões acarretadas por esse processo que avançava célere e não tão imperceptível.

Sem paradigmas, sem a sistematização de estudos e pesquisas e, principalmente, sem uma consciência nacional do envelhecimento da população brasileira, tudo estava por ser criado. A inspiração e o conhecimento vinham de fora. Os pioneiros verde-amarelos esbanjaram brasilidade no competente e criativo trabalho de integração do conhecimento gerontológico à instigação para a novidade demográfico-epidemiológica que revolucionaria por inteiro os padrões políticos, econômicos e culturais de um Brasil que deixava de ser o país de jovens.

O elenco dos pioneiros tinha clareza das consequências do envelhecimento populacional e certeza de que o amparo legal é que fundamentaria todas as ações em extensa diversidade que urgiam aparecer no cenário demográfico brasileiro.

O instrumento legal acabou sendo muito bem feito. Aos vinte anos da lei, cumpre então celebrá-la, recordando os heroicos pioneiros que a viabilizaram, tecendo os fios desta história que é também a nossa, como personagens e herdeiros. Temos a sublime função de fazer prosperar o legado de sensibilidade e conhecimento responsável dos precursores, na defesa de um ideal coletivo que nos justifica como profissionais e, especialmente, como seres humanos de tempos longevos.

1. Assistente social; e membro do conselho consultivo da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

2. Psicóloga; membro da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG; e orientadora de aprendizagem do Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que faz parte do Programa de Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (EAD/ENSP/Fiocruz).

2 A PROPÓSITO DA NECESSIDADE DA LEI

A lei é um pacto que implica direitos e deveres. Deve ser temida, sim, pois, na verdade, esse temor é bom como condição necessária para ser respeitada e cumprida. Uma lei, no entanto, não irá impor-se apenas pelo temor, uma vez que carrega em seu âmago a inesgotável potencialidade de fazer emergir o amor. Somente o amor é capaz de subordinar o temor e transformá-lo em liberdade para, assim, permitir uma relação positiva e produtiva com a lei (Pellegrino, 1987, p. 312). O que nos chama à tarefa da preservação da espécie e do desenvolvimento do progresso senão a busca incansável do ideal do amor (Hisgail, 2006)?

A lei funda o processo civilizador como um produto de Eros. Ela existe não para aniquilar o desejo, mas para subordiná-lo ao princípio da realidade (Pellegrino, 1987).

Para nós, humanos, as emoções são a força que nos move. Vivemos na trama do amor e do ódio, percorrendo as dramáticas vias da existência com destinações diversas. Na velhice, pode ser exaltado o destino do amor na transmissão de valores às gerações mais novas, quando os jovens veem os mais velhos como inspiradores modelos de identificação. Aí residem os velhos eternamente, na permanência dos valores que ficam para além da sua finitude.

Ao contrário, o destino do ódio pode fazer estagnar, aprisionando no ressentimento de um remoer-se eterno. Quem sabe, fugindo disso, pode o ódio cursar um outro destino? Em vez de permanecer na estagnação, o ressentimento pode se pôr a serviço do amor, liberando a agressão para novos propósitos. E por que não os propósitos do amor (Py e Scharfstein, 2001)?

É assim que, vivendo, se abrem para os mais velhos novas possibilidades, novos espaços e novos tempos. Podemos, então, pensar no amparo da lei como chão e condução para a dinâmica das relações de amor e ódio – tão radicalmente humanas –, que são a essência do convívio social.

Daí a importância maior da lei. Com idosos tão esquecidos, invisíveis mesmo, quando, no Brasil, nem se cogitava a grande mudança demográfica, visionários, nossos antecessores alertaram para um futuro que já se fazia presente no aumento exponencial da população idosa. Preconceito e discriminação clamavam por uma nova ordem que instituísse a outorga da cidadania aos velhos. Esses pioneiros fizeram emergir uma nova realidade de valores. Valores que são a fonte de toda a ética e alicerçam os fundamentos da lei. Valores com a urgência de constar de uma lei capaz de assegurar o processo de conquista da cidadania. Valores que habitam o espaço mais profundo da identidade dos velhos, matéria-prima da construção da vida, cujo pressuposto é o amor. Valores que mostram que a ação humana, para muito além das obrigações e dos deveres, se faz a partir do coração sempre inquieto do ser humano.

3 A PROPÓSITO DA NOÇÃO DE POLÍTICA

Nossas preocupações com a *história por trás da lei* geraram inquietações também conceituais. Na nossa busca, caminhando nessa história, encontramos colegas e amigos que se lembravam dos pioneiros, dos fatos, das crises e dos sucessos. Encontramos também quem, falando da noção de política, apontasse um caminho reflexivo para pensarmos os primórdios da PNI. José Francisco Oliveira nos ofertou a fala que transcrevemos a seguir.

A palavra política tem como radical o termo grego pólis, cidade, mais amplamente, espaço social. Por sua vez, cidade desdobra-se etimologicamente em cidadão, aquele que ocupa, por natureza e direito, o espaço da cidade, exercendo, assim, a cidadania.

De pólis vem o conceito de política, que tem como horizonte de sua prática o bem-comum; o bem de toda a cidade; de todos os que ocupam o espaço social; o bem de toda a sociedade.

Portanto, em torno do eixo do bem-comum, a política se aproxima da esfera de significação da ética. É que a gestão política, em torno do bem-comum, integra o cidadão e o Estado, sendo que é o cidadão, como membro da sociedade, e não o Estado, como agente normativo, que dá o sentido fundamental da política. O Estado existe em função do cidadão e não o cidadão em função do Estado.

Assim, o exercício da cidadania só se plenifica em razão da sociedade e não em razão do indivíduo. A própria humanidade do homem, a humanidade de cada um de nós, encontra o fundamento de sua dignidade na sua ação política. Podemos, então, dizer que os atos humanos são tão mais humanos quanto mais se embasam no alicerce político.

Da mesma forma que ninguém é ético para si mesmo, ninguém é um ser político só para si mesmo. É que toda a ação humana ultrapassa as fronteiras do individual e se faz ação política. Os atos humanos, sejam de cuidar, ensinar, trabalhar, amar, ou quaisquer outros, são atos políticos. Enobrecem o homem, enquanto, ao invés de levá-lo a fechar-se no círculo de sua individualidade, abrem-no e repercutem-no no âmbito da pólis, do espaço social que o circunda.

Se eu perco essa dimensão maior da política, em seu mais nobre sentido, eu não verifico em mim, em toda a sua grandeza, a dimensão de minha humanidade.

Os esforços individuais são, sem dúvida, preciosos e essenciais, quando, ao fazer a minha parte, eu assumo a consciência de que todos têm que fazer também sua parte e o Estado tem que gerar, com iniciativa, criatividade, operacionalidade, responsabilidade e competência, condições para que todas essas partes se intercomunique e passem a se exercer em plenitude.

Aí está, afinal, o caminho e o sentido profético – como diria Paulo Freire – de nossa luta: a-nunciar nossos objetivos, pro-nunciar nossa ação e os projetos que inventamos e de-nunciar tudo o que se opõe a isso: as omissões, os descasos, as incompetências e as inoperâncias.

A verdade é que a nossa entrega de cada dia, feita ato de amor, torna-se, então, ato político e nos resgata e dignifica, como pessoa e como sociedade (Oliveira, 2014).

Ainda na busca desta definição conceitual e na exaltação do valor do ser, de cada ser e do conjunto de seres que nos acostumamos a chamar de humanidade, coletividade, sociedade, cidadãos, protagonistas, encontramos as palavras de Nara Costa Rodrigues (2000, p. 67):

no meu ponto de vista, o que é fundamental para que uma política social para a velhice seja instrumento de integração ou de marginalização social é a filosofia que a embasa. A hipótese que levanto é a seguinte: se, nessa política, o velho é o sujeito da ação, é o agente de sua promoção, ela será um instrumento de sua integração na sociedade. Se ele for objeto, dirigido e, às vezes, manipulado por tecnocratas, ela será um instrumento de marginalização social.

4 HISTÓRIA DE UM PERCURSO

4.1 Pelos caminhos do mundo

Segundo o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, “uma transformação demográfica (...) tem profundas consequências para cada um dos aspectos da vida individual, comunitária, nacional e internacional. Todas as facetas da humanidade (...) experimentarão uma revolução” (Brasil e Pnud, 2003, p. 27).

Essa revolução mobilizou as pautas e as agendas de importantes conferências e reuniões na cúpula da Organização das Nações Unidas, a ponto de, em 14 de dezembro de 1978, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovar a Resolução nº 33/52, convocando a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. O propósito era constituir um fórum para iniciar um programa internacional de ação dirigido a garantir a segurança econômica e social das pessoas idosas, assim como oportunidades para que elas participassem da vida em sociedade.

Os resultados alcançados na primeira assembleia serviriam para compor o I Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, integrante das principais estratégias e programas internacionais, regionais e nacionais formulados em resposta a importantes problemas e necessidades de caráter mundial. Esse plano e os princípios por ele estabelecidos, a sua avaliação e revisão, que resultaram no II Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, foram importante influência na definição da legislação brasileira, especialmente da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que sancionou a PNI.

Os princípios de independência, participação, assistência e autorrealização, a dignidade e as recomendações definidas nos planos orientaram as legislações e os documentos nacionais, a criação de órgãos, as políticas e as ações relativas ao envelhecimento nos últimos vinte anos. As recomendações neles contidas levavam

em conta as diversas etapas do desenvolvimento econômico e social dos países, assim como as transições pelas quais estavam passando.

Essa contribuição em termos de objetivos se traduz no estímulo à participação das pessoas idosas, por meio da ocupação ou da abertura de espaços que lhes possibilitem conviver, organizar-se e fazer-se representar nos processos de tomada de decisões, como é o exemplo dos proporcionados pelos conselhos do idoso, reivindicando programas que lhes assegurem proteção social e econômica e dignidade.

Inquestionavelmente, os objetivos dos planos, tanto os do primeiro, de 1982, quanto os do segundo, de 2002, de se constituírem num instrumento prático e concreto de ajuda aos responsáveis pela formulação das políticas orientadas às pessoas idosas foram alcançados em se tratando da sociedade brasileira, especialmente no que diz respeito à aproximação do desenvolvimento econômico e social. Estão dadas, dessa forma, as condições para que o governo brasileiro comece a esboçar as primeiras iniciativas no sentido de atender à nova configuração populacional que, ao final da década de 1970, ganha contornos de envelhecida.

4.2 A trilha verde e amarela

Logo a partir de 1984, com a Nova República, vem a possibilidade da formação da Assembleia Nacional Constituinte, que resultou na Constituição Cidadã de 1988, na qual o segmento idoso é reconhecido e tem seus primeiros direitos sociais assegurados. Nesse momento, os idosos já se colocam como um grupo crescente e, particularmente pelos aposentados, pressionam, ouvem e se fazem ouvir, começam a discutir sua situação, os espaços de participação, o reconhecimento de seu valor. Enfim, buscam, junto com os profissionais das poucas instituições públicas e privadas que objetivavam atender as suas necessidades, a implantação pelos governos das recomendações contidas nas agendas internacionais, como vimos anteriormente.

Começam a surgir os grupos de convivência de idosos, as associações de idosos e de aposentados, os conselhos estaduais, as legislações. Há a promulgação das constituições estaduais e das leis orgânicas municipais, as quais, da mesma forma que a Constituição Federal, incorporam as pessoas idosas e avançam na garantia de direitos sociais.

A política do idoso nasce então para ratificar questões fundamentais como os princípios de que o envelhecimento diz respeito a toda a sociedade e não só às pessoas idosas; de que as transformações necessárias na estrutura social exigem que o idoso seja o agente e o destinatário delas; e de que as pessoas idosas têm direito ao desenvolvimento de ações em todas as políticas setoriais. Como dito anteriormente, os objetivos dos planos de ação internacional constituem os pilares que sustentam as diretrizes nacionais.

Para o Brasil, os vinte anos que se seguiram à realização da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento foi um tempo de empreender esforços no sentido de dar concretude ao recomendado nos diplomas internacionais.

5 A PRODUÇÃO NACIONAL

O grupo de desbravadores, arrojados, destemidos, uns mais preparados, mais conhecedores que outros, mas todos igualmente gigantes, solidários, amorosos, sim, lutadores por amor àqueles que detêm uma história, que também é nossa história, nossos mestres, conduziram o processo de produção e construção interna.

Os contornos desse processo se vão desenhando inicialmente com a contribuição de um movimento nacional que resultou na realização de três seminários regionais e um nacional, os quais se apropriaram das produções e das realizações públicas e privadas existentes no país. O seminário nacional originou o documento *Recomendações de Políticas para a Terceira Idade nos Anos 90*, entregue em maio de 1990 à então ministra da Ação Social, Margarida Procópio, por meio da secretária nacional da Promoção Social à época, Flora Liz Spolidoro.

Por determinação do senhor presidente da República Fernando Collor, foi constituído um grupo de trabalho integrado por representantes governamentais e não governamentais, que, após apreciação do documento da Associação Nacional de Gerontologia (ANG), elaborou o Plano Preliminar para a Política Nacional do Idoso.

A próxima etapa do processo definida pela Secretaria Nacional de Promoção Social foi delegar a Nara Costa Rodrigues, então presidente do Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul e delegada estadual da ANG, a liderança de um grupo que, reunido em Porto Alegre nos dias 12 e 13 de setembro de 1991, elaboraria a minuta do projeto de lei instituindo a então Política Social do Idoso. O grupo era constituído por dois técnicos assessores da Secretaria Nacional de Promoção Social; dois técnicos assessores da coordenação nacional da Legião Brasileira de Assistência (LBA); dois técnicos assessores da LBA no Rio Grande do Sul; e um técnico assessor do Conselho Estadual do Idoso (CEI) do Rio Grande do Sul, bem como a secretária executiva e seu adjunto.

O anteprojeto constava de 27 artigos, sendo que do 17 ao 26 dispunha sobre o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), sua composição, mandato, vinculação, presidência, integrantes públicos e privados etc. A seguir traz-se um quadro-resumo contendo os eixos propostos para nortear as ações em cada um dos documentos citados.

QUADRO 1
Informações sobre os eixos propostos, por documento citado

Eixos	Recomendações de Políticas para a Terceira Idade nos Anos 90, da ANG	Minuta do projeto de lei da PNI	Lei nº 8.842/1994
Formação da opinião pública	X	X	
Educação	X	X	X
Lazer e novas aprendizagens	X		
Esporte e lazer		X	
Cultura, esporte e lazer			X
Cultura		X	
Saúde	X	X	X
Promoção e assistência social	X	X	X
Habitação	X	X	X
Justiça			X
Trabalho	X		
Trabalho e previdência social		X	X
Previdência e seguridade social	X		
Preparação para a aposentadoria	X		
Criação do CNDI	X	X	X

Elaboração das autoras.

6 TRIBUTO AOS PIONEIROS

No percurso de construção da PNI, visionários fizeram-se pura entrega, abalaram estruturas políticas, e lideraram a tessitura e a concretização da PNI em todo o Brasil. Esses visionários, há 25 anos, diziam: “cabe considerar que o valor de um problema social não pode ser medido apenas pela extensão percentual desse grupo no contexto da população total. Antes, se deve avaliar as condições de vida desse grupo” (ANG, 1989). Devem ser avaliadas também as ações que são propostas pelo sistema social, bem como a eficácia destas ações na recuperação desse grupo populacional. Os pioneiros profetizaram com tamanha propriedade que a profecia se fez atual.

Ainda hoje [1989] o Brasil se ressentia de programas preventivos às patologias da velhice e ao isolamento social dos velhos. Predomina a concepção de que a família é o grupo ideal de atenção, não se percebendo que o grupo família tem sofrido modificações profundas, sobretudo nos centros urbanos, o que determina a necessidade de um apoio de instituições sociais [leia-se atualmente Rede de Serviços de Atenção a Pessoa Idosa], que propicie o desenvolvimento sócio-[psico]-emocional dos idosos, na tentativa de preservar a sua autonomia e favorecendo uma relação mais positiva dos idosos com outros grupos etários, com o próprio grupo familiar e com a sociedade como um todo (ANG, 1989).

O documento *Recomendações de Políticas para a Terceira Idade nos Anos 90*, sistematizado por estes mestres, foi o maior legado por eles ofertado à sociedade, às pessoas idosas, aos governantes, aos dirigentes institucionais e a nós, profissionais da geriatria e da gerontologia, seus incondicionais discípulos.

7 OS CINCO DEDOS

São cinco os dedos da mão que escreve, guia, ampara, protege, assegura, rege, cria. A mão que acenou, convidou, acolheu e orientou profissionais, políticos e cidadãos idosos nos trâmites tortuosos, tão difíceis, mas regalados de esperança da criação da PNI. São cinco os pioneiros construtores, visionários da primeira fila, do primeiro grito, da primeira ação, da primeira mão estrela-guia da PNI.

Uma instituição os enlaçou, a ANG, cada um, porém, com sua própria inserção institucional anterior e para além da associação. Vinham de uma ponta a outra do país: do Ceará (Maria José Lima de Carvalho Rocha Barroso, a Mariazinha); ao Rio Grande do Sul (Nara Costa Rodrigues); a São Paulo (Marcelo Antônio Salgado e Flávio da Silva Fernandes); e a Santa Catarina (Neusa Mendes Guedes). Os cinco desdobraram-se por todo o Brasil, cultivando a boa nova, “a-nunciando, pro-nunciando e de-nunciando” num convite-convocação que acabou por fazer transbordar uma ciranda que se fez espiral, seguindo impetuosamente para frente e para cima, à busca incessante de uma política pública que orientasse formas de pensar e agir coletivamente, que fizessem valer a pena envelhecer e viver na velhice a plenitude da cidadania.

Mais profissionais constituíam um grupo coeso, cada vez mais numeroso, seguindo a apaixonada liderança de Mariazinha, Nara, Marcelo, Flávio e Neusa, aguçando o olhar e levantando a voz corajosamente. Aprenderam com esses mestres como fazer o trabalho institucional, familiar e pessoal, sim, direcionado à criação de uma política nacional que respondesse aos anseios já prementes, mas nem sempre conscientes, de uma sociedade que celeremente envelhecia.

E um pouco como na história dos Três Mosqueteiros, que acabaram em quatro, aqui também se incluiu mais um, um gigante como os demais: Mário Antônio Sayeg. Chegado ao movimento em 1996, representando a SBBG, dele jamais se afastou e ali também se fez entrega. Os diários de Nara Costa Rodrigues o registram e o eternizam nas inúmeras e tensas reuniões, adoçadas com a sua ternura eterna. Mário Sayeg, ainda mais do que no processo de construção da PNI, é arauto e correalizador incontestável da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que provém da primeira e busca assegurar a atenção à saúde de todos os idosos brasileiros.

A seguir, trazem-se informações acerca de cada um desses seis pioneiros da PNI.

- 1) Maria José Lima de Carvalho Rocha Barroso, a Mariazinha (1932-2013): assistente social; especialista em gerontologia; fundadora, em 1987, da ANG; coordenadora no âmbito nacional e regional (regiões Norte e Nordeste) da ANG; fundadora, em 1977, e presidente da Associação Cearense Pró-Idosos (Acepi); e primeira presidente do CNDI.
- 2) Nara Costa Rodrigues (1926-2011): assistente social; especialista e mestre em gerontologia social; fundadora e presidente da primeira Comissão de Gerontologia, hoje Departamento de Gerontologia, da SBGG, seção Rio Grande do Sul, em 1986; fundadora e presidente nacional da ANG; delegada estadual da ANG no Rio Grande do Sul; e fundadora do Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul.
- 3) Marcelo Antônio Salgado: assistente social; sociólogo; especialista em gerontologia e epidemiologia do envelhecimento; pioneiro ao implantar o trabalho social com idosos no Departamento Nacional do Serviço Social do Comércio (Sesc); fundador e coordenador de intercâmbio internacional da ANG; inspirador e coordenador, em 1976, dos seminários regionais e nacional, apoiados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, que estabeleceram um diagnóstico da situação da velhice no Brasil, consubstanciados no documento *Políticas para a 3ª Idade – diretrizes básicas*; e idealizador, em 1986, por meio do Departamento Nacional do Sesc em parceria com a SBGG, do Curso Internacional de Gerontologia Social, promovido pelo Centre International de Gérontologie Sociale.
- 4) Flávio da Silva Fernandes (1928-2011): advogado; sociólogo; especialista em gerontologia; e coordenador no âmbito nacional e regional (regiões Sul e Sudeste) da ANG.
- 5) Neusa Mendes Guedes (1930-2009): assistente social; especialista em gerontologia; fundadora da ANG; fundadora, em 1982, e coordenadora do Núcleo de Estudos da Terceira Idade da Universidade Federal da Santa Catarina (Neti/UFSC).
- 6) Mário Antônio Sayeg (1925-2007): médico geriatra; professor titular e chefe do Departamento de Estudos em Recursos Humanos para a Saúde na ENSP/Fiocruz; fundador e coordenador do Núcleo de Estudos sobre o Envelhecimento e Saúde do Idoso e do Programa de Atenção à Saúde do Idoso (Pasi) da ENSP/Fiocruz; diretor científico da SBGG, seção Rio de Janeiro; e membro do Conselho Científico da ANG, seção Rio de Janeiro.

Entre os seis, ressalta-se Marcelo Antônio Salgado, testemunha viva da história por trás da Lei nº 8.842/1994 (PNI). Na sua voz, os pioneiros se fazem

ouvir infinitamente, habitando a nossa memória para além da realidade física das presenças. Salgado, em depoimento concedido às autoras deste capítulo em 29 de novembro de 2014, é porta-voz das lideranças históricas, essas estrelas-guia que permanecem iluminando os nossos estudos e as nossas ações na incansável luta pela aplicação efetiva da PNI.

Nos anos 1970 aconteceram as primeiras ações de definição de uma política social para idosos na sociedade brasileira, a partir do esforço de algumas instituições não governamentais, profissionais e voluntários que já se dedicavam a um trabalho de atenção a idosos.

Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, no governo militar, a questão da velhice foi incorporada no rol das políticas públicas, ainda que sofrendo resistência de muitos setores governamentais e grupos de profissionais que não reconheciam a evidência dessa nova questão social. A prioridade das políticas sociais estava voltada para outros problemas sociais, notadamente da infância e juventude.

Mesmo assim, por iniciativa da Secretaria de Assistência Social daquele ministério e sob a nossa orientação, aconteceu a primeira mobilização de que se tem notícia para a formulação de um diagnóstico sobre a questão da velhice na sociedade brasileira e os recursos e programas de atendimento. Foram realizados três seminários regionais (regiões Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-Oeste) para estudo e diagnóstico; e um seminário nacional na cidade de Brasília, que elaborou o primeiro documento sobre a política social para idosos no Brasil.

Os anos seguintes foram ricos em definição de políticas e ações, destacando-se os programas de capacitação em gerontologia social, os inúmeros seminários realizados (inclusive os eventos do Sesc-SP e da SBBG), a criação do benefício da Renda Mensal Vitalícia, o surgimento de instituições de defesa do idoso (Movimento Pró-Idosos – Mopi; Acepi; Associação dos Idosos do Pará – Assipa; e outras), os diversos programas de atenção aos idosos realizados pelo Sesc (primeiramente no Sesc-SP e posteriormente em outros departamentos regionais), pelas agências da LBA e outras instituições. As ações e programas para idosos proliferaram: centros de convivência, grupos de idosos, escolas abertas, programas de preparação para aposentadoria e muitos outros.

Em 1989, por iniciativa da recém-criada Associação Nacional de Gerontologia (ANG) e apoio do governo federal e alguns governos estaduais (Maranhão, Goiás, Santa Catarina e Distrito Federal), uma nova mobilização de estudos sobre a questão da velhice na sociedade brasileira, com a realização de três grandes seminários regionais e um seminário nacional, participados por representações de todos os estados da Federação. Como resultado o documento da ANG *Políticas para Terceira Idade nos Anos 90* serviu de subsídio para o texto da Lei nº 8.842 de 1994 – Política Nacional do Idoso. Nesse movimento destaca-se a participação de Edith Motta, Flávio Fernandes, Flora Espolidoro, Jurilza Mendonça, Marcelo Salgado, Marli Fernandes, Maria José Barroso, Nara Rodrigues e Neusa Guedes, que assumiram a orientação dos seminários e realizaram diversas abordagens a governos estaduais, órgãos ministeriais e a própria Presidência da República.

Nas décadas seguintes, os estudos sobre os diversos aspectos socioeconômicos e sobre a questão da velhice se avolumaram, proliferaram os programas e atividades para idosos, os conselhos de direitos, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, e foram elaborados regulamentos e lei, notadamente o Estatuto do Idoso, que ampliaram as intenções de políticas sociais para esse segmento etário, porém com muito pouco resultado em ações efetivas.

A questão da velhice passou a ter muita visibilidade. Hoje os idosos são reconhecidos como um grupo etário sujeito a necessidades que implicam ações particulares. Entretanto, parecem não ser reconhecidos como grupo social, visto não usufruírem adequadamente de alguns direitos elementares de cidadania, como renda digna, assistência médica e saúde, segurança, espaço socialmente produtivo e muitas outras condições que promovem a qualidade de vida.

Mesmo reconhecendo a existência de bons programas e serviços mantidos em algumas cidades em diferentes regiões do país, no que diz respeito à política social nacional para velhice, esta cresceu no discurso, mas estancou na prática. Em alguns casos recuou, sobretudo quando se trata de questões referentes à pobreza econômica e à seguridade social. Reconhecer direitos não basta, pois é necessário proporcioná-los.

O futuro é preocupante especialmente em tempos de crise econômica e social. O achatamento progressivo do valor das aposentadorias e a crescente inflação geram nos cidadãos a perspectiva da perda da independência econômica e a dependência dos filhos adultos ou de outros. As dificuldades de acesso ao atendimento à saúde, a violência, os preconceitos, as reduzidas oportunidades de participação social fazem do tempo da velhice um tempo de constrangimento e isolamento social.

O envelhecimento não pode significar a morte social, resultando que muitos idosos se apresentem como um corpo estranho de indivíduos em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

ANG – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE GERONTOLOGIA. **Recomendações de políticas para a terceira idade nos anos 90**. Rio de Janeiro: ANG, 1989.

BRASIL; PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf>.

HISGAIL, F. A ética na psicanálise. **Revista Brasileira de Direito Constitucional** – RBDC, n. 8, p. 367-373, jul./dez. 2006.

OLIVEIRA, J. F. A propósito da noção de política. *In*: SEMINÁRIO ENVELHECIMENTO NO BRASIL – PERSPECTIVAS, 2014, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: UFRJ, 2014.

PELLEGRINO, H. Édipo e a paixão. *In*: CARDOSO, Sérgio (Org.). **Os sentidos da paixão**. São Paulo: Companhia da Letras, 1987. p. 307-327.

PY, L.; SCHARFSTEIN, E. A. Caminhos da maturidade: representações do corpo, vivência dos afetos e consciência da finitude. *In*: NERI, A. L. (Org.). **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e socioculturais. São Paulo: Papirus, 2001. p. 117-150.

RODRIGUES, N. C. Política social para a velhice: instrumento de integração ou marginalização social? *In*: SCHONS, C. R.; PALMA, L. S. (Org.). **Conversando com Nara Costa Rodrigues**. Passo Fundo: UPF Editora, 2000. p. 67-70.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

MENDONÇA, J. M. B.; RAUTH, J.; RODRIGUES N. C. O idoso brasileiro e as leis. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1622-1626.

BRASIL ENVELHECE ANTES E PÓS-PNI

Ana Amélia Camarano¹
Solange Kanso²
Daniele Fernandes³

1 INTRODUÇÃO

Na introdução deste livro, foram apresentados os contextos nacional e internacional das políticas públicas para os idosos antes da implementação da Política Nacional do Idoso (PNI), e ao longo deste livro foram analisados os avanços nas políticas setoriais após esta implementação. Este capítulo tem por objetivo comparar as condições de vida da população idosa brasileira antes e após a PNI,⁴ buscando identificar os avanços ocorridos.

A análise dessas condições será feita com base nas informações do Censo Demográfico e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), ambas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e também das informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, e dos registros administrativos do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS). Quando se trabalhou com dados censitários, consideraram-se os anos de 1980, 1991 e 2010. Quando se utilizaram os dados da Pnad, os anos contemplados foram 1983, 1993 e 2014, bem como 1998 e 2008, pois nestes anos foram realizados suplementos especiais sobre saúde. Além destas pesquisas, foram analisados os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 pelo IBGE. Como condições de vida, consideraram-se arranjos familiares, saúde, violência, educação, mercado de trabalho, renda e habitação.

Este capítulo está dividido em cinco seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda seção compara alguns indicadores demográficos da população brasileira com países selecionados (Chile, México, Inglaterra e Japão) antes e depois da PNI. A terceira seção traz um perfil das condições de vida da população idosa nos vários aspectos e em três momentos no tempo, 1983, 1993 e 2014. Isso significa antes

1. Técnica de planejamento e pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

2. Pesquisadora do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Disoc/Ipea.

3. Pesquisadora do PNPD na Disoc/Ipea.

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

e depois da implementação da PNI. Na quarta, são discutidas as perspectivas de crescimento da população idosa. Por fim, na última seção são apresentadas algumas considerações.

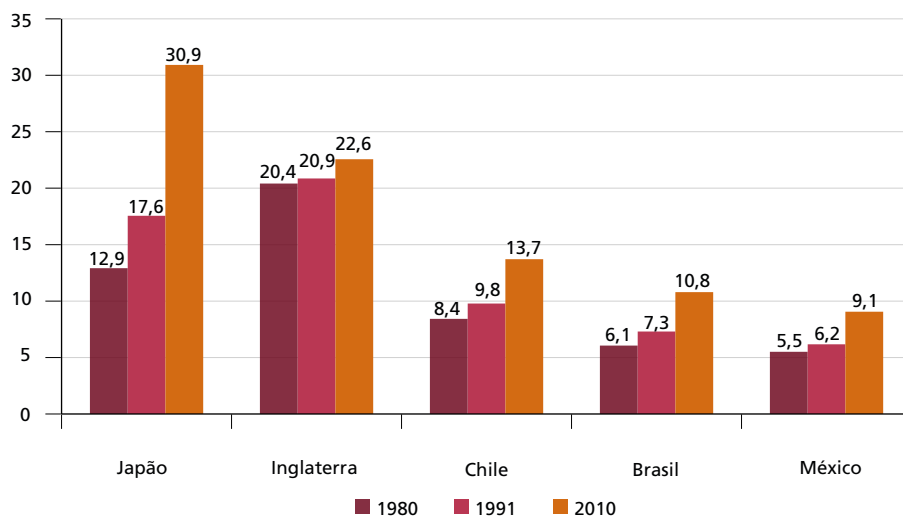
2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Esta seção apresenta informações sobre a população idosa nos períodos anterior e posterior à PNI. Em 1980, a população idosa brasileira era constituída por 7,2 milhões de pessoas, o que representava 6,1% do total da população. Em 2010, passou para 20,6 milhões e compunha, aproximadamente, 11% da população total. O crescimento deste contingente foi resultado das elevadas taxas de fecundidade dos anos 1950 e 1960 e da redução da mortalidade em todas as idades em curso no país desde os anos 1950. Ou seja, estes idosos já haviam nascido; são os *baby boomers* que estão se transformando nos *elderly boomers*.

Visando situar o envelhecimento da população brasileira no contexto internacional, foram considerados quatro países em estágios distintos do processo de envelhecimento: Chile, México, Japão e Inglaterra. Nestes países, também se observou um crescimento elevado da população idosa, tanto em termos relativos quanto absolutos. Isso, porém, ocorreu em ritmo diferente, conforme mostra o gráfico 1. O nível de envelhecimento destes países, medido pela proporção da população idosa no total da população do país, foi comparado ao brasileiro nos anos de 1980, 1991 e 2010. No período considerado, todas as proporções cresceram, mas com intensidade diferenciada: a maior variação foi observada no Japão e a menor na Inglaterra. O crescimento da proporção brasileira ficou em segundo lugar entre os países considerados.

Em 1981, a Inglaterra possuía a maior proporção da população idosa, cerca de 20%. Esta posição foi ultrapassada pelo Japão em 2010, com 30,9% de sua população com mais de 60 anos, enquanto a Inglaterra alcançava 22,6%. No Brasil, em 1980, a proporção da população idosa era cerca da metade da proporção apresentada pelo Japão nesse ano. Como o envelhecimento da população japonesa foi mais rápido que o da brasileira, em 2010, a proporção desta população idosa ficou correspondente a cerca de um terço da japonesa. A tabela 1 apresenta alguns indicadores que mostram a evolução do processo de envelhecimento por sexo entre 1980 e 2010 no Brasil e nos países considerados.

GRÁFICO 1
Proporção da população idosa em países selecionados (1980, 1991 e 2010)
 (Em %)



Fonte: IBGE; Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), do México; Instituto Nacional de Estadísticas (INE), do Chile; Portal Site of Official Statistics of Japan, do Japão; Office for National Statistics, do Reino Unido; e United Nations (UN).

Obs.: 1. Para o Chile, os dados referem-se a 1982. Para a Inglaterra, os dados referem-se a 1981.

2. Para o Chile, os dados referem-se a 1992. Para o Japão e o México, os dados referem-se a 1990.

3. Para o Chile e para a Inglaterra, os dados referem-se a 2012.

TABELA 1
Indicadores da população idosa por sexo em países selecionados (1980, 1991 e 2010)

	1980 ¹			1991 ²			2010 ³		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Chile									
Proporção da população idosa no total (%)	7,6	9,2	8,4	8,7	10,8	9,8	12,3	15,1	13,7
Proporção da população idosa com 80 anos ou mais no total (%)	0,8	1,2	1,0	1,0	1,6	1,3	1,4	2,5	2,0
Índice de envelhecimento ⁴	22,9	29,4	26,1	28,5	38,1	33,2	56,4	73,8	64,9
Razão de sexo entre idosos ⁵		79,9			77,8			79,7	
Razão de dependência idosa ⁶	12,9	15,4	14,2	14,3	17,8	16,1	18,6	23,5	21,0
México									
Proporção da população idosa no total (%)	5,3	5,7	5,5	5,9	6,4	6,2	8,6	9,5	9,1
Proporção da população idosa com 80 anos ou mais no total (%)	0,7	0,8	0,8	0,9	1,1	1,0	1,2	1,5	1,4
Índice de envelhecimento ⁴	12,1	13,5	12,8	14,9	17,1	16,0	28,4	33,6	30,9
Razão de sexo entre idosos ⁵		90,5			89,0			87,0	
Razão de dependência idosa ⁶	10,4	11,0	10,7	10,9	11,5	11,2	14,2	15,2	14,7

(Continua)

(Continuação)

	1980 ¹			1991 ²			2010 ³		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Japão									
Proporção da população idosa no total (%)	11,2	14,6	12,9	15,3	19,8	17,6	28,2	33,5	30,9
Proporção da população idosa com 80 anos ou mais no total (%)	1,0	1,7	1,4	1,7	3,1	2,4	4,4	8,3	6,4
Índice de envelhecimento ⁴	45,7	64,7	54,9	80,1	113,2	96,2	202,2	266,9	233,8
Razão de sexo entre idosos ⁵		74,4			74,3			79,4	
Razão de dependência idosa ⁶	17,4	23,2	20,3	23,2	31,5	27,3	48,6	62,1	55,3
Inglaterra									
Proporção da população idosa no total (%)	17,3	23,3	20,4	18,1	23,5	20,9	21,0	24,1	22,6
Proporção da população idosa com 80 anos ou mais no total (%)	1,6	4,0	2,8	2,3	5,1	3,8	3,6	5,8	4,7
Índice de envelhecimento ⁴	80,9	121,1	100,5	90,4	129,8	109,7	113,9	141,3	127,2
Razão de sexo entre idosos ⁵		70,5			72,9			84,5	
Razão de dependência idosa ⁶	28,3	40,6	34,4	29,2	40,2	34,7	34,7	40,9	37,8
Brasil									
Proporção da população idosa no total (%)	5,8	6,3	6,1	6,8	7,8	7,3	9,8	11,7	10,8
Proporção da população idosa com 80 anos ou mais no total (%)	0,4	0,6	0,5	0,6	0,9	0,8	1,2	1,9	1,5
Índice de envelhecimento ⁴	14,9	16,9	15,9	19,1	23,0	21,0	39,2	50,7	44,8
Razão de sexo entre idosos ⁵		89,9			85,2			80,1	
Razão de dependência idosa ⁶	10,4	11,3	10,9	11,8	13,4	12,6	15,0	18,1	16,6

Fonte: INE/Chile; Inegi/México; Portal Site of Official Statistics of Japan/Japão; Office for National Statistics/Reino Unido; UN; e IBGE/Censos Demográficos de 1980, 1991 e 2010.

Notas: ¹ Para o Chile, os dados referem-se ao ano de 1982. Para a Inglaterra, os dados referem-se ao ano de 1981.

² Para o Chile, os dados referem-se ao ano de 1992. Para o México e o Japão, os dados referem-se ao ano de 1990.

³ Para o Chile e para a Inglaterra, os dados referem-se ao ano de 2012.

⁴ Número de pessoas de 60 anos ou mais de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade.

⁵ Número de homens para cada 100,0 mulheres.

⁶ Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade, e os de 60 anos ou mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade).

O primeiro indicador apresentado na tabela 1 é o índice de envelhecimento.⁵ Para a população brasileira, este índice mais que dobrou no período estudado. Já se apresentava um pouco mais elevado para as mulheres em 1980 e cresceu mais entre elas. Em 1980, era de 14,9 para os homens e 16,9 para as mulheres. Entre 1980 e 1991, o crescimento foi baixo, mas, entre 1991 e 2010, foi muito mais acentuado.

5. Segundo Closs e Schwanke (2012, p. 443), este indicador "avalia o processo de ampliação do segmento idoso na população total em relação à variação relativa no grupo etário jovem, sendo obtido por meio da razão entre a população idosa e a população jovem. Permite observar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais".

Em 2010, o índice de envelhecimento era de 39,2 para os homens e 50,7 para as mulheres. Este índice cresceu em todos os países considerados, conforme mostra a tabela 1. Em termos relativos, o maior crescimento foi observado no Japão, onde o referido indicador aumentou 4,3 vezes, e o menor foi na Inglaterra. Na maioria dos países estudados, o aumento foi maior entre as mulheres. Isso significa uma diminuição da razão de sexo da população idosa.

No Brasil, essa razão diminuiu de 89,9 em 1980, para 80,1 em 2010. Isso significa que para cada 100,0 mulheres havia 80,1 homens em 2010, o que fundamenta a ideia da feminização da velhice, presente em quase todo o mundo. A proporção de mulheres no total da população idosa é mais elevada quanto mais velho for o segmento, o que se deve à mortalidade diferencial por sexo (Camarano, Kanso e Mello, 2004). Entre os muito idosos (80 anos ou mais), este indicador foi de 62,9 homens para cada 100 mulheres em 2010. Entre os demais países analisados, nos dois primeiros anos considerados, os menores valores para a razão de sexo foram encontrados na Inglaterra. Já em 2010, foi no Japão que se verificou a mais baixa razão.

O último indicador considerado foi a razão de dependência.⁶ Assume-se que este índice não necessariamente reflete a dependência econômica. Alterações no mercado de trabalho, tais como a incorporação de jovens e idosos ou a exclusão de pessoas em idade produtiva, não são consideradas. Apresenta-se na tabela 1 apenas a razão de dependência da população idosa que considera o quociente entre esta população e a população em idade produtiva. No Brasil, esta razão cresceu de 10,9 em 1980 para 16,6 em 2010. Embora em todos os países estudados tenha sido observado um aumento no período considerado, isso ocorreu de forma mais acentuada no Japão e no Brasil. A mais alta razão foi observada no Japão em 2010, três vezes maior que a brasileira e também mais elevada que a observada na Inglaterra, que apresentara a mais alta em 1980 entre os países estudados.

Sintetizando, os indicadores apresentados confirmam que o processo de envelhecimento dos vários países aqui considerados está ocorrendo em momentos e ritmo diferentes. No Brasil o crescimento foi maior no período de 1991 a 2010, atrás apenas do observado no Japão.

6. É obtida pelo quociente entre a população definida como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 anos ou mais de idade) e a potencialmente produtiva (entre 15 e 59 anos de idade). Mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva. Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos para a sociedade. Disponível em: <www.datasus.gov.br/idb>. Acesso em: 4 maio 2015.

3 CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA

O objetivo desta seção é traçar um perfil das condições de vida da população idosa antes e após a promulgação da PNI, considerando-se um período aproximado de trinta anos. Acredita-se que as condições da população idosa anteriores à formulação da política tenham influenciado e justificado a sua concepção. Por população idosa está-se considerando o conjunto de pessoas com 60 anos ou mais, como definido na PNI.

3.1 Nupcialidade e arranjos familiares

Esta subseção investiga como os idosos se organizam dentro das famílias. Estão sendo consideradas nupcialidade, composição dos arranjos familiares e posição do idoso na família. Segundo Medeiros (2000), estudar as mudanças ocorridas é importante porque é dentro das famílias que são tomadas as decisões sobre trabalhar para prover a família ou cuidar dos membros dependentes. Estas decisões podem ter implicações que geram externalidades positivas ou negativas para a sociedade. Além disso, as características das famílias podem ser usadas como critérios de focalização das políticas públicas. No caso da população idosa, esta análise pode apontar as famílias que contam com uma menor rede de suporte, o que pode ser utilizado como uma *proxy* de demanda de cuidados.

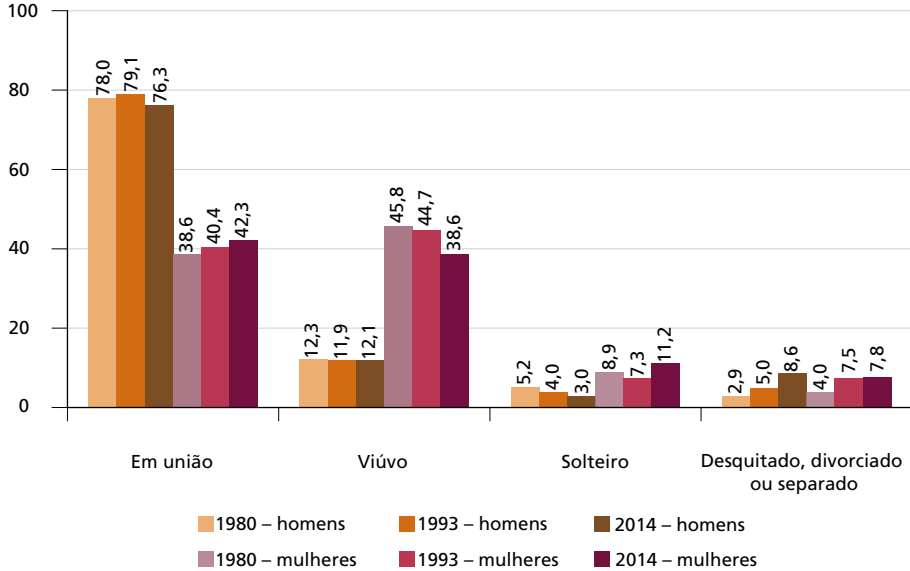
O processo de envelhecimento influi e é influenciado pela nupcialidade, bem como pela composição dos arranjos familiares. O gráfico 2 compara a distribuição da população idosa por estado conjugal segundo o sexo em 1980,⁷ 1993 e 2014. Nos três anos estudados, a maior proporção dos homens idosos estava em alguma união,⁸ proporção que se manteve aproximadamente constante. Entre as mulheres, o estado conjugal predominante nos dois primeiros anos considerados foi a viuvez. Como esta proporção diminuiu no último período, estar em união passou a ser o estado predominante delas em 2014. A queda da mortalidade da população adulta pode ter contribuído para uma diminuição da viuvez e, conseqüentemente, para o aumento de pessoas em união. Para Camarano (2003), a diferença na proporção de viuvez entre idosos e idosas ocorre em função de dois fatores: a menor mortalidade das mulheres e o recasamento, mais frequentemente observado entre os homens. Este último caso pode explicar a maior proporção de mulheres separadas.

7. Neste caso, consideraram-se as informações provenientes do Censo Demográfico de 1980, pois a Pnad na década de 1980 não levantava informações sobre nupcialidade.

8. Inclui casamento civil e religioso, só civil, só religioso e união consensual.

GRÁFICO 2

Brasil: distribuição da população idosa por estado conjugal, segundo o sexo (1980, 1993 e 2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1980, e Pnad de 1993 e 2014.

Em 1980, 78,0% dos homens idosos e 38,6% das mulheres estavam unidos. Em contrapartida, apenas 5,2% dos homens e 8,9% das mulheres se declararam solteiros. A proporção de solteiros diminuiu entre os homens, e aumentou expressivamente a de separados, ultrapassando a comparável para as mulheres. Relativamente falando, mais idosas estavam em união e na condição de solteiras. Como já mencionado, a proporção de mulheres viúvas se reduziu de 45,8% em 1980 para 38,6% em 2014. A proporção de viúvos se manteve aproximadamente constante no período.

Para analisar o tipo de arranjo familiar em que se inseria o idoso, foram considerados os anos de 1983, 1993 e 2014 (tabela 2), sendo que, por arranjo familiar, foi considerado o arranjo domiciliar.⁹ Nesse período, pode-se observar uma redução do número médio de pessoas residindo no domicílio, que passou de 3,9 moradores em 1980 para 2,7 em 2014. Isso pode ser explicado, principalmente, por mudanças na nupcialidade, pois o impacto da queda da fecundidade em curso no país deve ser reduzido, uma vez que estão sendo considerando aqui arranjos

9. Para uma discussão sobre esta diferença, consulte Medeiros e Osório (2002).

com idosos. Na distribuição dos arranjos entre nucleares e extensos,¹⁰ observa-se uma queda na proporção dos arranjos extensos, o que também ajuda a explicar a redução no número médio de pessoas por domicílio.

TABELA 2
Brasil: composição dos arranjos familiares com a presença de idosos (1983, 1993 e 2014)

	1983	1993	2014
Tamanho médio (moradores por domicílio)	3,9	3,6	2,7
Nucleares (%)	56,1	56,7	67,0
Casal sem filhos	13,8	14,6	21,1
Casal com filhos	22,3	19,8	14,7
Mãe com filhos	5,9	7,0	8,6
Mulher sozinha	7,8	9,2	13,6
Pai com filhos	2,0	1,8	1,6
Homem sozinho	4,3	4,3	7,3
Extensos (%)	43,9	43,3	33,0
Casal sem filhos	5,6	4,9	5,0
Casal com filhos	21,5	19,5	10,8
Mãe com filhos	6,4	8,6	7,8
Mulher sozinha	5,6	6,1	6,0
Pai com filhos	1,7	1,6	1,1
Homem sozinho	3,1	2,7	2,4

Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

Os arranjos formados por casais com filhos eram a forma predominante em 1980, sendo responsáveis por 43,7%¹¹ do total. Esta proporção diminuiu expressivamente no período, passando a ser 25,5% do total em 2014. Os arranjos do tipo casal sem filhos passaram a ser o formato predominante, com a referida proporção passando de 19,4% para 26,1%. Ao se considerarem os arranjos chefiados por mulheres no seu conjunto, o que inclui mães com filhos e mulheres sozinhas, esta forma passa a ser predominante, correspondendo, em 2014, a 36,0% do total de arranjos, o que pode ser explicado pela maior independência econômica adquirida pelas mulheres, além das separações conjugais e da viuvez. Chama-se a atenção para o fato de que estas mudanças nos arranjos familiares afetam a oferta de cuidados familiares para idosos frágeis.

Para avaliar como essa oferta de cuidados poderia ser afetada pelas mudanças nos arranjos familiares, foram organizados dois grupos: os arranjos continentais,

10. Neste capítulo, considerou-se arranjo nuclear aqueles que são compostos por casal, com ou sem filhos; mãe ou pai com filhos; homem ou mulher sozinho/a (Arriagada, 2001). Os arranjos extensos compreendem as mesmas categorias do arranjo nuclear acrescido de outros parentes e/ou outros membros não parentes.

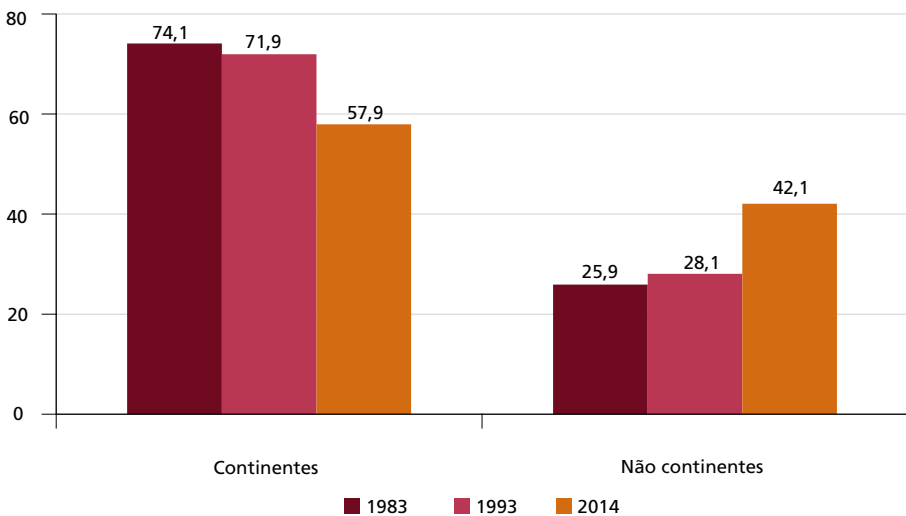
11. Incluídos arranjos nucleares e extensos.

formados por idosos que moram com filhos ou outros;¹² e os não continentais, constituídos por casais apenas ou idosos que moram sós. Embora os arranjos continentais sejam os predominantes, observa-se uma diminuição na sua proporção entre 1983 e 1993 e uma queda acentuada no período seguinte (gráfico 3). Isso significa uma redução da capacidade da família cuidar dos idosos dependentes e/ou cuidados familiares inadequados.

GRÁFICO 3

Brasil: arranjos familiares dos idosos, segundo as tipologias continente e não continente (1983, 1993 e 2014)

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

O gráfico 4 apresenta a distribuição da população idosa segundo a condição no domicílio por sexo. A posição do idoso no domicílio pode ser considerada um indicador de seu empoderamento ou de sua fragilidade e dependência. Nesse aspecto, observam-se diferenças significativas entre homens e mulheres. A grande maioria dos homens idosos, em torno de 90%, eram chefes de família nos dois primeiros anos considerados, sendo que esta proporção declinou para 79,3% entre 1993 e 2014. Apesar da queda, esta proporção ainda é alta, o que sugere um maior empoderamento dos homens idosos comparativamente às mulheres dentro da família. As proporções comparáveis para as mulheres foram de 33,4%, em 1983, e 51,9%, em 2014, apontando para um crescimento delas nessa situação, ainda que bem abaixo dos homens. O percentual das mulheres idosas na condição de

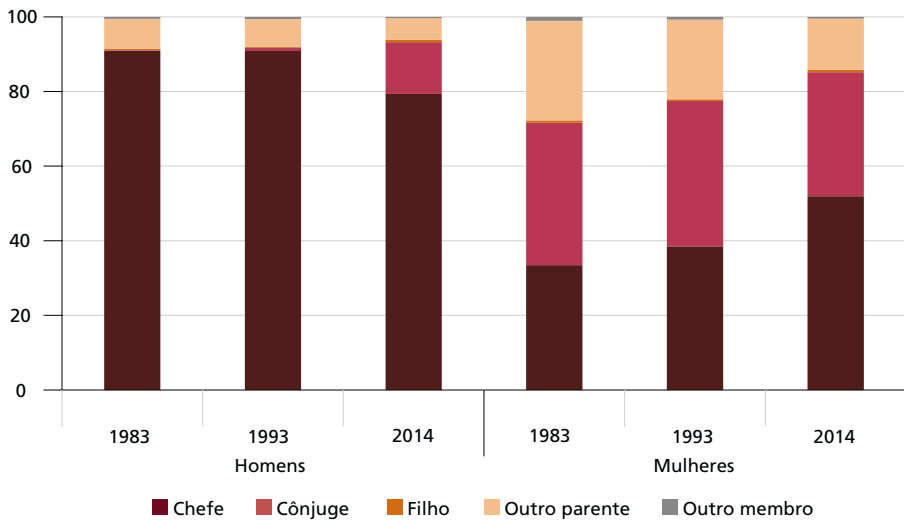
12. Todos os arranjos extensos foram agrupados na categoria de arranjos continentais, assumindo que outros moradores poderiam ser algum cuidador não familiar, como empregada doméstica.

cônjuge ficou constante, em torno de 39% em 1983 e 1993, e diminuiu para 33,2% em 2014. A proporção de homens cônjuges era muito baixa em 1983 e 1993, não tendo alcançado 1%. Em 2014, a proporção observada foi de 13,9%, como consequência de um aumento de mulheres chefes casadas ou unidas.

GRÁFICO 4

Brasil: distribuição da população idosa segundo a condição no domicílio, por sexo (1983, 1993 e 2014)

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

Um indicador de fragilidade, seja física ou mental, seja financeira ou social, é a proporção de idosos na condição de outros parentes, ou seja, idosos que moram com filhos, genros ou noras, sobrinhos ou outros parentes. Esta proporção era mais elevada entre as mulheres, pois como elas vivem mais, cuidam dos seus maridos, e, quando estes morrem, vão morar com filhos ou outros parentes. Além disso, “experimentam menor autonomia e maior percentual de pessoas que não têm rendimento” (Camarano, Kanso e Mello, 2004, p. 54). Para os homens, essa proporção diminuiu de 8,0% em 1983 para 5,8% em 2014. Entre as mulheres, observou-se uma queda mais acentuada. A proporção passou de 26,7% para 13,7%, o que foi compensado pelo aumento das mulheres idosas chefes no período. Isso sugere uma diminuição na condição de fragilidade dos idosos, em geral, porém mais acentuada para as mulheres.

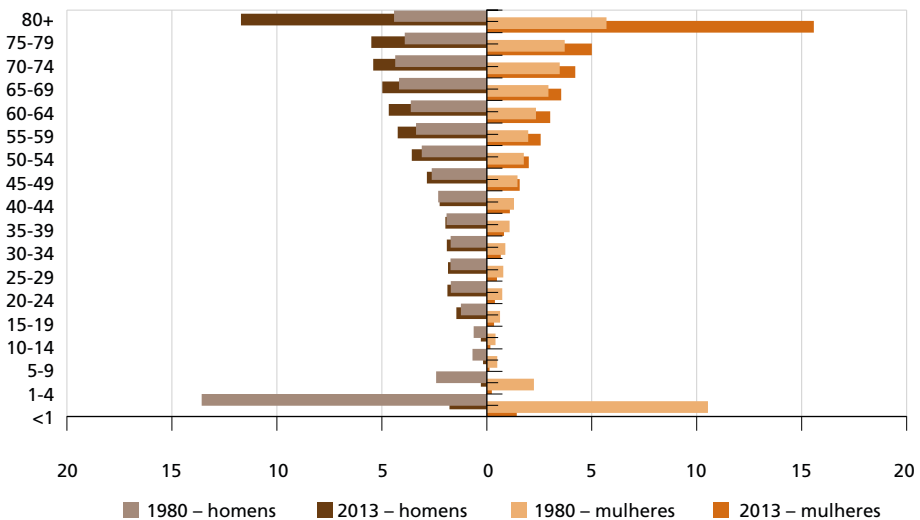
3.2 Condições de saúde

3.2.1 Mortalidade: níveis e causas

Uma das maiores demandas colocadas pela população idosa, em especial pela muito idosa, é por serviços de saúde. Por isso, a importância de se conhecer o seu perfil de morbimortalidade – para que se possa nortear o planejamento e a elaboração de políticas para melhorar as suas condições de saúde. Descreve-se este perfil por meio de informações sobre causas de morte, condições de mobilidade física e deficiência declarada pela população idosa, bem como autoavaliação de saúde e presença de doenças crônicas a partir de dados do SIM, da Pnad, da PNS e do Censo Demográfico.

O envelhecimento populacional, provocado pela queda da fecundidade, leva a uma redução da proporção de crianças no total da população, e, também, a uma diminuição dos óbitos nesta faixa etária. Por um lado, esta diminuição é reforçada pela redução das mortes por doenças infectocontagiosas, que atingem mais as crianças. Por outro lado, aumenta a proporção de óbitos nas faixas etárias mais elevadas, pelo aumento da proporção de pessoas com idade avançada. Isso pode ser visualizado no gráfico 5, que compara a distribuição percentual de óbitos entre 1980 e 2013.

GRÁFICO 5
Brasil: distribuição proporcional dos óbitos por idade e sexo (1980 e 2013)
 (Em %)



Fonte: Ministério da Saúde/SIM.

Em 1980, os óbitos da população com menos de 1 ano de idade foram responsáveis por 24,1% do total de óbitos, enquanto os da população idosa representavam 38,7% deste total. Em 2013, a base da pirâmide populacional estreitou, e o topo alargou. Com isso, a pirâmide dos óbitos também mudou nesta direção. A proporção dos óbitos da população com menos de 1 ano de idade reduziu substancialmente, passando a representar 3,2% do total de óbitos, enquanto os da população idosa foram responsáveis por 63,6% deste total.

A tabela 3 apresenta a esperança de vida ao nascer (e_0); aos 60 anos de idade (e_{60}); e aos 80 anos de idade (e_{80}), para os anos de 1980, 1993 e 2013. Este índice aponta o número médio de anos de vida que um indivíduo pode esperar viver ao completar determinada idade. Além disso, sintetiza o nível de mortalidade de uma determinada região em um determinado período de tempo.

TABELA 3

Brasil: esperança de vida ao nascer, aos 60 anos e aos 80 anos (1980, 1993 e 2013)
(Em anos)

	1980			1993			2013		
	e_0	e_{60}	e_{80}	e_0	e_{60}	e_{80}	e_0	e_{60}	e_{80}
Homens	59,3	15,4	5,7	64,1	16,3	6,4	70,1	19,3	7,9
Mulheres	65,7	17,8	6,3	71,9	19,5	7,3	77,5	22,7	9,2
Total	62,4	16,7	6,1	67,8	17,9	6,9	73,7	21,1	8,6

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1980; Pnad de 1993 e 2013; Ministério da Saúde/SIM.
Elaboração das autoras.

A esperança de vida cresceu no período considerado e apresentou-se sempre mais elevada para as mulheres. Enquanto, em 1980, as mulheres já apresentavam uma e_0 de 65,7 anos, os homens só vieram a apresentar uma e_0 de 64,1 anos em 1993. Em 2013, a diferença entre os dois sexos foi de 7,4 anos, um ano a mais que a observada em 1980. O aumento desse diferencial resulta no crescimento da proporção de mulheres entre os idosos e sinaliza para demandas adicionais para os setores de saúde, previdência e assistência social (Brasil, 2012).

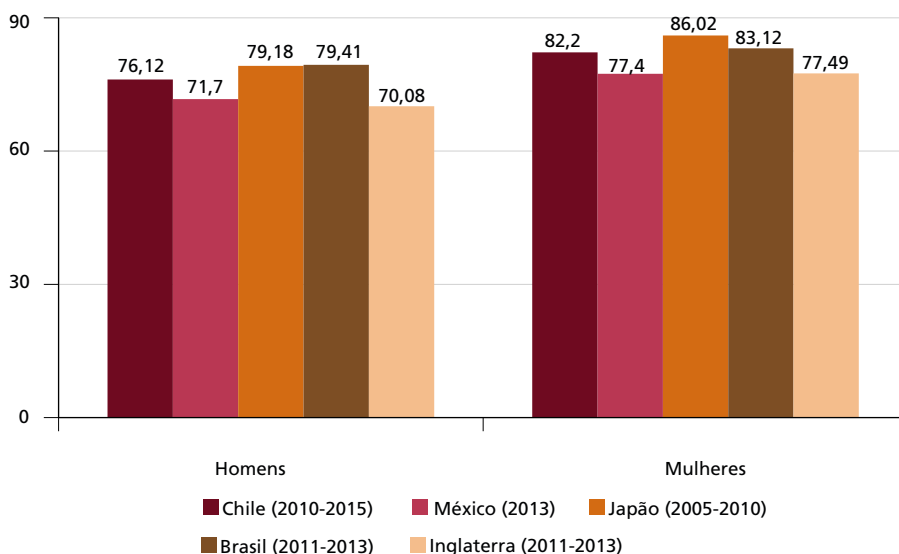
A esperança de vida nas idades avançadas para ambos os sexos também aumentou, no período estudado, como resultado da diminuição da mortalidade nestas idades. Conforme mostra a tabela 3, em 1980, aos 60 anos, um homem podia esperar viver mais 15,4 anos, e as mulheres, 17,8 anos; em 2013, 19,3 anos e 22,7 anos, respectivamente. Tendência semelhante foi observada para a e_{80} . Entre os homens, ela aumentou de 5,7 anos em 1980 para 7,9 anos em 2013; e entre as mulheres, de 6,3 anos para 9,2.

No início dos anos 2010, entre os países considerados na seção anterior, o Brasil foi o que apresentou a menor esperança de vida masculina. A feminina,

por sua vez, apresentou a segunda mais baixa, como mostra o gráfico 6, inferior à do Chile, país vizinho. O mais alto valor para os homens foi observado na Inglaterra, seguido do Japão; entre as mulheres, o maior valor foi verificado entre as japonesas. A diferença entre os valores brasileiros e japoneses mostra que os homens brasileiros vivem 9,1 anos a menos que os japoneses, e as mulheres 8,5 anos menos que as japonesas. Isso sugere que ainda há um grande espaço para a redução da mortalidade no futuro.

GRÁFICO 6

Brasil e países selecionados: esperança de vida ao nascer (2005-2015, anos selecionados)
(Em anos de idade)



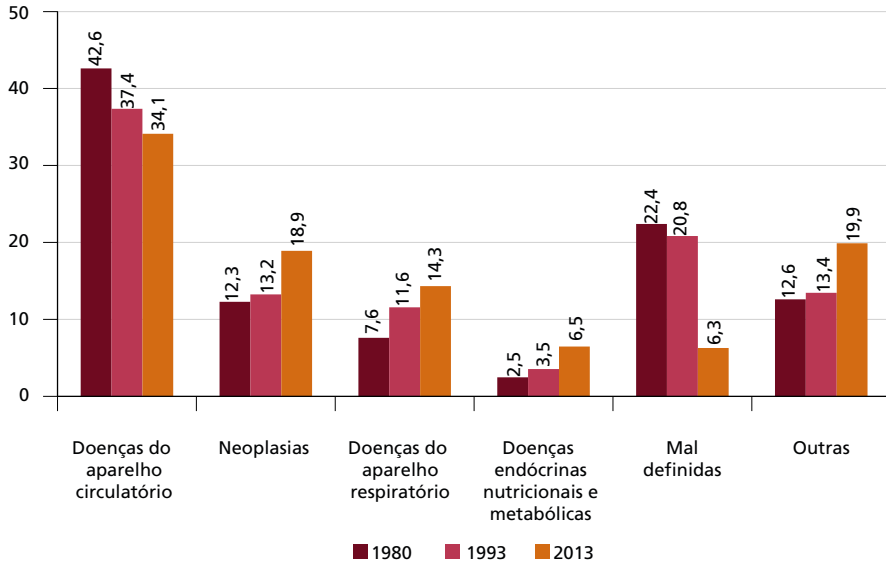
Fonte: INE/Chile; Inegi/México; UN; Office for National Statistics/Reino Unido; IBGE; Ministério da Saúde do Brasil.

Num exercício feito com os dados de óbitos de idosos referentes a 2013, Camarano e Kanso (2016) encontraram que, de um total de 312.545 óbitos da população de 60 a 74 anos, aproximadamente 70% poderiam ser evitados com melhorias nos serviços de saúde, maior acesso da população a tratamento médico e melhor qualidade de vida. Se isto acontecer, podem-se esperar ganhos de cerca de nove anos tanto para homens quanto para mulheres na esperança de vida ao nascer.

A análise das causas de morte da população idosa foi feita pela distribuição proporcional dos óbitos de acordo com as principais causas de mortalidade. Foram consideradas as cinco mais recorrentes observadas em 2013. Os gráficos 7 e 8 apresentam esta distribuição para homens e mulheres, respectivamente, em 1980, 1993 e 2013.

GRÁFICO 7

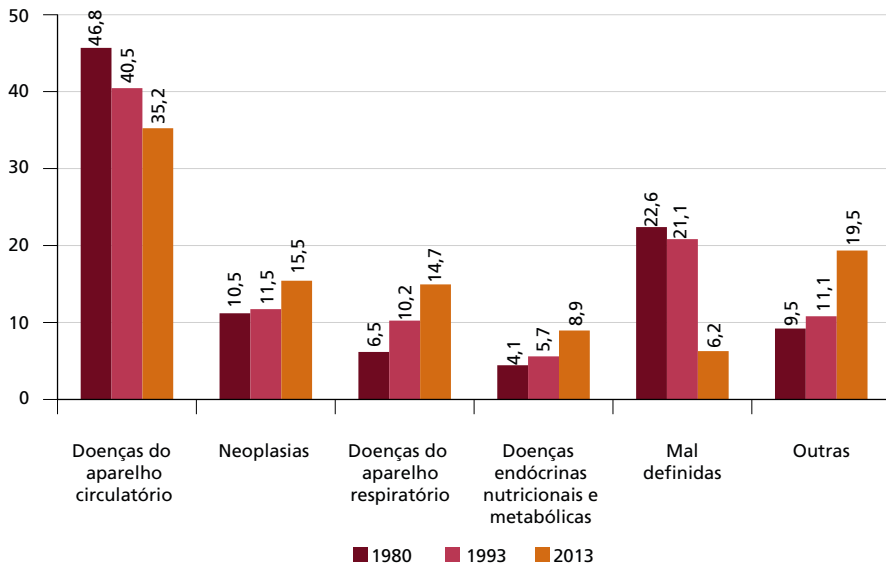
Brasil: distribuição proporcional dos óbitos da população idosa masculina pelas principais causas de morte (1980, 1993 e 2013)
(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde/SIM.

GRÁFICO 8

Brasil: distribuição proporcional dos óbitos da população idosa feminina pelas principais causas de morte (1980, 1993 e 2013)
(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde/SIM.

Nos três anos considerados, tanto para homens quanto para mulheres, a principal causa de morte foram as doenças do aparelho circulatório, importância, contudo, que decresceu no período. Apesar disso, foram responsáveis por 34,1% e 35,2% dos óbitos masculinos e femininos, respectivamente, em 2013. A segunda causa em importância, também para os dois sexos, foram as neoplasias, cujas proporções cresceram para ambos os sexos. Também cresceram em importância as proporções de óbitos por doenças do aparelho respiratório e por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. A proporção de óbitos por causas maldefinidas¹³ diminuiu no período, principalmente entre 1993 e 2013, sinalizando uma melhora na qualidade das informações.

3.2.2 Morbidade: deficiências e principais doenças

Os censos demográficos não levantaram informações sobre morbidade. Informações sobre deficiência foram investigadas nos censos de 1991 e 2010, mas os conceitos são diferentes, não permitindo, portanto, uma análise comparativa. Dessa forma, os dados aqui apresentados referem-se ao número e à proporção de idosos segundo as categorias de deficiência definidas em cada um dos anos. Em 1991, as categorias consideradas foram: cegueira, falta de membro(s) ou de parte dele(s), hemiplegia,¹⁴ deficiência mental, surdez, paraplegia¹⁵ e tetraplegia.¹⁶ Os indivíduos puderam declarar mais de uma deficiência, se fosse o caso.

Nesse ano, foram contabilizados 395 mil idosos que se declararam deficientes, o que correspondia a cerca de 4% da população idosa e aproximadamente um quarto do total de deficientes declarados. Isso mostra uma sobrerrepresentação dos idosos entre os deficientes, pois a proporção de idosos na população desse ano fora de 7,9%. Entre os muito idosos, 80 anos ou mais, a proporção de deficientes foi de 8,0%. A proporção de idosos deficientes por tipo e sexo encontra-se na tabela 4. Os homens reportaram uma proporção mais elevada de deficiência que as mulheres. As principais deficiências apontadas foram: hemiplegia, seguida da cegueira, e falta de membro(s) ou parte dele(s). Entre as mulheres, as principais deficiências declaradas foram: cegueira, deficiência mental e paraplegia.

13. As causas de morte classificadas como maldefinidas na nona revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) correspondem ao capítulo XVI, *Sintomas, sinais e afecções maldefinidas* (780-799) e na décima revisão correspondem ao capítulo XVIII, *Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte* (R00-R99).

14. Paralisia cerebral que atinge um dos lados do corpo.

15. Membros inferiores paralisados.

16. Membros superiores (braços) e inferiores (pernas) paralisados.

TABELA 4

Brasil: proporção de idosos com deficiências, segundo o tipo de deficiência reportada por sexo (1991)
(Em %)

	Homens	Mulheres	Total
Hemiplegia	0,9	0,5	0,7
Cegueira	0,7	0,7	0,7
Deficiência mental	0,6	0,6	0,6
Paraplegia	0,5	0,6	0,5
Surdez	0,6	0,5	0,5
Falta de membro(s) ou parte dele(s)	0,6	0,2	0,4
Tetraplegia	0,1	0,1	0,1
Mais de uma	0,2	0,2	0,2
Total	4,1	3,3	3,7

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1991.

No Censo de 2010, as perguntas referiam-se às dificuldades permanentes de enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus, além de deficiência mental ou intelectual permanente. Os tipos de paralisia não foram investigados. As informações investigadas mostram que o percentual de idosos com algum grau de dificuldade para enxergar foi de 47,7%; para ouvir, 21,6%; e para caminhar ou subir escadas, 33,0% (tabela 5). Considerando-se pelo menos uma deficiência ou incapacidade, as mulheres declararam apresentar mais deficiências e incapacidades que os homens, ao contrário do observado em 1991. À exceção da capacidade de ouvir, as mulheres apresentaram proporções mais elevadas em todas as deficiências investigadas. Como estes dados não estão padronizados por idade, e as mulheres são mais velhas, é possível que isto afete esta comparação. De qualquer forma, a literatura aponta que, embora as mulheres vivam mais que os homens, passam por um período de fragilidade maior que o deles (Nogales, 1998; Camarano e Kanso, 2010).

TABELA 5

Brasil: proporção dos idosos que declararam alguma deficiência, por sexo (2010)
(Em %)

	Homens	Mulheres	Total
Dificuldade permanente para enxergar	44,9	50,0	47,7
Dificuldade permanente para ouvir	23,6	20,0	21,6
Dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas	26,2	38,5	33,0
Deficiência mental ou intelectual permanente	2,5	2,7	2,6
Idosos com pelo menos uma deficiência	60,0	66,2	63,5

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2010.

O segundo conjunto de indicadores sobre as condições de saúde da população idosa refere-se à autoavaliação, a declaração de ter alguma doença crônica e de ter dificuldades para o desempenho das atividades básicas da vida diária. Esses dados foram obtidos com as informações coletadas pelo suplemento especial de Saúde da Pnad de 1998 e 2008 e pela PNS de 2013. Os resultados indicaram que, embora a proporção de idosos que declarou ter avaliado sua condição de saúde como regular, ruim ou muito ruim tenha caído entre 1998 e 2013, grande parte da população avalia sua saúde negativamente (55,6%). Em 1998, as proporções eram mais elevadas entre as mulheres (63,8%) que entre os homens (56,8%). Em 2013, essas diferenças se reverteram, e as proporções passaram para 57,6% e 53,0%, para homens e mulheres, respectivamente.

Entre as doenças crônicas que atingiram a população idosa, as cinco principais reportadas no ano de 1998 foram: problemas de coluna (45,4%); hipertensão (43,9%); artrite ou reumatismo (37,5%); doenças do coração (19,0%); e depressão (12,0%). Em 2013, destacaram-se: hipertensão (45,3%); colesterol alto (17,0%); diabetes (16,1%); artrite ou reumatismo (9,7%); e câncer (6,9%). Com o objetivo de comparar a evolução de algumas doenças,¹⁷ elencaram-se as comuns nos levantamentos de 1998 e 2013: hipertensão, diabetes, doenças do coração,¹⁸ artrite ou reumatismo, depressão e câncer (gráfico 9). À exceção do câncer, mais elevada entre os homens, e das doenças do coração, para as quais as proporções de homens e mulheres eram semelhantes em 2013, as mulheres registraram proporções mais elevadas para as demais doenças. No período entre 1998 e 2013, observou-se um aumento nas proporções de homens e mulheres idosos que declararam ter hipertensão, diabetes e câncer. Isso pode refletir o envelhecimento do segmento, pois as informações não foram padronizadas por idade e/ou maior acesso da população pesquisada aos serviços de saúde. A proporção de idosos com artrite ou reumatismo, doenças do coração e depressão, por sua vez, diminuiu tanto para homens quanto para mulheres.

Outros aspectos investigados pelas pesquisas mencionadas foram dificuldades para a vida diária e condições de mobilidade física por sexo e idade. À medida que a idade avança, maiores são as dificuldades para realizar as atividades da vida diária (AVDs), como alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro, sobretudo para as mulheres, conforme apresentado no gráfico 10. Nos anos de 1998 e

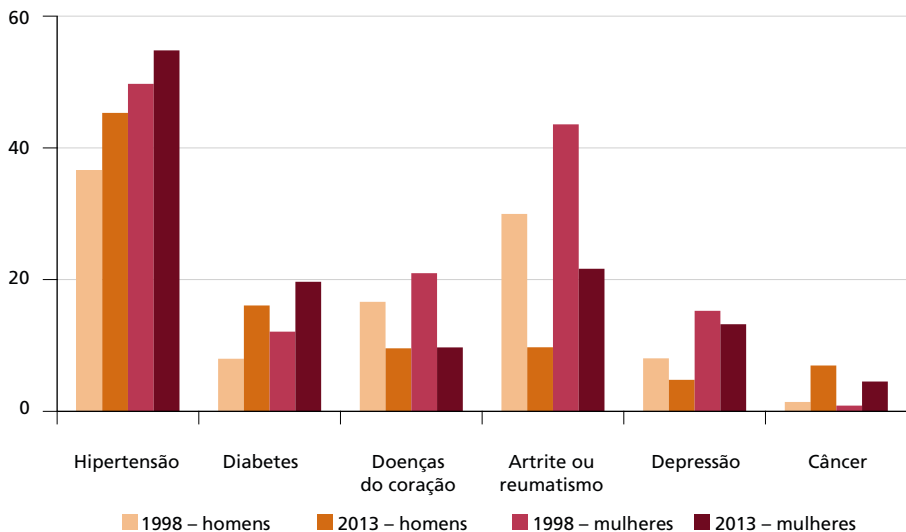
17. Essas informações são do suplemento de saúde da Pnad de 1998 e da PNS realizada em 2013 pelo IBGE. Segundo o instituto, as informações são comparáveis. "A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, por ser uma pesquisa independente da Pnad, mas integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD, se beneficiou da amostra mestra da Pnad Contínua (Freitas *et al.*, 2007), com maior espalhamento geográfico e ganho de precisão das estimativas. Com desenho próprio, elaborado, especificamente, para coletar informações de saúde, a PNS foi planejada para a estimação de vários indicadores com a precisão desejada e para assegurar a continuidade no monitoramento da grande maioria dos indicadores do suplemento Saúde da Pnad" (IBGE, 2014).

18. Para 2013, as doenças do coração referem-se a infarto, angina e insuficiência cardíaca.

2008, a proporção de idosos com alguma dificuldade para realizar as AVDs foi de aproximadamente 15% para ambos os sexos. Nesse período, tanto para os homens quanto para as mulheres, a variação foi mínima: para os homens, a proporção manteve-se em torno de 13%; e para as mulheres, em cerca de 17%. Entre os mais idosos (80 anos ou mais), as diferenças entre homens e mulheres tornam-se mais acentuadas. Em 1998, 31,8% deles tinham dificuldade para realizar as AVDs, enquanto elas eram 36,7%. Em 2008, as proporções ficaram aproximadamente constantes, mas as diferenças aumentam ligeiramente. Os homens registraram uma proporção de 31,0%, e as mulheres, 38,7%.

GRÁFICO 9

Brasil: proporção de idosos com algumas doenças crônicas, por sexo (1998 e 2013)
(Em %)



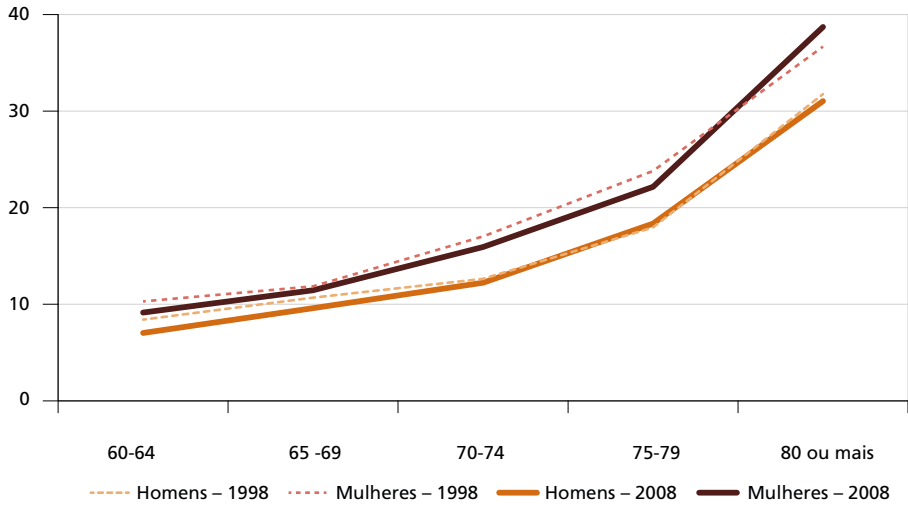
Fonte: IBGE/Pnad de 1998 e PNS de 2013.

A PNS de 2013 investigou o grau de dificuldade que as pessoas têm para comer, tomar banho e ir ao banheiro sozinho, classificando-as pela gradação: não consegue, tem grande dificuldade, tem pequena dificuldade, não tem dificuldade. O gráfico 11 apresenta as proporções das pessoas idosas que declararam ter alguma dificuldade, por sexo e idade.¹⁹ Observa-se que conforme a idade avança a proporção aumenta, especialmente entre as mulheres. Entre os idosos mais jovens, de 60 a 64 anos, a proporção entre os homens foi de 4,6%; e entre as mulheres, de 4,3%. Entre os muito idosos, alcançou 31,1% entre as mulheres e 25,9% entre os homens.

19. Inclui aqueles que declararam ter algum grau de dificuldade: não consegue, tem grande dificuldade e tem pequena dificuldade. Na PNS, as atividades comer, tomar banho e ir ao banheiro sozinho são questões investigadas separadamente, diferentemente da Pnad suplemento Saúde, em que estas atividades fazem parte de uma única pergunta.

GRÁFICO 10

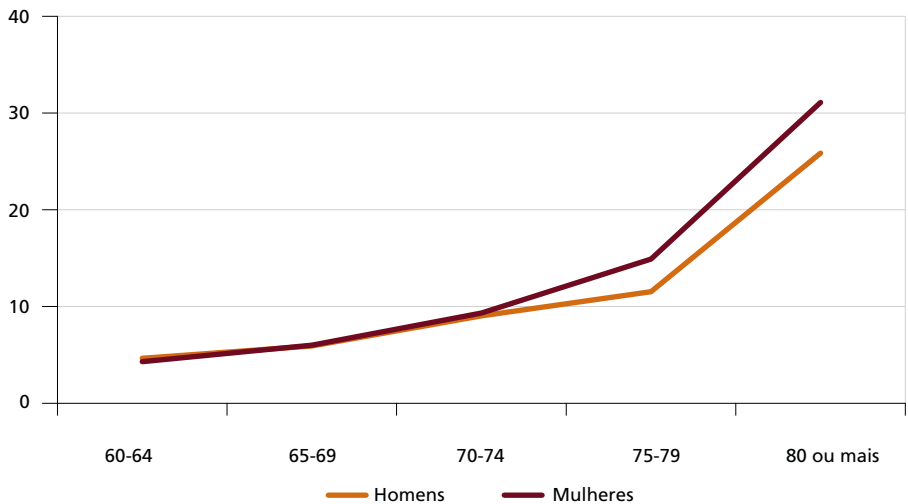
Brasil: proporção dos idosos segundo a dificuldade para se alimentar, tomar banho ou ir ao banheiro, por idade e sexo (1998 e 2008)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1998 e 2008.

GRÁFICO 11

Brasil: proporção da população idosa que declarou ter dificuldade para comer, tomar banho ou se vestir, por sexo e idade (2013)
(Em %)



Fonte: IBGE/PNS 2013.

3.3 Violência e maus-tratos

A violência contra a pessoa idosa ocorre de diversas formas e em diversos universos. Compreende desde a violência física, maus-tratos dentro e fora do convívio familiar, até a violência social resultante de políticas econômicas e sociais que interferem no nível de desigualdade (Pasinato, Camarano e Machado, 2006). Segundo as autoras,

se, por um lado, a violência contra os idosos se insere nos meandros dos conflitos intrafamiliares, muitas vezes invisíveis para a sociedade, por outro, nas sociedades capitalistas, a própria construção do “ser idoso”, que associa idade avançada à obsolescência, se traduz em violência social. Isso coloca a violência como parte de uma questão mais ampla de construção da cidadania em um ambiente democrático (*op. cit.*, p. 7).

Em primeiro lugar, é preciso discutir de que tipo de violência está se falando: física, sexual, psicológica, financeira ou material, abandono, negligência ou violência autoinfligida.²⁰ Conforme mencionado por Minayo e Almeida no capítulo 18 deste livro, o combate à violência e aos maus-tratos cometidos contra os idosos não foram contemplados na PNI. O Estatuto do Idoso²¹ avançou ao considerar esta questão. No entanto, mesmo após o estatuto, informações sobre violência são difíceis de serem obtidas. Se para analisar a situação da violência atual contra idosos esbarra-se na falta de informações, esta carência é muito mais acentuada para o período pré-PNI.

Segundo Minayo e Almeida, no mesmo texto, existem ainda outras formas de violência possíveis de serem evitadas e que podem ser inferidas conforme o perfil epidemiológico de lesões e mortes que atingem a população idosa. Desse modo, utilizou-se neste capítulo a estratégia de considerar os óbitos de idosos por causas externas, ou não naturais, referentes aos anos de 1980, 1993 e 2013. Embora as causas externas não estejam entre as principais causas de morte da população idosa, elas foram responsáveis por 3,5% de óbitos em 2013, tendo crescido proporcionalmente no período considerado. São mortes que englobam acidentes de transporte, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios e homicídios.

Essa proporção é mais elevada entre os idosos do que entre as idosas. As causas mais expressivas desses óbitos foram acidentes de trânsito; quedas; eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada;²² homicídios; e suicídios. Estas causas foram responsáveis por 76,2% dos óbitos por causas externas em 1980, 81,9% em 1993 e 83,1% em 2013. Cada uma delas adquire uma importância diferenciada de acordo com o sexo, conforme mostra o gráfico 12.

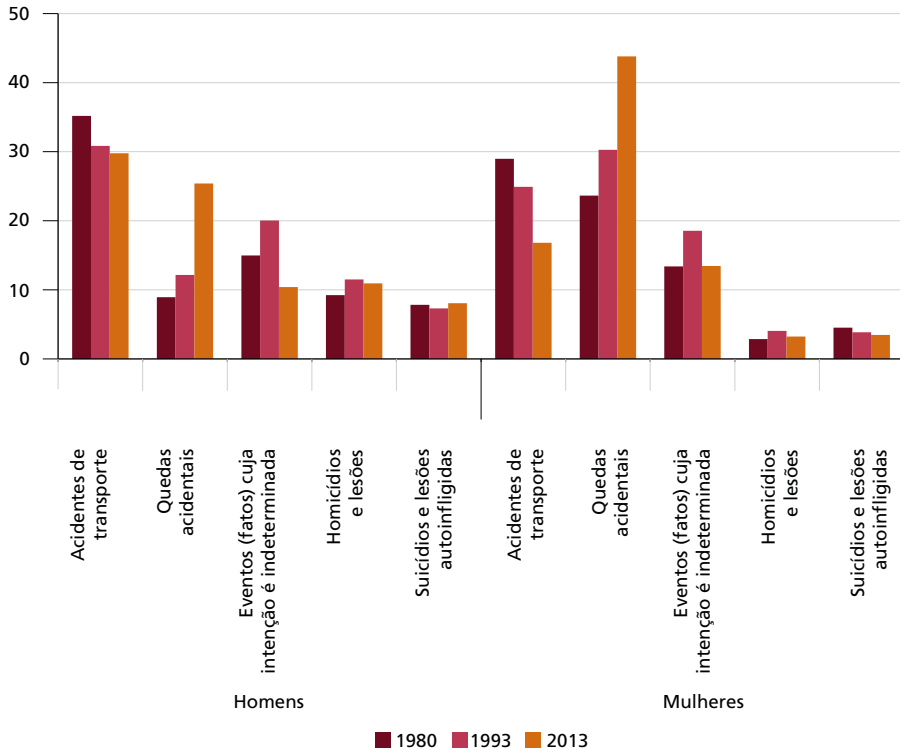
20. Ver mais detalhes em Minayo e Almeida no capítulo 18, neste livro.

21. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

22. Na nona revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), esses eventos estão classificados como “Outros acidentes e efeitos adversos de drogas, medicamentos, substâncias biológicas” (E52-E53).

GRÁFICO 12

Brasil: distribuição proporcional dos óbitos de idosos por causas externas, segundo o sexo (1980, 1993 e 2013)
(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde/SIM.

Para os homens, embora decrescente, a principal causa de morte foram os acidentes de trânsito, responsáveis por 35,2% do total de óbitos por causas externas em 1980, 30,8% em 1993 e 29,8% em 2013. Em seguida, aparecem os eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada, cuja importância aumentou de 15,0% para 20,0% de 1980 para 1993, e diminuiu entre 1993 e 2013 para 10,4%, ficando em terceiro lugar em importância. A proporção de homicídios cresceu entre 1980 e 1993, mas voltou a cair entre 1993 e 2013. Quanto aos óbitos por quedas acidentais, observou-se um crescimento na sua proporção entre 1980 e 2013, mais expressivo no período entre 1993 e 2013. Esta causa assumiu o segundo lugar em importância em 2013, sendo responsável por 25,4% do total de óbitos por causas externas. Por sua vez, a proporção de suicídios diminuiu entre 1980 e 1993, e voltou a crescer em 2013, alcançando 8,1% do total de óbitos.

Como já se mencionou, o perfil das causas de morte das mulheres difere do dos homens. No entanto, também para elas, os acidentes de trânsito foram a principal causa externa de morte em 1980, mas esta proporção diminuiu no período. Portanto, em 2013, as quedas passaram a ser responsáveis pela maior proporção de óbitos por causas externas, 43,8%. O aumento da proporção de óbitos devido às quedas, principalmente entre as idosas, aponta para uma demanda na melhoria e na adequação dos espaços utilizados. Para Camarano, Kanso e Mello (2004, p. 43), estas causas:

estão relacionadas diretamente com a circulação dos idosos pelos espaços públicos que, apesar das leis existentes com o intuito de normatizá-los, são ainda bastante inadequados. À medida que os idosos passam a utilizar mais o espaço da rua no seu cotidiano, tornam-se mais suscetíveis e vulneráveis a acidentes. Da mesma forma, passam a ficar mais expostos aos riscos da violência urbana.

O aumento dessa proporção no período pode estar sugerindo piora nos espaços públicos e maior mobilidade dos idosos.

O percentual de óbitos femininos por acidentes devido aos efeitos (fatos) cuja intenção é indeterminada também tiveram a sua importância aumentada entre 1980 e 1993, e reduzida no período seguinte, tendo sido responsável por 13,5% do total de óbitos por causas externas em 2013.

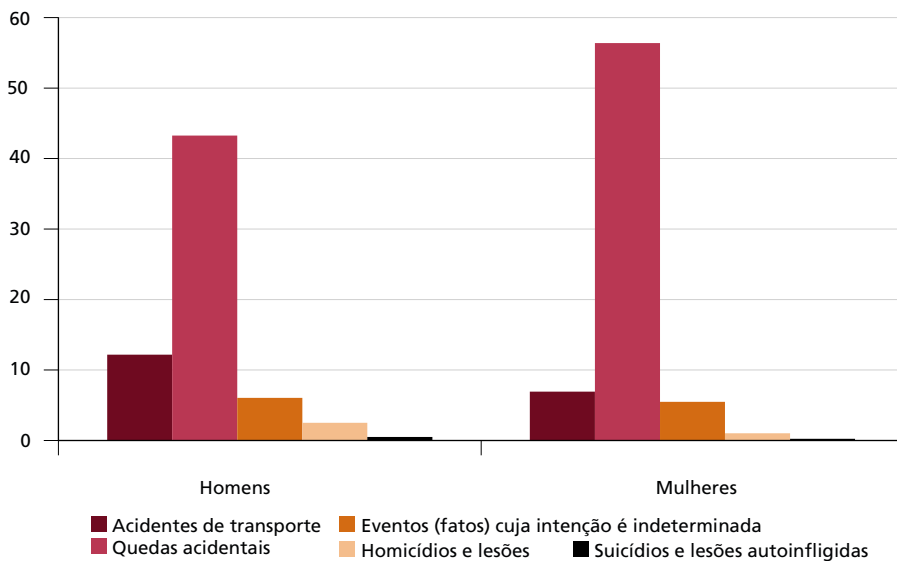
Chama atenção a alta proporção de óbitos referentes ao total por queda sem identificação do agente causador e também por queda sem nenhuma especificação, o que dificulta as ações de adaptação dos espaços para os idosos. Em 2013, estas causas correspondiam a 30,5% dos óbitos de idosos por queda. Dos óbitos de idosos por acidentes de transporte em 2013, 38,3% ocorreram estando estes na condição de pedestres e 21,6% na condição de ocupantes de automóvel.

Os idosos com 80 anos ou mais estão mais propensos às quedas pela sua maior fragilidade física e devido ao fato de os espaços públicos, bem como a maioria das residências, não estarem preparadas para a sua circulação. Em 2013, mais da metade dos óbitos por causas externas das mulheres de 80 anos ou mais ocorreram por queda acidental (56,8%). A proporção comparável para os homens foi de 25,4%. Os acidentes de transporte como causa do óbito são mais frequentes entre os idosos com idade inferior a 80 anos.

Outra fonte de dados que permite analisar a violência física são as internações por causas externas registradas nos hospitais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). As informações foram disponibilizadas pelo Ministério da Saúde por meio do DataSUS. Como apresentado no gráfico 13, o padrão visto nos óbitos se repete nas internações: a maior proporção de internações de idosos por causas externas é decorrente de quedas, tanto para homens quanto para mulheres, sendo mais elevada entre elas. Em segundo lugar estão as internações por acidentes de transporte.

GRÁFICO 13

Brasil: distribuição proporcional das internações de idosos por causas externas, segundo o sexo (2013)
(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

3.4 Educação

O nível de escolaridade de uma população é um indicador importante das suas condições de vida e afeta tanto as condições de saúde quanto a participação no mercado de trabalho e os rendimentos percebidos. Aqui, dois indicadores foram considerados: a proporção de idosos alfabetizados e o número médio de anos de estudo. Ambos podem ser visualizados na tabela 6 e estão desagregados por sexo. Pode-se observar que a proporção de idosos alfabetizados cresceu no período, sendo o crescimento mais expressivo observado entre 1993 e 2014. As mulheres eram menos alfabetizadas que os homens, nos três anos considerados, mas as diferenças têm se reduzido ao longo do tempo.

TABELA 6

Brasil: indicadores de escolaridade para a população idosa, por sexo (1983, 1993 e 2014)

	Idosos alfabetizados (%)			Número médio de anos de estudo		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
1983	57,7	46,5	51,9	2,4	1,9	2,1
1993	63,5	56,3	59,5	2,9	2,5	2,6
2014	78,2	76,5	77,2	5,1	4,9	5,0

Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

A escolaridade média da população idosa, medida pelo número de anos de estudo, é muito baixa, embora tenha dobrado no período. Para os homens, este número aumentou de 2,4 anos para 5,1 anos e, para as mulheres, de 1,9 ano para 4,9 anos. Espera-se que este aumento continue, pelo efeito coorte: enquanto os idosos dos anos 1980 e 1990 tiveram pouco acesso à educação formal na idade apropriada, os das gerações seguintes apresentaram uma escolaridade mais elevada, pois já se beneficiaram dos avanços na educação formal no Brasil, iniciados nos anos 1950.

Além desses indicadores, observa-se a frequência à escola. Dada a falta de ensino formal específico para idosos, consideraram-se as proporções de idosos que estavam frequentando a alfabetização e o projeto de Educação de Jovens e Adultos (EJA) em 2014. Os números eram muito baixos, em torno de 0,2% para ambos os sexos. Os idosos mais jovens (60-79 anos) apresentaram uma frequência mais elevada nos cursos de alfabetização e no EJA (0,2% nos dois casos) que os mais idosos (80 anos ou mais), que apresentaram uma proporção de 0,1% e 0,03%, respectivamente. Como apontam Cachioni e Todaro no capítulo 5 deste livro, os idosos que recorrem à alfabetização de adultos ou à EJA são aqueles que migraram de áreas rurais, com uma passagem curta pela escola, e que exercem ou exerceram ocupações não qualificadas nas áreas urbanas. Voltar a estudar, aprender a ler e escrever para eles está associado a uma vida melhor e à independência.

3.5 Participação no mercado de trabalho

O envelhecimento populacional acarreta também o envelhecimento da população economicamente ativa (PEA), resultado de uma proporção cada vez menor de ingressantes jovens. Isto requer uma permanência mais longa dos trabalhadores na atividade econômica para compensar a menor entrada. Além disso, o prolongamento da permanência pode ser importante, também para os trabalhadores idosos, não apenas pela renda gerada mas pelo fato de que o trabalho é um fator de integração social, principalmente, para os homens. O Brasil é um dos poucos países do mundo que permite que o aposentado retorne ao mercado de trabalho sem nenhuma restrição.

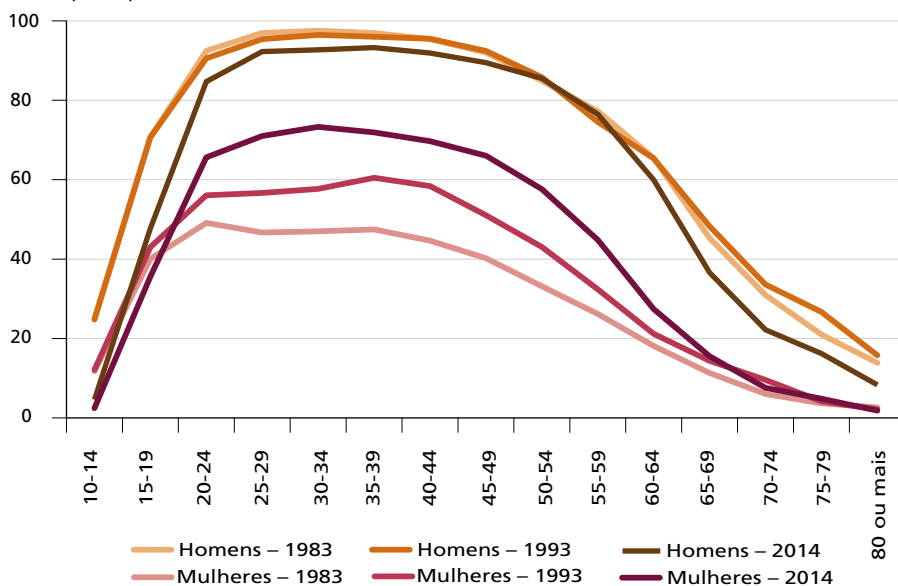
Entre 1983 e 1993, a taxa de atividade da população brasileira no mercado de trabalho aumentou devido à maior presença feminina, pois a parcela masculina ficou aproximadamente constante. Já no período 1993-2014, a participação se manteve estável. A taxa de atividade da população masculina diminuiu, mas a feminina continuou aumentando (gráfico 14). Ainda assim, a participação masculina é sempre mais elevada que a feminina.

A idade é uma variável importante para explicar as taxas de atividade. No caso dos homens, em 1983, a taxa cresceu com a idade até aproximadamente os

43 anos e para as mulheres até os 42 anos. Decresceu a partir daí. Em 1993, o crescimento ocorreu até os 43 anos para ambos os sexos. Em 2014, o aumento das taxas ocorreu até os 35 anos para os homens e até os 47 anos para as mulheres. A desaceleração é crescente com a idade. Em 2014, apenas 8,3% dos homens de 80 anos ou mais e 1,8% das mulheres estavam na atividade econômica.

GRÁFICO 14

Brasil: taxas específicas de atividade, por idade e sexo (1983, 1993 e 2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

As taxas de atividade da população idosa masculina diminuíram no período analisado. Em 1983, 44,1% dos homens com 60 anos ou mais participavam das atividades econômicas, proporção que passou para 36,0% em 2014. Embora expressivamente mais baixo que o dos homens, o nível de atividade das mulheres idosas cresceu entre 1983 e 2014. Nesse ano, 14,3% das mulheres idosas estavam no mercado de trabalho. Alguns fatores podem estar associados à menor participação da população idosa, além das incapacidades ocorridas devido ao envelhecimento: expansão da cobertura da seguridade social; menor proporção de população ocupada em atividades agrícolas; maior urbanização; preconceitos em relação à mão de obra idosa, pelas suas maiores taxas de absenteísmo devido à morbidade; dificuldade em acompanhar as mudanças tecnológicas etc.

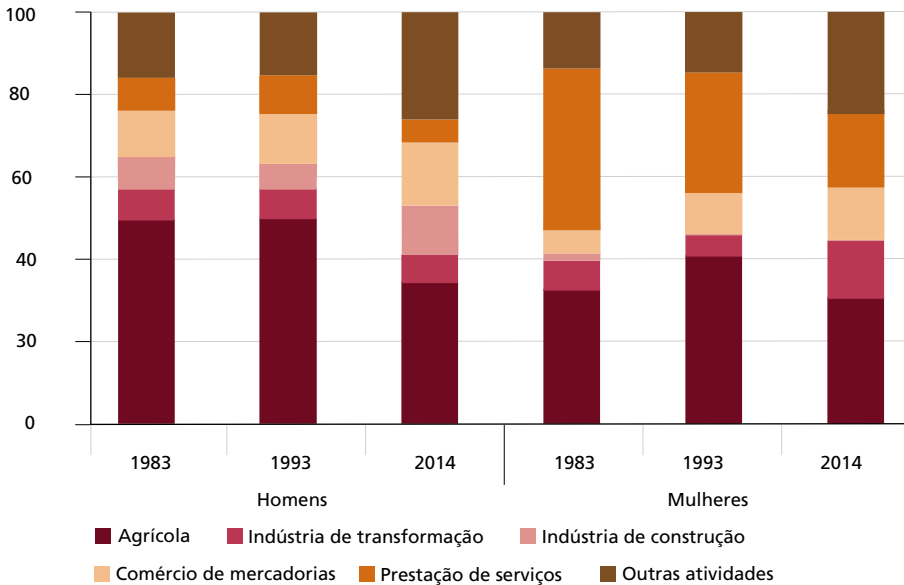
Aproximadamente, a metade dos homens idosos que participavam das atividades econômicas estava lotada na agricultura em 1983 e 1993. Em 2014,

esta proporção diminuiu para 34,4%, conforme mostra o gráfico 15. O segundo setor absorvedor da PEA idosa foi o comércio de mercadorias, cuja proporção cresceu ligeiramente no período, alcançando 15,1% em 2014. Com relação às mulheres idosas, em 1983 era a prestação de serviços, provavelmente os serviços domésticos, o setor que mais as absorvia, sendo responsável por 37,3% da PEA feminina idosa, proporção que diminuiu para 18,9% no período. Em 2014, o setor mais absorvedor passou a ser a agricultura (30,7%). O comércio e a indústria de transformação aumentaram a sua importância na absorção dessa mão de obra.

GRÁFICO 15

Brasil: distribuição dos idosos economicamente ativos, segundo o tipo de atividade, por sexo (1983, 1993 e 2014)

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

Como mencionado, a legislação brasileira permite que o aposentado retorne ao mercado de trabalho sem nenhuma restrição. Isso faz com que a participação no mercado de trabalho dos indivíduos mais velhos seja menos sensível à expansão da cobertura da seguridade social. Em 1983, 39,7% da PEA idosa masculina eram constituídos por aposentados, proporção que aumentou para 55,8% em 1993 e diminuiu para 51,6% em 2014. Para as mulheres, o aumento da referida proporção foi ainda mais expressivo, passou de 17,5% para 44,4% entre 1983 e 1993 e para 55,5% em 2014. O resultado do primeiro período deve refletir a ampliação do número de beneficiários da seguridade social, tal como estabelecido pela Constituição de 1988 (CF/1988). Por sua vez, a diminuição da população

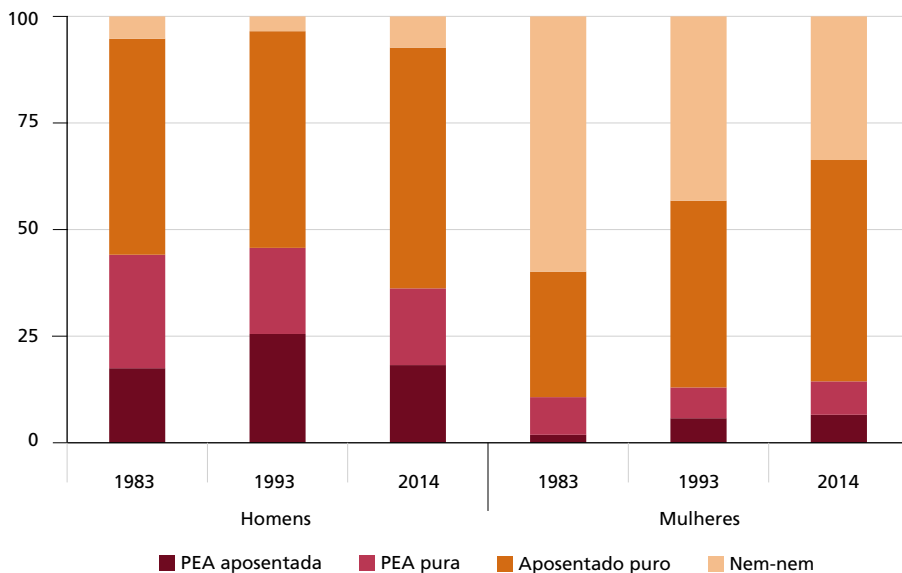
masculina no segundo período pode ser explicada pelo envelhecimento deste grupo. O aumento da participação das mulheres idosas pode ser explicado, também, pelo crescimento da presença feminina em todas as idades no mercado de trabalho.

O gráfico 16 apresenta a distribuição proporcional da população idosa pelas seguintes categorias: PEA aposentada (participa da PEA e é aposentado); PEA pura (participa da PEA e não é aposentado); aposentado puro (não participa da PEA e é aposentado); e nem-nem (não participa da PEA e não é aposentado). Estas categorias foram desagregadas por sexo. Nos três anos considerados, o maior grupo de idosos era o dos aposentados puros, proporção que cresceu no período, de 39,6%, em 1983, para 47,0%, em 1993, e 53,3%, em 2013. Este crescimento se deve ao aumento da proporção de mulheres nessa condição nos três anos, como reflexo da sua entrada no mercado de trabalho, e ao aumento da proporção de homens na população entre 1993 e 2014, o que pode ser explicado pelo envelhecimento da população idosa.

GRÁFICO 16

Brasil: distribuição proporcional da população idosa segundo as categorias de uso do tempo, por sexo (1983, 1993 e 2014)

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

Em segundo lugar em importância, destacam-se os nem-nem, basicamente constituído pelas mulheres. A proporção de idosos nessa categoria diminuiu de 33,8% para 21,8% no período, devido à diminuição da proporção de mulheres. A referida proporção passou de 59,8% para 33,4% entre 1983 e 2014, deixando de

ser o *status* predominante delas. A predominância das mulheres nos dois primeiros anos nesta categoria pode ser explicada pelas relações tradicionais de gênero, em que o papel principal das mulheres era o de cuidadora tanto dos membros dependentes quanto dos afazeres domésticos, relações que estão passando por mudanças e se refletem na queda da proporção das mulheres nem-nem. Esta redução pode ser explicada pelo aumento da proporção de mulheres na condição de aposentado puro. Em contrapartida, a proporção de homens nem-nem, que era bastante baixa em 1983, 5,3%, diminuiu para 3,5% em 1993, e aumentou para 7,2% em 2014.

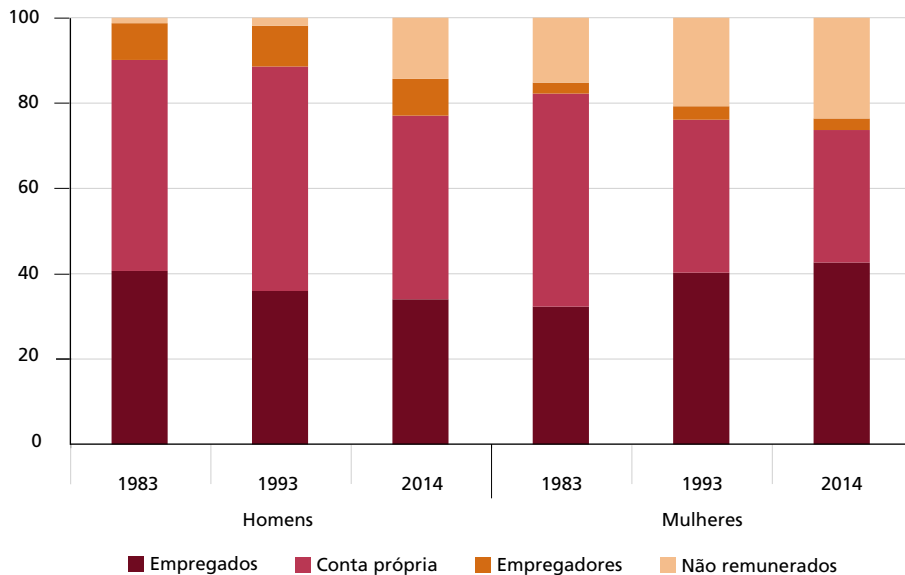
Quanto à proporção de idosos na categoria PEA pura, esta diminuiu no período considerado. Em 1983, 17,3% dos idosos estavam nesta condição; em 2014, 12,2%. Isso pode estar refletindo um envelhecimento do segmento e a expansão da cobertura da seguridade social. Finalmente, a proporção da PEA aposentada cresceu entre 1983 e 1993, mas diminuiu em 2014. Esta queda é resultado da redução da proporção da PEA masculina aposentada, que, em 1983, apresentou uma proporção de 17,5%; em 1993, de 25,5%; e, em 2014, de 18,0%. A proporção de mulheres na PEA aposentada cresceu de 1,9% em 1983 para 6,5% em 2014.

A posição na ocupação de um trabalhador é um indicador das suas condições de trabalho. Em 1983, aproximadamente 50% dos homens idosos que trabalhavam faziam-no por conta própria, proporção que aumentou para 52,6% em 1993 e caiu para 43,0% em 2014. Em segundo lugar, colocam-se os empregados, em proporção decrescente, mas ainda absorvendo 34,0% dos trabalhadores idosos em 2014. Nesse ano, 8,6% da PEA idosa eram constituídos por empregadores. Observou-se um aumento no percentual de homens ocupados não remunerados entre 1983 e 2014: em 1983, eles eram 1,3%; em 1993, 1,9%; e em 2014, 14,3% (gráfico 17).

Trabalho por conta própria era a posição predominante das mulheres idosas em 1983, mas deixou de ser nos anos posteriores. A posição de empregada passou a ser a mais importante, representando 42,6% das trabalhadoras idosas em 2014. Isto se refere, provavelmente, ao trabalho doméstico. Também aumentou entre elas a proporção de trabalhadoras não remuneradas: de 15,2%, em 1983, para 23,6%, em 2014.

GRÁFICO 17

Brasil: distribuição proporcional da população idosa ocupada, segundo a posição na ocupação, por sexo (1983, 1993 e 2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

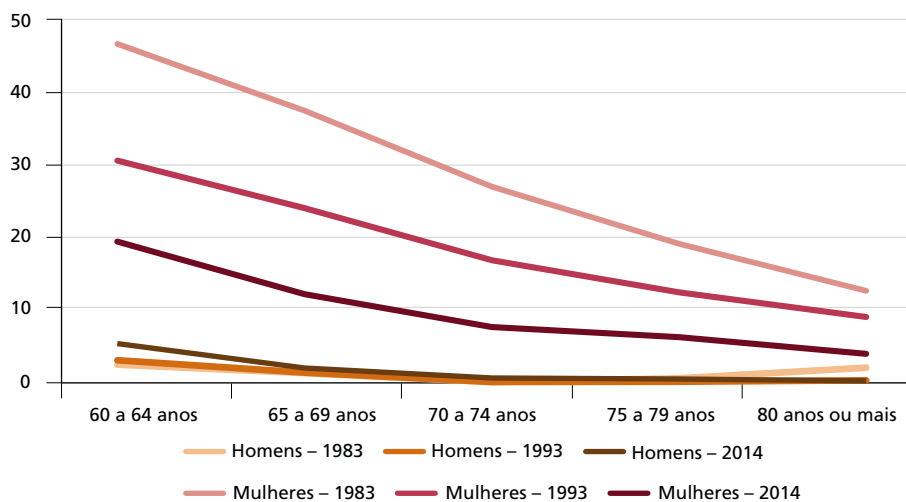
3.6 Rendimentos

A CF/1988 apresentou avanços na garantia de uma renda para a população idosa. Os progressos são claros para as mulheres; já para os homens, aumentou a proporção de idosos mais jovens sem rendimentos, conforme se observa no gráfico 18. Em 1983, 34,3% das mulheres idosas não tinham nenhum rendimento, percentual que diminuiu para 12,4% em 2014. Entre os homens idosos, esta proporção se manteve em torno de 2,3% em 1983 e 1993, aumentando para 3,4% em 2014, principalmente, devido ao aumento da proporção dos idosos mais jovens, de 60 a 64 anos, nesta condição.²³ Chama atenção que a proporção de mulheres sem rendimentos diminuiu com a idade. Em 2014, cerca de 95% das idosas com 80 anos ou mais declararam receber algum rendimento. Este rendimento deve ser originado, principalmente, das pensões por morte. O gráfico 19 apresenta a composição da renda dos idosos segundo as fontes em 1983, 1993 e 2014, por sexo.

23. Para essa discussão, consultar Camarano e Fernandes (2015).

GRÁFICO 18

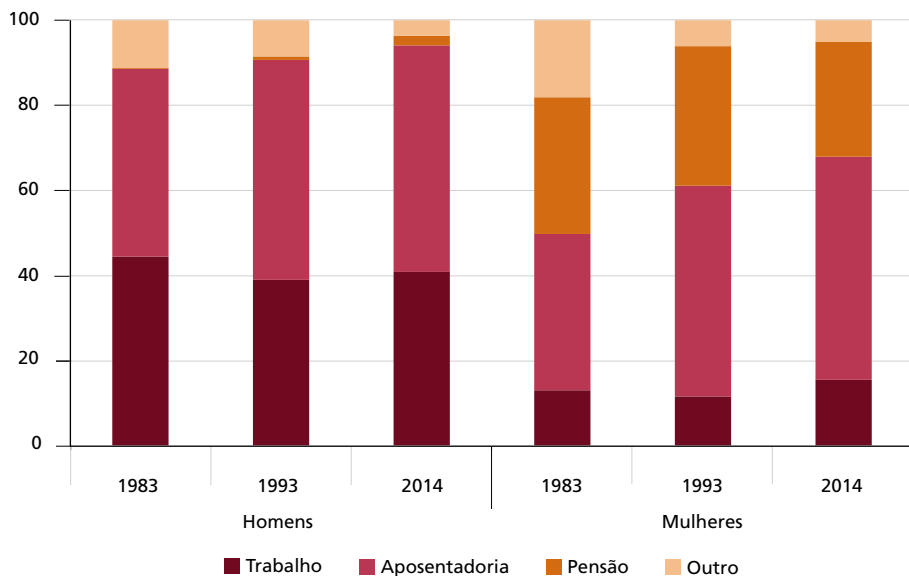
Brasil: idosos sem rendimentos (1983, 1993 e 2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

GRÁFICO 19

Brasil: composição das fontes de rendimentos dos idosos, por sexo (1983, 1993 e 2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

Podem-se observar diferenças expressivas entre homens e mulheres na composição dos rendimentos segundo as fontes. Em 1983, trabalho e benefícios de seguridade social apresentavam uma contribuição similar na renda dos homens idosos, em torno de 44% cada um. Perdendo importância a partir de 1993, a renda do trabalho passou a ficar em segundo lugar, respondendo, em 2014, por 40,8% do total dos rendimentos, e as aposentadorias, por 53,4%. Outros rendimentos, advindos de abono de permanência, rendimento de aluguéis, doações etc., registraram uma diminuição relativa no período. Observa-se também um aumento na proporção dos rendimentos dos homens idosos oriundo de pensão por morte.

A renda dos benefícios da seguridade social era também a fonte mais importante de renda para as mulheres idosas. Em 1983, os benefícios da aposentadoria constituíam 36,8% do total da sua renda, e esta importância aumentou para 52,2% em 2014. Também importante é a contribuição das pensões por morte, cuja participação ficou constante, em torno de 33%, em 1983 e 1993, e diminuiu para 27,7% em 2014. Sintetizando, em 2014, aproximadamente 80% da renda das mulheres idosas eram originados dos benefícios sociais.

Como já mencionado, a CF/1988 ampliou direitos civis e sociais. Entre estes, pode-se citar a garantia de uma renda para a população idosa, por meio de benefícios contributivos (previdenciários), ou não contributivos. O resultado foi o aumento da proporção de idosos que recebem benefícios e, conseqüentemente, o aumento da importância deste tipo de provento na renda total do idoso. Observa-se, também, que a proporção de idosos que recebiam algum tipo de benefício monetário a que fazem jus (aposentadoria, benefício assistencial ou pensão por morte) passou de 59,6%, em 1983, para 74,9% em 2014. Esse aumento beneficiou homens e mulheres, mas, relativamente falando, mais as mulheres. Em 2014, 75,2% dos homens idosos e 74,7% das mulheres eram beneficiários da seguridade social. O capítulo 10 deste livro apresenta um histórico da previdência social no Brasil, mostrando que a garantia de uma renda para a população idosa antecedeu à PNI.

3.7 Condições de habitação

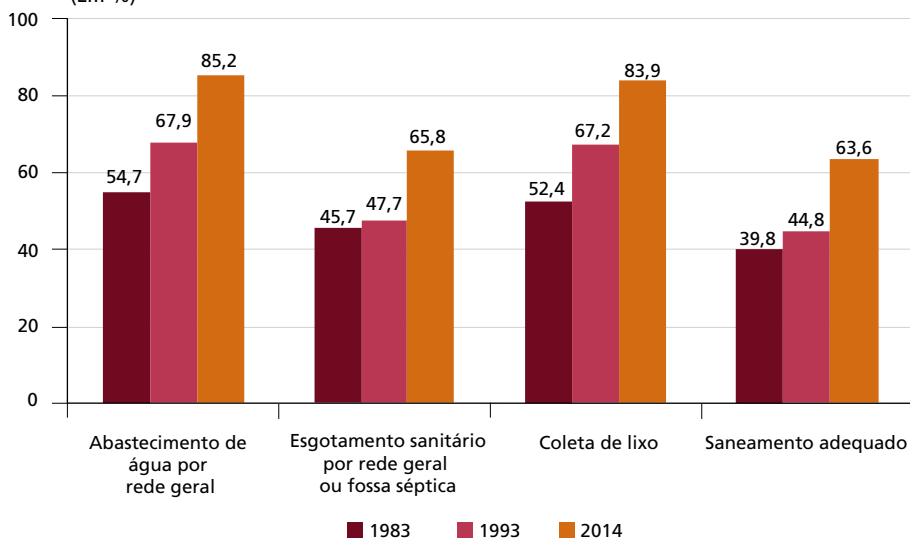
O percentual de domicílios particulares com a presença de idosos no total de domicílios brasileiros cresceu no período, principalmente entre 1993 e 2014, como resultado do envelhecimento populacional e das mudanças nos arranjos familiares. Este índice passou de 22,3%, em 1983, para 24,1%, em 1993, e para 31,2% em 2014. Vale ressaltar que é importante que os domicílios de idosos – como de qualquer outro grupo populacional – tenham acesso aos serviços básicos como saneamento, água tratada, iluminação, coleta de lixo etc. Além disso, o envelhecimento populacional requer adaptações nas condições de habitação, já que a idade avançada traz dificuldades de locomoção.

O IBGE (2013) classifica os domicílios em adequados ou inadequados, de acordo com a presença de saneamento básico. Consideram-se domicílios com serviço adequado aqueles com abastecimento de água por meio de rede geral; esgotamento sanitário via rede geral ou fossa séptica ligada à rede coletora; e lixo coletado.²⁴ O gráfico 20 apresenta a proporção dos domicílios com idosos que contam com saneamento pelo tipo de serviço. Abastecimento de água e coleta de lixo foram os serviços mais encontrados, alcançando 85,2% e 83,9% dos domicílios em 2014, respectivamente. A proporção de domicílios com coleta de lixo foi a que mais cresceu no período. Em 2014, encontrava-se esgotamento sanitário em mais da metade dos domicílios com idosos.

GRÁFICO 20

Brasil: domicílios com idosos com acesso a saneamento básico adequado, por tipo de serviço (1983, 1993 e 2014)

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

O Censo Demográfico de 2010 levantou pela primeira vez informações sobre a acessibilidade dos domicílios, que, por sua vez, foi avaliada pelas condições do seu entorno. As informações dos moradores destes domicílios foram disponibilizadas por sexo do responsável pelo domicílio e por grupos de idade dos moradores, o que permite ter uma visão, mesmo que parcial, das condições do entorno dos domicílios dos idosos. Não foram investigadas, no entanto, as condições internas de acessibilidade do domicílio. Observa-se no gráfico 21 que, em 2010, os moradores idosos tinham melhores condições no entorno dos seus domicílios que os não idosos.

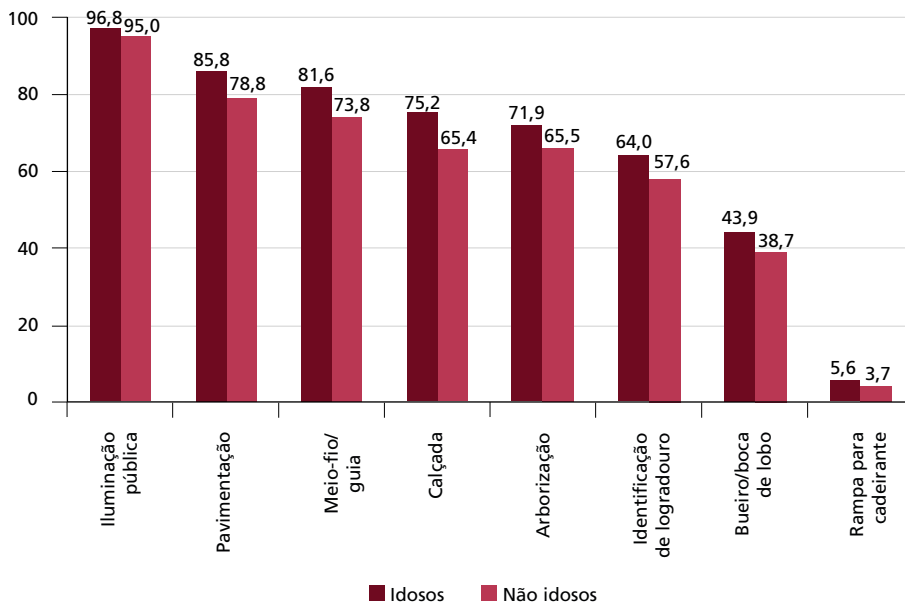
24. Neste capítulo, abastecimento de água por rede geral corresponde à existência de pelo menos um cômodo abastecido no domicílio. Os dados de 1983 consideram esgotamento sanitário qualquer fossa séptica, sem diferenciar se era ligada ou não à rede geral.

Apesar disso, algumas características do entorno cuja existência facilitaria a vida dos idosos estão disponíveis apenas para um pequeno grupo deles. São características que atenderiam aos requisitos estipulados na PNI e no Estatuto do Idoso, como a diminuição de barreiras arquitetônicas e urbanas, que garantiriam a acessibilidade dos idosos. Por exemplo, a existência de rampa para cadeirantes não chegou a atender a 6% dos moradores idosos; bueiros (bocas de lobo) beneficiavam 43,9% dos idosos que viviam em domicílios permanentes; e as calçadas eram encontradas em 75,2% dos domicílios com idosos. A iluminação pública foi a característica mais frequente entre as características do entorno pesquisadas. Atendia de forma similar a moradores idosos e não idosos.

GRÁFICO 21

Brasil: moradores em domicílios particulares urbanos por grupo de idade, segundo as características do entorno dos domicílios (2010)

(Em %)



Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2010.

As informações sobre financiamento de imóveis são escassas, principalmente sobre aquisição de imóveis pelos idosos no setor privado. O Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV), criado pela Lei nº 11.977 de 7 de julho de 2009, está sob a responsabilidade do Ministério das Cidades. O programa tem o objetivo de:

incentivar a produção e aquisição de novas unidades habitacionais ou requalificação de imóveis urbanos para famílias com renda mensal de até R\$5.000,00 (cinco mil reais) e fomentar a produção ou reforma de habitações rurais para famílias com renda anual bruta de até R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) (Brasil, 2015, p. 48).

Segundo informações do programa, desde sua criação:

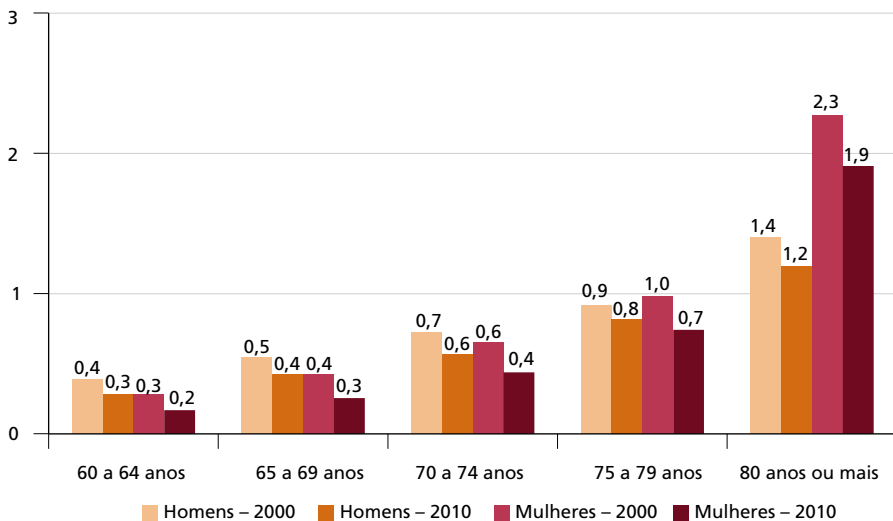
já foram contratadas 803.242 operações destinadas às famílias com renda até R\$ 1.600,00, faixa de renda prioritária do programa. Desse total, 50.583 contratos, totalizando R\$ 1,3 bilhão, foram firmados com pessoas idosas, o que representa 6,3% do total de unidades habitacionais. Esta situação refere-se apenas aos casos em que a pessoa idosa é a titular do contrato (*idem, ibidem*).

De qualquer forma, este resultado supera o limite estabelecido no Estatuto do Idoso, no qual foi definido que pelo menos 3% das unidades habitacionais seriam para atendimento aos idosos.

Outra forma de residência de idosos são os domicílios coletivos. Neste caso, estão sendo considerados os idosos na condição individual em domicílio coletivo, que não trabalham e não procuram emprego. Busca-se uma aproximação do que poderiam ser idosos residindo nas instituições de longa permanência.²⁵ Nessa situação encontrava-se em 2010 menos de 1% dos idosos brasileiros, proporção ligeiramente menor que a observada em 2000. O gráfico 22 apresenta estas proporções por sexo e grupos de idade. Pode-se observar que esta proporção aumenta com o avanço da idade, e é mais elevada entre as mulheres que entre os homens. Sumarizando, pode-se dizer que esta modalidade de residência não é muito popular entre os idosos brasileiros.

GRÁFICO 22

Brasil: proporção da população idosa residente em domicílio coletivo que não trabalha e não procura emprego no total da população idosa, segundo o sexo (2000 e 2010)
(Em %)



Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000 e 2010.

25. O capítulo 20 analisa as instituições de longa permanência para idosos.

4 PERSPECTIVAS DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA

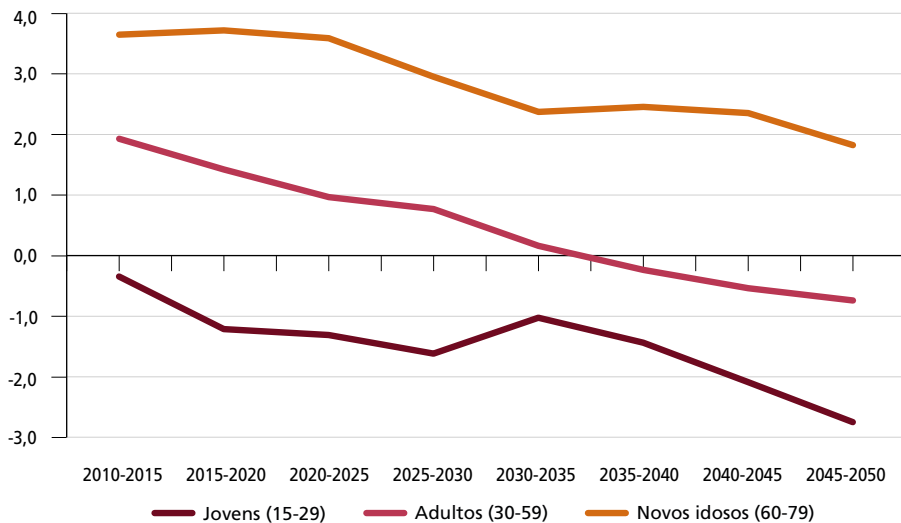
Reflexo da queda da fecundidade e da mortalidade ocorrida na segunda metade do século XX, a população brasileira vem apresentando um ritmo de crescimento cada vez menor e expressivas mudanças na sua estrutura etária no sentido do seu envelhecimento. No médio prazo, isso acarretará uma diminuição do contingente populacional e um superenvelhecimento da população. Projeções de Camarano (2014) apontam que a população brasileira deverá crescer até meados de 2035, quando poderá atingir o seu contingente máximo, em torno de 214 milhões de habitantes. A partir daí, a expectativa é de decrescimento, podendo chegar a 206 milhões, em 2050, o que corresponde a uma taxa de crescimento de -0,4% ao ano (a.a.). Embora a projeção aponte para um baixo e até negativo crescimento para o total da população, esperam-se para o segmento idoso taxas positivas de crescimento. A partir de 2015, a população idosa brasileira deverá crescer em torno de 3,0% a.a. Em 2050, 33% da população brasileira poderão ter 60 anos ou mais. Esta perspectiva de baixo crescimento e superenvelhecimento aprofunda os desafios já enfrentados pelas políticas públicas em diversos setores, especialmente nas áreas da saúde, mercado de trabalho e previdência.

O gráfico 23 apresenta as taxas de crescimento projetadas para grupos etários de 2010 a 2050. Segundo Camarano (2014), o grupo de jovens de 15 a 29 anos deverá apresentar taxas negativas de crescimento no período 2015-2050. Como este é o grupo mais exposto à violência, isso poderá ter implicações nos indicadores de criminalidade. Espera-se um crescimento para o segmento de 30 a 59 anos, mas em ritmo progressivamente menor. A partir de 2035, o ritmo de crescimento começará a diminuir, como pode ocorrer com a população total. A partir de 2045, apenas o contingente de idosos terá uma taxa de crescimento positiva, o que acarretará um envelhecimento da população em idade ativa (PIA) e da PEA, bem como a sua redução.

Dois outros aspectos são destacados aqui: o aumento da proporção de mulheres conforme a idade avança e o crescimento da população muito idosa, de 80 anos ou mais. Do total de idosos em 2015, 55,7% eram mulheres, e entre os muito idosos esta proporção passa para 61,5%. Em 2050, espera-se que estas proporções sejam de 53,5% e 59,0%, respectivamente. Estas proporções projetadas são menores que as observadas em 2015 devido às hipóteses feitas na projeção populacional, que supôs uma redução da mortalidade mais acentuada para os homens que para as mulheres, pela queda mais acentuada da mortalidade por causas externas.

GRÁFICO 23

Brasil: taxas de crescimento projetadas para diversos grupos etários (2010-2050)
(Em %)



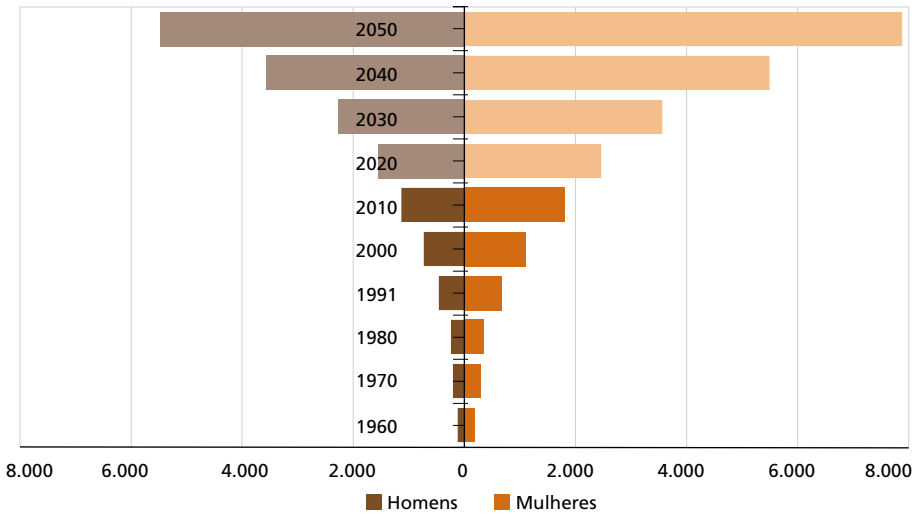
Fonte: Camarano (2014, p. 192).

O gráfico 24 apresenta a evolução da população muito idosa no período 1960-2010 e uma projeção até 2050. Observa-se a aceleração do seu crescimento, que já estava em curso nas duas últimas décadas e se acentuará no período projetado. Estas projeções apontam que este segmento poderá passar dos aproximados 4 milhões contados pelo Censo Demográfico de 2010 para valores próximos a 13,4 milhões em 2050. Essa tendência já está consolidada, pois estas pessoas já nasceram. A redução da mortalidade nas idades avançadas desempenhará um papel importante nessa evolução. O gráfico 24 também mostra um crescimento mais acentuado do número de mulheres, muito embora a proporção destas no total da população idosa tenda a diminuir.

Ressalte-se que a demanda por cuidados aumenta com a idade e é maior entre as mulheres. As mulheres, em geral, cuidam dos seus maridos, e, quando eles morrem, elas necessitam de cuidados e vão morar na casa de filhos, outros parentes ou em instituições. Neste capítulo, foi visto, no entanto, uma redução expressiva da proporção de mulheres idosas na condição de outros parentes, bem como um crescimento das mulheres na condição de chefe. Isso pode ser um indicador de melhores condições de saúde e renda dessas mulheres, mas também uma mudança nas relações de gênero, dado que aumentou a proporção de mulheres casadas ou unidas na categoria de chefes do domicílio. O aumento da proporção de homens cônjuges no período analisado reforça esta hipótese.

GRÁFICO 24

Brasil: população de 80 anos ou mais observada e projetada, por sexo (1960-2050)
(Em 1 mil habitantes)



Fonte: IBGE/Censos Demográficos; Camarano (2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve como objetivo comparar as condições de vida da população idosa antes e depois da promulgação da PNI, sem acompanhar e avaliar a implementação da política, pois as informações disponíveis não o permitem. Embora a PNI fale “da implementação de um sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo” (Brasil, 1994, art. 4, VI), pouco se avançou nesta área. Cita-se, como exemplo, a dificuldade com as informações sobre violência mesmo após a promulgação do Estatuto do Idoso.

A PNI foi concebida e implementada para um segmento populacional ainda não muito expressivo no momento, mas cujo crescimento acentuado já era projetado para um futuro próximo, o que consistiu em uma forte indicação para a sua implementação. Foi promulgada dada a pressão da sociedade civil e influenciada pelo avanço em curso na legislação dos países desenvolvidos. O momento da promulgação da política coincidiu com a implementação das medidas estabelecidas pela CF/1988 em relação à questão de garantia de uma renda mínima para a população que perde a capacidade laborativa pela idade avançada. Os benefícios da seguridade social passaram a ser responsáveis pela maior parcela da renda dos idosos. As mulheres foram as principais beneficiárias. Coube então à PNI estabelecer a adequação e a expansão de serviços para um grupo populacional com características específicas,

bem como fomentar a expansão e a capacitação de recursos humanos para lidar com este grupo, além de outras medidas, tais como prevenção de violência.

Projeções apontam para um crescimento acelerado da população idosa para as próximas décadas. Este crescimento deverá ser resultado da alta fecundidade observada nos anos 1950 e 1960 e da redução da mortalidade em todas as idades. Espera-se uma continuação da redução da mortalidade nas idades avançadas, o que resultará num crescimento mais acentuado da população muito idosa, a mais exposta às fragilidades típicas da idade, ou seja, mais demandante de cuidados. Por sua vez, a família já apresenta sinais de redução da sua capacidade de cuidar. A PNI fala que é da competência dos órgãos e das entidades públicas nas áreas de promoção e assistência social: “estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros” (Brasil, 1994, I, b). Poucos, no entanto, foram os avanços nesta área, ao contrário do que se observou com a expansão da cobertura dos benefícios monetários da seguridade social estabelecidas pela CF/1988.

Para finalizar, destaca-se que o contexto demográfico que fundamentou a PNI evoluiu de forma acelerada, reforçando os desafios já levantados. As demandas por políticas públicas se intensificaram, o que requer a atualização e a implementação total das medidas preconizadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil (IDB): conceitos e aplicações** – 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/>>.

_____. **Guia de políticas, programas e projetos do governo federal para a população idosa**. Brasília: SDH, 2015.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos avançados**, v. 17, n. 49, p. 35-64, 2003.

_____. Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. Homens idosos que não trabalham, não procuram trabalho e não são aposentados. **Mais 60 estudos sobre envelhecimento**, v. 26, n. 62, p. 8-25, 2015.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas Pnads. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

_____. **Envelhecimento da população brasileira** – uma contribuição demográfica. 2016. No prelo.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso no Brasil? *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300006>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais** – uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

MEDEIROS, M. **A importância de se conhecer melhor as famílias para a elaboração de políticas sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Texto para Discussão, n. 699).

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. **Mudanças nas famílias brasileiras**: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998. Brasília: Ipea, 2002. (Texto para Discussão, n. 886).

NOGALES, A. M. V. A mortalidade da população idosa no Brasil. **Como vai?** População brasileira. Brasília: Ipea, 1998. Ano 3. n. 3. p. 24-32.

PASINATO, M. T.; CAMARANO, A. A.; MACHADO, L. **Idosos vítimas de maus-tratos domésticos**: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia. Rio de Janeiro: Ipea, 2006. (Texto para Discussão, n. 1200).

SITES CONSULTADOS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Hospitalares (SIH)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIHD/>>.

_____. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ine.cl/>>.

INEGI – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. Disponível em: <<http://www.inegi.org.mx/>>.

ONS – OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. Disponível em: <www.ons.gov.uk>.

STATISTICS OF JAPAN. **Portal Site of Official Statistics of Japan**. Disponível em: <<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortalE.do>>.

UN – UNITED NATIONS. **World population prospects: the 2012 revision**. New York: ONU, 2012. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>>.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília, 5 out. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>.

_____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>.

CACHIONI, M.; TODARO, M. A. **Política Nacional do Idoso**: reflexão acerca das intenções direcionadas à educação formal. 2016. No prelo.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 1960**. Rio de Janeiro: IBGE, 1960.

_____. **Censo Demográfico 1970**. Rio de Janeiro: IBGE, 1970.

_____. **Censo Demográfico 1980**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 1982.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 1983**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 1984.

_____. **Censo Demográfico 1991**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 1993.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 1993**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 1994.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 1998**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

_____. **Censo Demográfico 2000**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 2008**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Censo Demográfico 2010**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

_____. **Censo Demográfico 2010 – famílias e domicílios**: resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 2013**: microdados da amostra. 2014.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 2014**: microdados da amostra. 2015.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 – percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. **Censo General de Poblacion Y I Vivienda**. Santiago de Chile: INE, 1982.

_____. **Censo General de Poblacion Y I Vivienda**. Santiago de Chile: INE, 1992.

_____. **Censo General de Poblacion Y I Vivienda**. Santiago de Chile: INE, 2012.

INEGI – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. **Censo da população e Habitação 1980**. Aguascalientes: Inegi, 1980.

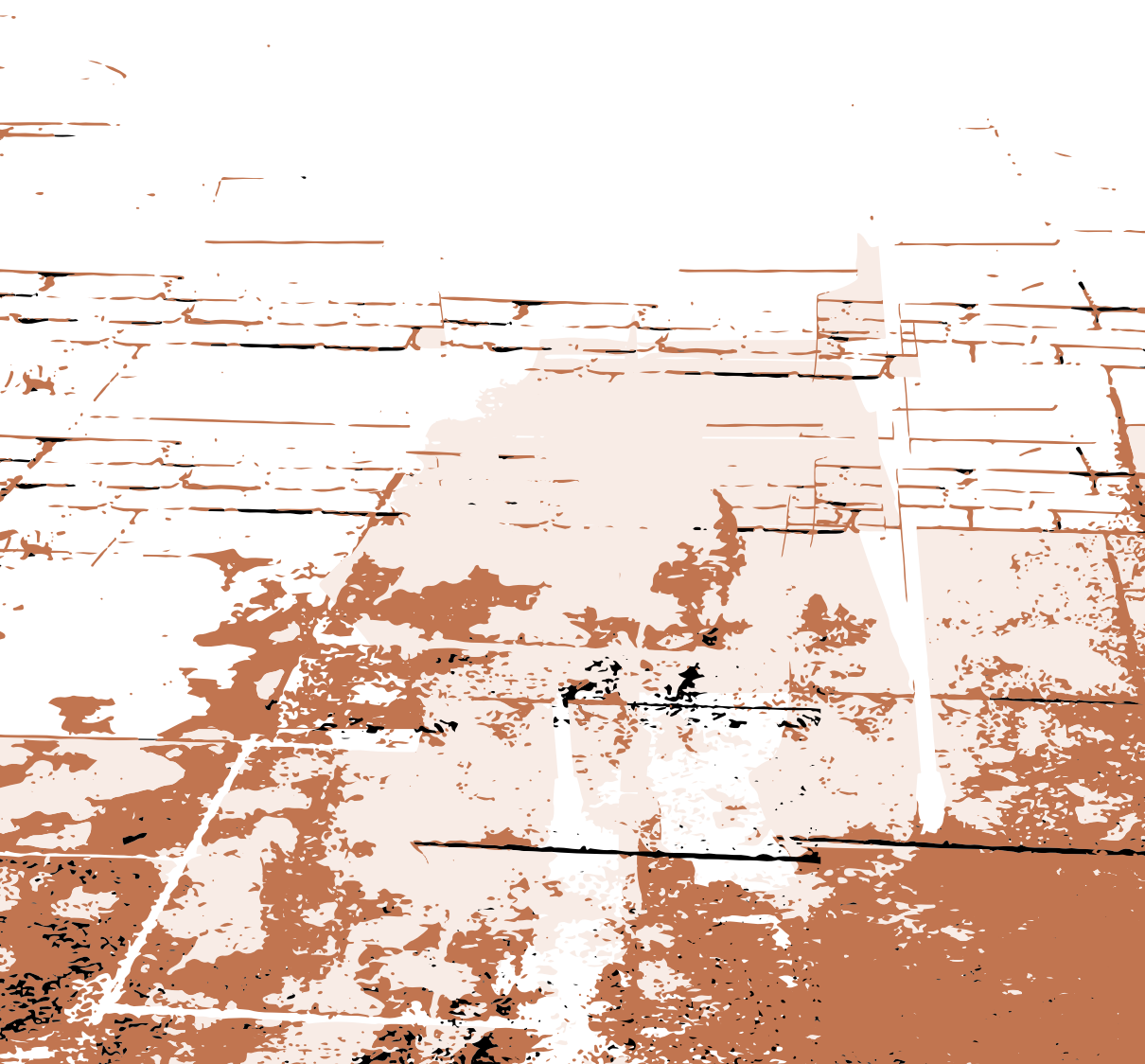
_____. **Censo da população e Habitação 1990**. Aguascalientes: Inegi, 1990.

_____. **Censo da população e Habitação 2010**. Aguascalientes: Inegi, 2010.

MINAYO, M. C. S.; ALMEIDA, L. C. C. **Importância da Política Nacional do Idoso no enfrentamento da violência**. 2016. No prelo.

A implementação da PNI

Parte 2



A ASSISTÊNCIA SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

Marília Anselmo Viana da Silva Berzins¹
Karla Cristina Giacomin²
Ana Amélia Camarano³

1 INTRODUÇÃO

Uma reflexão sobre os vinte anos da Política Nacional do Idoso (PNI) à luz da política de assistência social brasileira requer um compromisso árduo de não se cometer excessos e injustiças e, ao mesmo tempo, ser capaz de fornecer ao leitor uma análise crítica da conjuntura socioassistencial desta parcela estruturante da seguridade social.

Recorrendo à Constituição Federal de 1988 (CF/1988) constata-se que, no texto, estão expressos os direitos individuais e coletivos que visam à garantia de uma cidadania plena, incluindo o direito a: educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, cuidado ambiental, entre outros. Portanto, para a efetivação desses direitos, torna-se necessária a oferta de políticas sociais, sendo responsabilidade do Estado oferecê-las, inclusive e especialmente, no que tange à garantia do direito à seguridade social.

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), seguridade social é a proteção que a sociedade proporciona, mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais, sem a qual poderia provocar o desaparecimento ou uma forte redução da subsistência de seus membros, como consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho ou enfermidade profissional, invalidez, *velhice* e morte; proteção também na forma de assistência médica e de ajuda às famílias com filhos (OIT, 1984).

1. Doutora em saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP); pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); professora convidada do Instituto Sedes Sapientiae (ISS); presidente do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (Olhe); e consultora técnica em gerontologia.

2. Médica geriatra da Prefeitura de Belo Horizonte; e pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (Nespe) do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz de Minas Gerais (CPqRR/Fiocruz Minas).

3. Técnica de planejamento e pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

No art. 1º da CF/1988, a seguridade social compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. A noção de seguridade social está diretamente relacionada à cobertura universalizada de riscos e vulnerabilidades sociais e à garantia de um conjunto de condições que assegure uma vida digna a todos os cidadãos brasileiros.

Compete ao poder público: organizar a seguridade social nos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; além de equidade na forma da participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. Isso inclui a assistência prestada à parcela idosa, conforme preceitua a PNI e cuja análise é objeto deste capítulo.

2 A INCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL COMO POLÍTICA E DIREITO

Importante realçar que, à semelhança da Saúde, dois processos precisam ser analisados em paralelo: a evolução da política da assistência social e a implantação da PNI no que se refere a este direito.

Constitucionalmente, a assistência social é um direito do cidadão e dever do Estado, instituída como política pública não contributiva, integrante da seguridade social.

No Brasil, essa política tem na sua história avanços e retrocessos, sendo recente a percepção da necessidade de uma política universal de assistência social. Durante muito tempo, ela ficou limitada a ações caritativas e filantrópicas, principalmente ligadas às ações da caridade cristã, sem o caráter de direito social.

Assim, historicamente constituído pelo viés do conformismo dos usuários, o assistencial presente nas políticas sociais revela-se, ao mesmo tempo, como exclusão e inclusão aos bens e serviços prestados direta ou indiretamente pelo Estado (...). Para as classes subalternas, as políticas sociais se constituem um espaço que possibilita o acesso a benefícios e serviços que, de outra forma, lhes são negados (Sposati, 2003, p. 30).

Em 1993, a Política de Assistência Social inicia seu trânsito para um campo novo, o campo de direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade do Estado na implementação e execução das ações. Caracteriza-se como uma política de proteção social articulada a outras políticas do campo social voltadas à garantia de direitos e de condições dignas de vida. Esse sistema de proteção social resulta da ação pública que visa resguardar a sociedade dos efeitos de riscos. A Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), Lei nº 8.742, de 7 dezembro de 1993, cria

uma nova matriz para a assistência social, tendo como perspectiva torná-la visível como política pública e como direito dos que dela necessitarem.

A preocupação com o processo de envelhecimento da população é uma atitude recente na sociedade brasileira. Tradicionalmente, a assistência às pessoas idosas estava vinculada a instituições filantrópicas assistenciais e confessionais. Segundo Rodrigues (2001), a preocupação pública com as necessidades acarretadas pelo processo do envelhecimento foi forçada em grande parte pela organização social dos idosos, realçando-se o protagonismo do movimento.

Segundo Pereira (2014, p. 15):

muito do que se apresenta hoje como novidade nas ações assistenciais, sob a forma de medidas focais de transferência de renda e de ativação de seus demandantes para o trabalho, tem antigas raízes no solo capitalista. Logo, tais medidas se investem de um significado complexo que estudos fenomênicos, pontuais e tardios são incapazes de desvendar.

Ao analisarmos a PNI, entretanto, constatamos que ela também está no campo da cidadania simbólica e muito distante da cidadania de direito e de fato. Ela evidencia a distância entre o Brasil legal do Brasil real, como afirma Arbex (2006, p. 62, *apud* da Silva, 2010).⁴

O que temos constatado é que a existência da PNI não eliminou a dimensão do exercício da cidadania, que depende da criação de condições favoráveis à manutenção de seu poder de decisão, escolha e deliberação. Acreditamos que estas condições, para serem efetivadas, demandam que a sociedade perceba que precisa mudar seu comportamento em relação ao envelhecimento. Neste sentido é preciso que seja garantido ao idoso o respeito aos direitos sociais, espaços de participação política e inserção social.

De toda maneira, a PNI deve ser interpretada como uma estratégia jurídico-legal que deveria subsidiar a União, os estados, o Distrito Federal (DF) e os municípios brasileiros na oferta e implantação de diretrizes que assegurem a proteção e a defesa dos direitos da população idosa.

Além disso, observa-se que, no art. 5º da Loas, o órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social tem sob sua responsabilidade a coordenação geral da PNI, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, municipais e do DF do idoso.

A PNI, no art. 10, do seu capítulo IV (Das Ações Governamentais), define como responsabilidade e competência na área de promoção e assistência social:

4. Arbex, Sandra H. *Procura de Sentidos da Integralidade na Área da Saúde do Idoso de Juiz de Fora: encontro com potencialidades*. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Serviço Social, 2006.

- a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais;
- b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;
- c) promover simpósios, seminários e encontros específicos;
- d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;
- e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso (Brasil, 1994).

Assim, apesar de, originalmente, a gestão da PNI ter sido vinculada ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social, ao analisar o Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a lei que instituiu a PNI, constata-se que o texto referente à assistência social na própria PNI é generalista e, embora proponha diversas modalidades de atendimento e de formação gerontológica, não esclarece sobre as ações a serem, de fato, implantadas.

Além disso, conforme Paz (2013), desde a sua publicação, a PNI sempre foi “nômade”, sediada em diferentes ministérios, e muitas vezes “acéfala”, por períodos sem coordenação técnica, o que revela o desinteresse do Estado brasileiro pela velhice. A coordenação da PNI é transferida para a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, atual Ministério da Justiça, sem que se observe a devida concretização dos direitos estabelecidos. Em contrapartida, na maioria dos municípios brasileiros, a gestão da política destinada às pessoas idosas permanece vinculada às secretarias de assistência social, que têm como recorte a vulnerabilidade social, não contemplando as demais necessidades do segmento idoso.

3 A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Caminho diferente seguiu a Política Nacional de Assistência Social (Pnas), 2004, após a regulação pelo Sistema Único de Assistência Social (Suas), em 2005, que estabeleceu um pacto federativo para que fosse operacionalizada.

Essa concepção da assistência social como política pública de direitos voltada à prevenção, proteção, inserção e promoção social, desenvolvida em conjunto com outras políticas públicas, busca reverter o paradigma de caráter clientelista, imediatista e assistencialista que historicamente marcou essa área. Além disso, também assegura que qualquer cidadão brasileiro tem direito aos benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais sem qualquer caráter contributivo, o que, em tese, permitiria eliminar ou reduzir os níveis de vulnerabilidade e/ou fragilidade social do cidadão, inclusive idoso.

O financiamento de todas as ações da Pnas é de responsabilidade da União, do estado e do município, primando pelo cofinanciamento construído por meio de pacto federativo. Dessa forma, a rede socioassistencial é financiada mediante o repasse de recursos fundo a fundo (nacional-municipal ou estadual-municipal de assistência social), de acordo com critérios de partilha e elegibilidade de municípios.

Os fundos de assistência social estão alocados nos respectivos órgãos gestores responsáveis pela política de assistência social, e o repasse de recursos é condicionado à existência e funcionamento dos respectivos conselhos e planos de assistência social. Ressalte-se que, em municípios que não contam com conselhos municipais do idoso, os conselhos municipais de assistência social e seus respectivos fundos respondem pela PNI na esfera municipal.

A política de assistência social, a partir do Suas deveria ser de caráter universal e não contributiva, estando definidas as responsabilidades do Estado no atendimento à família, à pessoa idosa, a pessoas com deficiência e todos os que vivem em situação de vulnerabilidade ou risco social.

À semelhança do Sistema Único de Saúde (SUS), o Suas pauta a sua atuação com base no território e no matriciamento familiar, buscando uma maior articulação, parceria e complementaridade para evitar ações isoladas e fragmentadas entre o Estado e a sociedade. Pretende-se, assim, uma relação democrática, horizontal, participativa e proativa – com o trabalho em redes. As ações coordenadas pelo Estado são essenciais para estruturar propostas mais abrangentes a fim de obter resultados mais efetivos (Carvalho, 2006).

Essa divisão de tarefas e responsabilidades enfatiza a importância da participação das instâncias nacional, estadual e/ou municipal na implementação da Pnas. Com a descentralização busca-se aproximar as respostas da União (por meio de políticas sociais) à realidade local, sendo o município, o condutor da sua operacionalização, considerando as diferenças e especificidades das demandas.

O Suas, ao prever uma gestão descentralizada e participativa da assistência social, considera, para a efetivação de suas ações, as desigualdades socioterritoriais. Diante desse novo paradigma, sua atuação se faz a partir de duas categorias de atenção, de acordo com a natureza ou o tipo e complexidade do atendimento: a proteção social básica e a proteção social especial. Cada uma delas conta com equipamentos que caracterizam o direito assistencial, espaços físicos públicos onde são desenvolvidas atividades de proteção à família e ao indivíduo. O equipamento da proteção social básica é o Centro de Referência de Assistência Social (Cras); e o da proteção especial, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas).

De acordo com o Censo Suas 2014, existem 8.088 Cras, distribuídos em 99,6% dos municípios brasileiros; e 2.372 Creas, em 97,5% dos municípios com mais de

20 mil habitantes (Brasil, 2015a). Esse serviço deve atender casos de violação de direitos, como vítimas de abandono, privação, exploração, violência, entre outras (Borges, 2012).

Em síntese, a política de assistência social é uma proteção social devida pelo Estado a quem dela precisar, independentemente da idade. Ela propõe ultrapassar o nível de responsabilidade individual, familiar e comunitária, além de promover provisões materiais, incentivo a autonomia, inserção social e estímulo à participação. Resta verificar como se dá a sua materialização junto à parcela idosa.

4 AÇÕES ESPECÍFICAS PARA IDOSOS

De 1994 até o presente, a política de assistência social apresentou ganhos substanciais em termos de recursos, via programa Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada (BPC), bem como de estruturação de sua rede. Quanto à atuação dirigida à pessoa idosa, contudo, observa-se que transferir renda apenas, não basta.

O Suas desenvolve ações específicas para pessoas idosas (maiores de 60 anos), em situação de vulnerabilidade social, com vivências de isolamento social por ausência de acesso a serviços e oportunidades de convívio familiar e comunitário e cujas necessidades, interesses e disponibilidade indiquem a inclusão no serviço de proteção social básica (o Cras). Também são assistidas neste serviço famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, como o Renda Mensal Vitalícia (RMV), o Bolsa Família e o BPC.

Vale lembrar que a Loas, embora anterior ao decreto que regulamentou a PNI, já reconhecia a pessoa idosa como um dos seus segmentos de atenção prioritária, conforme previsto em seu art. 2º.

A garantia de um benefício mensal de um salário mínimo à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família (Brasil, 1993).

A Loas transformou a RMV em um benefício condicionado às necessidades econômicas, não contributivo e de caráter temporário, cujo piso é um salário mínimo (SM). Observa-se aí uma contradição ao se assumir que a pobreza de idosos seja conjuntural, pois, neste momento da vida (65 anos ou mais), dificilmente alguém que se encontre nessa condição sairá dela (Camarano, 2013).

Em 2001, para verificar as soluções que os estados e municípios têm encontrado para implementar a PNI, o Tribunal de Contas da União (TCU) elaborou o *Relatório de Auditoria de Natureza Operacional* (Brasil, 2001)⁵ sobre o Programa de Valorização e Saúde do Idoso. O objetivo era analisar como se dava o financiamento, a capacitação, a informação e o acompanhamento da gestão da assistência social junto a instituições prestadoras de serviços, de modo a fortalecer as relações entre

5. Sob o número TC- 013.082/2001-1, abrangendo o período de 30 de julho de 2001 a 19 de outubro de 2001.

estas e os governos. A proposta intencionava fazer chegar aos usuários da política os benefícios propostos pela ação governamental, com vistas a preservar a dignidade e promover a assistência e a interação da pessoa idosa.

Ainda na fase de levantamento do problema, o relatório identificou como principal dificuldade cotidiana com a qual as ações assistenciais de atenção à pessoa idosa se deparam a de sensibilizar os agentes governamentais (servidores, autoridades, conselheiros e técnicos), as instituições, as famílias e a própria pessoa idosa quanto aos princípios da PNI.

Infelizmente, até a presente data, ainda estamos na fase de sensibilização dos gestores de políticas públicas para o fenômeno do envelhecimento e para as demandas atuais e futuras deste segmento populacional.

Em 2003, a publicação do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) veio fortalecer a necessidade de ações voltadas para a proteção especial à pessoa idosa.

Em 2004, em novo Relatório⁶ acerca do monitoramento de suas recomendações, o TCU constata que, no período em questão, ocorreram diversas mudanças na equipe e na estrutura da área responsável pela política de assistência social no governo federal,⁷ conforme esquema sumarizado na figura 1.

Neste modelo organizacional, o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) é o órgão gestor da política de assistência social no Brasil,⁸ sendo responsável pela implementação das políticas nacionais de desenvolvimento social, segurança alimentar e nutricional, assistência social e de renda da cidadania, inclusive a PNI. Isso inclui a execução das políticas e programas de segurança alimentar, transferência de renda, assistência social, incluindo o Bolsa Família, que as unifica para promover a proteção social a famílias, crianças, adolescentes e jovens, pessoas com deficiência e idosos das camadas mais pobres da população.

Compete à Secretaria Nacional de Assistência Social (Snas) coordenar a implementação da PNI, bem como participar da formulação do Plano de Gestão Intergovernamental e da proposta orçamentária, em parceria com o respectivo Conselho Nacional do Idoso e os ministérios que atuam na área. Para a Pnas, os

6. Relatório de Avaliação de Impacto da Auditoria de Natureza Operacional no Programa Valorização e Saúde do Idoso para avaliar o impacto da implementação das recomendações da Decisão nº 590/2002 – Plenário.

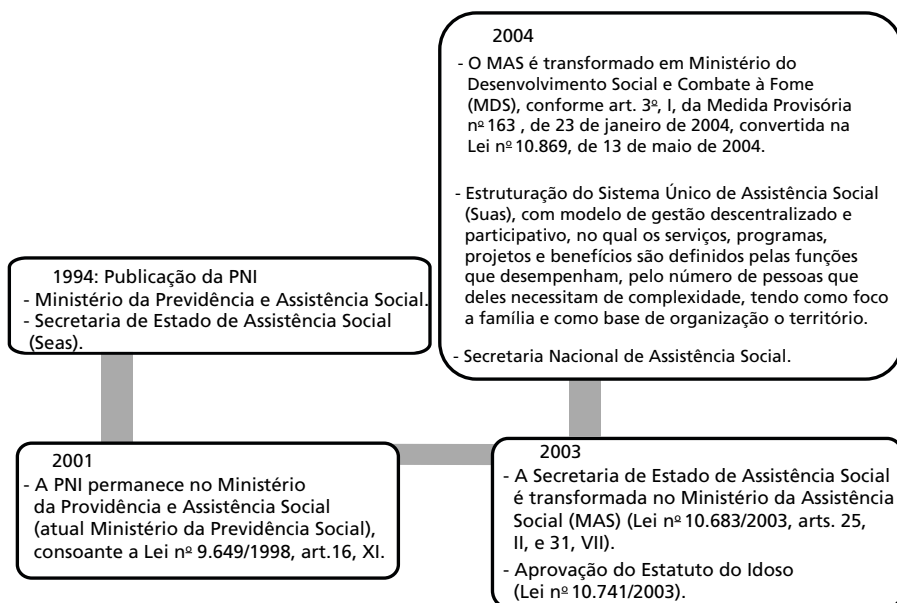
7. A execução da auditoria e a realização dos trabalhos de monitoramento contaram, em distintas etapas, com o apoio de técnicas e especialistas que atuam ou atuaram na implementação das ações voltadas ao segmento idoso na área de assistência social, nominalmente destacadas e citadas no relatório do TCU: Albamaria Abigailil (assistente social da Gerência de Projetos de Atenção à Pessoa Idosa/Secretaria de Estado de Assistência Social/Ministério da Assistência Social/Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Gapi/Seas/MAS/MDS); Jurilza M. de Barros de Mendonça (Gapi/Seas); Maria Albanita Roberta de Lima (diretora do Departamento de Desenvolvimento da Política de Assistência Social/Seas); Maria da Penha Silva Franco (Gapi/MAS e coordenadora nacional da Política do Idoso/MDS); Mirna Lúcia de Almeida Correia (Gapi/Seas).

8. Criado por meio da Medida Provisória nº 162, de 23 de janeiro de 2004.

centros de convivência de atendimento aos idosos são considerados serviços de proteção social básica e devem ter a família como unidade de referência. As demais modalidades de atendimento à pessoa idosa (atendimento integral institucional, casa-lar e república) são classificadas como de alta complexidade. Discussão específica será tratada no capítulo 20, no que se refere às instituições de longa permanência para idosos (Ilpi). Essas ações estão sendo executadas, respectivamente, pelo Departamento de Proteção Social Básica e pelo Departamento de Proteção Social Especial da Snas.

FIGURA 1

Trajatória da PNI na gestão federal da assistência social (1994-2004)



Elaboração das autoras.

Em 2004, contudo, o monitoramento do TCU constatou a fraca influência dos órgãos governamentais no trabalho desenvolvido pelas instituições prestadoras de serviços, indicando a inexistência ou o baixo impacto das iniciativas dirigidas ao setor.

Quanto às políticas de transferência de renda sob a égide do Suas, a análise será restrita ao BPC, cujo público majoritário é de idosos.

4.1 O BPC

O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social é uma transferência de renda garantida pelo art. 203 da CF/1988 e regulamentada pelos arts. 20 e 21 da Loas. Esse benefício, de um SM mensal, é destinado a pessoas idosas ou com deficiências

incapacitantes para o trabalho, cuja renda familiar *per capita* seja inferior a um quarto do SM. As transferências são independentes de contribuições prévias para o sistema de seguridade social e não são condicionadas a qualquer contrapartida.

Até 1996, período prévio ao BPC, as pessoas idosas acima de 70 anos de idade e as pessoas com deficiência, sem condições de subsistência, recebiam a RMV, instituída pela Lei nº 6.179/1974. A partir da concessão do BPC, a RMV deixou de ser concedida. Segundo o MDS, em 2005, 169.384 pessoas idosas recebiam a RMV. Em 2014, esse número diminuiu para 37.686 elegíveis.⁹

Políticas de transferência de renda, tal como o BPC, caracterizam-se por movimentar volume substancial de recursos e serem destinadas a parcelas pobres da população. Nesse sentido, a aplicação de recursos do BPC deve buscar ser a mais eficaz possível no sentido de fazer chegar recursos escassos a parcelas vulneráveis da população. Potencialmente, essas políticas estão sujeitas a ameaças de vazamentos decorrentes de fraudes, erros e de problemas de focalização e subcobertura de beneficiários. Por todas essas razões, em 2009, o BPC foi objeto de auditoria específica pelo TCU.¹⁰ Os objetivos da auditoria foram examinar o desenho do benefício e os processos de controle realizados pelos órgãos responsáveis pelo controle de erros e de fraudes do BPC.

Os órgãos componentes do sistema de controle são o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), órgão operador; o Ministério da Previdência Social (MPS), ministério ao qual o INSS está vinculado; o MDS, órgão coordenador e regulador; e a Advocacia Geral da União (AGU), órgão responsável pela cobrança judicial de débitos relacionados ao BPC.

Embora a coordenação seja feita pelo MDS, a solicitação do benefício se dá em agências do INSS para ambos os públicos, seja por critério etário (pessoas idosas com 65 anos ou mais) ou pela constatação de deficiência. A seleção dos beneficiários com deficiência é feita por médicos-peritos da previdência, que avaliam o grau de incapacidade para a vida independente e para o trabalho dos requerentes.

O BPC é financiado com recursos da seguridade social alocados no Fundo Nacional de Assistência Social (Fnas). O benefício integra a Pnas, coordenada pela Snas do MDS. O INSS, autarquia vinculada ao MPS, é o responsável pela operacionalização do benefício. A Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev) é responsável por processar as informações e gerar dados estatísticos.

9. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/relecrs/bpc/docs/downloads/RMV/RMV%20-%20JUNHO%20-%202014.pdf>>.

10. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D92792C014D928161F7438B>>.

Nos demais níveis de governo, o MDS atua de forma cooperada com os órgãos gestores da política de assistência social, isto é, com as secretarias de Estado e municipais de Assistência Social, preservada a autonomia administrativa dos respectivos entes federados.

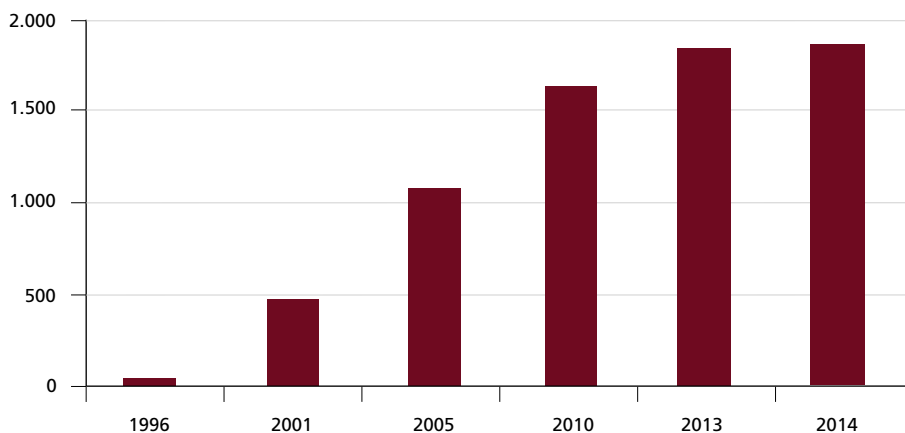
O BPC e a RMV juntamente com o Bolsa Família foram os grandes responsáveis pelo incremento dos valores alocados à função Assistência Social, a partir de 2004. Essas ações, em termos econômicos, podem ser classificadas como de transferência de renda. Juntos, esses programas corresponderam a mais de 90% dos valores investidos pela assistência social entre 2000 e 2007. No ano de 2007, esses programas superaram R\$ 23 bilhões.

No gráfico 1 e na tabela 1 é mostrada a evolução da concessão do BPC/Loas, no período de 1996 a 2014.

GRÁFICO 1

Evolução da concessão do BPC/Loas para pessoas idosas (1996-2014)

(Em 1 mil beneficiários)



Fonte: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/bibliotecavirtual/pessoa-idosa/publicacoes-2015/pdfs/guia-de-politicas-programas-e-projetos-populacao-idosa-1>>.

TABELA 1

Brasil: evolução da concessão do BPC/Loas para pessoas idosas (1996-2014)

Ano	1996	2001	2005	2010	2013	2014
Número de beneficiários	41.992	469.047	1.065.604	1.623.196	1.822.346	1.851.013

Fonte: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/bibliotecavirtual/pessoa-idosa/publicacoes-2015/pdfs/guia-de-politicas-programas-e-projetos-populacao-idosa-1>>.

Portanto, em dezoito anos da concessão do BPC às pessoas idosas, observa-se um aumento de mais de quatrocentas vezes no número de concessões.

Em fevereiro de 2015, somente com o BPC destinado a pessoas idosas, o volume mensal dispendido foi de aproximadamente R\$ 1,5 bilhão (tabela 2).

TABELA 2
Distribuição dos benefícios ativos para pessoas idosas do BPC, segundo a Unidade da Federação (fev./2015)

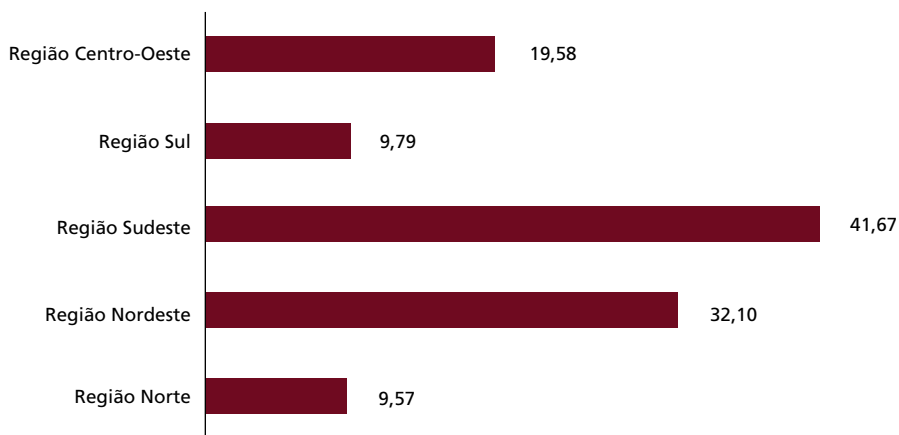
Unidade da Federação	Quantidade de benefícios	Recursos pagos por mês (R\$)	Recursos pagos no ano (R\$)
Região Norte			
Rondônia	15.169	11.839.267	23.680.236
Acre	6.499	5.079.061	10.163.249
Amazonas	41.317	32.536.661	64.855.792
Roraima	3.712	2.921.732	5.834.007
Pará	86.895	68.433.771	136.599.463
Amapá	11.103	8.741.905	17.473.587
Tocantins	15.701	12.350.637	24.716.736
Região Nordeste			
Maranhão	89.669	70.623.756	141.216.423
Piauí	20.827	16.394.578	32.725.879
Ceará	87.720	69.033.949	137.797.089
Rio Grande do Norte	22.733	17.880.582	35.673.919
Paraíba	34.183	26.885.961	53.641.756
Pernambuco	115.091	90.579.364	181.006.750
Alagoas	34.590	27.215.582	54.385.687
Sergipe	15.811	12.413.683	24.783.008
Bahia	184.546	145.226.107	289.988.192
Região Sudeste			
Minas Gerais	176.483	138.821.472	277.227.695
Espírito Santo	28.378	22.314.720	44.537.552
Rio de Janeiro	176.733	139.105.270	277.707.357
São Paulo	361.435	284.464.712	568.105.047
Região Sul			
Paraná	87.448	68.840.990	137.540.592
Santa Catarina	23.012	18.088.748	36.121.573
Rio Grande do Sul	74.093	58.231.395	116.308.641
Região Centro-Oeste			
Mato Grosso do Sul	41.874	32.953.614	65.883.626
Mato Grosso	38.776	30.507.697	60.908.486
Goiás	67.444	53.076.295	106.006.901
Distrito Federal	23.951	18.830.526	37.572.359
Brasil	1.885.193	1.483.392.033	2.962.461.604

Fonte: <<http://www.mds.gov.br/relecris/bpc/docs/downloads/2014/JunTodos.pdf>>.

No gráfico 2, encontra-se a distribuição percentual dos benefícios ativos para pessoas idosas, segundo a região de moradia da pessoa idosa.

GRÁFICO 2

Distribuição percentual dos ativos do BPC para pessoas idosas segundo a região (2014)



Elaboração das autoras.

Observa-se que a distribuição dos benefícios é consonante com a distribuição da população idosa nas diferentes regiões do país.

Na tabela 3 está apresentada a distribuição dos benefícios ativos, segundo o público beneficiário.

TABELA 3

Distribuição dos benefícios ativos referentes ao BPC segundo o público beneficiário: pessoa com deficiência (PCD) e pessoa idosa (fev./2015)

	Quantidade de benefícios		Recursos pagos no ano (R\$)	
	PCD	Pessoa idosa	PCD	Pessoa idosa
Brasil	2.266.652	1.885.193	3.556.662.869,00	2.962.461.604,00
Total	4.151.845		6.519.124.473,00	

Fonte: <<http://www.mds.gov.br/relocrys/bpc/docs/downloads/2014/JunTodos.pdf>>.

Todos esses dados apontam a indiscutível importância do BPC, bem como a relevância dos recursos da União destinados a combater a pobreza e reduzir a vulnerabilidade de um importante segmento da população brasileira.

Para identificar possíveis irregularidades ou erros de focalização do benefício, desde 2008, o TCU realiza auditorias, com cruzamentos entre os dados relativos aos beneficiários constantes do Sistema Único de Benefícios (SUB) e as informações da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), para avaliar possível ocupação

no mercado de trabalho, bem como o nível dos rendimentos, e com a base do Registro Nacional de Veículos Automotores (Renavam), do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) e do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), para se obter *proxies* de nível de riqueza que fossem incompatíveis com o critério de renda do BPC, que é de um quarto do SM. Nesse caso, foi definido como critério que beneficiários do BPC que tenham carros, propriedades rurais e participem de empresas devam receber especial atenção do controle pelo Snas. Utilizaram-se ainda informações da base do Sistema de Óbitos (Sisob) com o SUB, com vistas a avaliar se o benefício ainda estava sendo concedido a pessoas já falecidas.

À primeira auditoria realizada em 2008, as principais evidências de falhas observadas no procedimento de cadastramento foram:

- identificação no SUB de cadastros de pessoas físicas (CPFs) zerados (475 mil) e inválidos (9 mil), de acordo com a base da Receita Federal, nomes abreviados, ausência de nome da mãe (22 mil) e datas de nascimento (162), endereços incompletos, benefícios diferentes com o mesmo CPF (2 mil);
- baixa qualidade de informações de endereços de beneficiários; e
- inexistência de procedimento que permita buscar o endereço do beneficiário automaticamente pelo código de endereçamento postal (CEP) informado.

No cruzamento de dados de fevereiro de 2008 do SUB com dados de abril de 2008 do Renavam, buscou-se identificar os familiares e beneficiários do BPC que fossem proprietários de veículos automotores. Nessa análise, foram encontrados aproximadamente 104 mil casos com indícios de irregularidades. O número de veículos em propriedade dos detentores dos CPFs passava de 138 mil. O fato de o beneficiário ser proprietário de um veículo automotor é indício de que viva em família com renda *per capita* superior à estabelecida pelo critério de elegibilidade, mas não uma garantia, tendo em vista que o veículo poderia ser de pequeno valor ou fruto de doação ou herança.

O cruzamento do SUB com dados de julho de 2008 do Incra possibilitou verificar beneficiários que, em algum momento, foram proprietários de imóveis rurais, sem, no entanto, permitir identificar a propriedade atual da terra. A partir dessa análise, constatou-se que existem perto de 14 mil proprietários de imóveis rurais beneficiários do BPC. Ressalta-se que, desses, cerca de 4 mil são acampados e reassentados.

Quando os dados foram cruzados com o banco de dados do CNPJ/2005 para identificar sócios de empresas que, ao mesmo tempo, são beneficiários do BPC, o resultado revelou 1.472 beneficiários nessa situação, identificados nos dois

bancos de dados pelo seu número de CPF e nome. A auditoria constatou cerca de 17 mil beneficiários do BPC com registro de emprego na Rais. Isso pode indicar que, com relação a esses beneficiários, a situação que deu origem à concessão de seus benefícios não mais persiste.

Ressalta-se, ainda, que foram observados 1.967 beneficiários com salários iguais ou superiores ao SM vigente. Entre os casos identificados, existem 29 pessoas que recebem salários entre R\$ 5 mil e R\$ 40 mil.

Para os auditores, o grau de focalização do BPC pode ser considerado bom, dado que 67% dos beneficiários recebem menos de meio SM (o dobro do que a lei estabelece). Os erros de inclusão geram, entretanto, indícios de que os sistemas de concessão e manutenção permitem a entrada e a permanência de pessoas que não fazem parte do público-alvo.

O TCU observa ainda uma incoerência quanto à definição de família utilizada pelo BPC, a qual diverge da maneira como a família é entendida em outras políticas de transferência de renda como, por exemplo, o Bolsa Família. Para o cálculo da concessão do BPC são excluídos, entre outros, irmãos e filhos maiores de 21 anos, sogros, avós e netos dos beneficiários, independentemente do número de pessoas considerado ou de seu nível de renda. Isso teria como principais efeitos:

- o não alinhamento do conceito com os preceitos constitucionais de que cabe a famílias prósperas sustentar o idoso ou a pessoa com deficiência, quando possível;
- a limitação dos efeitos redistributivos do BPC, pois a alteração para um conceito de família mais próximo da unidade de consumo e do núcleo protetivo permitiria a inclusão de pessoas extremamente pobres e a exclusão de pessoas não pobres; e
- a falta de homogeneidade dos conceitos de família entre o BPC e o Bolsa Família dificulta a integração dessa ação com as demais políticas de assistência social e o acompanhamento das famílias nesses programas (Brasil, 2009).

Em 2014, o TCU publicou novo documento,¹¹ em que apontava que a revisão bial anual sugerida dos benefícios ainda não estava implantada¹² e que as revisões administrativas referentes à verificação de indícios de irregularidade continuavam sendo realizadas diretamente pelas agências da previdência social.

11. Relatório do TC025.680/2010-2, referente aos autos do segundo monitoramento do Acórdão nº 668/2009-TCU-Plenário, que se refere a auditoria operacional realizada no BPC (TC013.337/2008-0), com foco na gestão dos benefícios realizada pela Snas e na operacionalização da ação realizada pelo INSS.

12. Segundo este documento, a Snas previa a implantação do projeto piloto para correção das fragilidades de concessão de benefícios e do Bolsa Família em dezembro de 2010. Em resposta à diligência do segundo monitoramento, a Snas informou novo prazo para fevereiro de 2015.

Entretanto, conforme as análises realizadas na auditoria, ainda assim existiria uma subcobertura de atendimento do público-alvo, o que significa, em primeiro lugar, um problema grave, pois pessoas em situação de elevada vulnerabilidade social ainda se encontram desassistidas; e, em segundo lugar, que o BPC continuará em franco processo de expansão. Essa última constatação é crucial para a definição da estratégia de aperfeiçoamento dos controles, haja vista que evidencia a urgência de medidas que evitem que potenciais vazamentos (erros de inclusão) continuem ocorrendo no processo de concessão dos benefícios e posterior revisão.

Em suma, a avaliação do grau de cobertura do BPC demonstra que o programa ainda terá de se expandir significativamente para atender ao grupo de potenciais beneficiários, o que pode ser um risco ao erário caso sejam concedidos benefícios a pessoas que não estejam em domicílios extremamente pobres, como preconiza as regras do benefício. Diante disso, em 2014, o TCU recomendou aprimoramentos no sistema de concessão para permitir a suspensão ou cessação automática do pagamento em caso de inconsistências.¹³

A principal recomendação é para que a Secretaria Nacional de Assistência Social (Snas) adote uma estratégia de controle baseada no uso intensivo de tecnologia da informação e que priorize situações de risco, no novo modelo de revisão do BPC, voltada para a identificação e marcação de benefícios cuja concessão e/ou manutenção apresentem maior probabilidade de erros e/ou fraudes.

Para tanto, deve-se realizar, periodicamente, cruzamentos de bases de dados e análises estatísticas baseadas em variáveis socioeconômicas e geográficas que possibilitem inferir renda não declarada. A partir do escalonamento dos benefícios por níveis de risco, as visitas de coleta de dados devem ser realizadas preferencialmente aos beneficiários pertencentes aos maiores níveis de risco. Essa medida se faz necessária tendo em vista a falta de capacidade operacional de se visitar todos os beneficiários no prazo estabelecido (a cada dois anos) e de se processar todos os dados coletados em período razoável.

A atuação do TCU e a publicação deste relatório mereceram uma nota de repúdio do Conselho Nacional de Assistência Social,¹⁴ cuja plenária, em reunião ordinária, realizada em 11 de setembro de 2014, no exercício do controle social, discordou da metodologia e dos resultados obtidos, especialmente aqueles referentes ao Bolsa Família, tendo endossado a Nota de Esclarecimento do MDS.

A tabela 4 apresenta a quantidade de benefícios do BPC que foram cessados pelas ações de controle e fiscalização para o período entre janeiro de 2009 e junho de 2014. O cruzamento com o banco de dados do Sisobi foi o principal motivo para a cessação dos benefícios, tendo sido responsável por 74% dos benefícios

13. Acórdão nº 668/2009-TCU-Plenário TC nº 013.337/2008-0 Relator: Ministro Augusto Nardes, disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D92792C014D9281686847DC>>.

14. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/nota-de-repudio-do-cnas>>.

cessados para a média do período. O segundo motivo foi a cessação de benefícios por suspensão por mais de seis meses, com 8,1% para a média do período.

TABELA 4
Motivos de cessação de benefícios do BPC (2009-2014)

Motivo	2009	2010	2011	2012	2013	2014 ¹
Cessado pelo Sisobi	90.401	99.716	107.924	111.602	117.495	34.456
Cessado por revisão (suspeita de óbito)	2.924	1.501	940	788	506	112
Cessado por constatação de fraudes e irregularidades	2.779	2.593	2.627	2.725	1.616	339
Cessado por acumulação indevida de benefícios	1.512	1.514	1.303	1.249	1.072	199
Cessado por suspensão por mais de seis meses	9.699	10.142	9.860	12.331	11.935	4.942
Cessado por ingresso no mercado de trabalho	55	69	69	75	72	18
Cessado por outros motivos	23.860	22.334	21.026	19.815	19.903	5.435
Total	131.230	137.869	143.749	148.585	152.599	45.501

Fonte: Relatório do TCU – Suíbe/INSS/Dataprev – agosto de 2014.

Nota: ¹ Até junho de 2014.

Esses dados reforçam a necessidade de absoluto rigor na concessão e no monitoramento do benefício. Em todos os anos considerados, porém, a cessação do benefício por reingresso no mercado de trabalho não ultrapassou 0,05% dos casos. Isso confirma a contradição apontada por Camarano (2013), segundo a qual, ao assumir a pobreza de idosos como algo conjuntural, incorre-se em um erro de interpretação, pois, neste momento da vida (65 anos ou mais), dificilmente alguém que se encontre nessa condição sairá dela.

A questão colocada é: para além do BPC, qual é a atuação da assistência social diante do envelhecimento populacional?

5 ATUAÇÃO DO SUAS NOS TERRITÓRIOS

Desde 2004, a Pnas prevê dois eixos estruturantes para a atuação do Suas – a matricialidade sociofamiliar e a territorialização, organizados de acordo com o nível de proteção social: básica ou especial.

5.1 Serviço de Proteção Básica

A capilaridade da proteção social básica, sua capacidade de referenciamento e o fato de o Centro de Referência de Assistência Social – Cras – localizar-se em áreas de vulnerabilidade social, ou muito próximo delas, deram legitimidade e tornaram este equipamento público uma referência para a população que vive no seu território de abrangência (Brasil, 2012, p. 5).

O serviço considerado basilar para a proteção social básica é o trabalho com famílias. Iniciado em 2001, com um projeto piloto, o programa Núcleo de Apoio à Família

(NAF), foi uma experiência positiva ampliada, que subsidiou a elaboração do Plano Nacional de Atendimento Integral à Família. Em 2004, esse plano foi aprimorado e adequado às diretrizes da Pnas, instituindo-se o Programa de Atenção Integral à Família (Paif),¹⁵ uma “ação continuada da assistência social”, que se tornou a principal referência para os usuários do Suas, sendo sua oferta obrigatória e exclusiva nos Cras.¹⁶

O Paif passou a ser organizado de forma a responder à garantia de fortalecimento da convivência familiar e comunitária, na proteção básica do Suas. Segundo as orientações técnicas disponibilizadas pelo Suas:

o trabalho social com famílias no âmbito do Paif consiste em um conjunto de procedimentos implementados por profissionais, a partir de pressupostos éticos, conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo. Ele tem por objetivo contribuir na e para a convivência de um conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade, a fim de proteger seus direitos, apoiá-las no desempenho da sua função de proteção e socialização de seus membros, bem como assegurar o convívio familiar e comunitário de maneira “preventiva, protetiva e proativa”. É por meio do trabalho social que o Paif, no âmbito da Proteção Social Básica do Suas, contribui para a materialização da responsabilidade constitucional do Estado de proteger as famílias (Brasil, 2012, p. 15).

Essa definição pressupõe: atuar de modo não fragmentado; abordar a família como um todo em suas necessidades; disponibilizar sua oferta em locais próximos da moradia dos usuários; e prever a busca ativa, pelos profissionais, das famílias que vivenciam situações de maior vulnerabilidade social.

Em 2009, com a aprovação da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o referido programa passou a ser denominado Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif). Essa alteração da nomenclatura pretendeu ser fiel ao conceito de ação continuada, estabelecido pela Loas, reconhecendo que as vulnerabilidades e riscos sociais, que atingem as famílias, extrapolam a dimensão econômica e exigem intervenções que trabalhem aspectos objetivos e subjetivos relacionados à função protetiva da família e ao direito à convivência familiar. Assim, para aproximar mais a denominação do serviço de sua finalidade, a palavra “atenção” foi substituída por “proteção e atendimento”. A decisão de preservar a sigla Paif, entretanto, foi motivada pela necessidade em se resguardar a historicidade das ações desse serviço, já conhecidas e legitimadas por gestores, técnicos e usuários da política de assistência social dos municípios, DF e estados de todo o país (Brasil, 2012, p. 9-10).

15. Conforme Portaria nº 78, de 8 de abril de 2004.

16. Por meio do Decreto nº 5.085, de 19 de maio de 2004.

A tipificação deixa claro:

- o Paif tem por princípios norteadores a universalidade e gratuidade de atendimento, cabendo exclusivamente à esfera estatal sua implementação;
- a natureza sociocultural de apoio à família e o caráter não terapêutico desse serviço;
- a recomendação de que o trabalho social com famílias não englobe atendimentos jurídicos, tais como a disponibilização de advogados ou outros profissionais para aconselhamentos jurídicos ou a representação de causas nem respostas diretas às demandas do Poder Judiciário; e
- no nível da proteção social básica, o Paif tem papel central na articulação da matricialidade sociofamiliar e na consolidação dessa rede nos territórios, o que requer o cumprimento da primazia da responsabilidade do Estado na sua condução.

Se o Estado possui exclusividade na oferta do serviço responsável pelo acompanhamento das famílias, a execução e a gestão do Paif são atribuições do próprio Estado, cabendo, aos municípios e ao DF esta responsabilidade, que não pode ser terceirizada.

Para descrever a atuação do Paif é preciso, primeiramente, compreender que, no âmbito do Suas, ele integra o nível de proteção social básica do Suas, que tem por objetivo “prevenir situações de risco social, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” (Brasil, 2005, p. 33).

Dessa forma, o Paif deve atuar de forma preventiva, protetiva e proativa, com o intuito de responder às necessidades humanas de forma integral, indo além da atenção a situações emergenciais, centradas exclusivamente nas situações de risco social. Para tanto, todos os serviços da proteção social básica, desenvolvidos no território de abrangência do Cras, em especial os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, bem como o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, devem ser a ele referenciados e manter articulação com o Paif. É a partir do trabalho com famílias do Paif que se organizam os serviços referenciados ao Cras.

O referenciamento dos serviços socioassistenciais de proteção social básica ao Cras possibilita a organização e hierarquização da rede socioassistencial no território, cumprindo a diretriz de descentralização da política de assistência social. A articulação dos serviços socioassistenciais do território com o Paif garante o desenvolvimento do trabalho social com as famílias dos usuários desses serviços, permitindo identificar suas necessidades e potencialidades dentro da perspectiva

familiar, rompendo com o atendimento segmentado e descontextualizado das situações de vulnerabilidade social vivenciadas.

Quanto às estratégias de acompanhamento de famílias com idosos beneficiários do BPC, em especial as que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social, é previsto o apoio à família no acesso aos direitos desses membros (serviços socioassistenciais e de saúde, cultura e lazer e educação). Para garantir seus direitos, o Paif deve promover o desenvolvimento das capacidades das famílias, bem como contribuir para a prevenção de violências e outras formas de violação de direitos.

O Paif deve atender a todas as famílias em situação de vulnerabilidade social do território em decorrência de dificuldades vivenciadas por algum de seus membros, inclusive aquelas que podem atingir pessoas idosas, tais como:

- possuir integrantes sem a devida documentação civil;
- não conseguir garantir a segurança alimentar de seus membros;
- ter sido denunciada por suspeita de negligência contra algum de seus membros;
- apresentar episódios pgressos de violência entre seus membros adultos;
- possuir algum integrante com história de uso abusivo de álcool e outras drogas; e
- incluir pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social.

O atendimento pelo Paif a famílias com idosos e pessoas com deficiência com vínculos familiares fragilizados, sem acesso a serviços de cuidado e apoio, com reduzida capacidade de autonomia, sem condições de autossustentabilidade e outras situações que apontem a vivência de vulnerabilidade social é essencial. Ademais, estes grupos familiares podem experimentar sentimentos dolorosos e conflitantes, como medo e frustração, podendo requerer a dedicação integral ou ocasionar situações de isolamento de todo o grupo familiar. Isso pode reforçar os padrões de superproteção, fazendo com que a deficiência seja superdimensionada em detrimento das capacidades e aptidões da pessoa com deficiência.

Famílias com pessoas idosas também devem ter primazia de atendimento pelo Paif, pois as características inerentes ao processo de envelhecimento de um ou mais integrantes do grupo familiar podem ocasionar o acirramento das relações intergeracionais, em razão da perda progressiva da autonomia da saúde da pessoa idosa e, conseqüentemente, maior dependência dos seus familiares. Isso pode ocorrer em função do aumento da fragilidade ou, ainda, do preconceito contra o

envelhecimento, que tende a limitar ainda mais a funcionalidade e a participação social da pessoa idosa.

A ação do Paif deve pautar-se, nesse contexto, pelo fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, de modo a prevenir o isolamento, ou mesmo, o abrigamento de integrantes idosos, promovendo formas de participação dos idosos nas decisões familiares, apoiando a família no reconhecimento da sabedoria/experiência das pessoas idosas e na proteção dos seus direitos.

Por fim, conforme apontado anteriormente, o Paif deve desenvolver ações com foco no “cuidar de quem cuida”, promovendo trocas de informações e vivências sobre as possibilidades e desafios de convívio e proteção das pessoas com deficiência e das pessoas idosas, buscando evitar o isolamento do cuidador e minimizar o desgaste físico e emocional inerentes ao processo de cuidar. Assim, “cuidar de quem cuida” é uma forma de garantir seus direitos, e, conseqüentemente, proporcionar mais proteção aos direitos de quem é cuidado.

Nos casos em que houver isolamento social do beneficiário, o Cras deve encaminhar a família para o Serviço de Proteção Básica no Domicílio.

Para Maio (2015) o cuidado da pessoa idosa ainda está muito restrito ao âmbito familiar e a carência de suporte à família pode levar à institucionalização da pessoa idosa. De acordo com a PNI, essa deveria ser a última opção e não a primeira, mas, para isso, seria necessário oferecer alternativas. Caberia à política de assistência social, fazê-lo por meio do estímulo à criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros (Brasil, 1994).

Contudo, o que se verifica é que tal política direciona-se essencialmente para a formação de grupos de convivência, o que não é suficiente para dar conta da demanda de atendimento, nem para apoiar as famílias com idosos frágeis.

Segundo consta no guia publicado em 2015 (Brasil, 2015), outro serviço ofertado pelos Cras, complementar ao Paif, é o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), o qual é:

realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. Organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. (Brasil, 2012, p. 81).

As atividades realizadas por grupos de convivência visam a socialização dos idosos por meio de oficinas de inclusão digital, artesanato, programas de promoção

da saúde, além de atividades de lazer para a realização de festas, bailes e viagens. Porém, segundo Pessoa (2010), os grupos de convivência ainda são percebidos pelas pessoas idosas e pela comunidade como espaço exclusivo de oportunidades de lazer e socialização de pessoas que se encontram na mesma faixa etária. A autora destaca entre os diversos obstáculos que limitam a atuação dos grupos de convivência: a falta de recursos, as distâncias geográficas e barreiras sociais, a situação precária da infraestrutura de serviços ligados a assistência, saneamento, educação, formação e colocação de profissionais, bem como o pouco investimento na prevenção e reabilitação de deficiências.

Cabe aos gestores municipais de toda política pública de atendimento às necessidades dos idosos planejar e executar ações para além de espaços semanais ou mensais de socialização, sob pena de contribuírem para a alienação e a tutela daquelas que deveriam ser as protagonistas da PNI: as pessoas idosas.

5.2 Proteção Social Especial

Nos casos em que houver violação de direitos, as famílias devem ser referenciadas, pelo Cras ao Creas, e serem acompanhadas pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), conforme descrito na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

O Paefi configura-se como serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. Compreende atenções e orientações direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e para o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e as submetem a situações de risco pessoal e social.

Os usuários do Paefi, portanto, são famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos, conforme apresentados no quadro 1.

Entre os grupos particularmente mais vulneráveis a situações de ameaça ou violação de direitos, estão as pessoas idosas e aquelas em situação de dependência, em função de barreiras sociais vivenciadas nos contextos familiares, comunitários e sociais.

Outro serviço tipificado na Proteção Social Especial de Alta Complexidade é o Serviço de Acolhimento Institucional. Trata-se das Instituições de Longa Permanência para Idosos (Ilpis), prática hegemônica no nosso país e que contempla a institucionalização das pessoas idosas. Segundo a tipificação, as Ilpis são definidas para o acolhimento de pessoas idosas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência, quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto

para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. Com a implantação do Suas, as Ilpis foram efetivamente caracterizadas como equipamentos da assistência social.

QUADRO 1

Situações que justificam a inclusão dos usuários ou das famílias no Paefi, conforme descrito na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

- violência física e psicológica e negligência;
- violência sexual: abuso e/ou exploração sexual;
- afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medidas socioeducativas ou medidas de proteção;
- tráfico de pessoas;
- situação de rua e mendicância;
- abandono;
- vivência de trabalho infantil;
- discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia;
- outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminação/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem-estar; e
- descumprimento de condicionalidades do Bolsa Família em decorrência da violação de direitos.

Elaboração das autoras.

6 PERSPECTIVAS

6.1 O compromisso do governo federal para o envelhecimento ativo em 2015

O Brasil, embora signatário do Plano de Ação Internacional do Envelhecimento, resultado da II Assembleia Mundial da Organização das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, realizada em Madri, em 2002, oficializa no discurso o seu compromisso, conforme consta no Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo (Brasil, 2015b), ações prioritárias para o atendimento das necessidades da população idosa. Contudo, não o efetiva em ações práticas, como demonstrado a seguir.

6.2 A Comissão Intergestores Tripartite define prioridades e metas municipais para o período 2014-2017

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) definiu na sua 124ª reunião ordinária as prioridades e metas para a gestão municipal, no âmbito do Pacto de Aprimoramento do Suas, previsto na Norma Operacional Básica (NOB) do Suas/2012, para o quadriênio 2014-2017. Verificamos que o envelhecimento populacional não é considerado para justificar as ações priorizadas.

Para Lima (2010) a CF/1988 estabeleceu o funcionamento da administração pública sob o marco sistêmico de três leis hierarquizadas e integradas: o Plano Plurianual (PPA); as diretrizes orçamentárias, manifestadas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); e o orçamento anual, que se expressa na Lei Orçamentária Anual (LOA).

Cabe ao PPA estabelecer diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal num período de quatro anos. A partir dessas orientações, são elaboradas as políticas públicas que conterão tanto os programas de governo e os objetivos setoriais quanto os demais planos e programas nacionais, regionais e setoriais (Lima, 2010, p. 11).

Dentro da Pnas, a definição orçamentária é orientada pelo pacto de aprimoramento do Suas, instrumento pelo qual se materializam as metas e prioridades nacionais no âmbito dessa política, conforme estabelece o art. 23 da NOB Suas/2012. Este pacto se constitui em mecanismo de indução de aprimoramento da gestão, dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.

A primeira pactuação das prioridades e metas para os municípios foi feita no exercício de 2013, com vigência para o quadriênio de 2014-2017. No quadro 2 estão destacadas as metas que contemplam as necessidades das pessoas idosas na proteção básica.

QUADRO 2

Prioridades e metas das pessoas idosas no âmbito da proteção social básica do Suas

Prioridade	Meta
1) Acompanhamento familiar pelo Paif.	Atingir taxa de acompanhamento do Paif das famílias cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) de 15% para municípios de pequeno porte I e 10% para os demais portes.
2) Acompanhamento pelo Paif das famílias com membros beneficiários do BPC.	Atingir taxa de acompanhamento do Paif das famílias com membros beneficiários do BPC: 25% para municípios de pequeno porte I e 10% para os demais portes.
3) Cadastramento das famílias com beneficiários do BPC no CadÚnico.	Atingir os seguintes percentuais de cadastramento no CadÚnico das famílias com presença de beneficiários do BPC: municípios de pequeno porte I – 70%; municípios de pequeno porte II – 70%; médio porte – 60%; grande porte – 60%; e metrópole – 50%.
4) Acompanhamento pelo Paif das famílias beneficiárias do Bolsa Família que apresentem outras vulnerabilidades sociais além da insuficiência de renda.	Atingir taxa de acompanhamento pelo Paif das famílias beneficiárias do Bolsa Família de 15% para os municípios de pequeno porte I e 10% para os demais portes.
5) Acompanhamento pelo Paif das famílias beneficiárias do Bolsa Família em fase de suspensão por descumprimento de condicionalidades, cujos motivos sejam da assistência social.	Atingir 50% de taxa de acompanhamento das famílias em fase de suspensão do Bolsa Família em decorrência do descumprimento de condicionalidades, cujos motivos sejam da assistência social com respectivo sistema de informação.
6) Reordenamento dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos.	Atingir o percentual de 50% de inclusão do público prioritário no serviço de convivência e fortalecimento de vínculos.
7) Ampliação da cobertura de proteção social básica nos municípios de grande porte e metrópoles.	Referenciar 100% da população constante no CadÚnico com renda de meio SM ou 20% dos domicílios do município aos Cras.
8) Adesão ao Programa BPC na Escola.	Alcançar 100% de adesão dos municípios ao Programa BPC na Escola.

Elaboração das autoras.

Observa-se que a pessoa idosa está contemplada nos itens 2, 3 e 6 das prioridades, especialmente no que se refere ao BPC e ao serviço de convivência, local onde as pessoas idosas são atendidas.

O quadro 3 apresenta as metas que contemplam as necessidades das pessoas vulneráveis na proteção no que se refere à proteção especial.

QUADRO 3

Prioridades e metas no âmbito da proteção especial do Suas

Prioridade	Meta
1) Ampliação da cobertura do Paefi nos municípios com mais de 20 mil habitantes.	Implantar um Creas em todos os municípios entre 20 e 200 mil habitantes e no mínimo de um Creas para cada 200 mil habitantes.
2) Identificação e cadastramento de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.	Atingir no mínimo 70% de cadastro até fim de 2016 nos municípios com alta incidência que aderiram ao cofinanciamento das ações estratégicas do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) em 2013. Atingir no mínimo 70% de cadastro até fim de 2017 nos municípios com alta incidência que aderiram ao cofinanciamento das ações estratégicas do Peti em 2014. Atingir 50% de identificação e o cadastro do trabalho infantil para os demais municípios.
3) Cadastramento e atendimento da população em situação de rua.	Identificar e cadastrar no CadÚnico 70% das pessoas em situação de rua em acompanhamento pelo serviço especializado ofertado no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop). Implantar 100% dos serviços para população de rua (serviço especializado para população de rua, serviço de abordagem social e serviço de acolhimento para pessoa em situação de rua) nos municípios com mais de 100 mil habitantes e municípios de regiões metropolitanas com 50 mil ou mais, conforme pactuação na CIT e deliberação do Conselho Nacional de Assistência Social (Cnas).
4) Acompanhamento pelo Paefi de famílias com crianças e adolescentes em serviço de acolhimento.	Acompanhar 60% das famílias com criança ou adolescente nos serviços de acolhimento.
5) Reordenamento dos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes.	Reordenar 100% dos serviços de acolhimento para crianças e adolescente em conformidade com as pactuações da CIT e resoluções do Cnas.
6) Acompanhamento pelo Paefi das famílias com violação de direitos em decorrência do uso de substâncias psicoativas.	Realizar em 100% dos Creas o acompanhamento de famílias com presença de violação de direitos em decorrência do uso de substâncias psicoativas.
7) Implantar unidades de acolhimento (residência inclusiva) para pessoas com deficiência em situação de dependência com rompimento de vínculos familiares.	Implantar 100% das unidades de acolhimento (residência inclusiva), conforme pactuado na CIT e deliberado pelo Cnas, para pessoas com deficiência em situação de dependência com rompimento de vínculos familiares.

Elaboração das autoras.

Chama a atenção não existir nenhuma prioridade explícita que contemple as pessoas idosas que necessitam da proteção especial do Suas.

É preciso avaliar as diferenças de custos de políticas públicas para os idosos ativos e para os idosos frágeis. As pessoas idosas que estão em situação de fragilidade e vulnerabilidade social que, em tese, deveriam ser atendidas pela proteção especial não foram contempladas como prioridade no Pacto de Aprimoramento da Gestão no período 2014-2017.

Qual é a resposta do Estado brasileiro às pessoas idosas que precisam ser institucionalizadas? Onde estão os serviços estabelecidos na PNI, tais como centros-dias, casa-lar, república, entre outros que poderiam ser oferecidos? Embora a violência

seja tratada em capítulo à parte (ver capítulo 18), vale denunciar esta omissão de atuação como uma forma de violência institucional contra a pessoa idosa pelo Estado brasileiro.

O Brasil ainda pensa sua política de assistência social como se fosse um país jovem. O PPA 2014-2017 exclui serviços essenciais para a população idosa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o envelhecimento da população brasileira tenha se tornado uma realidade incontestável, ainda estamos longe de alcançar o estado de direito pleno para as pessoas idosas. Todavia, observa-se que o governo e a sociedade brasileira não tratam essa realidade como um fato prioritário e emergente. Isso explica a inexistência, na agenda política nacional, de uma discussão consistente sobre a velhice que inclua a efetivação dos direitos dos idosos, especialmente os direitos sociais.

Depois de tantos anos, o conjunto de serviços é inexpressivo mediante a realidade da população idosa brasileira, especialmente aquela que depende da política de assistência social.

REFERÊNCIAS

BORGES, M. C. M. A pessoa idosa no sistema único de assistência social. *In*: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martini, 2012. p. 99-124.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 dezembro de 1993. Dispõe sobre a assistência social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 dez. 1993.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. **Relatório de Auditoria de Natureza Operacional**. Programa Valorização e Saúde do idoso. Brasília: TCU, 2001.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/Suas). Brasília: MDS, 2005.

_____. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de Auditoria Operacional**. Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC). Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog). Brasília: TCU, 2009.

_____. Orientações Técnicas sobre o Paif: trabalho social com famílias do serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – Paif. Brasília: MDS, 2012. v. 2. 84 p. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_1.pdf>.

_____. **Censo Suas 2014**: análise dos componentes sistêmicos da Política Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS, 2015a. 176 p.

_____. **Guia de Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal** – compromisso nacional para o envelhecimento ativo. Neusa Pivatto Müller (Org.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015b. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1436207288_Guia_de_poli_ticas_publicas_2015.pdf>.

CAMARANO, A. A. (Org.) **Estatuto do Idoso**: avanços com contradições. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1279>>.

CARVALHO, M. C. B. Assistência Social: reflexões sobre a política e sua regulação. **Revista Quadrimestral de Serviço Social**, ano XXVII, n. 87, set. Curitiba: Cortez, 2006.

DA SILVA, J. A. **Gestão da Política Nacional do idoso à luz da realidade de Juiz de Fora**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

LIMA, F. R. F. **Planejamento e controle externo**: a influência do PPA na definição dos temas de maior significância. Brasília: ISC/TCU, 2010.

MAIO, I. G. **Desafios da implementação de políticas de cuidados intermediários no Brasil e a situação do Ministério Público**. 2015. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Introdução à seguridade social**. Montevidéu: OIT, 1984.

PAZ, S. F. A Política Nacional do Idoso: considerações e reflexões. **A Terceira Idade**, v. 24, n. 58, 2013.

PEREIRA, P. A. P. Prefácio à 3ª edição *In*: COUTO, B. R. *et al.* **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. Curitiba: Cortez, 2014.

PESSÔA, E. M. **Assistência social ao idoso enquanto direito de proteção social em municípios do Rio Grande do Sul**. 2010. Tese (Doutorado) – PUC-RS, Porto Alegre, 2010.

RODRIGUES, N. C. Política Nacional do idoso - retrospectiva histórica. **Revista do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 3, p. 149-158, 2001.

SPOSATI, A. O. *et al.* Assistência na trajetória da políticas sociais brasileiras: uma questão em análise. *In: ____*. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. Curitiba: Cortez, 2003.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. **Relatório de Levantamento**. Brasília: TCU, TC 011.248/2014. Disponível em: <http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/011.248-2014-9%20Fisc%20Assistencia%20Social.pdf>.

MENDONÇA, J. M. B. **Políticas públicas para idosos no Brasil**: análise à luz da influência das normativas internacionais. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

SILVA, M. R. F.; YABEK, M. C. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 1, 2014.

A PNI NA ÁREA DA SAÚDE¹

Karla Cristina Giacomin²
Iadya Gama Maio³

1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa média de vida e as repercussões diretas disso na saúde pública, o Brasil, fazendo eco ao panorama mundial, tem sofrido profundas transformações demográficas, políticas e sociais (Ipea, 2010a). Simultaneamente a essa acentuada e intensa transição demográfica, o país experimenta uma transição de morbimortalidade com predomínio de enfermidades crônicas, mais complexas e onerosas, que exigem cuidados constantes (Lima-Costa *et al.*, 2011).

Assim, este capítulo intenciona examinar a implementação da Política Nacional do Idoso (PNI) no âmbito da saúde. Duas décadas depois de sua implementação, o que efetivamente mudou em termos de política de saúde da pessoa idosa? Terão os objetivos propostos sido satisfatoriamente alcançados?

2 A PROTEÇÃO SOCIAL E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A intervenção do Estado moderno nas questões sociais é uma função essencial, considerando-se a necessidade de propiciar à população algum tipo de proteção que diminua as desigualdades e que facilite as transformações políticas, sociais e econômicas advindas da época da industrialização, ocorrida principalmente na Europa. Esta intervenção estatal ocorre por meio de políticas públicas, as quais reconhecem as necessidades básicas e estabelecem um conjunto de direitos e deveres que vincula o cidadão ao Estado (Maio, 2016).

Todos os países, em maior ou menor escala, desenvolveram algum tipo de mecanismo público visando à proteção social, a qual consiste justamente “na ação

1. As autoras agradecem ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (Nespe) do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) da Fundação Oswaldo Cruz de Minas Gerais (Fiocruz Minas), na pessoa de sua coordenadora professora Maria Fernanda Lima-Costa, pelo estímulo à pesquisa na temática do envelhecimento e a complementaridade dos métodos epidemiológicos e antropológicos. Aos professores, Josélia Oliveira Araújo Firmo e Sergio William Viana Peixoto pelo apoio durante a realização deste capítulo. À Janaina de Souza Aredes a disponibilidade e a leitura cuidadosa deste material.

2. Médica geriatra da Prefeitura de Belo Horizonte; e pesquisadora do Nespe (CPqRR/Fiocruz Minas).

3. Procuradora de Justiça no Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte (MPRN); e presidente da Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (Ampid) – biênio 2015-2017.

coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência” (Viana e Levcovitz, 2005, p. 17).

A formação dos sistemas de proteção social tem origem nas necessidades das sociedades de impedir ou diminuir o impacto de determinados riscos sobre os indivíduos e os grupos sociais. Porém, as formas de concretizar as políticas variam, também, segundo a concepção de Estado (conservador, liberal ou neoliberal, intervencionista ou regulatório) e a sua relação com o mercado e a sociedade; ou seja, de como, com que peso e grau o Estado deve atuar no social (Maio, 2016; Pino e Lara, 2013).

Assim, a depender da relação estabelecida com a sociedade, adotam-se formas e padrões específicos de intervenção, feitos por meio de sistemas previdenciários, assistenciais e de saúde que, embora semelhantes do ponto de vista formal, apresentam muitas diferenças operacionais no que se refere a formas de financiamento, cobertura, tipos de programas e acesso (Pino e Lara, 2013; Ipea, 2010b).

No caso brasileiro, como salientado na *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2014* (IBGE, 2013) “dado o rápido processo de envelhecimento populacional, é importante destacar que entre os desafios que surgem neste cenário estão previdência social, saúde, cuidado e integração social dos idosos” (IBGE, 2014, p. 23).

2.1 A proteção social à velhice

Quanto à velhice, em decorrência da adoção interna de alguns tratados internacionais e da influência da concepção de Estado Social Democrático de Direito, materializadas no acolhimento de um sistema de garantias a pessoas idosas, o Brasil reconhece o direito à velhice com dignidade como um direito humano fundamental (Maio, 2016).

No Brasil, a importância da proteção social à velhice está refletida na Constituição Federal de 1988 (CF/1988). O seu art. 6º, além de assegurar como direito social a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, garante, também, o direito à saúde e o reconhecimento à assistência social aos desamparados. Assim, todo o ordenamento jurídico brasileiro resguarda o direito à vida, sendo o envelhecimento reconhecido como um direito personalíssimo, e sua proteção um direito social (art. 3º do Estatuto do Idoso). Nesse sentido, as políticas mais importantes para a população idosa seriam as da seguridade social,⁴ incluindo-se a de renda, para

4. Nessa perspectiva, a seguridade social é o “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194 da CF/1988); e assistência social é um “direito do cidadão e dever do Estado, de caráter não contributivo, capaz de prover os mínimos sociais e com o fim de garantir o atendimento às necessidades básicas do cidadão” (art. 1º da Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993). Em razão dessa determinação constitucional, foram criados os Sistema Únicos de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (Suas).

compensar a perda da capacidade laborativa, a previdência, a assistência social, a saúde, com cuidados de longa duração, a habitação, a infraestrutura, a acessibilidade, com a criação de um entorno favorável, a redução de preconceitos etc. (Ipea, 2010a).

O art. 230 da CF/1988 estabelece que: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (Brasil, 1988). A mesma premissa deste tripé constitucional norteou toda uma legislação infraconstitucional, incluindo a PNI – sancionada pela Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – e o Estatuto do Idoso – regulamentado pela Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

Quanto à proteção legal ao direito à saúde da pessoa idosa, no ordenamento jurídico brasileiro, destacam-se três dispositivos.

- 1) A CF/1988, com seus arts. 6º e 196, reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como reconhece o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.
- 2) A PNI, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996, é uma das primeiras legislações a dar “visibilidade” ao segmento idoso. Ela objetiva assegurar direitos, inclusive o direito à saúde, criando condições para promover a autonomia, a integração e a participação efetiva da pessoa idosa na sociedade, por meio de ações governamentais, via formulação de políticas públicas e programas e serviços voltados para esse público-alvo.
- 3) O Estatuto do Idoso dedica vários de seus artigos e o maior de seus capítulos a este segmento da população.⁵ O Estatuto, principal documento legal dedicado ao tema, estabelece que a prioridade absoluta à efetivação do direito à saúde do idoso deve ocorrer mediante as seguintes prerrogativas, entre outras: o atendimento preferencial imediato e individualizado do

5. O art. 15 do Estatuto do Idoso estabelece: “é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde” (Brasil, 2014).

segmento junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços; a sua preferência na formulação e na execução de políticas sociais; a garantia de seu acesso à rede de serviços de saúde local; a destinação privilegiada de recursos públicos ao setor; e a capacitação gerontológica dos profissionais.

Entende-se que, nas duas décadas seguintes à publicação da PNI, caso houvesse o cumprimento dessa lei no que se refere à área da saúde (art. 10, inciso II), o Poder Público já deveria ter sido eficiente para:

- garantir ao idoso a assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS;
- prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde da pessoa idosa, mediante programas e medidas profiláticas;
- adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS;
- elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- desenvolver formas de cooperação entre as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios, e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, municipais e do DF;
- realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, ao tratamento e à reabilitação; e
- criar serviços alternativos de saúde para o idoso (Brasil, 1994).

Dadas a abrangência e a relevância da PNI, cabe analisar se suas recomendações foram efetivadas.

3 O DIREITO À SAÚDE

A tendência moderna e atual é buscar a ampliação do acesso aos direitos fundamentais com a adoção de sistemas universais e públicos de saúde acessíveis, e que incorporem a ideia de integralidade no cuidado à saúde como direito à cidadania.

Em se tratando de sistemas de saúde, a universalidade é uma escolha de valor que implica que todos possam receber serviços de qualidade que correspondam às suas necessidades, ou seja, que tenham acesso aos serviços de saúde. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), países que se comprometam com este objetivo devem responder a perguntas complexas: o que são necessidades em saúde? Quem as define? Quais serviços cobrir? Quem os vai prestar e como? Como financiá-los? Quem paga e como? (OMS, 1978).

A responsabilidade pelo planejamento, a regulação, o monitoramento e a prestação desses serviços é definida na relação estabelecida entre o Estado e o setor privado, a depender do modelo de Estado vigente.⁶

De acordo com a OMS, conforme definição apresentada no Relatório de Alma-Ata: a acessibilidade implica a prestação contínua e organizada de serviços a que toda a comunidade tenha fácil acesso geográfico, financeiro, cultural e funcional. Por acessibilidade geográfica entende-se uma distância, o tempo necessário para cobri-la e meios de transporte aceitáveis para a população. Por acessibilidade financeira entende-se que, sejam quais forem as formas de pagamento adotadas, o custo dos serviços está ao alcance da comunidade e do país. Por acessibilidade cultural entende-se que os métodos técnicos e administrativos utilizados estão em consonância com os padrões culturais da comunidade. Por acessibilidade funcional entende-se a disponibilidade contínua de serviços apropriados a quem deles necessitar, sempre que necessitar, e proporcionados pela equipe de saúde indicada para a sua adequada prestação. A acessibilidade dos cuidados primários de saúde deve ser mensurada não só pelo seu aproveitamento ao nível comunitário como também pela medida em que podem ser resolvidos problemas mais complexos e pelo número de pacientes que requer tratamento mais especializado por parte dos outros níveis do sistema de saúde. Portanto, quando proporcionam acesso integral e universal, os cuidados primários de saúde contribuem para assegurar a utilização racional de todo o sistema de saúde (OMS, 1978, p. 44-45).

Quanto à integralidade no cuidado à saúde, ela implica que as unidades de atenção primária (centros de saúde) devam se organizar para dar à pessoa idosa todos os tipos de serviços de atenção à saúde de que necessita, ainda que alguns destes não sejam oferecidos dentro das unidades. O encaminhamento para serviços secundários, consultas especializadas, serviços terciários (hospitais) ou serviços de suporte fundamentais, como internação domiciliar, é parte dessa garantia de cuidado integral (Starfield, 2002).

Além disso, a equipe de saúde deve oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos, serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas, bem como com problemas de todos os tipos, funcionais, orgânicos ou sociais. Esse último tipo é particularmente importante, pois todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social, o qual pode predispor ou mesmo causar enfermidades (Starfield, 2002).

No nosso meio, no âmbito da Saúde, a partir da CF de 1988, vários dispositivos legais, inclusive a PNI, de 1994, e o Estatuto do Idoso, de 2003, reiteram o dever do Estado em assegurar a saúde em uma perspectiva de universalidade, integralidade

6. Sobre o assunto, ver capítulo 22 deste livro.

e equidade. Esse último princípio remete à concepção aristotélica de equidade – “se as pessoas não são iguais, não receberão coisas iguais”.

Como lembra Fleury (2011, p. 4), as reformas dos serviços de saúde dependem de um intenso apoio social para serem bem-sucedidas, mas, no Brasil, essa reforma se deu de modo singular, pois foi completamente projetada por militantes do chamado Movimento Sanitário⁷ (Paim, 2007), antes ainda da década de 1980, sendo institucionalizada na década de 1990, com a formação do SUS.

O SUS atua em 5.295 municípios por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que presta cuidados primários de saúde. As atenções secundária e terciária são realizadas por uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratadas pelo sistema em todo o país. Nas três últimas décadas, o impacto do SUS foi amplamente positivo: a mortalidade infantil diminuiu 6,3% ao ano (a.a.); a expectativa de vida aumentou 10,6 anos; e a mortalidade por doenças infecciosas diminuiu de 23% do total de óbitos em 1970 para menos de 4% em 2007 (Almeida Filho, 2011). Neste mesmo ano, 72% das mortes foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), isto é, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras; 10%, às doenças infecciosas e parasitárias; e 5%, aos distúrbios de saúde materno-infantis (Schmidt *et al.*, 2011).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 9,0% das pessoas de 60 a 64 anos relatam sofrer alguma doença cardiovascular; entre as de 65 a 74 anos, são 11,9%; e entre as de 75 anos ou mais, são 13,7%. Estas doenças são as principais causas de morte e incapacidade na velhice (IBGE, 2014).

A redução dos índices de incidência e mortalidade por DCNTs está associada ao desenvolvimento de hábitos e de um estilo de vida saudáveis. O Brasil tem posto em prática políticas relevantes de prevenção a estas doenças cujo reflexo é evidente: a mortalidade por DCNT por idade vem diminuindo 1,8% a.a. (Schmidt *et al.*, 2011). Embora os principais fatores de risco⁸ das quatro principais DCNTs citadas anteriormente sejam sensíveis à promoção da saúde e à prevenção, suas tendências na população brasileira são adversas. Portanto, demandam ações e políticas adicionais e oportunas, especialmente as de natureza legislativa e regulatória, e as que fornecem atenção custo-efetiva a condições crônicas para indivíduos afetados por DCNT (Schmidt *et al.*, 2011).

7. Movimento social que antecede a redemocratização brasileira e que se organizou em torno de uma proposta comum: a produção e a democratização dos serviços de saúde a partir de diferentes lugares, da universidade, dos sindicatos de profissionais de saúde, dos movimentos populares e mesmo do Congresso Nacional. A luta pela universalização da saúde aparece atrelada à luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia surge como condição para garantia da saúde como direito de cidadania (Fleury, 2009).

8. São eles: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável, obesidade, dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), consumo excessivo de sal e ingestão insuficiente de frutas e verduras (IBGE, 2013, p. 216).

O sucesso do Brasil em ações legislativas e regulatórias, inclusive fiscais, para o controle do tabaco deveria orientar o desafio atual de implantar ações adicionais relacionadas à dieta saudável e à atividade física (Schmidt *et al.*, 2011). Há que se reconhecer o sucesso das normatizações na redução do tabagismo e da quantidade de sal e gorduras saturadas em alimentos. Por sua vez, o favorecimento à prática de atividade física, por meio da disponibilização de academias ao ar livre e academias da saúde,⁹ também tem sido crescente. Outras ações, como o combate à obesidade infantil e a promoção de alimentação saudável em escolas, certamente, trarão resultados favoráveis no futuro (Schmidt *et al.*, 2011).

Contudo, apesar de todas as acumulações e os avanços, Feuerwerker (2005, p. 490-491) reconhece que o SUS real ainda está muito distante da proposta almejada, e suas fragilidades põem em risco sua legitimidade política e social, “especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e às maneiras de construí-la”.

Almeida Filho (2011, p. 6) defende que:

apesar disso, é preciso que sejam reconhecidos os sérios problemas que envolvem a igualdade de oportunidades, qualidade e eficiência. Insuficiência de investimentos, corrupção e a má gestão decorrente da burocracia governamental estão entre esses problemas. O principal determinante da baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede SUS é a limitação de recursos humanos, a qual, no entanto, é qualitativa, não quantitativa.

Para se ter uma ideia do tamanho da força de trabalho na saúde pública, em todo o Brasil, ela compreende 1,5 milhão de profissionais, o que faz da rede do SUS o principal empregador do país: 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos do Brasil são seus funcionários públicos.

Outros grandes desafios do SUS são a concentração de serviços nas regiões mais desenvolvidas do país e o subfinanciamento crônico (Almeida Filho, 2011).

Apesar dessas limitações, segundo Paim *et al.* (2011), houve grandes avanços no atendimento do SUS, com ampliação do acesso à atenção básica – assistência prestada nos centros de saúde ou pelas equipes da ESF – e à emergência, atingido uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal. Além disso, houve investimento forte na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, inclusive na fabricação dos produtos farmacêuticos mais essenciais ao país.

9. As academias da saúde constituem espaços de promoção da saúde com a realização de atividades físicas, práticas corporais, artísticas, informações sobre segurança alimentar e nutricional, com impacto positivo na autonomia e na mobilização da população adscrita.

Como desafios futuros, os mesmos autores realçam a necessidade de: *i*) reforma da estrutura de financiamento, para assegurar universalidade, igualdade e sustentabilidade no longo prazo; *ii*) renegociação dos papéis público e privado; *iii*) adequação do modelo de atenção, para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país; e *iv*) promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes (Paim *et al.*, 2011).

Tais desafios são políticos, pois não podem ser resolvidos na esfera técnica; somente com os esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade (Paim *et al.*, 2011). Processo semelhante de construção, com avanços e recuos, também acontece em relação à PNI no âmbito do SUS.

3.1 A evolução da PNI no âmbito do SUS

Especificamente na área da saúde, a PNI estabelece como suas competências o que determina o seu art. 10, inciso II, já aqui citado.¹⁰

Para cumprir a determinação legal, o Ministério da Saúde (MS), ao longo de sucessivas gestões, tem publicado portarias e construído diferentes estratégias. Contudo, cumpre lembrar que, além da publicação da PNI, o ano de 1994 também marca a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como modelo assistencial de atenção à saúde de toda a população brasileira.

Em janeiro de 1997, elaborou-se o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso,¹¹ que determinou a articulação e a integração de setores ministeriais para viabilizarem a implementação da PNI. Na mesma direção, a lei define ações e estratégias para cada órgão setorial, negocia recursos financeiros entre as três esferas de governo, além de acompanhar, controlar e avaliar essas ações (Brasil, 1997).

Desde 1989, o MS normatizou o funcionamento das instituições destinadas ao atendimento do idoso (Brasil, 1989), mas foi em 1998 que foram incluídos os procedimentos referentes ao atendimento a pacientes sob cuidados prolongados

10. Ver página 138.

11. Esse plano de ação foi composto por oito ministérios e a Secretaria de Desenvolvimento Urbano: Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); Educação e do Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego (MTE); MS; Esporte e Turismo; e Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). O plano tinha como diretrizes: *i*) viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, proporcionando-lhe integração às demais gerações; *ii*) promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas organizações representativas na formulação, implementação e avaliação das políticas, dos planos, dos programas e dos projetos a serem desenvolvidos; *iii*) priorizar o atendimento ao idoso por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições de garantir a sua sobrevivência; *iv*) descentralizar as ações político-administrativas; *v*) capacitar e reciclar os recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; *vi*) implementar o sistema de informações com vistas à divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos e dos programas em cada nível de governo; *vii*) estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; *viii*) priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviço; e *ix*) apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento.

e às internações em regime de hospital-dia geriátrico e domiciliar com equipe hospitalar (Brasil, 1998a; 1998b; 1998c).

Entre as normas com foco específico na pessoa idosa, destacam-se: a portaria interministerial que institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos – PNCI (Brasil, 1999a); a Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI (Brasil, 1999b); a portaria GM/MS nº 280/1999 (Brasil, 1999c), que torna obrigatório aos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes com mais de 60 anos internados; e a Portaria GM/MS nº 830/1999 (Brasil, 1999d), que autoriza a cobrança da diária do acompanhante no SIH/SUS. Em 2002, a Portaria GM/MS nº 702/2002 (Brasil, 2002) criou mecanismos para a organização e a implementação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso.

Em 2006, o MS institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006a) e o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006c).

A PNSI resulta de um consenso estabelecido a partir de um amplo debate com vários pesquisadores, técnicos, gerontólogos e geriatras de renome nacional de todo o país, convidados pelo MS a propor uma estratégia de implementação da PNI na saúde pública. Deste envolvimento resultou a instituição da imunização contra a gripe para idosos no calendário vacinal anual regular voltado para este segmento. O projeto teve exitosa repercussão na prevenção da *influenza* e de suas complicações em todo o território nacional (Daufenbach *et al.*, 2014). Além disso, pela primeira vez, normatiza-se que a atenção à saúde do idoso deve ser balizada pela capacidade funcional e pelo respeito à autonomia da pessoa idosa.

A Portaria Interministerial entre o MS e o MPAS nº 5.153, de 7 de abril de 1999, institui o PNCI, prevendo haver recursos para sua implantação de forma descentralizada em todo o país. Embora esta portaria anteceda a PNSI (que é de 13 de dezembro de 1999), ela jamais foi implementada.

Em 2002, pouco antes da promulgação do Estatuto do Idoso, o MS discute e estabelece as redes estaduais de assistência à saúde do idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002 e Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde AS/MS nº 249/2002), e determina às secretarias de saúde dos estados, dos municípios e do DF, a adoção de providências para implantação, organização, habilitação e cadastramento dos seus centros de referência. Estas redes estaduais organizadas e os centros de referência de atenção à saúde do idoso (Crisis) ficariam distribuídos por todo o território nacional, tendo como principal característica a sua polivalência. O Crasi:

diz respeito a um hospital que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada. Deve dispor, além de internação hospitalar,

ambulatório especializado em saúde do idoso, hospital-dia geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade, e a capacidade de se constituir em referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso (Brasil, 2002, p. 17-18).

Os Crasis serviriam ainda como referência para a prescrição dos medicamentos de alto custo para os portadores da doença de Alzheimer (portarias GM/MS nºs 703/2002 e 843/2002, e Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS nº 255/2002).

Originalmente, foram previstos 74 Crasis, distribuídos em todas as unidades federativas (UFs). Até a atualidade, contudo, estes ainda não foram implantados em muitos estados, e os que estão em funcionamento se concentram na região Sudeste, especialmente no estado de São Paulo, onde estão 21 dos 47 Crasis cadastrados.¹² Os Crasis, juntamente com os hospitais gerais, compõem a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, cuja gestão está a cargo das respectivas secretarias de saúde estaduais, municipais e do DF.

Embora essa proposta ainda trouxesse a marca de uma visão hospitalocêntrica que preponderava no cuidado à saúde, gerontologicamente falando, ela é bastante promissora, ao reforçar a necessidade da multidisciplinaridade, da criação de serviços dirigidos à população idosa articulados em rede, bem como da necessária capacitação dos profissionais para o cuidado a esse público. A mesma portaria previu a inclusão do cuidado a idosos com processos demenciais e a disponibilização de medicamentos específicos para o mal de Alzheimer, ambas as ações comemoradas pela comunidade gerontológica do país e certamente por milhares de famílias que lidam com esta realidade. Todavia, o fornecimento e a regulação do acesso à medicação cabem às secretarias estaduais e do DF, havendo protocolos com complexidades diferentes nas várias regiões do país.

A progressiva implantação do PSF e a sua transformação em ESF gerou a necessidade de uma adequação da PNSI à mudança do modelo assistencial na atenção básica à pessoa idosa. A Portaria GM Nº 648, de 28 de março de 2006, regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), a qual:

caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2006b, p. 10).

A atuação acontece em territórios que estabelecem a população adscrita, inclusive a parcela idosa residente, e deve ser desenvolvida em equipe de modo a detectar precocemente quaisquer agravos, realizar buscas ativas de pessoas em risco e promover a educação à saúde com uso de tecnologias simples e adequadas. A Pnab estabeleceu

12. Informações colhidas junto à Área Técnica da Saúde do Idoso, do MS, em dezembro de 2014.

a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), bem como redefiniu os

princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006b).

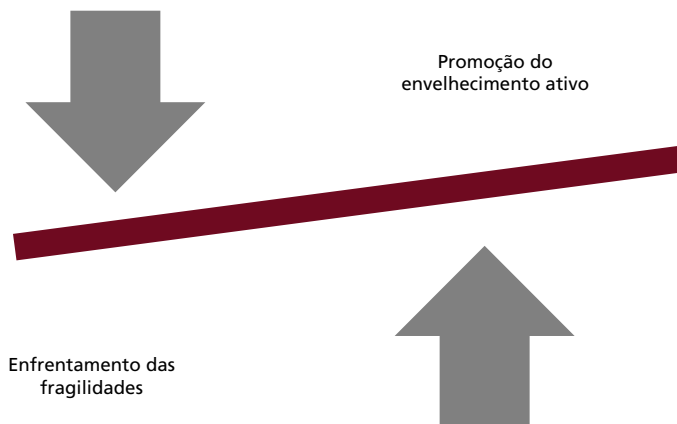
Na Pnab, a Saúde do Idoso aparece como uma das áreas estratégicas para a operacionalização da atenção básica em todo o território nacional.

Nesse momento, o país já contava com experiências de cuidado ao idoso em algumas cidades de médio e grande porte, o que justificou a criação do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa e subsidiou a publicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI (Brasil, 2006a).

Vale lembrar que a PNSPI responde ao pacto acordado em dois foros: na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do dia 5 de outubro de 2006 e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Seus propósitos podem ser traduzidos em dois grandes eixos complementares e não excludentes: o enfrentamento das fragilidades do SUS, das famílias e dos idosos; e a promoção do envelhecimento ativo, conforme proposto pela OMS (2005).

Assim, a PNSPI reitera o entendimento de que a capacidade funcional da pessoa idosa deva ser um balizador das ações dos serviços de saúde e acena para a necessidade de efetivação de políticas de cuidado para a população idosa frágil, insistindo na necessidade de apoio às famílias com idosos e na capacitação para os profissionais (figura 1).

FIGURA 1
Eixos estruturantes da PNSPI



Elaboração das autoras.

É preciso compreender que a promoção do envelhecimento ativo não deve competir nem sobrepujar o enfrentamento das fragilidades, e que será necessário investimento das três esferas de governo para garantir recursos para todas as diretrizes da PNSPI (Brasil, 2006).¹³

Nesse sentido, foi importante a construção do Pacto pela Saúde ter contemplado a saúde do idoso (Brasil, 2006c), quando se redesenharam as atribuições dos três níveis de gestão da Saúde Pública, como será demonstrado a seguir.

3.2 A saúde do idoso no Pacto pela Saúde

Em 2006, os gestores das três esferas de governo discutiram e acordaram um “pacto de gestão”, pautado no respeito às diferenças regionais, e cuja avaliação e cobrança pelo MS aconteceria com base em resultados. Esse processo mais acirrado de discussão culminou com a publicação do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006c), que revê e enfatiza a responsabilidade e as atribuições das diferentes instâncias governamentais com amplas possibilidades de adequação às especificidades regionais, sem cobrar quaisquer requisitos de estrutura, de aferimento cartorial.

O Pacto pela Saúde congrega o Pacto pelo SUS, o Pacto pela Gestão e o Pacto pela Vida, descritos a seguir.

O Pacto pelo SUS reafirma este sistema de saúde como uma política de Estado assim como os princípios que o norteiam desde a sua origem – a universalidade, a integralidade e a equidade. Além disso, reforça o compromisso de todos os níveis de governo com o seu financiamento.

O Pacto pela Gestão define as principais políticas e metas pactuadas pelas três esferas de governo para o território nacional. Cabe a cada Comissão Intergestora Bipartite (CIB)¹⁴ fazer a adaptação destas políticas e metas às condições locais, visando reforçar o movimento da gestão pública por resultados. Quanto ao financiamento, as transferências de recursos federais passaram a ser necessariamente automáticas, condicionadas somente à homologação da CIB de cada estado. Ordenadas em cinco grandes blocos – atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão – estas transferências são mantidas sob diversos critérios de alocação e incentivos.

O Pacto pela Vida retoma algumas normas operacionais básicas do SUS, por tratar dos mesmos temas, e incorpora muitos de seus conceitos. Entretanto, ele o

13. São elas: *i)* a promoção do envelhecimento ativo e saudável; *ii)* a atenção integral, associada à saúde da pessoa idosa; *iii)* o estímulo às ações intersetoriais; *iv)* o provimento de recursos visando assegurar a qualidade da atenção; *v)* o estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; *vi)* a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; *vii)* a divulgação e a informação sobre a PNSPI para profissionais, gestores e usuários do SUS; *viii)* a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e *ix)* o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Brasil, 2014).

14. Congrega cada estado e seus municípios.

faz com uma abordagem bastante diferente, estabelecendo que a atenção ao idoso deve ser prioritária. São suas diretrizes (Brasil, 2006c):

- a) A promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) O estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção;
- d) A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- e) O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- f) O provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- g) O fortalecimento da participação social;
- h) A formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- i) A divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- j) A promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- k) O apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

São sete as estratégias do Pacto pela Vida: *i)* a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa; *ii)* a divulgação do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa; *iii)* a implantação do Programa de Educação Permanente à Distância na área do envelhecimento e da saúde do idoso; *iv)* a reorganização do processo de acolhimento na rede pública; *v)* a assistência farmacêutica dirigida ao público idoso; *vi)* a atenção diferenciada na internação hospitalar, com avaliação geriátrica global do idoso internado em hospital vinculado ao Programa de Atenção Domiciliar; e *vii)* a instituição de modalidade específica para a pessoa idosa no Programa de Atenção Domiciliar.

O Pacto pela Vida estabelece seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, entre as quais, a saúde do idoso. Diferentemente do que ocorre nas demais prioridades, não são definidas metas concretas para o cuidado com a saúde da população idosa, nem quaisquer tipos de incentivos ou sanções para o gestor. Isso, de certo, modo deixa o pacto sem efeito, pois sua interpretação fica a cargo de cada gestor e do que ele considera uma atuação prioritária junto à população idosa.

A única meta destinada a idosos previa a inspeção de 100% das instituições de longa permanência para idosos (Ilpis)¹⁵ a partir da atuação da vigilância sanitária e

15. Menos de 1% dos idosos brasileiros vive em Ilpi (Camarano, 2010).

da aplicação da RDC nº 285/2003 da Anvisa, que rege as normas de funcionamento dessas instituições.

Também nesse ponto o Pacto pela Vida concorda com a PNI, a qual define que, no atendimento às pessoas idosas, devam-se “adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 1994). Mas há controvérsias: as equipes de saúde têm enormes dificuldades em assistir a população asilar residente em instituições credenciadas pelo Suas ou de caráter filantrópico. Na prática, a atenção primária consegue oferecer apenas visitas pontuais, ditadas por problemas agudos da população residente e absolutamente dependentes do interesse e da sensibilidade do gestor local para reconhecer (ou não) a instituição asilar como um domicílio de idosos. Outra maneira de fazer isso é a partir da provocação do Ministério Público (MP).

Ainda assim, caso a RDC nº 285/2003 fosse de fato aplicada e cumprida à risca, inúmeras instituições teriam sido interdidas por não garantir os recursos mínimos para o cuidado à população assistida. Dito de outra forma, o mesmo Estado que se propõe a normatizar a fiscalização dos serviços não os apoia efetivamente com recursos ou participação do serviço de saúde no cuidado às pessoas idosas institucionalizadas, exceto em situações nas quais o gestor local é sensível a esta questão (Giacomin e Couto, 2010).

Em 2009, a Portaria nº 2.669 revê as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde nos componentes Vida e Gestão, e estabelece as orientações, os prazos e as diretrizes de seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Situações relativas a doenças crônicas como diabetes, acidente vascular cerebral, cânceres (mama, útero, próstata) também contemplam pessoas idosas, mas não de modo exclusivo.

Em 2011, a publicação da Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro, reedita a Pnab e revê as diretrizes e as normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o Pacs. No texto da portaria, a questão do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa não é citada (Brasil, 2011).

Assim, até 2012, a única meta específica para a saúde do idoso foi a redução em 2% da taxa de internação hospitalar anual de pessoas idosas com fratura de fêmur.¹⁶ Porém, entre 2000 e 2014, não se verifica a redução estabelecida, conforme demonstrado na tabela 1.

16. Esse indicador, identificado pelo CID 10 S72, mede a ocorrência dessas internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. Ele é calculado pela razão entre o número de internações hospitalares por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, por local de residência, e o total da população com 60 anos ou mais, no mesmo período e local, multiplicado pela base 10.000.

TABELA 1
Taxa anual de internação de idosos, por fratura de fêmur (2000-2014)

		Internações de idosos por fratura de fêmur													
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	16.44	16.36	18.77	18.88	19.41	19.37	20.10	17.45	18.15	18.45	17.44	18.46	18.81	18.94	19.25

Fonte: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=result>>.

Cabe questionar se e como esse não cumprimento repercutiu junto a gestores e demais interessados (equipes de saúde, famílias, pessoa idosa). Nesse sentido, Louvison e Rosa (2010) discutem a fragilidade desse indicador, considerando quatro aspectos.

- 1) O numerador abrange apenas o universo das internações hospitalares na rede SUS, enquanto o denominador inclui também o conjunto de pessoas beneficiárias de seguros privados de saúde.
- 2) Ele se mostra vulnerável às inconsistências do sistema de informação utilizado na classificação do procedimento e na causa da morbidade informada. Por se tratar de um sistema de informação concebido essencialmente com finalidades de faturamento e implantação da tabela unificada (códigos de procedimentos com cobertura no SUS), a qualidade de seus dados é baixa.
- 3) A magnitude da morbidade relacionada às internações hospitalares do SIH é condicionada à oferta de serviço e à população SUS dependente, mas as reinternações computam novamente internações que podem estar relacionadas a novos procedimentos cirúrgicos e ou complicações clínicas decorrentes da mesma fratura.
- 4) A demanda reprimida para procedimentos ortopédicos hospitalares também se pode refletir em menores indicadores que não necessariamente estariam relacionados a uma melhor situação de saúde para as pessoas idosas.

Portanto, ainda segundo Louvison e Rosa (2010), se se pretende acompanhar a saúde da população idosa, será necessário: *i)* melhorar a atuação dos serviços, mediante a qualificação dos indicadores e a investigação das quedas; *ii)* promover e prevenir estes eventos com foco na atividade física e na alimentação saudável; e *iii)* instituir mecanismos na atenção básica da avaliação das quedas (preenchimento da caderneta e da classificação de risco de todos os idosos, diagnóstico e tratamento de osteoporose, e definição de referências geriátricas gerontológicas com programas para idosos caidores e de maior risco).

Nesse sentido, ao analisar os dados referentes ao estado de São Paulo, considerando que a maioria das fraturas de fêmur decorre de quedas e afeta predominantemente pessoas de 80 anos ou mais, as autoras se fizeram as seguintes questões: “se as intervenções para prevenção de quedas são mais eficazes quando direcionadas a idosos de alto risco de cair e que vivem na comunidade; sabemos quem são? Sabemos como intervir?” (Louvison e Rosa, 2010, p. 28).

Para dar conta desse grande e crescente desafio na rede pública de saúde, é fundamental promover a construção de redes integradas e intersetoriais. Isso inclui a implementação das linhas de cuidado relacionadas à síndrome da instabilidade e quedas em pessoas idosas, garantindo os pontos de atenção necessários à promoção do envelhecimento ativo e o cuidado e a reabilitação, visando manter e recuperar a capacidade funcional, e garantir qualidade de vida e dignidade à pessoa idosa (Louvison e Rosa, 2010).

Na mesma direção, no documento *Vigilância e prevenção de quedas em idosos*, publicado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES (Estado de São Paulo, 2010), Perracini e Rosa (2010) promovem uma ampla discussão sobre as principais estratégias para a prevenção de quedas de idosos, com base no modelo proposto pela OMS (2007).

Outra informação importante para analisar as condições de saúde da população idosa é a análise das causas de mortalidade e de sua evolução temporal.

3.3 Evolução da mortalidade em idosos desde a PNI

Em 2013, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) acordaram as premissas norteadoras para o processo de pactuação de indicadores. Com base nestas premissas, em 21 de março de 2013, foram definidas de forma tripartite as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013-2015 com vistas ao fortalecimento do Planejamento Integrado do SUS e à implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap). Além disso, a CIT publicou a Resolução nº 5, que prevê a possibilidade de ajuste anual do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 mediante pactuação na mesma comissão.

Embora a meta de vigilância das condições das Ilpis não mais apareça, um dos objetivos universais dessa resolução destina-se à melhoria das condições de saúde do idoso e dos portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção, visando reduzir a taxa de mortalidade prematura por DCNT (menos de 70 anos).¹⁷

17. Em artigo de revisão sobre a mortalidade em idosos, Silva, Cesse e Albuquerque (2014) reiteram que a situação socioeconômica desempenha um papel central na determinação da mortalidade de indivíduos e populações, inclusive nas faixas etárias mais velhas. Com vistas às transformações necessárias, as autoras identificaram pelo menos 24 determinantes sociais significativamente associados à mortalidade da população idosa. Entre outros, estão: *i)* residir em ambiente rural e intercontinental (residir no continente africano em comparação à Europa); *ii)* pertencer a etnias minoritárias; *iii)* estresse financeiro; *iv)* condições de habitação, escolaridade (analfabetismo); *v)* não participar de atividades sociais, tais como clubes, igreja ou bares; *vi)* não visitar amigos ou família; *vii)* não praticar artesanato regularmente; *viii)* ausência de engajamento social; *ix)* discriminação percebida de raça e gênero; *x)* tabagismo (ser fumante atual); *xi)* ter vida sedentária ou realizar atividade física média; *xii)* ser dependente em relação a atividades instrumentais de vida diária; *xiii)* realizar nenhuma ou menos que quatro atividades de lazer; *xiv)* ser homem viúvo, solteiro, viver só e ter apenas um filho, ou sem filho. Os fatores de proteção para a mortalidade da população idosa foram: *i)* consumir álcool de maneira moderada; *ii)* e apresentar fatores combinados de estilo de vida saudável, como não fumar, ser fisicamente ativo, ingestão diária de frutas e folhas verdes, e dormir mais que 6,5 horas por noite.

No Brasil, a taxa de mortalidade prematura (até 70 anos) pelas DCNTs é de 255 a cada grupo de 100 mil habitantes, número que as autoridades responsáveis pela saúde pretendem baixar até 2022 para 196 por 100 mil habitantes. Para Kanso *et al.* (2013), não existe uma idade limite da vida, tampouco está claro até que idade uma morte pode ser considerada evitável. Cabe aqui a ressalva proposta por Lloyd-Sherlock *et al.* (2015) de que a definição de morte prematura antes dos 70 anos poderia ser ela mesma uma forma de *ageism* (traduzido como etarismo ou idadismo, preconceito por questões de idade).

Feitas essas ressalvas, com base em dados do Datasus, do MS, a evolução da taxa de mortalidade em idosos, desde a vigência da PNI, está apresentada na tabela 2.

TABELA 2
Taxas de mortalidade entre idosos segundo causas selecionadas, por 100 mil habitantes¹

Capítulo CID-10 ²	Taxa de mortalidade			Variação (%)
	Ano	1996	2000	
População total				
Doenças do aparelho circulatório	1.560,9	1.370,4	1.230,9	-21,1
Neoplasias	529,0	530,7	573,4	8,4
Doenças do aparelho respiratório	516,3	453,7	462,2	-10,5
Causas mal definidas	762,9	628,3	255,2	-66,5
Doenças do aparelho digestivo	158,7	152,0	159,0	0,2
Causas externas	108,0	94,3	114,7	6,2
Doenças infecciosas e parasitárias	113,6	101,0	105,9	-6,8
Transtornos mentais	8,5	13,0	27,7	225,9
Doenças do sistema nervoso	29,8	34,8	83,9	181,5
População masculina				
Doenças do aparelho circulatório	1.664,6	1.503,0	1.382,8	-16,9
Neoplasias	647,1	659,2	721,1	11,4
Doenças do aparelho respiratório	599,0	537,5	527,8	-11,9
Causas mal definidas	833,6	711,2	292,4	-64,9
Doenças do aparelho digestivo	190,1	183,4	194,8	2,5
Causas externas	155,7	137,1	161,5	3,7
Doenças infecciosas e parasitárias	130,8	118,1	118,6	-9,3
Transtornos mentais	12,1	18,8	34,9	188,4
Doenças do sistema nervoso	32,9	36,9	78,1	137,4

(Continua)

(Continuação)

Capítulo CID-10 ²	Taxa de mortalidade			Variação (%)
	Ano	1996	2000	
População feminina				
Doenças do aparelho circulatório	1.467,1	1.261,5	1.109,1	-24,4
Neoplasias	428,0	424,8	455,1	6,3
Doenças do aparelho respiratório	443,2	383,8	409,7	-7,6
Causas mal definidas	695,7	558,4	225,4	-67,6
Doenças do aparelho digestivo	132,0	126,4	130,2	-1,4
Causas externas	68,0	59,5	77,2	13,5
Doenças infecciosas e parasitárias	98,7	87,1	95,7	-3,0
Transtornos mentais	5,5	8,2	21,9	298,2
Doenças do sistema nervoso	27,2	33,0	88,5	225,4

Elaboração do professor Sérgio Peixoto.

Notas: ¹ Taxas padronizadas por idade, usando-se como padrão a população de 2010.² Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Em ambos os sexos, um indicador que sugere a melhora da assistência à população idosa bem como da qualidade da informação é a redução em mais de 60% das mortes por causas mal definidas.

Por sua vez, a primazia das doenças do aparelho circulatório concorda com o Relatório da Global Burden of Disease (GBD), *The Global Burden of Disease Study* 2013, que analisou a mortalidade em 188 países, demonstrando que, em todos, no grupo entre 50 e 75 anos, doença isquêmica do coração e acidente vascular encefálico foram causas importantes de risco de morte, sendo a maioria homens (GBD, 2014).¹⁸

Ao analisar a evolução da mortalidade em idosos desde a PNI, outro resultado bastante expressivo é o aumento da mortalidade por transtornos mentais e doenças do sistema nervoso em ambos os sexos, especialmente entre as mulheres. Para Schmidt *et al.* (2011), as doenças neuropsiquiátricas são as que mais contribuem para a carga de doenças no Brasil. É razoável supor que, entre os idosos, esta categoria reflita o aumento da prevalência de processos neurodegenerativos, inclusive daqueles resultantes das síndromes demenciais.

Nos Estados Unidos, a doença de Alzheimer já é oficialmente a sexta causa de morte entre as pessoas de 65 anos ou mais (Alzheimer's Association *et al.*, 2014). Entretanto, esta condição pode ainda estar subestimada porque segundo dados do

18. Como exemplo da disparidade, cita-se a probabilidade de mortalidade por doença isquêmica do coração, que foi de 0,6% entre mulheres no Japão e mais de 24% dos homens na Bielorrússia. Em regiões de alta renda, o câncer de pulmão foi causa importante para o risco de morte entre homens. Câncer de próstata para os homens e de mama para mulheres também foram relevantes (GBD, 2014). No Brasil, chama atenção a mortalidade por violência interpessoal, que afeta mais os homens.

Medicare¹⁹ (2011), naquele país, um terço de todos os idosos que morreram em um dado ano foi diagnosticado com Doença de Alzheimer ou outra demência. Além disso, segundo a Alzheimer's Association *et al.* (2014), é difícil dizer se uma pessoa morreu *com* demência ou *da* demência.

De acordo com a GBD (2014), embora a prevalência das demências tenha diferido em até três vezes entre os países, ela não se modificou substancialmente entre 2010 e 2013. Contudo, as taxas de mortalidade por idade aumentaram nos países de alta renda, sendo de 25% na Dinamarca, na Suíça e na Noruega, e 46% na Alemanha. Outra ressalva é que a mortalidade contabilizada nos estudos de registros de dados e nos de autópsia verbal variou de mais de vinte vezes.

No Brasil, um estudo sobre o panorama prospectivo das demências realizado por Burlá *et al.* (2013) realça que, em nosso país, qualquer proposta de política para atender o segmento populacional idoso esbarra na carência de informações sobre a prevalência e a incidência das demências. Ainda assim, com base nas informações disponíveis, as projeções apontam para um pequeno crescimento na taxa de prevalência de demência na população com 65 anos ou mais – de 7,6% em 2010, para 7,9% em 2020, ou seja, 55 mil novos casos por ano.

No entanto, a análise da mortalidade fornece um quadro incompleto da carga de doença. Assim, outro indicador extremamente importante para uma população em processo de envelhecimento é a expectativa de vida saudável ou a esperança de vida corrigida pela incapacidade.²⁰ Trata-se do número de anos que as pessoas esperam viver sem precisar de cuidados especiais, de forma saudável, sem limitações ou incapacidades (Paschoal, 2001).

Nesse sentido, o indicador de expectativa de vida saudável resume a mortalidade e os resultados não fatais em uma única medida de saúde da população, e tem sido usado para comparar a saúde ao longo do tempo e entre países. Salomon *et al.* (2012) analisaram mudanças ao longo das últimas duas décadas em 187 países. Em 2010, a esperança média mundial de vida saudável ao nascer entre homens foi de 58,3, e de 61,8 entre mulheres. No Brasil, em 2013, as principais causas de anos vividos com incapacidade foram: dor lombar; depressão; ansiedade, diabetes, problemas de audição, outras doenças musculoesqueléticas, dor cervical, asma, enxaqueca e doença pulmonar obstrutiva crônica (Vos *et al.*, 2015).

No nosso meio, um importante estudo sobre a carga de doença no Brasil mostrou que as doenças crônicas foram responsáveis por 66% dos Dalys – enquanto as doenças infecciosas, maternas e perinatais, e deficiências nutricionais, por 24%;

19. Dados tabulados e não publicados a partir de amostra de beneficiários do Medicare de 2009, preparados por Julie Bynum, Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Care, Dartmouth Medical School, 2011.

20. Disability adjusted life years (Dalys) – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade.

e as causas externas, por 10% do total de anos perdidos²¹ (Schramm, Oliveira e Leite, 2004). Entre as doenças crônicas, destacam-se: transtornos neuropsiquiátricos (19%); doenças cardiovasculares (13%); doenças respiratórias crônicas (8%); cânceres (6%); doenças musculoesqueléticas (6%); e diabetes (5%).

3.4 Internações de idosos por causas evitáveis

No Brasil, as hospitalizações de idosos corresponderam a 30,6% do total dos custos com internações no SUS. Apenas em 2011, R\$ 3,3 bilhões foram destinados a hospitalizações de idosos. Isso representa um terço do valor gasto com internações no Brasil enquanto o contingente de idosos corresponde a um décimo da população geral (Datusus, 2012).

Para analisar essa constatação, pode-se avaliar se os motivos de internação referem-se a causas sensíveis à atenção ambulatorial ou primária à saúde (CSAPS), conceito que associa as causas de internações à implantação da Política de Atenção Primária (APS). Em geral, internações por condições sensíveis ao atendimento ambulatorial (ICSAPs) dizem respeito a admissões hospitalares potencialmente evitáveis para os seguintes problemas: distúrbios agudos (evitáveis por meio de vacinação ou outras medidas); desordens agudas passíveis de controle ainda no início (por exemplo, a pneumonia); distúrbios crônicos cujas exacerbações podem ser adequadamente controladas (por exemplo, diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva).

Em 2008, a lista brasileira de ICSAP foi elaborada pelo MS (Brasil, 2008). Os dados referentes às internações hospitalares e às ICSAPs são provenientes do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS).

Ao analisar os dados do Datusus sobre as principais causas de internações em idosos no Brasil, Fernandes (2015) considerou os anos de 2003, 2008 e 2013, e as frequências de hospitalizações de pessoas idosas por ICSAP²² distribuídas segundo UF, o índice de cobertura de ESF (número de unidade de ESF por habitantes), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o coeficiente de Gini para desigualdade de renda *per capita*, assim como a porcentagem de pessoas por faixa etária (em décadas de idade).

21. Causas externas referem-se a traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, que apresentam início súbito e são consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, incluem-se lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente e outras condições provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação).

22. Ou seja, por insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, doenças isquêmicas do coração, hipertensão arterial sistêmica, diabete mellitus, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas intestinais, asma, colelitíase e colecistite, hérnia inguinal, diarreia e gastroenterites, doenças bacterianas, desnutrição, outros sintomas e sinais anormais, doenças renais tubulointersticiais, infarto agudo do miocárdio, hemorragia intracraniana e fratura do fêmur.

No Brasil, a ESF é responsável pela totalidade dos atendimentos públicos de atenção primária. De 2003 a 2013, observa-se um aumento progressivo da população com cobertura pela ESF, havendo um crescimento maior entre 2003 e 2008 (41%) que entre 2008 e 2013 (16%). Na maioria das UFs, a cobertura da ESF aumentou, e estados como Piauí e Paraíba chegaram a coberturas de cerca de 90% de sua população em 2008 e 2013. Os lugares com menor porcentagem de cobertura da ESF foram São Paulo e DF, com 31% e 23%, respectivamente (Fernandes, 2015).²³

Nos três anos pesquisados, a porcentagem de maiores de 60 anos cadastrados na ESF aumentou progressivamente, passando de 9,1% dos cadastramentos em 2003, para 10,4% em 2008, e 12,7% em 2013. A média nacional de cobertura de ESF populacional variou de 33,94% em 2003, para 48,44% em 2008, e 55,61% em 2013 (Fernandes, 2015).

Apesar disso, os resultados desse estudo apontam que os níveis de cobertura de ESF não determinaram alterações importantes nas taxas de ICSAP entre idosos. Se avaliadas as ICSAPs com o IDH, existe uma relação inversa: quanto maior o IDH da UF, menor a porcentagem de ICSAP, sugerindo-se que as condições socioeconômicas e outros fatores como acesso a atendimento médico de qualidade, educação, renda, saneamento, alimentação, possam ser determinantes da variabilidade das taxas de ICSAP nas diversas regiões do Brasil (Fernandes, 2015).

De todo modo, no Brasil, nos anos 2003, 2008 e 2013, considerando-se a totalidade das internações, as ICSAPs sofreram uma redução progressiva, passando de 25% das internações para 21% e 19,8%, em cada ano, respectivamente. Contudo, esta redução não foi acompanhada pela faixa etária de idosos: nesse grupo, as ICSAPs representavam 28,65% das internações em 2003; 39,55%, em 2008; e 33,22%, em 2013. Uma explicação para este aumento seria o reflexo da influência do crescimento da população idosa, que passou de 8,53% da população geral em 2003, para 9,49% em 2008, e 10,98% em 2013 (Fernandes, 2015).

Porém, uma contradição a ser destacada é que entre as vinte principais causas de internação em idosos, cinco não são classificadas como ICSAP na lista do MS, inclusive a fratura de fêmur – considerada indicador de saúde da pessoa idosa (Fernandes, 2015).

Todas essas reflexões reforçam a importância da atuação da saúde e a necessidade de aprimorar os mecanismos de gestão na melhoria do cuidado à saúde da pessoa idosa.

23. As ICSAPs variaram entre as UFs: de 18,6% (Roraima) a 40,43% (Rondônia), as quais apresentavam, respectivamente, uma cobertura de ESF de 71,06% e 26,18% em 2003. Em 2008, as ICSAPs variaram de 59,9% (Rondônia) a 31,8% (São Paulo), com cobertura de ESF de 45,66% e 25,09%, respectivamente. E em 2013, a ICSAP variou de 25,5% (Rio de Janeiro) a 47,9% (Rondônia), com cobertura de ESF de 44,85% e 60,88%, respectivamente.

4 AS FORMAS DE GESTÃO DA PNI NA SAÚDE

Inicialmente, há que se valorizar o esforço da área técnica da saúde do idoso do MS nas gestões seguintes à PNI ao procurar assegurar a inclusão da temática da saúde da pessoa idosa nos variados fóruns da instituição.

Cabe destacar a agenda estratégica do MS para o período 2011-2015, que contempla, textualmente, no objetivo estratégico 6, o cuidado com a população idosa: “garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção” (Brasil, 2013b, p. 21).

Conforme previsto no Plano Plurianual (PPA) 2012-2015, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (Cosapi), do Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet), da SAS/MS conta com orçamento de R\$ 10 milhões por ano, que representa um aporte de R\$ 0,40 por idoso-ano para apoio a estados, DF, municípios, instituições de pesquisa e estudos (universidades federais e estaduais), bem como com entidades privadas sem fins lucrativos.

Os recursos financeiros, oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e repassados por meio de celebração de convênios, visam prestar apoio institucional por meio de incentivo a projetos de capacitação de profissionais de saúde, desenvolvimento de pesquisa, produção de conhecimento, realização de congresso e eventos técnicos. Para aprovação das propostas, a Cosapi define anualmente as linhas prioritárias de ações a serem apoiadas. Em matéria de saúde da pessoa idosa, elencam-se as seguintes.

- 1) Distribuição medicamentos (SUS) para doenças de Alzheimer Portaria SAS/MS nº 1.298, de 21 de novembro de 2013 e Parkinson (Portaria SAS/MS nº 228, de 10 de maio de 2010).
- 2) Campanha nacional de imunização do idoso (desde 1992).
- 3) Campanha nacional de cirurgias de cataratas.
- 4) Programa de capacitação profissional e de cuidadores de idosos (*em implantação*).
- 5) Estudos e pesquisa epidemiológica de base sobre agravos e doenças prevalentes.
- 6) Garantia de acesso do idoso aos planos de saúde privados (sem criação de subsídios), em cumprimento ao Estatuto do Idoso.
- 7) Programa da Farmácia Popular (PFPB).²⁴

24. De acordo com Santos-Pinto, Costa e Osorio-de-Castro (2012), o PFPB, criado em 2004, inicialmente estava previsto para atender pessoas com orçamento familiar entre 4 e 10 salários mínimos (SMs), tendo como foco a parcela da população que não utiliza o SUS, mas que não possui rendimentos suficientes para adquirir e/ou completar um tratamento com medicamentos de forma adequada. O elenco de medicamentos do PFPB foi definido mediante critérios epidemiológicos, considerando-se as principais doenças que atingem a população brasileira, e cujos tratamentos geram maior impacto no orçamento familiar. Até 2009 o referido programa oferecia medicamentos associados às doenças crônicas (diabetes, hipertensão) e anticoncepcionais. A partir de 2010, houve uma expansão dos medicamentos providos com a incorporação de princípios ativos associados à influenza H1N1, rinite e asma, glaucoma, osteoporose, doença de Parkinson e fraldas geriátricas.

- 8) Criação de centros de referência em assistência à saúde do idoso (em número inferior ao determinado).
- 9) Criação do Instituto de Traumatologia-Ortopedia (Into), no Rio de Janeiro (com treze leitos para atendimento aos idosos, como exemplo).
- 10) Levantamento censitário nas Ilpis conveniadas com o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) – em andamento.
- 11) Programa Melhor em Casa que visa melhorar e ampliar a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família (programa de atenção domiciliar).
- 12) Elaboração de curso de especialização de gestão em saúde da pessoa idosa e envelhecimento, na modalidade EAD (educação à distância), em parceria com a Fiocruz, contemplando o recorte racial e de gênero, até 2013.
- 13) Revisão do material didático para atualização do curso de aperfeiçoamento na modalidade EAD sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, voltado para os profissionais do SUS contemplando o recorte racial e de gênero, até 2013.
- 14) Implantação de um modelo de atenção integral à saúde da população idosa.
- 15) Qualificação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS.
- 16) Caderneta de saúde da pessoa idosa: revisão e inclusão do recorte de raça, em 2013, e previsão de distribuição de 5.500.000 de cadernetas em 2014 e 2015.

Se considerados os eixos da PNSPI, quanto à dimensão Promoção do Envelhecimento Ativo, em 2014, o governo federal publicou o *Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo* (Brasil, 2013c) que previu a criação de uma Comissão Intersetorial, cujo objetivo era monitorar e avaliar ações promovidas no âmbito deste compromisso, bem como promover articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. O Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo é coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e reúne ações de dezessete ministérios, além de estados, DF e municípios. Seus esforços são para a valorização, promoção e defesa dos direitos das pessoas idosa.

No que se refere ao enfrentamento das fragilidades, em maio de 2014, durante o XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, foi lançado o documento: *Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral* (Brasil, 2014).

Esse documento é bastante abrangente e tem como objetivo fomentar e subsidiar as discussões sobre as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS. Além disso, estabelece um modelo de atenção integral que contribui na organização do cuidado ofertado pelos estados e municípios brasileiros, potencializando as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer articulações, e qualificar o cuidado com esta parcela da população. Da sua elaboração participaram a Cosapi e o seu comitê assessor, composto por gestores, acadêmicos e especialistas na área de saúde da pessoa idosa (Brasil, 2014).

Quanto ao relacionamento entre as gestões federal, municipais e estaduais, desde a sua criação, o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa já se reuniu dez vezes. O colegiado é composto por gestores estaduais de capitais e de municípios com mais de 500 mil habitantes, responsáveis pela política de atenção à saúde da pessoa idosa nestas localidades. Ele conta ainda com convidados, representantes das parcerias intra e intersetoriais, e tem como objetivo articular e alinhar agendas estratégicas com os gestores estaduais e municipais de modo a implementar a PNSPI (Brasil, 2006a). Esta atuação está de acordo com a proposição de organizar e estruturar a atenção à pessoa idosa em redes de atenção à saúde,²⁵ com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência.

Assim, essa proposta idealizada pela Cosapi e por apoiadores contempla as dimensões funcional, social, mental e biológica da saúde da pessoa idosa. Como fazer para implementá-la?

A realização desses fóruns tem proporcionado uma rica troca de experiências nesse sentido. Contudo, o estímulo para que os gestores estaduais, municipais e do DF se responsabilizem pelo pacto de ações comuns e pela aplicação do modelo de cuidado tem sido muito mais de ordem política que financeira, haja vista a pequena dotação orçamentária da Cosapi.

Embora a PNI preveja o desenvolvimento de formas de cooperação entre as secretarias de saúde dos estados, do DF, e dos municípios, e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais, os Crasi não conseguiram alcançar uma capilaridade maior no território nacional. Na maioria dos municípios e capitais brasileiras, a aplicação efetiva da portaria nos termos atuais não encontra hospitais com a envergadura exigida, o que incorre na sua fragilização.

Além disso, a atuação do Crasis como estrutura terciária – vinculada obrigatoriamente a um hospital de grande porte, pois deve contar com hospital-dia, atendimento domiciliar, ambulatório, entre outras exigências – limita a atuação de

25. Diretriz do SUS orientada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

referência e contrarreferência²⁶ junto às equipes de saúde da família e centros de saúde, com vistas à proposição de uma linha de cuidado. Outra dificuldade da gestão diz respeito à regulação da porta de entrada destes serviços terciários, que acontece de modo variado em todo o país. Há centros com porta de entrada regulada por central de marcação de consultas e protocolos mais abrangentes, para a elaboração de planos de cuidados; outros são mais flexíveis, e os protocolos menos exigentes.

A Cosapi²⁷ reconhece a necessidade de rever a complexidade e de redefinir os termos de cadastramento e funcionamento dos Crasi para sua atuação em nível secundário, mas isso ainda não foi efetivado.

Os instrumentos de gestão também são frágeis e a Caderneta do Idoso apontada como estratégica, apesar de já estar na terceira revisão (Brasil, 2014), ainda não está, de fato, incorporada às rotinas de cuidado na rede pública de saúde.

Outra ação recente foi a publicação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) no âmbito do SUS²⁸ (Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012) que contempla, de forma agregada, toda a tabela de procedimentos, órteses, próteses e medicamentos do SUS. Além da Renases, há a Relação Nacional de Medicamentos (Rename), que trata dos medicamentos necessários ao atendimento da população, de acordo com as prescrições realizadas no âmbito do SUS por um de seus profissionais. Desse modo, a Renases e a Rename referem-se a ações e serviços de saúde que o SUS garante ao cidadão.

Quanto à atenção domiciliar, o programa Melhor em Casa é executado em parceria com estados e municípios e prevê a assistência multiprofissional e humanizada nos domicílios, com cuidados mais próximos da família. Seu atendimento é voltado para pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosas, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, sendo realizado por equipes multidisciplinares.²⁹ O Melhor em Casa atua articulado com as redes de atenção à saúde (Saúde Mais Perto de Você e Saúde Toda Hora),

26. Referência é quando o centro de saúde encaminha para o Crasi, e contrarreferência é o retorno do paciente para o centro de saúde.

27. “Estados e municípios constituem suas redes locais de atenção à população idosa considerando os serviços e programas disponíveis nos seus territórios como, por exemplo, os centros de referência, cadastrados no SUS desde a sua criação, ocorrida no ano de 2002, pela Portaria MS/SAS nº 249. No entanto, em função das atuais orientações e normativas, a reformulação desses serviços se faz necessária, de forma que se constituam enquanto serviços de atenção secundária, referenciados e regulados, de abrangência regional, articulado em rede, que se destinem a realizar ações de educação continuada (formação, atualização etc.), nos temas da geriatria e gerontologia, assistência e gestão para a saúde da pessoa idosa, realizando intervenções e métodos de investigação cuja complexidade está fora do escopo da Atenção Básica, como as ações de avaliação neuropsicológica; reabilitação cognitiva; reabilitação física; reabilitação fonoaudiológica; investigação de disfagia no idoso; diagnóstico diferencial de síndromes complexas, como síncope, quedas e demência; manejo de fármacos especiais, dentre outros, conforme apontado anteriormente” (Brasil, 2014, p. 33).

28. A Renases 2012 foi elaborada a partir das definições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e estruturada de acordo com a Resolução nº 2 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 17 de janeiro de 2012.

29. Formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta. Outros profissionais como fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e farmacêuticos também poderão compor as equipes de apoio.

ampliando o cuidado na atenção básica, na urgência e na emergência do SUS. As equipes do Melhor em Casa atuam de maneira integrada com os serviços da atenção básica, as unidades com salas de estabilização, as unidades de pronto atendimento (UPAs), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), o 192 e as unidades hospitalares (Brasil, 2014).

Em 2012, dos usuários do Melhor em casa, 68,9% eram pessoas idosas. Idosos com mais de 80 anos corresponderam a 31,1% de todos os atendidos. Isso sugere a necessidade de ampliar a articulação entre o programa e a PNSPI, com impacto na atenção das três esferas de gestão do SUS (em nível federal, estadual e do DF, e municipal).

Quanto à saúde bucal, as pessoas idosas não receberam este tipo de cuidado ao longo da vida e, em razão disso, sofrem de edentulismo. Setenta e cinco por cento dos idosos brasileiros necessitam de próteses. Além de acarretar outros problemas de saúde, isso pode afetar sua qualidade de vida (Brasil, 2014).

Outra situação precisa ser considerada: envelhecer já é uma realidade também para pessoas que nasceram com deficiências ou que as adquiriram ao longo da vida. Entende-se como pessoas com deficiência aquelas que apresentam incapacidades físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais duradouras suficientes para impedir, em interação com outros obstáculos, a sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com as demais pessoas (Brasil, 2009).

No Brasil, estima-se que 23,9% da população apresentem alguma deficiência: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. Por ordem de frequência: a deficiência visual afeta 18,6% dos brasileiros; a motora, 7,0%; a auditiva, 5,1%; e a mental ou intelectual, 1,4% (Brasil, 2012a).

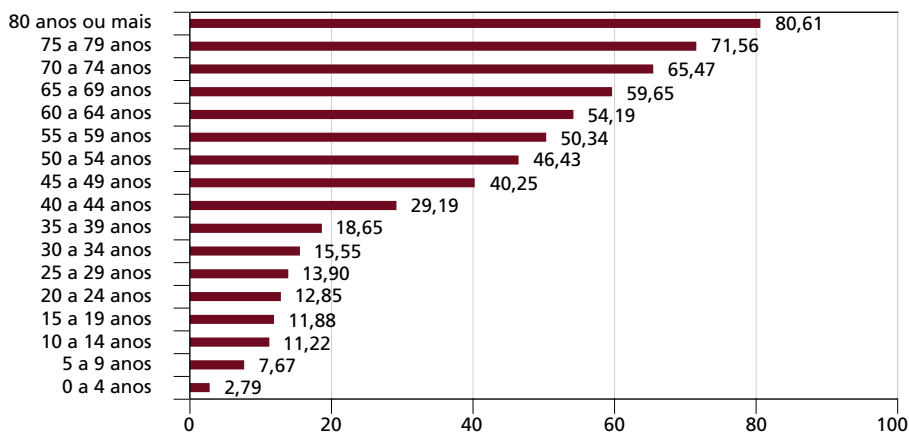
Independentemente da classificação, do tipo e do grau de deficiência, o número de pessoas com deficiência aumenta nas idades mais avançadas. Considerando-se que 67,73% das pessoas com mais de 65 anos apresentam ao menos uma deficiência, a articulação entre os profissionais de saúde da pessoa idosa e da rede de cuidados às pessoas com deficiência (RCPD) é muito importante (Brasil, 2014). Esses dados podem ser visualizados no gráfico 1.

Nesse sentido, existem Centros Especializados de Reabilitação (CERs) que integram a RCPD e investem na ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), e medidas preventivas de perda funcional, redução do ritmo da perda funcional e melhora ou recuperação da função (Brasil, 2012c).

GRÁFICO 1

Distribuição das pessoas com deficiências, segundo a idade

(Em %)



Fonte: Brasil (2012b).

Finalmente, outra articulação mandatória diz respeito às equipes de saúde mental, com destaque para os centros de atenção psicossociais (Caps). Esses pontos de atenção compostos por equipe multiprofissional visam oferecer atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares e atendimento à família; e ações envolvendo comunidades, de modo a promover a inserção familiar e social (Brasil, 2014).

Duas ausências devem ser reconhecidas: a falta de informações sobre a atenção secundária – consultas a especialistas – e o fato de todas estas análises utilizadas no capítulo se restringirem à população idosa urbana, uma vez que as diferentes etnias e as condições socioculturais não estão consideradas nos dados secundários disponíveis.

5 A PNI EXPRESSA NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2012-2015 E NO PLANO PLURIANUAL (PPA) 2012-2015

O PNS 2012-2015 estabelece como uma de suas diretrizes a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e ao fortalecimento das ações de promoção e prevenção da saúde do idoso, de modo a ampliar, sobretudo, o seu grau de autonomia e independência para o autocuidado – envolvendo familiares e comunidade. Ele prevê a adoção de um modelo que permita ampliar o acesso a uma atenção integral e propõe como um instrumento para a sua efetivação a implantação e a utilização da Caderneta de Saúde do Idoso, a ser fornecida à rede de serviços.

Esse modelo deverá organizar, por exemplo, as linhas de cuidado para idosos frágeis por intermédio da formação de cuidadores e da adequação da estrutura dos pontos de atenção da rede, de forma a melhorar a acessibilidade e o acolhimento, bem como fortalecer as ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável, com foco na atenção básica. Insere-se nesse modelo a ampliação da atenção biopsicossocial à pessoa idosa em situação de violência.³⁰

Entre as iniciativas estratégicas, constam: *i)* definição de um currículo nacional básico para a formação de cuidadores; *ii)* acordo de mecanismos que assegurem o atendimento da determinação legal de acesso prioritário da pessoa idosa aos serviços; e *iii)* ampliação do acesso de idosos a órteses e próteses.

No tocante às DCNTs, deverão ser estabelecidas as linhas de cuidados na atenção à pessoa idosa. Isto será feito a partir do plano de ações estratégicas para o enfrentamento dessas doenças no Brasil, abrangendo o aprimoramento da vigilância e do cuidado aos seus portadores. Essas linhas de cuidado compreenderão projeto terapêutico adequado, a ser vinculado ao cuidador e à equipe de saúde.

Outra prioridade será o fortalecimento da assistência farmacêutica, com ampliação do acesso aos medicamentos e aos insumos estratégicos previstos nos protocolos clínicos, bem como a consolidação de estratégias para o aumento da adesão ao tratamento das DCNTs. Igualmente, serão fortalecidas as medidas voltadas ao atendimento integral nos casos de acidentes e doenças que resultem em deficiências. Além disso, atenção especial deverá ser dada ao monitoramento de eventos medicamentosos adversos.

O PNS estabelece que o MS atuará para fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços, com vistas a definir fluxos de referência e contrarreferência, bem como as respostas aos idosos portadores de DCNTs, mediante a vinculação dos pacientes às unidades básicas de saúde (UBS). Serão promovidas também medidas para formação profissional, técnica e de qualificação das equipes, fortalecendo, por exemplo, o cuidado ao paciente com doenças circulatórias na rede de atenção à urgência.

As metas definidas foram:

- capacitar quatrocentos profissionais para o desenvolvimento do processo de qualificação da gestão e das redes de atenção integral à saúde do idoso nos estados e municípios até 2015;
- capacitar 5 mil profissionais em saúde do idoso e envelhecimento ativo na modalidade até 2015; e

30. Sobre o assunto, ver capítulo 18 deste livro.

- realizar, anualmente, inquérito telefônico para vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas.

Assim, o PNS 2012-2015 é absolutamente coerente com o que está proposto na PNI, mas fica a dever na questão da garantia de financiamento, a qual está explicitada no PPA 2012-2015 do MPOG, coordenado pela Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos.

No documento orçamentário, raras vezes a saúde do idoso foi contemplada e quando o foi as ações com impacto na população idosa tiveram suas previsões revistas, ou porque foram excluídas (capacitação de quatrocentos profissionais para qualificação da gestão e das redes de atenção integral à saúde do idoso nos estados e municípios), ou porque foram reduzidas para uma abrangência menor que a originalmente proposta (reformulação da caderneta de saúde da pessoa idosa; por exemplo).³¹

6 OUTROS DISPOSITIVOS PREVISTOS NA PNI

O Decreto nº 1.948/1996, que regulamentou a PNI, previu uma série de ações governamentais na área da saúde, que infelizmente ficaram apenas no papel. Entre elas, destacamos:

- incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do DF e municipais;
- elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e
- criar serviços alternativos de saúde para idosos (Brasil, 1996).

Quanto à inclusão de geriatras na rede pública de todo o país, trata-se mais da exceção que da regra. O Datasus não possibilita verificar o número de serviços hospitalares geriátricos. Na prática, a pessoa idosa é tratada como um adulto velho que se interna. Cidades de maior porte e estados mais ricos contam com recursos hospitalares mais adequados do ponto de vista físico e de recursos humanos para o cuidado da pessoa idosa. Novamente, caso fossem aplicadas as normas de fiscalização aos hospitais no que se refere à acessibilidade, à biossegurança e ao número de funcionários recomendado para atender adequadamente esta parcela da população, grande parte deles não cumpriria tais requisitos. Além disso, a hospitalização muitas vezes reflete a dificuldade de acesso na atenção primária e representa um risco a mais para o declínio funcional de idosos (Louvison e Rosa, 2010).

31. Os critérios definidos para financiamento e repasse de recursos serão regulamentados em atos normativos específicos a serem editados pelo MS, e podem ser consultados na Portaria Interministerial nº 507, de 24 de novembro de 2011, e na *Cartilha para Apresentação de Propostas* (Brasil, 2013a), do FNS. Para mais informações, consultar a página Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/808-sas-raiz/daet-raiz/saude-da-pessoa-idosa/11-saude-da-pessoa-idosa/12582-financiamento>>.

Finalmente, a PNI propõe a criação de serviços alternativos de cuidado à pessoa idosa: centros-dia, hospitais-dia, serviços a domicílio.³² Infelizmente os resultados neste tocante também não são bons. Até aqui, eles não compõem em absoluto a intenção dos gestores, tampouco integram a lista de prioridades do MP em relação à garantia de direitos da pessoa idosa, como identificado em pesquisa realizada junto a este segmento (Maio, 2016).

Um estudo recente realizada por Maio (2016) buscou conhecer como o MP, no âmbito estadual e no DF, tem atuado na temática das políticas públicas voltadas à proteção da pessoa idosa. A autora constata que a questão dos cuidados de longa duração, especialmente quanto aos cuidados intermediários, pouco avançou e não vem sendo objeto de preocupação nem de escolha pela maioria dos membros do MP.

Segundo a PNSPI, quando se trata da articulação intersetorial, os gestores do SUS deveriam estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e à integração institucional viabilizadora da consolidação de compromissos multilaterais efetivos (Brasil, 2006a). Por exemplo, junto ao Suas deveria, entre outras ações, buscar a implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Ilpis, bem como o estabelecimento de centros de convivência e centros-dia, conforme previsto no Decreto nº 1.948/1996 (Brasil, 1996).

No Brasil, o número de centros-dia é irrisório (IBGE, 2010), e não existe uma Política Nacional de Cuidados, apenas iniciativas pontuais, como a adotada pelo estado de São Paulo³³ ou pelo município de Belo Horizonte.³⁴ Apesar da sabida heterogeneidade do segmento populacional idoso, o que acarreta diferentes necessidades de cuidado, nota-se ainda a falta de compreensão das vantagens do oferecimento de novos serviços voltados para este público e uma atuação praticamente direcionada à fiscalização das Ilpis, a qual aparece como atuação preponderante dos promotores. Para a autora, esta não pode nem deve ser a única faceta do direito ao cuidado na velhice (Maio, 2016).

Além disso, infelizmente, em todo o país, a articulação política e institucional entre a saúde e a assistência social na organização de modalidade de cuidados integrais ainda está mais dependente das pessoas que de uma política instituída

32. Serviços destinados a prevenir internações hospitalares tradicionais e a favorecer o cuidado familiar de idosos portadores de doenças crônicas e incapacitantes.

33. As autoras fazem referência ao programa pioneiro São Paulo Amigo do Idoso, que tem por finalidade atender o idoso semi-independente e apoiar as famílias impossibilitadas de prover suas necessidades, representando o fortalecimento da rede de Proteção Social Especial e a inovação na oferta de políticas públicas para a população idosa do estado, com a meta de implantar, no mínimo, cem centros-dia em diversos municípios paulistas.

34. Em Belo Horizonte, cabe destacar o programa Maior Cuidado, uma experiência inovadora de apoio ao cuidador familiar e às pessoas idosas que não possuem cuidadores familiares disponíveis diurnos. Com recursos do próprio município, esse programa, que teve seu início em 2011, prevê a contratação de cuidadores formais para colaborar e, em alguns casos, substituir o cuidador familiar em algumas tarefas (Sartini e Correia, 2012).

com uma rede de serviços e mecanismos de gestão definidos. Desse descompasso resultam grandes dificuldades no trabalho intersetorial destinado ao cuidado de pessoas idosas em todo o país.

O MS também desenvolveu o projeto piloto Observatório Nacional do Idoso, com o objetivo de garantir subsídios para a construção de uma linha de cuidado para a pessoa idosa articulada com as redes de atenção já existentes. Essa iniciativa foi uma parceria entre o MS, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (em São Paulo) e a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Atualmente, está implantado um Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso,³⁵ desenvolvido como uma iniciativa conjunta entre a Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa do MS e o Laboratório de Informação em Saúde (LIS), do ICICT/Fiocruz. Atualizações e adaptações periódicas são previstas, e os interessados podem consultar o Sisap Idoso e contribuir com sugestões e comentários.

6.1 A realização de pesquisas

Nessas duas décadas, outra atuação louvável da gestão federal diz respeito à realização de várias pesquisas de interesse da população idosa que têm sido desenvolvidas com o apoio direto do MS.

Pesquisas de abrangência local e regional buscam o aprimoramento do cuidado à pessoa idosa. Infelizmente, não foi possível contemplar todo o universo dessa atuação federal. Para ilustrar, destacam-se aquelas de âmbito nacional que ainda estão em curso, entre elas: o Inquérito Nacional sobre Fatores de Risco e Proteção de Doenças Não Transmissíveis (Vigitel); e o censo das Ilpis credenciadas ao Suas. E, de âmbito internacional, o Estudo Longitudinal da Saúde e Bem-estar dos Idosos Brasileiros (Elsi).

O Vigitel é realizado anualmente, desde 2006, por meio de entrevistas telefônicas. Os fatores de risco e de proteção investigados no Vigitel estão entre os principais fatores modificáveis responsáveis pelas mortes por DCNTs e por substancial fração de doenças decorrente destas enfermidades. Este inquérito e seus dados são representativos da população adulta residente nas capitais dos 26 estados brasileiros e do DF (Brasil, 2012a).

O levantamento censitário das Ilpis credenciadas ao Suas está sendo realizado em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ele prevê a realização de um inquérito presencial junto a todas as Ilpis credenciadas ao SUS e a avaliação da saúde de idosos institucionalizados nestes serviços.

35. Para mais informações, consultar a página do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (Sisap Idoso). Disponível em: <<http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/>>.

Quanto ao Elsi, o Brasil é o primeiro país da América do Sul a participar do consórcio Estudo Longitudinal das Condições de Saúde e Bem-Estar da População Idosa. O estudo já está em curso e deve incluir cerca de 10 mil idosos, em amostra probabilística da população idosa brasileira, incluindo-se a Região Norte. O objetivo principal desta pesquisa é investigar a evolução e a realidade das condições de saúde, da capacidade funcional e do uso dos serviços de saúde entre os idosos. Os tópicos mais importantes do estudo dizem respeito à situação socioeconômica, com destaque para aposentadoria e pensões e suas consequências para a saúde, a estrutura domiciliar e familiar, as situações comuns aos vários países participantes. Isto possibilitará comparações internacionais em relação a pesquisas similares em curso nos Estados Unidos, no Canadá e em onze países europeus, além do Japão, da Índia, da China e da Coreia do Sul.

Como lacunas da PNI ressalta-se a falta de qualquer menção à questão dos cuidadores³⁶ e dos cuidados paliativos.³⁷ Esta última ausência contribui para uma má qualidade de morte em nosso país: entre quarenta países, o Brasil ficou apenas em 38º lugar no *ranking*, à frente apenas de Uganda e Índia. O país mais bem colocado no quesito qualidade de morte foi o Reino Unido. A lista, elaborada pela Economist Intelligence Unit (EIU) leva em conta itens como o sistema de saúde, os custos, as barreiras culturais e o acesso a analgésicos, por exemplo (The 2015..., 2015). Isso revela o quanto ainda será necessário investir na formação profissional paliativista, na abertura de *hospices*, instituições cuja filosofia de cuidado se destina ao acompanhamento e ao suporte às pessoas de todas as idades em seu processo de morte.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesses vinte anos de consolidação da PNI, observam-se grandes avanços legislativos na proteção à pessoa idosa. Entretanto, estes avanços nem sempre encontram correspondência na efetividade das políticas públicas, que deveriam assegurar o fornecimento de serviços integrados e coordenados, a fim de possibilitar uma vida longa e de qualidade, com saúde e dignidade, para todo o cidadão brasileiro. Falta assegurar e cobrar os meios para materializar os objetivos da PNI.

No âmbito da Saúde, observa-se a concretização do SUS, com expressiva melhoria do acesso aos serviços de saúde em todo país, conforme demonstrado nas Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – Pnad (IBGE, 2003; 2008;

36. Sobre o assunto, ver capítulo 19 deste livro.

37. Entende-se por “cuidados paliativos” segundo a OMS (2002), as ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e dos familiares que enfrentam problemas associados com doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, de identificação precoce, da avaliação correta e da promoção do controle da dor, do alívio de outros sintomas, do suporte psíquico-espiritual e social, que devem estar presentes desde o diagnóstico até o final da vida.

2013). Contudo, no que se refere à parcela idosa, pode-se inferir que os avanços reflitam muito mais a implementação do SUS que propriamente a influência ou a incorporação da PNI nesse processo.

Talvez em razão disso, o legislador repetiu no Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) as mesmas determinações para o direito à saúde existentes na PNI, exigindo ainda prioridade à parcela idosa nos serviços públicos e privados de atendimento. Porém, o próprio Estatuto do Idoso tem sido descumprido, se considerado o direito à prioridade (art. 3º, parágrafo único), na formulação e na execução de políticas públicas específicas, e na destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção social. Digno de nota é a falta de atuação efetiva da Coordenação da Política Nacional do Idoso, atualmente lotada na SDH/PR, no favorecimento e articulação da implementação da PNI em todo o país.

Em um contexto de envelhecimento populacional, os cuidados com a saúde exigem investimentos em recursos humanos, físicos, farmacológicos e tecnológicos. Contudo, na análise macropolítica da saúde pública brasileira, as especificidades do cuidado à população envelhecida permanecem ainda periféricas. No âmbito da micropolítica, a Cosapi e as suas congêneres estaduais e municipais também sofrem com recursos humanos e infraestrutura insuficientes, e a dotação orçamentária em descompasso com a magnitude e a complexidade das demandas. Por sua vez, de modo paradoxal e inepto, espera-se das respectivas gestões soluções mágicas e verticais para os problemas cotidianos.

Muitas vezes, os aspectos formais garantidos no plano legal não correspondem ou demoram a se expressar em mudanças práticas de direitos e coberturas. Assim, a (não) efetivação da PNI na saúde reflete questões de ordem estrutural ou de escolha política no sistema geral de saúde pública e afeta diretamente os programas voltados à pessoa idosa.

- 1) O SUS, embora universal, persiste com a segmentação e a fragmentação dos serviços.
- 2) A aposta na estruturação da atenção primária via ESF ainda não contempla a especificidade da família com uma pessoa idosa.
- 3) A integração e a coordenação da assistência à pessoa idosa com os demais serviços para além da atenção primária ainda é muito frágil.
- 4) A falta de metas e indicadores relativos à população idosa aplica-se aos três níveis de atenção e impossibilita medir os efeitos sobre o cuidado oferecido à parcela idosa.
- 5) O financiamento público para a saúde ainda é largamente insuficiente.

Ainda que a ESF tenha avançado numericamente e em termos de abrangência territorial, a abordagem da família com pessoas idosas não está sistematizada. O acesso ao serviço melhorou, mas a qualidade do cuidado à população idosa deixa a desejar, haja vista o aumento no número de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária neste segmento. Também faltam políticas destinadas aos cuidados de longa duração e aos cuidados paliativos.

Os programas destinados à pessoa idosa são limitados e quase sempre dependentes de pessoas, não de políticas sistematizadas, chegando-se a conclusão de que a PNI não está efetivada a contento. Como se fosse possível ignorar ou minimizar a relevância do envelhecimento populacional, o Estado brasileiro nega-se a reconhecê-lo como um dos eixos que deveriam dimensionar a sua atuação em todas as políticas públicas.

Esse comportamento de resistência certamente torna ainda mais complexa a obrigação de cumprir a PNI e os seus desdobramentos no que se refere à saúde pública e ao desafio de promover sua integralidade para a garantia de cuidados ao longo de toda a vida, inclusive na velhice.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160 p. (Coleção Temas em Saúde).

ALZHEIMER'S ASSOCIATION *et al.* Alzheimer's disease facts and figures. **Alzheimer's & Dementia**, v. 10, n. 2, p. e47-e92, 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 17.297-17.298, 27 set. 1989. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1d0c748047458d179617d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+810-1989.pdf?MOD=AJPERES>>.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, 3 de jul. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>.

_____. Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do idoso. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1997.

_____. Portaria nº 2.413/1998. Internação domiciliar a pacientes crônicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.

_____. Portaria nº 2.414/1998. Credenciamento e critérios para realização de internação em hospital-diagériátrico. Brasília: Ministério da Saúde, 1998b.

_____. Portaria nº 2.416/1998. Hospitalizações de longa permanência. Brasília: Ministério da Saúde, 1998c.

_____. Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153, de 7 de abril de 1999. **Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social, 1999a. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/legislacao/portaria5153.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, 13 dez. 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999c/prt0280_07_04_1999.html>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 830, de 24 de junho de 1999d. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM_P830_99acomp.doc>.

_____. Portaria MS nº 702, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf>>.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso: 8 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Poder Executivo. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 out. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, n. 61, p. 71, 29 mar. 2006b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 fev. 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 1, n. 75, p. 70, 18 abr. 2008.

_____. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, 25 ago. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 24 out. 2011. Seção 1.

_____. **Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) – Vigitel, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Cartilha do Censo 2010**. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília: SDH/PR, 2012b. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>.

_____. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 24 abr. 2012c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>.

_____. **Cartilha para Apresentação de Propostas**. Brasília: MS, 2013a. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/MinSaude/cartilha-para-apresentao-de-propostas-no-ministerio-da-sade>>.

_____. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015**: resultados e perspectivas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf>.

_____. Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui a Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1º out. 2013c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8114.htm>.

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 30. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/01/Diretrizesaten---opessoaidosa.pdf>>.

BURLÁ, Claudia *et al.* Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000019>>.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Ministério da Saúde/SAS**: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: Datasus, 2012.

DAUFENBACH, Luciane Zappellini *et al.* Impacto da vacinação contra a influenza na morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100002&lng=pt&nrm=iso>.

ESTADO DE SÃO PAULO. **Vigilância e prevenção de queda em idosos**. São Paulo: SES, 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001_site.pdf>.

FERNANDES, Sheila Ferreira. **Hospitalizações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Brasil**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015.

FEUERWERKER, Laura M. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Cien Saude Colet**, 14 mar. 2009. 743-752 p.

_____. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. **The Lancet**, 9 maio 2011.

GBD – GLOBAL BURDEN OF DISEASE. Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. **The Lancet**, v. 385, n. 9963, p. 117-171, 2014.

GIACOMIN, Karla C.; COUTO, Eduardo C. A fiscalização dos ILPIs: o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela 74** – municípios total e com existência de centro de dia e centro de múltiplo, por tipo de unidade, segundo as grandes regiões e as unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. Perfil dos municípios brasileiros: 2009. IBGE Corordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=244692>>.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. n. 32. (Pnad 2013).

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Pnad 2009** – primeiras análises: tendências demográficas. Brasília: Ipea, 2010a. n. 64. p. 19-23.

_____. **Perspectivas da política social no Brasil**. Brasília: Ipea, 2010b. Livro 8. (Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro).

KANSO, S. *et al.* A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 735-748, abr. 2013.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

LLOYD-SHERLOCK, Peter *et al.* **A premature mortality target for the SDG for health is ageist**. New York: Elsevier, 2015. v. 385, n. 9983, p. 2147.

LOUVISON, Marília Prado; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. **Vigilância e prevenção de quedas em idosos**. São Paulo: SES, 2010. p.7-6.

MAIO, Iadya Gama. **Pessoa idosa dependente**: políticas públicas de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público. Curitiba: Juruá, 2016.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Report of the International Conference on Primary Health Care**. In: XX CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, URSS: The World Health Organization, 1978.

_____. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Opas, 2005.

_____. Who Global Report on Falls Prevention in Older Age. Genebra: OMS, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf>.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. 2007. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=576>.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* The Brazilian health system: history, advances and challenges. **The Lancet**, 9 maio 2011.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2001. Dissertação (Mestrado em medicina preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/>>.

PERRACINI, Monica R.; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Estratégias para prevenção de quedas em pessoas idosas. In: LOUVISON, Marília Prado; ROSA, Tereza Etsuko da Costa (Org.). **Vigilância e prevenção de quedas em pessoas idosas**. São Paulo: SES/SP, 2010. p.41-58.

PINO, Eloísa del; LARA, Maria Josefa Rubio (Ed.). **Los estados de bienestar en la encrucijada**: políticas sociales en perspectiva comparada. Madrid: Tecnos, 2013.

SALOMON, Joshua A. *et al.* Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2144-2162, 2013.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; COSTA, Nilson do Rosário; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2963-2973, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600034&lng=en&nrm=iso>.

SARTINI, C. M.; CORREIA, A. M. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. **Pensar/BH Política Social**, n. 31, p. 10, 13 mar. 2012.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, 9 maio 2011.

SCHRAMM J. M.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897-908, 2004.

SILVA, V. de L.; CESSÉ, E. A. P.; ALBUQUERQUE, M. de F. Determinantes sociais da mortalidade do idoso: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 12, p. 178-193, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

THE 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. **Economist Intelligence Unit**, New York, 2015. Disponível em: <<http://www.economistinsights.com/healthcare/analysis/quality-death-index-2015/fullreport>>.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção social: introduzindo o debate. *In*: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; IBÁÑEZ, Nelson (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

VOS, Theo *et al.* **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013**. *The Lancet* 386.9995 (2015): 743-800.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. Geneva: WHO, 2002.

_____. **WHO global report on falls prevention in older age**. Geneva Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/>.

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO: REFLEXÃO ACERCA DAS INTENÇÕES DIRECIONADAS À EDUCAÇÃO FORMAL

Meire Cachioni¹

Mônica de Ávila Todaro²

1 INTRODUÇÃO

Na busca da efetividade dos princípios constitucionais, foi implementada no Brasil a Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994 (Brasil, 1994), que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). Resultado de inúmeras discussões, esta política adota como princípios basilares garantir ao idoso os direitos de cidadania efetiva na sociedade, avaliando a sua autonomia e integração social, bem como a promoção do bem-estar e do direito à vida, colocando estes princípios como deveres do Estado e das famílias. Dessa forma, após o advento desta lei, o Estado proíbe qualquer tipo de discriminação às pessoas com idade avançada, bem como incentiva a difusão de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento à população brasileira.

A PNI surge no cenário brasileiro como a explicitação das políticas que o Estado estabelece em relação às pessoas idosas. Sua estrutura se apresenta dividida em quatro capítulos: *i*) Da finalidade (arts. 1º e 2º), que define quem é o idoso a partir de um único critério, o cronológico; *ii*) Dos princípios e das diretrizes (arts. 3º e 4º), que traz alguns postulados norteadores da ação social; *iii*) Da organização e gestão (arts. 5º a 9º), que atribui ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) a coordenação da PNI; e *iv*) Das ações governamentais (arts. 10 a 22), que trata da implementação da PNI nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer.

No que tange às questões ligadas à educação, seis intenções são destacadas no documento. Neste capítulo, três delas, relacionadas principalmente à educação formal, são apresentadas e discutidas.

1. Professora associada da Universidade de São Paulo (USP); e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (Each) da USP.

2. Pedagoga; mestra em gerontologia; doutora em educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); e docente do mestrado em gerontologia da Each/USP.

2 PARA ADEQUAR CURRÍCULOS, METODOLOGIAS E MATERIAL DIDÁTICO AOS PROGRAMAS EDUCACIONAIS DESTINADOS AO IDOSO

Para que se possa refletir acerca das questões relativas ao currículo e às metodologias para o ensino de pessoas idosas, é primeiro necessário identificar se existem programas exclusivos a esse segmento e quais são suas características.

No Brasil, a educação permanente, no contexto do envelhecimento, encontra-se nos espaços de aprendizagem destinados a educação formal e não formal. A educação de jovens e adultos (EJA), modalidade de ensino do âmbito da educação formal, voltada às pessoas analfabetas ou com pouca escolarização, atende ao idoso, mas não pode ser considerada como um programa educacional destinado exclusivamente a este segmento. Nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a EJA – Parecer da Câmara de Educação Básica (CEB) nº 11/2000 –, o idoso é citado, porém como um possível perfil de aluno integrante dessa modalidade. Apesar da inclusão do idoso na EJA, percebe-se que caracterizá-lo como adulto, não contempla suas necessidades educacionais.

Quanto aos jovens e adultos, sabe-se que são, basicamente, “não crianças” e, por este motivo, não podem ser vítimas de métodos e materiais infantilizados. Todaro e Lima (2010) constataram, em pesquisa, uma inadequação da organização dos espaços escolares, do uso do tempo e dos materiais didáticos, que infantilizam os aprendizes. Além disso, os preconceitos dos educadores em relação a esses alunos são uma constante que, na visão dessas autoras, precisa ser analisada e levada em consideração quando da proposição de alternativas metodológicas.

Esse território da educação não diz respeito a reflexões e ações educativas dirigidas a qualquer jovem ou adulto, mas delimita um determinado grupo de pessoas no interior da diversidade de grupos culturais da sociedade contemporânea. É geralmente constituído pelos migrantes que chegam às grandes metrópoles provenientes de áreas rurais empobrecidas, filhos de trabalhadores rurais não qualificados e com baixo nível de instrução escolar ou analfabetos. Geralmente tem uma passagem curta e não sistemática pela escola e trabalham em ocupações urbanas não qualificadas, após experiência no trabalho rural, na infância e na adolescência. Buscam a escola tardiamente para serem alfabetizados ou cursarem algumas séries do ensino supletivo (Marques e Pachane, 2010; Pereira, 2012).

Os idosos que frequentam a EJA representam cerca de 3% das matrículas do segmento no país, segundo o Censo Escolar 2012, e fazem parte de uma parcela da população que não teve oportunidade de frequentar a sala de aula na “faixa etária apropriada”. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2012, mais de 10 milhões de brasileiros com mais de 60 anos não sabem ler ou escrever. O perfil sociodemográfico dos idosos brasileiros, elaborado pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço Social do Comércio (Sesc) em 2007, detalha melhor

o cenário. Segundo o estudo, o analfabetismo funcional atinge 49% das pessoas acima de 60 anos. Entre elas, 18% não receberam educação formal, e 89% não concluíram o ensino fundamental.

Entre os idosos, a procura pela escola está relacionada à realização de uma vontade antiga de aprender os conteúdos escolares. Saber ler e escrever é uma condição frequentemente associada a ter uma vida melhor. A influência da escolaridade de filhos e netos é outro fator que impulsiona os mais velhos a estudar. É comum o desejo de auxiliar na lição de casa das crianças ou participar mais ativamente da educação delas. A busca por independência é outra razão. Não precisar mais de vizinhos ou familiares para ler documentos ou identificar as informações em rótulos dos produtos, entre outras atividades em que a leitura é necessária, é comumente citado. Com o tempo, as expectativas se ampliam. As justificativas para continuar são várias e estão ligadas, sobretudo, às conquistas relacionadas à escola. Sentir-se mais seguro para comentar os acontecimentos atuais, ver beleza na letra de uma música, fazer amigos e se sentir parte de um grupo social, são exemplos. Estudar, para esse grupo, segundo Coura (2007), significa, principalmente, a chance de alargar horizontes.

Pode-se afirmar, que os agrupamentos de estudantes nas salas de aula da EJA caracterizam-se pela heterogeneidade, tanto no que diz respeito aos ciclos de vida em que estão, às suas biografias e identidades, às suas disposições para aprender, às suas necessidades formativas, como em relação às representações sobre o ler e escrever, os conhecimentos e as habilidades construídos em suas experiências de vida (Vóvio, 2010).

Enfrentar a heterogeneidade é, portanto, um desafio cotidiano para a prática pedagógica de professores que atuam nessa modalidade. A presença de alunos com faixas etárias tão discrepantes em uma mesma sala de aula requer dos educadores um cuidado especial na preparação das aulas e na seleção do material utilizado, visando sempre atender às diferentes necessidades.

Concentrando-se nos alunos idosos, eles possuem um perfil próprio que exige uma atuação dialógica, afetiva, sistematizada, pautada em pressupostos teóricos que consigam dar conta da sua singularidade histórica. Os alunos idosos da EJA são sujeitos da experiência e suas vidas são pontuadas por situações-limite em que souberam parar, pensar, sentir, ponderar e agir. Ao ir/voltar para a escola, querem viver essa experiência escolar como as outras já vividas ao longo de suas existências.

Educar este grupo requer, também, conhecimentos específicos sobre a velhice. A função de alfabetizar é do pedagogo que, historicamente, apresenta uma formação mais voltada à infância e à adolescência. Segundo Marques e Pachane (2010), do idoso, pouco se conhece. Desde a antiguidade, o papel do pedagogo está relacionado à infância, por isso, a introdução da formação de jovens e adultos já é um desafio

em relação a essa formação. Mais ainda ao se pensar na prática educativa de lidar com as especificidades decorrentes do trabalho com idosos.

Como adequar currículos, metodologias e material didático sem conhecer o aluno? Como atender às diferentes necessidades e expectativas dos estudantes? Como flexibilizar o currículo a fim de atender as diversas faixas etárias e especificidades culturais?

Ao discutir sobre a diversidade etária discente nas salas de aula da EJA, Braga (2011) entrevistou professores que afirmaram que lidar com a diversidade etária é muito difícil, pois exige melhor preparação das aulas e seleção do material didático que será utilizado, a fim de suprir tanto a necessidade do aluno mais jovem quanto do aluno com mais idade. Consta-se que a diversidade, não somente etária, mas social, cultural, étnico-racial, sexual entre outras, exige do educador dessa modalidade de ensino uma formação específica e continuada.

Por meio de pesquisas realizadas, cujo tema é a EJA, alunos idosos e formação docente, diferentes autores relatam experiências de iniciativas dos próprios professores ou coordenadorias, que, em suas salas e unidades, recebem um número mais significativo de educandos idosos. Outros destacam a precariedade de conhecimento para ensinar a alunos dessa faixa etária.

É precária a formação inicial de muitos professores, o que é evidenciado não apenas pelos relatos registrados no projeto pedagógico, como também por uma breve análise das matrizes curriculares dos cursos de formação dos pedagogos que atuam na EJA. A preparação para o trabalho com idosos é ainda mais deficiente, uma vez que demanda conhecimentos provenientes de outras ciências, como psicologia, medicina, nutrição, serviço social, às quais os docentes nem sempre têm acesso. A capacitação dos professores para seu trabalho é realizada por meio de encontros, palestras e seminários que complementam as reuniões conduzidas pelos coordenadores pedagógicos e têm características de um processo de formação continuada (Marques e Pachane, 2010).

Para Silva e Taam (2009), a prática docente junto aos idosos tem revelado que a grande preocupação das pessoas que voltam a estudar é aprender a ler e escrever. Alguns vivenciaram um pouco do processo de escolarização anos atrás e têm que retomá-lo quase que integralmente porque fora marcado pela descontinuidade, fato que os coloca na condição de analfabetos funcionais; há outros que nunca frequentaram os bancos escolares. Antes de dominar o código, porém, o idoso se engaja em práticas sociais em que a escrita está presente (interação com placas de trânsito, receitas médicas, listas de supermercado, marcas de produtos, nomes de pessoas e outros), o que já o leva a fazer uma leitura do mundo. Com isso, na EJA, há a necessidade de se considerar os conhecimentos prévios (de vida) destes sujeitos históricos. O sistema educacional encontra-se, então, frente a um grande

dilema: formar professores aptos a compreender como ocorre o processo de aquisição da linguagem no indivíduo idoso, para que a escola possa se reorganizar metodologicamente e permitir a apropriação da leitura e da escrita a este aluno.

Ser professor alfabetizador de jovens, adultos e idosos, com o pressuposto do letramento, é ir além do ensinar. É conhecer cada estudante, aproximar os saberes escolares das experiências que cada um traz para a sala de aula e, desse modo, compartilhar ideias, tarefas, objetivos e significados (Todaro, 2009). A autora verificou, ainda, que, na prática educativa, professores observados em dezoito classes de EJA, de primeira a quarta série, de uma rede municipal de ensino localizada em uma cidade do interior paulista, assumem atitudes, como as listadas a seguir.

- 1) Alfabetizam com atividades encontradas em livros didáticos do primeiro ao quinto ano, portanto, direcionados ao público que tem entre seis e dez anos de idade.
- 2) Oferecem aos alunos literatura infantil, como “Os três porquinhos”.
- 3) Concentram as atividades docentes e discentes apenas na oralidade, sem registro escrito.
- 4) Justificam a ausência de avanço no aprendizado a partir de discursos que menosprezam e diminuem a capacidade dos alunos e que revelam crenças do tipo “burro velho não aprende”.
- 5) Planejam um número elevado de passeios com os alunos.
- 6) Organizam a sala de aula sempre com carteiras enfileiradas.
- 7) Concentram o tempo das aulas entre língua portuguesa e matemática, negando as demais disciplinas.

Nos encontros dos cursos de formação continuada desses professores são frequentes as indagações que refletem crenças e atitudes discriminatórias, as quais não condizem com o enfrentamento adequado dos desafios encontrados em uma sala de aula na qual se encontram pessoas de diferentes idades, gêneros, origens e histórias. Isso parece revelar que os próprios professores não compreendem a dimensão específica da EJA como espaço de inclusão social e de direito à educação ao longo da vida.

Apesar dos desafios apresentados anteriormente, avanços também podem ser percebidos durante o acompanhamento das classes de alfabetização. Destaca-se o trabalho de alguns professores que empregam estratégias de ensino mais efetivas.

- 1) Alfabetizam utilizando atividades do livro didático *Viver, Aprender*, da Ação Educativa (2002) e da Global Editora (2004), produzido especificamente para a educação de jovens e adultos.

- 2) Oferecem aos alunos textos da coleção *Literatura para Todos*, apresentando e garantindo a diversidade de gêneros, como: romances, contos, poemas, crônicas e peças teatrais que foram selecionados a partir de um concurso que premiou as melhores obras para neoleitores.
- 3) Praticam a oralidade como meio de valorizar as experiências trazidas pelos alunos, as problematizam e registram, como escribas, o que foi conversado.
- 4) Saem com os alunos para atividades externas previamente planejadas e com roteiros pedagógicos.
- 5) Organizam a sala de aula com agrupamentos produtivos, garantindo a presença de alunos que estão em diferentes níveis de escrita.
- 6) Ministram aulas em que todas as disciplinas dialogam, garantindo, por meio de projetos, o caráter interdisciplinar do ensino.

Conforme afirmação de Lopes e Burgardt (2013), o ensino ofertado pela EJA não é adequado para o idoso, principalmente para aqueles que precisam se manter no mercado de trabalho, pois não se leva em consideração suas especificidades. Não há na formação continuada dos profissionais que atuam nessas instituições, atenção específica para adequar às necessidades dos idosos, buscando metodologias diferenciadas que privilegiem o acesso e o desenvolvimento dos conhecimentos e saberes historicamente construídos e que tenham relevância para a vida dos alunos. As autoras julgam necessário render esforços a debates nas academias, principalmente nos cursos de licenciatura, para que haja uma mobilização da sociedade civil em torno de questões relativas à EJA e aos idosos, nos aspectos de formação inicial e continuada com reflexões da prática, além de estudos na área da gerontologia.

De maneira geral, os estudos destacam a necessidade de diversificar e ampliar as intervenções metodológicas e pedagógicas destinadas à EJA para os alunos idosos. Além disso, sugerem que as ações devem se fundamentar na concepção dialógica de educação (Freire, 1987) como instrumento de identificação e emancipação desta parcela significativa e emergente da educação.

Está claro que a modalidade de educação formal denominada EJA pode cumprir um importante papel para a formação de idosos que desejam e necessitam se alfabetizar ou concluir o ensino fundamental e/ou médio. Ela, no entanto, nem sempre atende às expectativas dos idosos, em função, principalmente, da falta de investimentos metodológicos específicos. Percebe-se que a escolarização na EJA deve partir da troca de saberes, das experiências e do conhecimento construído ao longo dos anos pelos idosos.

Quanto à maneira de ensinar, é fundamental que o professor tenha clareza do que, para que, como e a quem está ensinando, para, a partir daí, utilizar uma

metodologia que contemple as necessidades educacionais do aluno. Por isso, a metodologia precisa considerar aspectos inerentes ao educando, como: seu ritmo de aprendizagem, suas vivências extraescolares, sua faixa etária e suas potencialidades. Estas questões são desafiadoras na EJA, para que a formação educacional básica do aluno idoso ocorra de maneira minimamente satisfatória.

Os espaços de educação não formal que oferecem atividades educacionais destinadas a pessoas idosas são as Universidades Abertas à Terceira Idade (UnATIs), apesar de alguns programas, principalmente de instituições de ensino superior privadas, atenderem pessoas a partir dos 50 anos de idade.

Considerando-se o conceito da educação não formal como um conjunto de atividades ou programas organizados fora do sistema regular de ensino, a intenção maior das UnATIs não é a de certificar ou profissionalizar os alunos idosos, mas, sim, abrir a eles o mundo do conhecimento e da possibilidade de se aprender ao longo de toda a vida. O ambiente universitário, multidisciplinar e intergeracional, propicia aos mais velhos o acesso a novos saberes, trocas de experiências e sociabilidade.

Existe grande diversidade nos programas, uma vez que cada instituição toma as próprias decisões sobre objetivos, conteúdos, estrutura curricular, atividades e corpo docente, e esses programas atuam a partir de recursos humanos próprios e de sua ideologia sobre a velhice e a educação na velhice.

Não é comum aos programas ampla discussão e divulgação sobre seus procedimentos pedagógicos, uma vez que o leque de atividades é extremamente diversificado. A literatura, no entanto, apresenta, mesmo que timidamente, reflexões sobre as questões metodológicas.

O primeiro relato sobre procedimentos metodológicos e formação profissional de professores de uma UnATI pode ser verificado na dissertação de Alves (1997). Segundo a autora, os professores são indicados pelos departamentos da universidade, independentemente de terem formação específica na área gerontológica. A questão pedagógica é apontada como algo preocupante: “a pura transposição dos chamados métodos e tecnologias de ensino usados nos cursos de graduação, pós-graduação é inadequada para os idosos” (*op. cit.*, p. 68). Essa afirmação foi reforçada por um levantamento realizado para que se detectassem os motivos de evasão, no qual 16,5% dos alunos apontaram como falha do curso, aulas monótonas ou extensas e inadequação do material didático utilizado pelos professores.

Frente aos dados apresentados por Alves (1997), pode-se pensar sobre quais seriam os melhores suportes teóricos e metodológicos para a condução das atividades nas UnATIs.

É muito comum, no campo da educação, a tentativa de transplantar os conhecimentos que se tem das características da criança e do adolescente para a

compreensão da personalidade do adulto. E é justamente nesse ponto que se dão os grandes impactos, não só para o adulto, que se vê muitas vezes incompreendido, como para o educador, que geralmente não consegue alcançar suas metas de trabalho.

É um lamentável equívoco considerar a educação de idosos na mesma perspectiva utilizada em outras etapas da vida. Os programas educacionais para idosos devem ter como ponto de partida conhecimentos específicos sobre as características desse sujeito, que possui peculiaridades garantidas pelo seu próprio desenvolvimento e experiências acumuladas, algo que lhes confira autonomia para decidir o que, como e quando desejam aprender.

Considerando-se as peculiaridades e diversidades do coletivo dos idosos, o programa que se desenvolve nas UnATIs deve partir das necessidades sugeridas pelos próprios alunos, sob pena de ser pouco significativo para eles. Assim, é importante partir de um levantamento de suas necessidades. Os alunos precisam ser convidados a serem parceiros na elaboração das atividades. Ainda que apoiados no princípio da educação permanente – afinal, o homem aprende ao longo do seu processo de desenvolvimento –, o que caracteriza a busca desses cursos pelos mais velhos é a fruição, o gosto por aprender, a realização de sonhos e projetos de vida adiados, a necessidade de se sentir vivo, ativo, atualizado e inserido na sua comunidade. Esse aluno não deve fazer nada que seja obrigado; deve poder escolher seu horário, seu professor e suas atividades. Deve poder buscar seu crescimento pessoal e coletivo.

Uma educação menos disciplinar, menos acadêmica e mais associada àquelas necessidades que os idosos identificam, é algo a ser refletido pelos educadores. É apropriado contar com uma pedagogia mais participativa e ativa, apoiada sobre um edifício teórico fundamental, medular, sobre o qual podem se apoiar intervenções educativas que sejam programadas e executadas por meio de atividades de diferentes tipos, avaliadas durante e depois de sua realização (Cachioni, 2003).

Conforme a autora, para qualquer atividade desenvolvida num programa universitário para idosos são fundamentais três aspectos.

- 1) O aspecto humano (professor e aluno): a aprendizagem deve concentrar-se no educando, conduzida por ele; o professor tem o papel de facilitador. A atenção dos educadores deve fazer-se de modo a proporcionar uma relação educativa, democrática, pluralista e participativa, que sugere a dicotomia professor-aluno, eliminando a tendência tradicional de que o professor seja o eixo central do processo educativo e o aluno relegado à situação de mero receptor.
- 2) O paradigma didático: a aula deve ser um lugar de encontro, de interação social e intercâmbio de experiências, para a construção de um conhecimento que possa ser socialmente compartilhado.

- 3) A conceitualização da aprendizagem, que deve ser significativa: os novos conhecimentos precisam ter um valor prático e relevante para a vida do aluno idoso. Uma das razões pelas quais os adultos continuam aprendendo com eficácia é que concentram sua aprendizagem nas áreas de experiência de seu interesse. Portanto, impulsiona-se uma motivação fundamental – a vontade de aprender – como principal auxiliar da aprendizagem. Além disso vale destacar que pessoas que se mantêm em atividade nas tarefas intelectuais conservam essa capacidade ao longo de sua vida (Cachioni, 2003).

Para Palma (2000), as atividades das UnATIs precisam ser organizadas de maneira que possam ser dimensionadas em âmbitos ou temas relacionados com as preocupações dos idosos, mais que em torno de conteúdos prescritivos. Numa concepção de educação como construção pessoal e social, e como processo de comunicação, os envolvidos trocam significados acerca daquilo que os preocupa, e o fazem conjuntamente, não em torno de objetivos previamente formulados, mas, sim, em torno dos problemas que desejam resolver, das necessidades a que esperam atender ou das expectativas e motivações que pretendem satisfazer, sendo o idoso um agente do seu próprio desenvolvimento.

Os idosos não são aprendizes passivos; são pessoas que podem contribuir ativamente para o seu próprio aprendizado e, por extensão, para o de toda a sociedade. Durante o processo educacional, deve-se encorajar uma apropriação ativa e crítica, em vez do acúmulo estático de conhecimento por parte das pessoas idosas.

Embora as UnATIs apresentem uma configuração privilegiada para diversas ações gerontológicas, há muito o que avançar nas discussões sobre os melhores métodos e práticas para o estabelecimento do processo ensino-aprendizagem.

Pode-se afirmar, contudo, que a discussão a respeito de currículos, metodologias, material didático e programas educacionais destinados ao idoso vem ocorrendo de maneira incipiente e isolada, sendo por vezes conduzida por professores, coordenadores de programas e pesquisadores com formação em pedagogia e/ou gerontologia, que buscam ferramentas para enfrentar os desafios apresentados neste novo cenário educacional.

3 COMO INSERIR NOS CURRÍCULOS MÍNIMOS, NOS DIVERSOS NÍVEIS DO ENSINO FORMAL, CONTEÚDOS VOLTADOS PARA O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO, DE FORMA A ELIMINAR PRECONCEITOS E A PRODUZIR CONHECIMENTOS SOBRE O ASSUNTO

Introduzir a reflexão e o debate na educação formal sobre a gerontologia consiste em uma grande oportunidade para desmitificar a velhice e o processo de envelhecimento, visto que promove troca de experiências, incentiva a discussão de estudos e de

pesquisas que contribuem para a formação cidadã e, também, ajuda a criar um potencial campo de construção de um novo paradigma sobre o tema.

Embora essa seja uma ação educativa extremamente importante nos diferentes níveis de escolarização, o que se pode perceber são iniciativas isoladas e pouco registradas.

Inserir na escola discussões sobre ética é a proposta dos temas transversais, os quais foram sugeridos pelos Parâmetros Curriculares Nacionais em 1996. Essa inserção é reflexo da ruptura de um paradigma, visto que propõe uma escola mais articulada à realidade, estabelecendo diálogo com questões urgentes que interrogam a vida humana e demandam transformações macrossociais e, também, atitudes pessoais. Essa nova perspectiva apresenta-se contrastante à proposta da escola tradicional, transmissora de conhecimentos, que possui seu fim em si mesma.

Moreno (2003) sugere que as disciplinas devem ser concebidas como “instrumentos através dos quais se pretende desenvolver a capacidade de pensar e de compreender e manejar adequadamente o mundo que nos rodeia” (*op. cit.*, p. 38). Apesar de que “(...) com excessiva frequência estas disciplinas não conseguem perder o caráter de finalidade em si mesmas, herdado do espírito que norteava a ciência clássica” (*op. cit.*, p. 38). Além disso, promover a articulação “entre as matérias transversais e os conteúdos curriculares dá um sentido a estes últimos, fazendo-os aparecer como instrumentos valiosíssimos para aproximar o científico do cotidiano” (*op. cit.*, p. 39).

Os temas transversais são integrados ao currículo por meio da interligação entre as disciplinas, a fim de abordar os fenômenos propostos como um todo. A proposição destes temas é determinada segundo alguns critérios: urgência social, abrangência nacional, possibilidade de ensino e aprendizagem no ensino fundamental e favorecimento da compreensão e da participação social (Brasil, 1998).

Atendendo a esses critérios estabelecidos e às políticas federais e estaduais, como a Constituição Federal, a PNI, a Política Nacional de Saúde do Idoso, o Estatuto do Idoso, a Política Estadual do Idoso, a gerontologia passou a figurar no cenário escolar em 2008, no estado de São Paulo, a partir do Parecer da Câmara de Educação Básica (CEB) nº 298/2008. O referido parecer propõe a inclusão de conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso nos currículos das instituições escolares de todos os níveis de ensino do sistema estadual de São Paulo, da rede pública e privada.

No estudo realizado por Albuquerque e Cachioni (2013), as autoras buscaram informações sobre a efetivação dessa ação, por meio de um diálogo com a Secretaria da Educação do Estado de São Paulo.

A inserção da gerontologia nos currículos é parte da Deliberação do Conselho Estadual de Educação (CEE) nº 77/2008, que consiste nas diretrizes dos componentes curriculares do ensino fundamental e médio do sistema de ensino do Estado de São Paulo, aprovada em 1º de outubro de 2008. Esse documento determina os componentes curriculares obrigatórios para esses níveis de ensino e, no 16º componente do art 2º, aborda os conhecimentos sobre o processo de envelhecimento.

Nesse mesmo documento, no art. 2º, § 1, há a indicação de que será a equipe pedagógica da instituição ou da rede de ensino que decidirá como serão trabalhados os componentes curriculares e sua distribuição na programação de ensino, considerando a matriz curricular como representação da proposta pedagógica da escola.

A iniciativa é muito interessante, no entanto, de acordo com as informações concedidas pelos membros do Centro de Estudos e Normas Pedagógicas (CENP), constatou-se que, em relação ao Parecer CEB nº 298/2008, da Secretaria do Estado de São Paulo, não houve, até o momento, uma efetiva inserção da gerontologia na rede de ensino paulista.

As escolas possuem autonomia para inserir o conteúdo nos seus currículos, mas a ideia ainda não foi absorvida e incorporada. Faz-se necessária uma capacitação da equipe pedagógica, entendida como diretor, supervisor, coordenador e professores, a fim de que a inserção da temática gerontologia seja efetiva e coerente com a produção de conhecimentos da academia.

Muitas seriam as possibilidades de instrumentalização dessa comunidade, mas, considerando uma ação no âmbito estatal que tenha uma rápida disseminação, que não despenda muitos recursos financeiros e que transmita conceitos e suscite reflexões, um material escrito por especialistas na área gerontológica, distribuído em toda a rede de ensino do estado de São Paulo atingiria as expectativas iniciais e atuaria a favor da implementação de uma proposta de educação continuada. Essa iniciativa talvez incentivasse a inserção de conteúdos voltados ao processo de envelhecimento nas salas de aula e a busca por esse conhecimento pelos docentes (Albuquerque e Cachioni, 2013).

Não foram localizados documentos que apontem determinações iguais ou semelhantes ao Parecer CEB nº 298/2008 do estado de São Paulo em outros estados brasileiros. A única exceção é uma iniciativa do estado do Paraná, que encaminhou a todos os municípios e ao sindicato dos estabelecimentos particulares de ensino, um documento elaborado pelo Conselho Estadual dos Direitos do Idoso do estado do Paraná (Cedi-PR), denominado Projeto Envelhecer. Este projeto apresenta aos professores da rede pública de ensino a Mobilização Paranaense sobre Envelhecimento (Move), a fim de expor as temáticas da pessoa idosa e estimular, nesses docentes, a reflexão sobre a importância de considerá-las e respeitá-las em

diversos contextos. Nesse documento, encontra-se a sugestão de temas e de propostas metodológicas para inserir as reflexões sobre o processo de envelhecimento nas escolas. Não encontramos, porém, relatos sobre a repercussão dessa iniciativa, se houve ou não a implementação e o acompanhamento dessa proposta.

Poucas pesquisas nacionais descrevem iniciativas de trabalhos sobre a temática gerontologia no contexto escolar. Souza (2008) fez um levantamento de conteúdos referentes ao envelhecimento em livros didáticos de sexta série (após mudanças de nomenclatura, sétimo ano) do ensino fundamental de uma escola pública no Paraná. Deste levantamento, verificou-se a presença dos temas nas disciplinas: língua portuguesa, história e ciências. Em língua portuguesa, por meio de poesia e pinturas, constatou-se a disseminação do conceito de idoso como um ser que precisa de cuidados, sempre atrelado à solidão. Em história, foi verificada a presença da gerontologia nas relações estabelecidas nas comunidades indígenas, visto que abordam a transmissão de conhecimentos aos mais jovens pelos mais velhos. Já no capítulo sobre vírus, em ciências, foi levantada a questão da gripe e, então, a discussão foi direcionada à necessidade do indivíduo idoso de se vacinar. O estudo não aponta a ocorrência de discussão sobre as experiências de velhice trazidas pelos alunos.

O desenvolvimento e a avaliação de um programa de leitura visando à mudança de atitudes de crianças em relação aos idosos foi o trabalho realizado por Todaro (2008). Participaram da investigação 248 crianças entre 7 e 10 anos, matriculadas em escolas públicas de um município do interior do estado de São Paulo. Os dados mostraram o impacto do programa nas atitudes das crianças investigadas. As atitudes apresentadas pelas crianças são fruto de imagens de uma velhice idealizada e ao mesmo tempo negativa, retratada pela mídia, pelos contos de fadas e por outros meios simbólicos. Esses dados justificam a necessidade de oferecer aos estudantes das séries iniciais do ensino fundamental programas que suscitem a reflexão sobre a heterogeneidade da velhice. Os meninos e as crianças mais velhas tiveram atitudes mais negativas, mas foram os que mais melhoraram no pós-teste. Quanto ao programa de ação educativa gerontológica, percebeu-se que as crianças demonstraram motivação ao longo das realizações de cada leitura e posterior atividade proposta. Nos debates, ficou claro que todos queriam emitir sua opinião sobre a situação apresentada na história e gostavam de comparar as personagens com pessoas presentes no seu dia a dia. O programa de leitura mostrou-se motivador, eficaz para provocar mudança de atitudes e passível de ampliação e adaptação para crianças de outras idades, como tema transversal do currículo do ensino fundamental.

Investigar a representação social de um grupo de 31 crianças acerca do velho e do envelhecimento, foi o objetivo da pesquisa de Lopes e Park (2007). Foi utilizado

como metodologia o desenho (solicitou-se às crianças a confecção de um desenho que representasse um ou mais velhos, conforme o que pensassem sobre moradia, atividades desenvolvidas, características físicas, condições de saúde e locais onde usualmente os idosos são encontrados); a entrevista semiestruturada (perguntas norteadoras relacionadas aos temas propostos para a confecção dos desenhos); e a brincadeira tematizada (foi solicitado às crianças que “fizessem de conta” que eram velhos e que, para brincar, utilizassem seus conhecimentos e percepções sobre o que é ser velho). Participaram do estudo 31 crianças que haviam vivenciado encontros com velhos no contexto escolar, sendo onze com idade entre 8 e 10 anos e vinte com idade entre 5 e 6 anos. Os resultados indicaram uma representação social diversificada acerca do velho, englobando temas como características físicas, avós, doença, morte, limitações físicas, trabalho, atividades e heterogeneidade. O envelhecimento foi representado pelas crianças como a passagem do tempo, à qual todos os indivíduos estão sujeitos.

A investigação realizada por Gvozđ e Dellaroza (2012) analisou a percepção sobre a velhice de 123 estudantes da sexta série (adolescentes, portanto) de uma escola pública do norte do Paraná, após atividades curriculares que abordaram o tema envelhecimento. Oitenta e sete participantes afirmaram já ter convivido com pessoas idosas, e, destes, 77 (88,5%) consideraram esse convívio positivo e dez (11,5%) avaliaram de forma indiferente. Nenhum considerou a qualidade do convívio com a pessoa idosa como negativa; 69,9% disseram já ter pensado em seu próprio envelhecimento. Os resultados demonstraram, ainda, que muitos adolescentes possuem percepções positivas, sendo que considerar o idoso como mais dependente, foi a única emissão negativa. As meninas apresentaram maior frequência de concepções positivas, tais como: o idoso é esperançoso, humilde, saudável, interessante, valorizado, progressista. O convívio com idosos, principalmente no ambiente familiar, influenciou positivamente a percepção referente ao tema do companheirismo na velhice, como também fez com que expressassem concepções positivas, entre as quais, que o idoso é sociável, atualizado, atento, seguro, saudável, com energia e forte.

Apesar das indicações legais, no Brasil, poucos alunos do ensino fundamental e médio são contemplados com conteúdos que abordem a questão do envelhecimento humano.

Para Carvalho e Horiguela (2007), os professores, em geral, defendem a importância do ensino do envelhecimento humano, principalmente porque é por meio dele que poderá haver uma mudança nas posturas sociais, com uma compreensão mais ampla do processo de envelhecer. Os mesmos autores, entretanto, ao analisarem planos de ensino fornecidos por escolas e pelos professores em sua pesquisa, não constataram tópicos específicos sobre o envelhecimento. Foram

encontrados, em todos eles, temas que abordam os seres vivos, subdivididos em outros assuntos, como a relação entre o homem e seu corpo, ou a promoção da saúde e o desenvolvimento humano. Em nenhum dos planos de ensino, porém, havia abordagens específicas sobre o envelhecimento ou citações do período da velhice como fase natural do ciclo vital.

A escassez de programas brasileiros merece nossa atenção, pois talvez se deva ao fato de que as escolas ainda organizam seu trabalho pedagógico pautando-o em datas comemorativas, minimizando a importância do que deveria ser um programa inserido naturalmente no currículo e transformando-o em simples dias de comemoração: o Dia do Idoso (27 de fevereiro), o Dia dos Avós (26 de julho) ou o Dia do Ancião (27 de setembro) (Todaro, 2008).

Educar crianças para que possam vir a desenvolver atitudes respeitadas em relação aos idosos, propiciar a elas situações de busca para se colocar no lugar do outro e criar oportunidades na escola para refletir sobre os preconceitos quanto à velhice e ao envelhecimento, significa contribuir para a constituição de um verdadeiro cidadão crítico, ciente de seus deveres e direitos e, também, para a construção de uma sociedade mais justa e mais plural (Todaro, 2008). Além disso, informar sobre o processo de envelhecimento, em longo prazo, pode propiciar a aquisição de hábitos mais saudáveis de vida, como alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos etc. – atitudes que podem influenciar positivamente o processo de envelhecimento.

Compreender a multidimensionalidade das atitudes perante a velhice, as suas múltiplas causas e, sobretudo, as relações recíprocas que existem entre esses precursores do comportamento e as condições dos idosos é de fundamental importância para a gerontologia. A educação desempenha um papel central em qualquer projeto de mudança de atitudes em relação à velhice. Aumentar a informação e levar as pessoas e as instituições a pensarem de forma mais positiva e realística sobre os idosos e a velhice podem contribuir para mudar as suas atitudes, mas só isso não é suficiente para modificar a maneira pela qual a sociedade trata seus idosos. Inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, criará uma nova forma de pensar e agir sobre a última etapa do ciclo vital.

4 GERONTOLOGIA E GERIATRIA COMO DISCIPLINAS CURRICULARES NOS CURSOS SUPERIORES

O processo de ingresso da universidade na área de formação de recursos humanos para atuar com a população idosa foi lento e gradual, tendo o seu início por volta de 1970. Em alguns centros de excelência, como a Universidade de São Paulo (USP) e a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), os

investimentos foram mais consistentes, em especial na área clínica. Em outras regiões do Brasil, houve um período de intensa pulverização e isolamento no investimento em pesquisas, que refletia interesses pessoais e de curta duração, sem nenhuma política de pesquisa e de publicação para o campo. Poucos grupos ou pesquisadores isolados deram continuidade ao trabalho ou se aprimoraram teoricamente nesse período. A importância destas iniciativas, no entanto, foi enorme, no sentido de despertar, manter motivações, criar expectativas e até mesmo estabelecer certo nível de competição, que, na verdade, repercutia mais na Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) que na universidade. Aos poucos, o perfil dos associados da SBGG foi se modificando, com o ingresso de mais geriatras e de outros profissionais interessados em pesquisa e carreira acadêmica e, por meio deles, a universidade, por assim dizer, descobriu a gerontologia. Em poucas palavras, essa trajetória refletiu os investimentos ideológicos, educacionais e científicos feitos por profissionais de vários campos nas décadas precedentes (Neri *et al.*, 2010).

Como desdobramento desse processo, em meados de 1990 começaram a ser implementadas propostas de cursos de pós-graduação *stricto sensu* em gerontologia. Os atuais nove programas brasileiros são de caráter interdisciplinar. No início, eles foram procurados principalmente por profissionais mais velhos, com experiência de trabalho com idosos em vários campos, que iam em busca de oportunidades de aprender a pesquisar, de titulação e de conhecimento especializado. Em pouco tempo, cresceu de forma acentuada a procura por graduandos mais jovens, que, hoje, são em maior número nos cursos. Grande parte deles, contudo, não teve formação em gerontologia durante a graduação, e poucos fizeram algum curso de especialização.

Diferente de outras áreas do conhecimento, onde a evolução da formação de recursos humanos partiu de cursos de graduação (conhecimento generalista) para a pós-graduação (conhecimento específico), a gerontologia seguiu caminho inverso e, somente na segunda metade da década de 2000, foram fundados os primeiros cursos de graduação na área. A iniciativa deu-se inicialmente na USP e na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Devido à sua formação generalista, integrar diversas perspectivas, teorias e contextos relacionados ao envelhecimento e a velhice está entre os principais desafios da formação do gerontólogo. Pode-se afirmar, no entanto, que este profissional já tem preenchido uma imensa lacuna em meio a absoluta incipiência de conhecimentos gerontológicos adquiridos em cursos de graduação nas áreas de saúde, ciências sociais e humanidades em geral.

A gerontologia é intrinsecamente interdisciplinar, pois o processo de envelhecimento permeia todos os aspectos da vida. Incorpora conteúdos científicos e técnicos de vários campos, nos quais destacam-se a biologia, a psicologia e as ciências sociais. A gerontologia opera a criação de novas estruturas conceituais, que, ao romperem com as estruturas disciplinares de origem, são recombinações e sintetizadas

de forma a configurar uma nova totalidade. Seu campo de saber, competências e responsabilidades confluentes às diversas profissões são caracteristicamente intersetoriais, com a participação potencial de todos os setores que lidam com as pessoas idosas.

Nos últimos trinta anos, a gerontologia tem gerado considerável interesse entre acadêmicos das áreas de humanidades e da ética. Comporta interfaces com áreas de aplicação e de prestação de serviços, entre as quais se destacam a geriatria, a fisioterapia, a enfermagem, o serviço social, o direito, a psicologia clínica e a psicologia educacional (Neri *et al.*, 2010).

Supor que a geriatria dá conta de toda a variabilidade do fenômeno do envelhecimento é um engano apoiado por uma visão ultrapassada da velhice como etapa caracterizada apenas por doenças. Imaginar que a gerontologia social dá conta do estudo da velhice sob todos os aspectos não abrangidos pela medicina é outro engano, indicativo de ignorância do fato de tratar-se de uma área da gerontologia interessada pelo estudo e pela gestão da velhice como evento social.

Muito embora sejam fundamentais as contribuições das diversas disciplinas para a constituição da teoria e da prática em gerontologia e em geriatria, o tema envelhecimento e velhice não são incorporados nos currículos dos cursos de graduação, exceto raras iniciativas de cursos em que existe a presença de docentes interessados por estas especialidades.

Ressalta-se, ainda, que os serviços de atenção integral à população idosa não condizem com a formação profissional oferecida pelas instituições de ensino superior (IES). Não existe aproximação da academia com a realidade dos serviços, tampouco uma contribuição efetiva dos conteúdos de geriatria e/ou gerontologia nos currículos de graduação.

Estudos realizados por Motta e Aguiar (2007) e Diogo (2004) apontam que, apesar do rápido aumento do número de idosos no Brasil, e do consequente aumento da utilização dos serviços de saúde por essa faixa etária, o número de IES que têm disponibilizado disciplinas direcionadas ao envelhecimento, em seus cursos de graduação em saúde, tem sido muito pequeno.

A formação dos profissionais na área da saúde do idoso se depara com vários obstáculos que comprometem a competência e a qualidade da assistência prestada a essa clientela. A escassez de conhecimento gerontogeriátrico dos profissionais da saúde, a ausência de sintonia da maioria das IES brasileiras com o atual processo de transição demográfica e suas consequências médico-sociais, a escassez de conteúdo gerontogeriátrico nos currículos, a falta de campos específicos para a prática, além da inexperiência do corpo docente, são algumas das limitações presentes nos cursos de graduação da área da saúde (Diogo, 2004).

Ao discutir sobre as características da formação médica frente ao processo de envelhecimento e as especificidades da atenção à saúde do idoso, Motta e Aguiar (2007) afirmam que existe uma distância marcante entre, de um lado, os conteúdos necessários à boa prática geriátrica e às diretrizes das políticas de saúde e educação e, de outro, o currículo atual da graduação.

A transição epidemiológica e demográfica coloca a geriatria e a gerontologia como especialidades com mercado em expansão, tanto no setor público como privado, implicando a discussão da normatização da formação e distribuição de recursos humanos na saúde. Porém, a pouca valorização da presença de seus conteúdos nas IES não reflete apenas uma questão curricular. Ao que tudo indica, apesar da legislação existente, ainda não está clara a importância destes conteúdos para a sociedade.

Procurando estabelecer uma relação entre as diretrizes curriculares nacionais (DCNs) da Secretaria de Educação Superior (Sesu) do Ministério da Educação (MEC), a transição demográfica, a transição epidemiológica e a atenção à saúde do idoso, Xavier e Koifman (2011), avaliaram as DCNs de oito cursos de graduação (enfermagem, educação física, farmácia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social) da Universidade Federal Fluminense (UFF), considerados pelo Conselho Nacional de Saúde como profissões de saúde. Foi constatado que, em relação aos conhecimentos exigidos para se alcançarem as competências e habilidades específicas por curso (conteúdos essenciais à formação de cada um desses profissionais), apenas os cursos de educação física, enfermagem, medicina e nutrição apresentam conteúdos diretamente ligados ao envelhecimento ou ao idoso.

A temática da gerontologia, da velhice e do envelhecimento nas matrizes curriculares dos cursos de graduação da USP foi o estudo realizado por Bessa (2011). A autora investigou, utilizando-se das palavras-chaves: geriatria, gerontologia, geriatria e gerontologia, idoso, velhice, envelhecimento e terceira idade, as ementas de 73 cursos das áreas de saúde, ciências humanas e sociais, dos sete campi/unidades da universidade, disponíveis no sistema único digital da USP. O curso de bacharelado em gerontologia não fez parte da amostra. Foi confeccionada uma tabela para registro dos conteúdos capturados, contendo os seguintes itens: unidade, curso, disciplina/estágio curricular, ementa e aspecto predominante do conteúdo da ementa (biológico, físico, cognitivo, psicológico, social, multidisciplinar). Trinta disciplinas, todas concentradas em dois campi (São Paulo e Ribeirão Preto), apresentaram conteúdos relacionados às palavras-chaves. A palavra “idoso” (38,92%) foi a de maior emissão tanto na nomenclatura das disciplinas como nas ementas, seguida de “geriatria e gerontologia” com 19,44%. Quanto ao aspecto predominante do conteúdo das disciplinas, 41,67% era biológico, seguido por 36,11% multidisciplinar.

A faculdade de medicina, composta por sete diferentes cursos na área da saúde, é a que concentra o maior número de disciplinas (quatorze). No entanto, analisando-se os cursos isoladamente, a faculdade de enfermagem, que possui apenas um curso, oferece cinco disciplinas. Os cursos de psicologia e de ciências sociais, áreas clássicas que integram a ciência do envelhecimento, não oferecem nenhuma disciplina.

Andrade *et al.* (2013) realizaram um levantamento para identificar as características do ensino gerontogeriátrico ministrado pelos cursos de enfermagem das Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes) e averiguar as principais diferenças entre as regiões. Participaram do estudo 63% dos cursos de enfermagem das capitais brasileiras, vinculadas às Ifes. Vinte e quatro por cento apresentam em suas matrizes curriculares a disciplina enfermagem gerontogeriátrica; 12%, enfermagem gerontológica; e 6%, enfermagem geriátrica. Chamou a atenção dos autores, o fato de 6% das escolas abordarem apenas aspectos da senilidade, caracterizando um modelo biomédico ultrapassado, com enfoque na doença, que ignora as características psicológicas, sociais e culturais do idoso. Com exceção de uma Ifes localizada na região Sul, as demais inserem o conteúdo em disciplinas distintas, tais como enfermagem em saúde do adulto e idoso; enfermagem clínica e cirúrgica; cuidados especiais nos ciclos de vida; urgência e emergência; e saúde coletiva. Quando se compara a existência das disciplinas gerontológica e/ou geriátrica entre as regiões brasileiras, todas (100%) encontram-se presentes nos cursos de enfermagem das capitais da região Sudeste; 43%, da região Nordeste; e em 33% nos cursos da região Sul do país. As regiões Centro-Oeste e Norte não oferecem essas disciplinas. Com relação à natureza curricular das disciplinas supracitadas, são obrigatórias em 33% das instituições pesquisadas da região Sudeste e em 29% no Nordeste. Todas as escolas de enfermagem da região Sul apresentam as disciplinas exclusivamente em caráter optativo. Comparando-se os ementários das disciplinas nas diversas regiões, observou-se a existência de similaridade nos conteúdos que são abordados, dando-se um enfoque nas patologias mais comuns que acometem o idoso.

Na investigação sobre o ensino de geriatria nas faculdades de medicina brasileiras, Pereira, Feliz e Schwanke (2010), utilizando os unitermos geriatria, gerontologia, envelhecimento e idoso, verificaram a matriz curricular de 167 cursos de graduação em medicina, identificados na página eletrônica do Ministério da Educação. Setenta cursos (42%) oferecem a disciplina de forma autônoma ou em módulos inseridos em outras disciplinas, ou ainda com outras denominações. Não há menção à oferta de nenhuma disciplina relacionada ao envelhecimento em sessenta (36%) das instituições; e em 37 (22%) delas não está disponível a informação desejada. Os dados obtidos foram agrupados conforme a região geográfica. A região Sul conta com 29 escolas médicas: vinte (68%) delas ensinam geriatria, e todas apresentam a informação em suas páginas eletrônicas. Na região Sudeste

há 76 cursos de medicina: 24 (31%) ensinam geriatria; 34 (44%) não oferecem nenhuma disciplina relacionada ao envelhecimento; e em 18 (23%) não foi possível acessar a informação. Na região Centro-Oeste, foram identificados onze cursos de medicina; quatro (36%) oferecem ensino de geriatria; seis (54%) não contam com essa disciplina; e em um (9%) não foi encontrada a informação. Na região Nordeste, existem 35 cursos de medicina: dezesseis (45%) ensinam geriatria; seis (17%) não dispõem da disciplina ou outra similar; e treze (37%) não oferecem informação sobre a grade curricular. Das dezesseis escolas médicas da região Norte, seis (37%) contam com a disciplina geriatria; cinco (31%) não oferecem conteúdos relacionados ao envelhecimento; e nas cinco restantes não foi possível obter a informação. Diante dos dados, os autores concluem que a pouca valorização da presença desses conteúdos nos currículos reflete a restrita importância atribuída socialmente a essa parcela da população e o pouco entendimento do idoso como um importante ator social.

A carência de especialistas e docentes na área é uma realidade. Existem atualmente 1.194 geriatras titulados no país pela SBGG, número absurdamente baixo quando comparado ao tamanho da população idosa. Considerando-se estimativas populacionais recentes, calcula-se que exista um geriatra para cada grupo de aproximadamente 20 mil idosos brasileiros. Não há dúvidas da necessidade premente de estimular a formação de massa crítica capaz de instigar o interesse pela área, além de transmitir conhecimentos aos alunos da graduação.

A *American Geriatrics Society* propõe que a gerontologia e a geriatria sejam integradas no currículo nas diversas séries da escola médica e que a experiência em geriatria seja requerida para completar a formação em medicina. Estudo feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou, porém, que, mesmo em países com rápido processo de envelhecimento, a inserção da geriatria no currículo médico ainda não aparece como prioridade.

A necessidade de se formar profissionais de nível superior com habilidades e competências específicas para atuação nos campos da geriatria e da gerontologia é absolutamente urgente. Poucos são os relatos de experiências acadêmicas exitosas quanto à inserção e implementação dos conteúdos nos cursos de graduação, sendo, mesmo que de maneira insipiente, realizados em sua maioria pela área da saúde. Este fato está relacionado às orientações das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde que sugere a aproximação entre os componentes curriculares e a realidade profissional. O diálogo entre saúde e educação e a interação entre serviços e universidade se impõe.

Pela sua complexidade, realizar mudanças curriculares não é tarefa fácil. Necessita, sobretudo, mudar o que já é historicamente estabelecido por parâmetros pedagógicos, políticos e administrativos. Incluir a gerontologia e a geriatria como

disciplinas curriculares nos cursos superiores requer renovação ideológica, inovação escolar e mudança de atitudes perante a compreensão do ciclo vital, em especial da correlação entre os processos de desenvolvimento e envelhecimento.

5 REFLEXÕES FINAIS

A pluralidade de especialistas e abordagens da gerontologia não impede a constituição de um saber claramente delimitado, em que cada disciplina contribua, a sua maneira, para definir a última etapa da vida como categoria de idade com propriedades específicas, que exige atenção especializada. A educação faz parte do amplo campo de aplicação da gerontologia. Pertence ao âmbito de um novo campo interdisciplinar, o da *gerontologia educacional*, a discussão sobre quais devem ser o conteúdo e o formato da educação dirigida a idosos, assim como a maneira como deve ocorrer a formação de recursos humanos especializados para o cumprimento dessas finalidades.

Devido à heterogeneidade de necessidades, motivações e interesses existentes nos grupos de idosos, gerada pela particularidade das histórias e trajetórias de vida, devem ocorrer investimentos na criação e no aprimoramento de uma metodologia para o trabalho educacional, que valorize as experiências acumuladas e que torne o aluno idoso um agente de seu próprio aprendizado. Os professores serão profissionais de diversas áreas do conhecimento, que deverão desenvolver competências específicas, disposições afetivas e características pessoais que favoreçam a sua atuação, no sentido de beneficiar os idosos e a sociedade formada por pessoas de todas as idades.

A inadequação de métodos e materiais didáticos que infantilizam os educandos e mesmo os preconceitos dos educadores em relação a esses alunos precisam ser analisados e levados em consideração quando da proposição de uma melhor formação docente.

É sabido que pessoas idosas possuem valores consolidados, experiências de vida muitas das vezes desconsideradas ou desconhecidas pelos professores e formas de manifestação verbal e simbólica particulares. Desse modo, garantir o direito à educação de pessoas idosas significa oportunizar educação de boa qualidade, com verbas destinadas aos programas de educação formal e recursos materiais e humanos adequados para estas pessoas, que foram excluídas do processo de escolarização.

Quanto à modalidade de educação não formal, certamente, as UnATIs continuarão a representar a maior iniciativa educativa em gerontologia educacional no Brasil. Alguns investimentos, no entanto, devem ser intensificados em relação às questões a seguir.

- 1) Metodologia e conteúdo dos programas: metodologia menos bancária (Freire, 1987). Os idosos não podem ser meros receptores do saber, mas, sim, protagonistas ativos na produção do conhecimento. Estabelecer

modelos teóricos ativos e problematizadores. Os temas velhice e envelhecimento precisam ser mais explorados e discutidos.

- 2) Pesquisa: aumentar o investimento científico e as publicações em periódicos científicos reconhecidos e de impacto. A pesquisa deve alimentar a prática educativa, bem como favorecer a construção de material didático.
- 3) Formação docente: precisa ser qualificada na área gerontológica e ter conhecimento científico quanto à heterogeneidade do público atendido.
- 4) Aluno idoso: deve ser agente multiplicador do saber.

É amplamente reconhecida a relação existente entre conhecimento, atitudes e estereótipos sobre a velhice, assim como se reconhece que esses três pontos exercem papel orientador sobre as ações da sociedade e dos profissionais que lidam com idosos. Nesse sentido, a educação pode desempenhar um papel central em qualquer projeto de mudança em relação à velhice. Aumentar a disponibilidade de informação e levar as pessoas e as instituições a pensarem de forma mais positiva e realística sobre os idosos e a velhice podem contribuir para mudar o comportamento, mas só isso não é suficiente para modificar a maneira pela qual a sociedade trata seus idosos. É necessário também promover a educação ao longo de toda a vida para todos os cidadãos.

Embora o segmento idoso esteja ganhando maior visibilidade, quer pelos dados demográficos, quer por ser fatia considerável para novo campo de atuação profissional, ainda carecemos de recursos humanos com habilidades e competências, tanto teórica como prática, para atender este grupo etário em todas as suas demandas. Na universidade, especificamente, há lacunas importantes, não apenas nos cursos de formação de educadores mas também em outras áreas, no âmbito das ciências da saúde e humanas. Não é mais possível ignorar, na formação de profissionais universitários, que o envelhecimento é fenômeno característico de nossos dias.

A implementação das recomendações da PNI relativas à educação nesses últimos vinte anos foi extremamente tímida. Fica a esperança de que direitos e políticas saiam do papel e se transformem em ações efetivas em algum momento da nossa história.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S.; CACHIONI, M. Pensando a gerontologia no ensino fundamental. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 5, p. 141-163, set. 2013.
- ALVES, G. G. M. **Universidade da Terceira Idade como alternativa de resgate da cidadania idosa**: análise do caso da UNIMEP. 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 1997.
- ANDRADE, A. T. S. *et al.* O ensino da enfermagem gerontogeriatrica nas universidades federais brasileiras. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 19-23, 2013.
- BESSA, T. A. **A temática da gerontologia, da velhice e do envelhecimento nas grades curriculares dos cursos de graduação da Universidade de São Paulo**. 2011. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em gerontologia) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- BRAGA, G. M. B. Os professores da EJA face à diversidade etária discente em sala de aula. **Revista Pandora Brasil**, n. 32, jul. 2011.
- BRASIL. **Parâmetros curriculares nacionais**: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1988.
- _____. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994.
- CACHIONI, M. **Quem educa os idosos?** Um estudo sobre professores de Universidades da Terceira Idade. Campinas: Editora Alínea, 2003.
- CARVALHO, C. B.; Horiguela, M. L. M. Inserção social de idosos a partir da escolarização básica. *In*: BRUNS, Maria Alves de Toledo; DEL-MASSO, Maria Cândida Soares (Org.). **Envelhecimento humano**: diferentes perspectivas. Campinas: Editora Alínea, 2007.
- COURA, I. G. M. **A terceira idade na Educação de Jovens e Adultos**: expectativas e motivações. 2007. 141f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
- DIOGO, M. J. D. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 280-2, mar./abr. 2004.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GVOZD, R.; DELLAROZA, M. S. G. Velhice e a relação com idosos: o olhar de adolescentes do ensino fundamental. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2. p. 295-304, 2012.

LOPES, A. P. N.; BURGARDT, V. M. Idoso: um perfil de alunos na EJA e no mercado de trabalho. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 311-330, 2013.

LOPES, E. S. L.; PARK, M. B. Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 141-148, 2007.

MARQUES, D. T.; PACHANE, G. G. Formação de educadores: uma perspectiva de educação de idosos em programas de EJA. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 475-490, maio/ago. 2010.

MORENO, M. **Temas transversais em educação**: bases para uma formação integral. 6. ed. São Paulo: Ática, 2003.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

NERI, A. L. *et al.* Processo gradual e contextualizado da construção interdisciplinar do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Unicamp. *In*: PHILIPPI JÚNIOR, A.; SILVA NETO, A. J. (Ed.). **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2010.

PALMA, L. T. S. **Educação permanente e qualidade de vida**: indicativos para uma velhice bem-sucedida. Passo Fundo: UPF Editora, 2000.

PEREIRA, A. M. V. B.; FELIZ, M. C.; SCHWANKE, C. H. A. Ensino de geriatria nas faculdades de medicina brasileiras. **Revista Geriatria & Gerontologia**, v. 4, n. 4, p. 179-185, 2010.

PEREIRA, J. M. M. A escola do riso e do esquecimento: idosos na educação de jovens e adultos. **Educação em Foco**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 11-38, set. 2011/ fev. 2012.

SILVA, M. C. B.; TAAM, R. **O idoso e os desafios à sua educação escolar**. *In*: SEMINÁRIO DE PESQUISA PPE, I. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2009.

SOUZA, B. C. Abordagem do envelhecimento nos livros didáticos da 6ª série do ensino fundamental. *In*: ENCONTRO DE BOLSISTAS DO PROGRAMA DE APOIO A AÇÕES AFIRMATIVAS PARA INCLUSÃO SOCIAL, 3., 2008, Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2008.

TODARO, M. A. **Desenvolvimento e avaliação de um programa de leitura visando a mudança de atitudes de crianças em relação a idosos**. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

_____. **Experiências e memórias escolares na EJA**: educação de jovens, adultos e idosos. Itatiba: Berto editora, 2009.

TODARO, M. A.; LIMA, M. A. F. Alfabetizar sem infantilizar: um desafio para a educação de jovens, adultos e idosos. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA CÁTEDRA UNESCO DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS, 1., 2010. **Anais...** João Pessoa: UFP, 2010. Disponível em: <<http://www.catedraunescoeja.org/GT01/COM/COM009.pdf>>. Acesso em: 1º set. 2014.

VÓVIO, C. L. Formação de educadores de jovens e adultos: a apropriação de saberes e práticas conectadas à docência. *In*: DALBEN, Ângela *et al.* (Org.). **Coleção didática e prática de ensino**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

XAVIER, A. S.; KOIFMAN, L. Educação superior no Brasil e a formação dos profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 15, n. 39, p. 973-84, out./dez. 2011.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.

NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Editora SESC, 2007.

TODARO, M. A. Direitos humanos e pesquisas em gerontologia. **A Terceira Idade**, v. 21, n. 49, p. 26-38, nov. 2010.

A UNIVERSIDADE PARA A TERCEIRA IDADE NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA DA PESSOA IDOSA

Marcella Guimarães Assis¹
Rosângela Corrêa Dias²
Ruth Myssior Necha³

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e a crescente longevidade dos indivíduos ressaltam a necessidade de uma mudança de olhar em relação a essa fase do desenvolvimento humano. A velhice na sociedade atual pode se estender por várias décadas, o que torna fundamental a criação de meios para garantir um envelhecimento ativo e com qualidade de vida para todos os cidadãos.

Nesse sentido, o papel da educação é inquestionável. A proposta de educação ao longo da vida surgiu em 1970 e nas décadas seguintes passou por períodos de recuo e avanço. Contudo, esse processo de educação ao longo da vida é bastante diversificado e inclui uma demanda social multifacetada, com algumas pessoas idosas vivendo com dignidade e em ambientes muito estimulantes, enquanto outras vivem em situação de fragilidade e sem suas necessidades básicas satisfeitas (Palma, 2000).

Nesse contexto, caracterizado pela diversidade e desigualdade social, surgiram os diferentes programas destinados a pessoas idosas, desenvolvidos no Brasil a partir da década de 1970. Entre estes programas, denominados de diversas maneiras, as universidades para a terceira idade têm proliferado nos centros urbanos e pautado novas discussões sobre o processo de envelhecimento na sociedade brasileira. A partir de uma abordagem interdisciplinar, na qual deve ser ancorada a educação

1. Professora titular do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da UFMG; diretora de políticas de extensão da UFMG; e coordenadora da Universidade Aberta para a Terceira Idade da UFMG.

2. Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da EEFFTO/UFMG; e coordenadora da Universidade Aberta para a Terceira Idade da UFMG.

3. Professora do curso de serviço social da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) em Contagem; professora da pós-graduação em gerontologia pelo Instituto de Educação Continuada (IEC) da PUC Minas; e coordenadora do programa Universidade Aberta ao Idoso (Unai) da PUC Minas.

permanente, a pessoa idosa é estimulada a assumir o papel de protagonista do seu aprendizado (Palma, 2000; Cachioni, 2003).

No Brasil, diversas políticas públicas, estabelecidas na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), na Política Nacional do Idoso (PNI) e no Estatuto do Idoso, fazem referência ao papel dos programas de universidade para a terceira idade. Contudo, cabe refletir neste capítulo sobre o hiato existente entre o conteúdo das leis e a sua efetiva implementação.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS: POSSIBILIDADES E LIMITES

Os direitos das pessoas idosas regulamentados pela CF/1988, inicialmente de cunho protetivo e fortemente marcados pela visão negativa da velhice, foram sendo paulatinamente ampliados a partir da promulgação de outras leis, como a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a PNI, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, ambas gerando repercussões em termos legais e políticos. A Constituição foi o primeiro mecanismo legal a garantir os direitos da pessoa idosa (Lobato, 2004). O art. 230 regulamenta que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (Brasil, 1988).

Na década de 1980, também merece destaque a criação, nas regiões Sudeste e Sul, de associações e conselhos compostos por instituições governamentais e não governamentais, com a participação dos idosos que se organizaram coletivamente. Além das associações e dos conselhos, ressalta-se a presença de grupos de trabalho junto a diferentes ministérios, que subsidiaram a criação de um projeto de PNI. Após um longo período de discussões e debates envolvendo a sociedade e os movimentos sociais, na década de 1990, foi implementada a Lei nº 8.842/1994 (Lobato, 2004).

A PNI determina que sejam assegurados os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva, bem como versa sobre as competências dos órgãos e entidades públicos na sua implementação. De forma explícita, no item referente à área de educação, a norma regulamenta o apoio à “criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber” (Brasil, 1994, art. 10, inciso III, alínea f). No mesmo item, ela institui a necessidade de desenvolvimento de programas na modalidade de ensino à distância adequados à população idosa.

A participação dos idosos também está presente em outras políticas, como nas referentes à área da saúde. Como parte dos desdobramentos da PNI, foi promulgada pela Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que foi posteriormente atualizada pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

(PNSPI). Esta política apresenta como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2006).

A PNSPI tem como desafio a articulação do complexo sistema de saúde pública às necessidades da população idosa, numa realidade assinalada pela iniquidade social. Entre as diretrizes desta política, ressalta-se a promoção do envelhecimento ativo e saudável (item 3.1), que enfatiza a necessidade de “facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades” (Brasil, 2006).

Assim, embora a PNI tenha contribuído para colocar a pessoa idosa na pauta das políticas públicas, cabe ressaltar que, até os dias atuais, falta muito para que esta política seja de fato implementada (Oliveira, Oliveira e Scortegagna, 2004). Especificamente em relação ao acesso das pessoas idosas às formas de saber, muito investimento é necessário para suprir a carência acumulada ao longo de várias décadas.

Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, que resgata os princípios constitucionais e dá mais um passo em direção à ampliação dos direitos da pessoa idosa (Rodrigues, 2007). O estatuto surge em parte como reflexo da não implementação da PNI e por isso mesmo reitera vários de seus dispositivos, com o intuito de “regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (Brasil, 2003, art. 1º). Ele reafirma o direito da pessoa idosa a educação, cultura, lazer e esporte (art. 20), bem como regulamenta que o poder público criará oportunidades de acesso do idoso à educação (art. 21) e apoiará a criação de universidades abertas para as pessoas idosas (art. 25). Apesar disso, cabe ressaltar que muitos dos artigos ainda estão distantes da realidade da maioria da população idosa brasileira.

Assim, apesar do vasto arcabouço legal, constata-se que existe um hiato entre essas leis e a garantia dos direitos sociais das pessoas idosas, embora as temáticas da educação e da participação social tenham sido contempladas nos diferentes textos. As oportunidades de educação e de participação social devem ser verdadeiramente garantidas visando a uma melhoria geral da qualidade de vida e um exercício amplo do direito de cidadania.

A participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos e universidades para a terceira idade, ainda que de maneira heterogênea entre a população das diferentes regiões brasileiras, vem aumentando. Nesse sentido, a universidade voltada para o segmento idoso precisa ser considerada um cenário privilegiado para estimular a participação social, ampliar as discussões sobre as

demandas de políticas públicas, e resgatar a dignidade e a cidadania da pessoa idosa. Contudo, a proliferação de tais universidades no país, em universidades públicas e privadas, não tem garantido um acesso igualitário e universal por parte das pessoas idosas. E, embora tenham contribuído para ampliar o protagonismo desta faixa etária, mesmo que de modo tímido e limitado se consideradas as dimensões continentais do país, demandam ainda muito investimento e reflexões.

O envolvimento da pessoa idosa como protagonista do processo de envelhecimento, ocupando os espaços já existentes e criando outros que englobem a diversidade desse processo, apesar de presente nos dispositivos legais, ainda está longe de ser efetivo. Ressalta-se também a ausência de qualquer referência ao envelhecimento ou às universidades abertas à terceira idade no Plano Nacional de Educação (2014-2024). Porém, se a educação dos mais velhos é condição *sine qua non* para a promoção do seu protagonismo e da sua participação na sociedade, como mudar o atual cenário nacional?

3 AS UNIVERSIDADES PARA A TERCEIRA IDADE NO BRASIL

3.1 Breve retrospectiva histórica

Na década de 1960, na França, foram criadas as universidades de tempo livre, precursoras das universidades da terceira idade, visando preencher o tempo de uma população cada vez mais longeva com atividades ocupacionais e lúdicas. Em 1973, na cidade de Toulouse, Pierre Vellas fundou a primeira universidade da terceira idade (a Université du Troisième Âge – UTA) com o objetivo de tirar os idosos do isolamento, promover sua saúde, estimular seu interesse pela vida e modificar sua imagem diante da sociedade.

Ademais, a UTA visava propiciar o protagonismo das pessoas idosas na tomada de decisão sobre seus problemas; colocar o ambiente universitário a serviço dos idosos e, desta forma, diminuir a marginalização e ampliar a inclusão deles na vida social; bem como aprofundar as pesquisas gerontológicas com a participação das pessoas idosas como investigadores e investigados (Palma, 2000). Progressivamente, esse modelo francês de universidade, fundamentado no sistema universitário tradicional, expandiu-se para diversas localizações em todo o mundo, com variações determinadas por características históricas, políticas e culturais (Cachioni, 2012).

O programa de universidades da terceira idade chegou à América Latina no início da década de 1980, pela Universidad Abierta Uruguay (UNI 3 Uruguay), com sede em Montevideu. A UNI 3 Uruguay era uma universidade aberta que funcionava independentemente, sem vínculo com nenhuma universidade tradicional. Sua proposta pautava-se nos princípios da educação permanente, com foco na educação participativa, que estabelece vínculo entre docentes e participantes, alternando os

papéis de educando e educador. Entre seus objetivos, destacavam-se a recuperação do valor social, cultural e econômico do idoso; a promoção da sua autoestima, permitindo-lhe uma vida útil e plena; o alcance da sua saúde física e mental, assim como do seu bem-estar social; e ainda o acompanhamento por parte idoso dos mais recentes desenvolvimentos tecnológicos (Palma, 2000).

No Brasil, no final dos anos 1970, baseado na experiência francesa, o Serviço Social do Comércio (Sesc) de São Paulo implementou as escolas abertas da terceira idade, que consistiam em um conjunto de cursos destinados à reflexão sobre temas da atualidade e questões referentes ao envelhecimento (Ferrigno, 2013). No início dos anos 1980, várias universidades brasileiras, públicas e privadas, criaram as faculdades e universidades abertas à terceira idade.

As universidades brasileiras consideradas pioneiras no trabalho com a população idosa foram a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que, em 1982, criou o Núcleo de Estudos da Terceira Idade (Neti); e a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que, no mesmo ano, criou o Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade – Nieati (Palma, 2000; Cachioni, 1999). O Neti foi o primeiro programa universitário brasileiro criado para realizar estudos, divulgar conhecimentos técnicos e científicos relativos ao envelhecimento, formar recursos humanos e promover o cidadão idoso. Ainda na década de 1980, a Universidade Estadual do Ceará (Uece) criou, em 1988, a Universidade sem Fronteiras (Cachioni, 1999).

Desde então os programas se multiplicaram em universidades brasileiras, com destaque para a década de 1990, que presenciou a rápida expansão das universidades da terceira idade (Palma, 2000). Em uma breve retrospectiva, destaca-se a criação de algumas delas (UFMG, 1994; Cachioni, 1999; Debert, 1999; Palma, 2000; Lobato, 2004; Oliveira, Oliveira e Scortegagna, 2004):

- em 1990, criação da Universidade da Terceira Idade na PUC-Campinas;
- em 1992, criação da Universidade Aberta à Terceira Idade na Universidade Católica de Goiás (UCG), e da Universidade Aberta à Terceira Idade na Universidade Estadual de Ponta Grossa (Uati/UEPG); e
- em 1993, criação da Universidade Aberta à Terceira Idade na Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Aberta da Terceira Idade na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Unati/Uerj), da Universidade Aberta para a Terceira Idade na UFMG, e da Universidade Aberta ao Idoso (Unai) na PUC Minas.

Hoje existem mais de duzentas instituições de ensino superior desenvolvendo programas de universidades para a terceira idade no Brasil (Cachioni, 2012). Cabe destacar que estes programas possuem diferentes denominações e seguem modelos

pedagógicos diversos, mas têm propósitos comuns como promover o resgate da cidadania e da autoestima; incentivar a autonomia, a independência, a autoexpressão e a reinserção social em busca de um envelhecimento bem-sucedido; e rever os estereótipos e os preconceitos com relação à velhice (Veras e Caldas, 2004a). Em geral, as atividades convergem para um maior conhecimento do corpo e dos processos mentais; para a consciência dos direitos e dos deveres como cidadãos; e para a estimulação da convivência social. Além disso, pela socialização promovida, propiciam a partilha de experiências de vida e incentivam a produção de saberes. Enfim, todas as iniciativas visam a um envelhecimento ativo com qualidade de vida (Gomes, Loures e Alencar, 2005).

Na trajetória histórica das universidades para a terceira idade no Brasil, inúmeras são as evidências de que essa iniciativa tem sido efetiva (Mazo *et al.*, 2009; Irigaray e Schneider, 2008; Gomes, Loures e Alencar, 2005; Veras e Caldas, 2004b) e em acordo com as premissas estabelecidas pelos pilares da Organização Mundial da Saúde (OMS), baseados na segurança, na saúde e na participação em todas as esferas da vida social e política de um cidadão (OMS, 2005). Contudo, cabe ressaltar que muito investimento ainda precisa ser realizado, considerando-se a concentração das universidades voltadas para o segmento idoso nos grandes centros e a forma heterogênea de distribuição pelas diferentes regiões brasileiras.

3.2 Apresentação de experiências

Para ilustrar a trajetória das universidades para a terceira idade, selecionamos duas experiências exitosas em Minas Gerais, com mais de vinte anos de existência cada uma, a serem explicitadas nas subseções a seguir: a Universidade Aberta para a Terceira Idade da UFMG e a Unai da PUC Minas.

3.2.1 Universidade Aberta para a Terceira Idade da UFMG

Foi criada em 1993, por meio de um projeto de extensão universitária, com o objetivo de: *i*) instrumentalizar a população idosa para um envelhecimento ativo e com qualidade de vida; e *ii*) capacitar recursos humanos. O primeiro objetivo tem sido atingido por meio do desenvolvimento de atividades diversificadas que estimulam o envolvimento das pessoas idosas de modo crítico e participativo. O segundo inclui a oferta de estágios para acadêmicos de diferentes cursos de graduação e a realização, anual, de seminários destinados a profissionais e alunos da saúde e de áreas afins, abordando temas gerontológicos.

O projeto é desenvolvido anualmente e, ao longo de 23 anos ininterruptos, tem sido frequentado por centenas de pessoas idosas. Um conjunto de conteúdos específicos ancora as atividades desenvolvidas e está estruturado em quatro módulos: saúde e envelhecimento; movimento e qualidade de vida; aspectos psicológicos e

sociais; e cotidiano e cultura. Os diversos conteúdos eleitos em cada uma dessas temáticas são indicados pelas pessoas idosas participantes, pela coordenação da Universidade Aberta para a Terceira Idade e pelos acadêmicos bolsistas e voluntários.

A metodologia de ensino privilegia a participação da pessoa idosa como sujeito ativo do processo ensino-aprendizagem, e os temas, instigantes e atuais, são abordados por meio de diferentes atividades como oficinas, seminários, mesas-redondas, aulas teóricas e práticas, rodas de conversa e atividades socioculturais. A exposição dialogada dos assuntos estimula uma postura mais crítica e reflexiva em relação não só ao processo de envelhecimento, mas também à realidade atual; e possibilita ainda que os participantes relatem suas histórias e trajetórias de vida, numa profícua troca de saberes e experiências.

As atividades são desenvolvidas por docentes da UFMG com diversas formações e por profissionais de destaque, na área da gerontologia, do estado de Minas Gerais. Cabe ressaltar a participação efetiva das pessoas idosas que frequentam o projeto na realização de atividades e aulas mensais. Os participantes são estimulados, a partir de sua formação profissional e/ou experiências de vida, a compartilharem seus saberes com o grupo. Inicialmente, o envolvimento nessa atividade foi discreto, mas atualmente os participantes se oferecem espontaneamente e em maior número para fazê-lo, mostrando-se motivados e interessados em desenvolver a atividade e/ou ministrar as aulas.

O perfil das pessoas idosas que frequentam o projeto é o seguinte: predominam mulheres, em sua maioria viúvas ou casadas, com média de 74 anos e escolaridade diversificada, incluindo desde pessoas analfabetas até pessoas com curso superior. Esse perfil coincide com o de outras universidades para a terceira idade no país (Lobato, 2004; Debert, 1999).

Ao longo de mais de duas décadas de existência, vários trabalhos foram apresentados pelos coordenadores e acadêmicos em eventos científicos nacionais e internacionais; dissertações de mestrado foram produzidas; inúmeros seminários, realizados; e várias parcerias de trabalho, instituídas. O número crescente de pessoas idosas que participam ativamente do projeto, a cada ano, reafirma a convicção de que o processo de envelhecimento está sendo revisto e de que novos olhares têm possibilitado uma maior abertura ao conhecimento e ao compartilhamento de aprendizados.

Essa trajetória da Universidade Aberta para a Terceira Idade na UFMG suscita alguns desafios, com destaque para a necessidade de tornar o projeto mais motivador para o público masculino, ampliando a sua participação, e desenvolver novas ações com ênfase na intergeracionalidade. Desafios estes que demandarão um envolvimento cotidiano e uma interlocução afinada entre todos os atores envolvidos.

3.2.2 Unai da PUC Minas

Em 1990 foi criado o Núcleo de Apoio Institucional e Interdisciplinar à Terceira Idade (NAI 3ª Idade) na PUC Minas. Em 1991 foi criado o projeto Universidade para a Terceira Idade, que foi desenvolvido de 1992 a 1996, no *campus* de Belo Horizonte, mas, por motivos institucionais, foi interrompido. Posteriormente, em 2004, foi retomado no núcleo universitário de Contagem da PUC Minas, com a denominação Universidade Aberta ao Idoso, após aprovação do projeto pela Pró-Reitoria de Extensão (Proex).

A Unai objetiva possibilitar o acesso de pessoas acima de 55 anos à educação permanente; criar oportunidade para novos conhecimentos e para a atualização de informações; assegurar os direitos sociais do idoso; e promover a autonomia, a integração, a participação efetiva na sociedade e a ampliação da rede de relações sociais. Visa ainda propiciar a integração entre a universidade e a comunidade a partir da vocação comunitária da instituição, criando um espaço interdisciplinar e interdepartamental de estudo, pesquisa e ação, assim como propiciar trocas de experiências intergeracionais e abertura de espaço de estágio para alunos de diferentes formações.

O projeto, desenvolvido anualmente, é constituído por três eixos interligados e interdependentes: o eixo básico, o eixo de atualização e o eixo de dinâmicas. O primeiro aborda a promoção da saúde; o conhecimento dos aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais do envelhecimento; o direito e a cidadania; a família e o envelhecimento; o humanismo e a espiritualidade; as redes sociais; e os aspectos organizativos e associativos dos idosos e aposentados. O segundo enfatiza a conjuntura social, política e econômica do Brasil; a cultura e a vida cotidiana; o meio ambiente; a literatura, a história, a arte, a música, o cinema; e as questões da contemporaneidade. No terceiro, ocorrem reflexões sobre temas de interesse do grupo; atividades sociorrecreativas; visitas programadas e orientadas; passeios; confraternizações; e vivências intergeracionais. Ressaltam-se também o desenvolvimento de oficinas de criatividade e a descoberta de potencialidades.

O corpo docente é composto por professores da instituição identificados com a temática; alunos da pós-graduação em gerontologia da PUC Minas e de outras instituições de ensino; idosos participantes do projeto; alunos de diferentes cursos da graduação; profissionais que tiveram experiência como extensionistas; e profissionais convidados. O público que frequenta a Unai é constituído por pessoas com uma média de 65 anos, predominantemente mulheres, viúvas ou casadas, com baixa escolaridade.

Desde a sua implantação, o programa ganhou espaço na PUC, constatado pelo interesse e participação de professores de diferentes cursos, funcionários e alunos da graduação, e pela procura por assessoria e orientação sobre questões relativas ao

envelhecimento por parte de outras instituições de ensino superior, prefeituras e profissionais. Entre os resultados atingidos na primeira fase, de 1992 a 1996, destaca-se a publicação, em 1993, 1994 e 1995, dos cadernos *No meu tempo era assim...*, elaborados pelos participantes da universidade nas oficinas de reminiscências (Debert, 1999).

A PUC Minas, por meio da Unai, se faz representar no Conselho Municipal do Idoso de Contagem. A referida participação é exercida por uma pessoa idosa eleita no grupo, envolvida ativamente nas ações do conselho, exercendo protagonismo social.

Um grande desafio que se apresenta é contribuir para a mudança de olhar sobre a velhice e o envelhecimento, ultrapassando e derrubando mitos e preconceitos sociais. É essencial que surjam políticas sociais que atendam às necessidades da população idosa, favorecendo a sua valorização enquanto pessoas capazes de conduzir suas próprias vidas, e que as universidades abertas ao idoso sejam multiplicadoras da busca de novos conhecimentos, contribuindo para a concretização da cidadania.

O questionamento que permanece é: se as experiências são positivas e podem de algum modo favorecer o protagonismo e a participação social de pessoas idosas, por que apenas cerca de duzentas universidades para a terceira idade existem no Brasil?

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A universidade para a terceira idade pode e deve funcionar como um elo nesta cadeia de construção da cidadania na velhice brasileira. Entretanto, a sua inclusão nos dispositivos legais, até o momento, não foi suficiente para garantir a sua implementação em todas as regiões brasileiras nem o acesso de pessoas idosas com diferentes perfis socioeconômicos.

Os desafios a serem enfrentados são inúmeros, com destaque para a necessidade de ampliação desse equipamento social, de forma mais homogênea pelo território nacional. Para tanto, é fundamental a realização de um mapeamento oficial, à semelhança do censo da educação, que revele o real dimensionamento das universidades para a terceira idade no país, bem como o perfil dos idosos que as frequentam e dos docentes envolvidos, o número de vagas ofertadas, a carga horária e os resultados atingidos. Além disso, para favorecer o desejável protagonismo das pessoas idosas nas universidades, os professores devem ser capacitados para utilizar metodologias específicas e ativas que valorizem as experiências e as histórias de vida dos participantes.

A trajetória a ser trilhada é longa e precisa envolver e sensibilizar a sociedade civil e o poder público. Se, por um lado, o Estado apresenta uma fleuma na implementação das políticas, por outro, a sociedade civil necessita de uma maior mobilização e conscientização acerca da necessidade de resgatar a dignidade e a cidadania das pessoas idosas. Somente a partir de uma ação conjunta destes dois protagonistas, uma sociedade mais inclusiva e justa poderá ser vislumbrada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 77, 5 jan.1994.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1, 3 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Regulamenta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e dá providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 142, 20 out. 2006.

CACHIONI, M. Universidade da terceira idade: das origens à experiência brasileira. *In*: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (Org.). **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus, 1999. p. 141-178.

_____. **Quem educa os idosos?** Um estudo sobre professores de universidades da terceira idade. Campinas: Editora Alínea, 2003. p. 19-78.

_____. Universidade da terceira idade: história e pesquisa. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 7, p. 1-8, dez. 2012.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp; Fapesp, 1999.

FERRIGNO, J. C. **Conflitos e cooperação entre gerações**. São Paulo: Edições Sesc-SP, 2013.

GOMES, L.; LOURES, M. C.; ALENCAR, J. Universidades abertas da terceira idade. **História da Educação (UFPel)**, Pelotas, v. 17, p. 119-135, 2005.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Participação de idosas em uma universidade da terceira idade: motivos e mudanças ocorridas. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 24, n. 2, p. 211-216, 2008. (On-line).

LOBATO, A. T. G. Programa de ações de participação social e cidadania com idosos da Unati/Uerj: uma proposta educativa do serviço social. *In*: TONI, I. M.; VIEIRA, C. M. S. S.; D'ALENCAR, R. S. (Org.). **Dossiê: experiências de educação para velhice – universidades abertas à terceira idade**. Ilhéus: Editus, 2004. p. 35-61.

MAZO, G. Z. *et al.* Do diagnóstico à ação: grupo de estudos da terceira idade: alternativa para a promoção do envelhecimento ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 65-70, 2009.

OLIVEIRA, R. C. S.; OLIVEIRA, F. S.; SCORTEGAGNA, P. A. Universidades abertas para a terceira idade: a construção de saberes para um novo olhar sobre a velhice. *In*: TONI, I. M.; VIEIRA, C. M. S. S.; D'ALENCAR, R. S. (Org.).

Dossiê: experiências de educação para velhice – universidades abertas à terceira idade. Ilhéus: Editus, 2004. p. 101-136.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Opas/OMS, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2014.

PALMA, L. T. S. **Educação permanente e qualidade de vida** – indicativos para uma velhice bem-sucedida. Passo Fundo: Editora UPF, 2000. p. 51-89.

RODRIGUES, N. da C. Políticas públicas em relação ao idoso. *In*: HERÉDIA, V. B. M.; DE LORENZI, D. R. S.; FERLA, A. A. (Org.). **Envelhecimento, saúde e políticas públicas**. Caxias do Sul: Educs, 2007. p. 147-156.

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Universidade Aberta para a Terceira Idade** – projeto Maioridade. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1994. 85 p.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promoting elderly health and citizenship: the U3A (University of Third Age) movement. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004a. (On-line).

_____. **Unati-Uerj 10 anos:** um modelo de cuidado integral para a população que envelhece. Rio de Janeiro: Uerj, 2004b. 80 p.

O IDOSO COMO MESTRE E ALUNO DAS NOVAS GERAÇÕES

José Carlos Ferrigno¹

1 INTRODUÇÃO

O binômio educação e geração caracteriza-se por um vínculo indissociável. A educação está necessariamente articulada à sucessão e à renovação das gerações por meio do repasse da experiência, sem o qual a edificação da cultura humana não se concretiza e perpetua. A relação entre as gerações pressupõe e suscita processos específicos de transmissão, socialização, formação, ensino e aprendizagem. Mas o professor também aprende com seus alunos, assim como o pai com seus filhos. A coeducação de gerações expressa a ideia dos mais velhos como educadores, mas também como educandos. Nessa troca, promove o desenvolvimento ético e cultural, além da humanização das relações interpessoais. Por isso, o direito de ensinar e de aprender dos idosos deve ser legalmente garantido.

Este capítulo pretende refletir sobre os processos educativos presentes na relação intergeracional no contexto da sociedade brasileira contemporânea. Pretende-se também analisar como a Política Nacional do Idoso (PNI) se pronuncia a esse respeito e o que de concreto vem ocorrendo. Em relação à educação entre gerações, busca-se ponderar sobre o que tem sido efetivamente implantado em observância à Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que institui a PNI, e quais aspectos desta política ainda não foram concretizados. Há, por fim, algumas sugestões de encaminhamento da questão intergeracional em prol de uma sociedade mais justa e igualitária.

2 SOBRE A NATUREZA DA EDUCAÇÃO

Uma discussão mais profunda sobre a educação, em suas diversas interpretações e abordagens, extrapola em muito os limites deste capítulo. Todavia, a título de uma contextualização e um reconhecimento do campo que estamos explorando, consideramos pertinente recordar sua abrangência.

1. Psicólogo; consultor em planejamento, acompanhamento e avaliação de programas de preparação para a aposentadoria, de ocupação do tempo livre e lazer do trabalhador aposentado; e doutor em psicologia social pela Universidade de São Paulo (USP).

Geralmente aplicamos o termo educação limitando seu sentido e associando-o à escola, mas sabemos que a educação se dá inicialmente na família, prosseguindo nas relações entre colegas de brincadeira, nos grupos da adolescência, nas relações de trabalho, e também via meios de comunicação. A educação, além de técnica e teórica, é igualmente estética, moral e afetiva. Não somente a criança dela necessita, mas também o adulto deve, conforme os valores contemporâneos, se educar incessantemente.

Para captarmos o sentido maior do processo educacional, poderíamos pensar o que é o homem e o que o distingue do animal. Em resposta, diríamos que o homem se caracteriza pelo trabalho, assim como pela linguagem e pela cultura. Mas não há trabalho, nem linguagem, nem cultura sem educação (Reboul, 1980, p. 7).

Os antigos gregos, sobretudo durante o período socrático, contribuíram decisivamente para o desenvolvimento do conceito de educação. As contribuições de Sócrates, Platão e Aristóteles foram muito importantes e até hoje permanecem vivas. Sócrates empregava como método de ensino a ironia e a maiêutica. A primeira levava o discípulo a reconhecer sua ignorância e a segunda lhe permitia buscar por si mesmo a resposta às suas questões. O ideal grego aparece como *paideia*, formação geral que tem por tarefa construir o homem como cidadão. Para Platão, a essência de toda a verdadeira educação ou *paideia* é a que dá ao homem o desejo e a ânsia de se tornar um cidadão perfeito e o ensina a mandar e a obedecer, tendo a justiça como fundamento (Jaeger, 2001).

A concepção de um sistema educacional articulado a uma dimensão política e ética faz de Platão o pioneiro da pedagogia. Para ele, a meta suprema da educação era a formação moral e a construção de um Estado justo. Na sequência seu discípulo Aristóteles, enriquecendo a reflexão grega sobre a educação, a vincula à ética e à noção de bem comum, sobretudo em sua magistral obra *Ética a Nicômaco* (Aristóteles, 2007).

Uma definição longe de definitiva, porém mais contemporânea sobre o processo educativo é a que nos oferece Olivier Reboul. Diz o autor:

educação é a ação que permite a um ser humano desenvolver suas aptidões físicas e intelectuais, assim como seus sentimentos sociais, estéticos e morais, com o fim de cumprir, tanto quanto possível, sua tarefa de homem (Reboul, 1980, p. 8).

Todavia, essa definição, a despeito de sua abrangência, deixa ainda muitas questões em aberto. Uma delas, talvez a mais importante, por ser um divisor de águas entre os teóricos, se refere à autoridade daquele que ensina e à liberdade ou autonomia daquele que aprende, e isso tem muito a ver com as relações entre jovens e velhos.

2.1 Educação autoritária *versus* educação libertária

Com o advento da modernidade e a institucionalização da escola, definições dos papéis de professor e aluno dividiram os pensadores da educação, que se posicionaram entre um ensino mais autoritário ou mais libertário. A partir dos séculos XVII e XVIII, com as posições opostas de John Locke e Jean Jacques Rousseau, intensificaram-se as discussões sobre métodos pedagógicos.

Para Locke, em uma perspectiva de educação mais tradicional, o indivíduo nasce na condição de uma *tabula rasa*, isto é, sem conteúdo, tal como uma página em branco. Cabe à sociedade moldá-lo. Tudo a ele deve ser fornecido pelos adultos, restando pouco ou nenhum espaço para a invenção e a criatividade. Ao contrário, Rousseau considerava que a sociedade é que deforma o ser humano, por isso recomendava uma interferência mínima em favor de um desenvolvimento natural das aptidões das crianças, num clima de liberdade e espontaneidade (Doll, 2008). A análise da oposição entre autoridade e liberdade no campo educacional, repetimos, é muito importante para pensarmos as relações educativas entre as velhas e as novas gerações, como veremos adiante.

As modernas teorias pedagógicas se distinguem e se opõem à educação tradicional, entre outros aspectos, pelo papel atribuído ao educador, ou seja, pela questão do poder presente na relação educador-educando. Paulo Freire diferencia uma concepção conservadora, antidialógica, “bancária” e, portanto, autoritária de educação, na qual o educador “deposita” seus conhecimentos no educando, sendo este entendido como um ser passivo, vazio e completamente ignorante, de outra concepção na qual a educação é problematizadora, transformadora e dialógica (Freire, 1977, p. 78-79).

Em clima de igualdade, o diálogo torna possível superar a contradição entre educador e educando. Assim, não mais educador do educando, não mais educando do educador, mas educador-educando e educando-educador. O educador, então, já não é apenas o que educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando, que, ao ser educado, também educa. Ambos se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e no qual argumentos de autoridade já não fazem sentido. Se esse raciocínio vale para uma ideia genérica de educação, com mais força ainda deve caracterizar um processo de coeducação, que já em sua própria expressão pressupõe um trabalho compartilhado e uma relação igualitária.

A respeito da necessidade do diálogo na educação, Reboul (1980, p. 45-46) observa que, no lugar da questão cuja resposta certa é presumivelmente preexistente, deve haver o diálogo durante o qual o mestre pode constatar que está errado. Certamente, ele possui saber e vivências mais sólidas, mas o que traz é mais seu ponto de vista, um entre outros. Sua função, então, é valorizar essas outras percepções, por meio do direito à palavra. Dessa forma poderá surgir uma nova ideia, um jeito novo de

olhar a realidade. O professor corajoso e democrático rende-se à possibilidade de ser ensinado e de ser superado pela verdade do discípulo, abrindo-se à promissora contingência da coeducação de gerações.

A vontade de compreender e de aceitar o que é peculiar no outro em decorrência dos fatores que modelaram sua geração é fator imprescindível para o processo coeducativo. Trata-se de algo que transcende a tolerância, pois se traduz no empenho em buscar relações igualitárias, acatando (e não abolindo) as diferenças, já que é por meio delas que se renovam as possibilidades de modificação recíproca dos sujeitos. Pela percepção do outro como diferente é que se torna possível a constatação de nosso inacabamento, visualizando, no outro, elementos para nossa transformação (Oliveira, 1999, p. 277). Assim, a possibilidade de admiração por esse diferente e o desejo de aproximação buscando nele a complementação permitem sentir-se pleno.

Quando pensamos em alteridade, igualitarismo, solidariedade, pensamos em amizade, sentimento dos mais nobres. Em *Ética a Nicômaco*, é também de Aristóteles a preocupação com a solidariedade entre as gerações. Considerando o que os velhos podem fazer pelos jovens e estes por aqueles, ele pondera: “amigos constituem um auxílio ao jovem a fim de protegê-lo do erro; aos velhos, para deles cuidar e suplementar sua capacidade de ação que lhes falta em sua fraqueza” (Aristóteles, 2007, p. 235).

Contudo, relações igualitárias entre aluno e professor não retiram deste último sua autoridade. A relação educacional, mesmo ocorrendo dentro de um modelo informal, como nas atividades de lazer, caracteriza-se por uma assimetria constitutiva. Ou seja, se alguém ensina algo a alguém é porque detém um conhecimento a ser transmitido, condição que lhe confere poder e autoridade. Idealmente, a autoridade do educador deve ficar circunscrita aos seus saberes específicos. Para isso, é preciso distinguir autoridade de autoritarismo. Como pessoas, como cidadãos, como professores e como alunos, podemos e devemos desenvolver relações democráticas, portanto, humanizadoras.

Ao reconhecermos e defendermos a assimetria de poder na relação professor e aluno, consideramos que na educação deve haver um certo conservadorismo, isto é, algo a ser conservado, preservado: as tradições e os valores fundamentais (Arendt, 1997, p. 225). Por isso, ao criticar a permissividade das escolas norte-americanas, já nos anos 1950, Arendt defende a ideia de que deve haver autoridade do professor em relação ao jovem. Autoridade que se traduz na responsabilidade dos adultos em apresentar o mundo, tanto seu lado luminoso quanto seu lado sombrio, às gerações que chegam. Mas, observa a pensadora, é preciso preservar a ousadia, a criatividade e o espírito revolucionário dos jovens, ávidos por mudanças, características necessárias para a construção de um futuro

melhor. Os professores, assim como os mais velhos em geral, não devem ver como derrota a superação dos mais jovens sobre seus mestres, mas sim perceber que aí reside a esperança por melhores dias para a humanidade (Arendt, 1997).

3 O DIREITO E A NECESSIDADE DE UMA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Sempre é tempo de aprender. O ser humano jamais está pronto. Ao contrário, se mantém em constante processo de construção, de aprendizagem, até seu último suspiro. Essa condição humana de incompletude torna-se mais evidente em nossos dias de mudanças aceleradas. O homem atual se mostra, em todas as dimensões do cotidiano, como um ser inacabado. A insuficiência de sua formação, inevitável em um mundo marcado pela transformação permanente das técnicas, torna imprescindível uma educação permanente.

Ao refletir sobre a importância da continuidade do processo educacional ao longo da vida, Lapassade (1975, p. 16) aborda o fenômeno que intitula de *inacabamento do sujeito*, mostrando que, diferentemente de outras espécies, o ser humano nasce física e psiquicamente prematuro; e, ao contrário do pensamento dominante, permanece inacabado para sempre ao longo da vida. Tal inacabamento é entendido, aqui, como uma condição existencial inexorável e imanente. Assim, Lapassade combate o mito da perfectibilidade humana, supostamente alcançada no início da vida adulta e seguida de declínio.

A ideia de que o ser humano atinge o auge de suas capacidades na fase de jovem adulto é uma das fontes de discriminação não somente em relação aos velhos, mas também às crianças – gerações colocadas em posição de inferioridade social. Oliveira (1999, p. 31) lembra que, como seres destituídos do tempo presente, pergunta-se para as crianças o que serão e para os velhos o que foram.

A intensificação e a modernização dos processos de produção industrial a partir dos anos 1950 criaram um contexto favorável ao florescimento da ideia de uma educação permanente ao longo da vida. Em anos mais recentes, a revolução digital, a rapidez da informação e a constituição de uma sociedade global aumentaram ainda mais a necessidade da reciclagem profissional e da atualização geral de conhecimentos.

Em 1977, um novo modelo de intervenção educacional surge no cenário brasileiro: as escolas abertas da terceira idade do Serviço Social do Comércio (Sesc). Estas proporcionam um conjunto de cursos voltados para a reflexão sobre temas da atualidade e para questões relativas ao envelhecimento, inspiradas em experiências europeias. Dentro dessa perspectiva, no início dos anos 1980, várias universidades brasileiras criaram as chamadas faculdades e universidades abertas à terceira idade.

Entre as instituições de ensino voltadas a esse propósito, destaca-se a USP, que desenvolveu uma proposta original em sua dinâmica de funcionamento, cuja natureza nos interessa de perto neste capítulo. Trata-se de um encontro de gerações. De um lado, os idosos, na condição de alunos ouvintes. Do outro, os alunos da graduação dessa universidade. Jovens e velhos, portanto, compartilhando os mesmos bancos escolares, situação que pode ensejar interação e trocas de experiências. Ações educacionais desse tipo buscam responder às necessidades de atualização de conhecimentos para que os mais velhos possam acompanhar as rápidas transformações políticas, econômicas e culturais de uma sociedade cada vez mais acelerada e complexa.

4 AS GERAÇÕES NA EDUCAÇÃO FORMAL, NÃO FORMAL E INFORMAL

A intergeracionalidade está presente nas distintas relações educativas, como as de caráter formal, não formal e informal. A educação formal é aquela que almeja a formação, sobretudo profissional, do indivíduo. Implica o cumprimento de tarefas e um aproveitamento medido e avaliado de várias formas, e dá direito a um certificado que comprova e legitima o processo de aprendizagem. A ênfase dada pela educação formal ao objetivo da profissionalização é, muitas vezes, alvo de críticas porque pode resultar em tecnização do processo educativo, com prejuízo da finalidade maior de formação de cidadãos críticos, livres e conscientes de seus direitos e responsabilidades.

Vale lembrar que na escola ocorrem encontros de várias gerações, que criam a oportunidade de processos informais de educação. O mais lembrado é o encontro do aluno com seus professores. Mas há também interações entre alunos e funcionários e entre alunos mais novos e mais velhos que podem deflagrar interessantes processos coeducativos. Bem menos frequentes são as relações que se estabelecem entre idosos da comunidade e os escolares que a eles se dirigem para transmitir seus saberes.

Tais ações dependem de iniciativas institucionais como o projeto Rede Escola Viva do Instituto Kairós² de Minas Gerais. Outra possibilidade de relação é a existente entre idosos tutores para reforço escolar e alunos de comunidades pobres, como a experiência desenvolvida pelo programa Universidad del Adulto Mayor (Udam) da Universidad de Valparaíso,³ no Chile. No âmbito, ainda, do ensino formal, temos o trabalho de alfabetização da educação de jovens e adultos (EJA), que também oportuniza o convívio entre idosos e jovens estudantes das classes populares.

2. Disponível em: <<http://www.institutokairos.org.br>>. Acesso em: 1º ago. 2014.

3. Disponível em: <<http://www.uv.cl/pdn/?id=2771>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

Outra modalidade de educação é a não formal, cujo propósito não é a profissionalização, mas a atualização de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades técnicas e estéticas sem o propósito profissional. Nesta modalidade, não costuma haver aplicação de provas para a avaliação de aproveitamento. Trata-se de uma educação composta por cursos livres, oficinas e *workshops*, geralmente administrados por entidades culturais e socioeducativas.

No entanto, diferentemente dos processos informais de educação, que veremos a seguir, a educação não formal conta com um corpo de educadores, métodos e objetivos bem estabelecidos, que configuram sua explícita intencionalidade educacional. Nesse âmbito temos como exemplos os programas do Sesc, do Serviço Social da Indústria (Sesi), das secretarias de cultura e das universidades ou faculdades abertas à terceira idade, entre outros.

A educação informal, por sua vez, se dá nas trocas espontâneas de experiências e opiniões entre as pessoas no cotidiano das relações na família, na escola, no trabalho e em outros espaços públicos. Nessas situações todos aprendem com todos, sem que uma intencionalidade fique clara ou sem que haja necessariamente consciência e valorização pelo que se assimila na relação com o outro. A maioria do que se aprende na vida, na família e fora dela, desde a relação do bebê com sua mãe, ocorre nessa informalidade. Assim como, para dar um exemplo dentro de nossa temática, o relacionamento entre avós e netos igualmente suscita um processo educativo informal. Daí a inquestionável importância dessas relações para a inserção cultural da criança e do adolescente.

5 A COEDUCAÇÃO ENTRE GERAÇÕES

Antes de refletirmos especificamente sobre a coeducação de gerações, tratemos da noção de coeducação em si mesma. Ela pode ser aplicada a diversas situações. É possível se falar em coeducação entre *iguais*, por exemplo, dentro de um grupo de adolescentes ou de idosos, ou em associações do tipo Vigilantes do Peso, Alcoólicos Anônimos e Neuróticos Anônimos. A coeducação pode se dar entre *diferentes*, como a que ocorre entre as gerações ou entre indivíduos de diferentes etnias. Uma coeducação entre brancos e negros ou entre árabes e judeus pode se constituir em um excelente antídoto a toda uma história de preconceitos e intolerância recíproca. Mas ainda há outras possibilidades de coeducação. Por exemplo, experiências de coeducação de gêneros, cuja importância em um mundo ainda marcado por atitudes discriminatórias em relação à mulher dispensa comentários.

Sabemos que no cotidiano das relações interpessoais todos aprendem com todos. Mas, nos encontros de velhos e moços nos quais gerações se coeducam, o que é especificamente atribuível ao fator *geração*? Qual é a especificidade da coeducação de gerações? O que os mais velhos ensinam aos jovens? Constatamos que ensinam,

sobretudo, valores éticos, saberes práticos e experiências vividas. Os mais velhos também servem de modelo positivo ou negativo, fornecido pela convivência, de como se comportar diante do envelhecimento de si e do outro.

Bosi (1979, p. 32) nos mostra como ocorre a transmissão de experiências dos velhos aos jovens, afirmando que “há dimensões da aculturação que, sem os velhos, a educação dos adultos não alcança plenamente: o reviver do que se perdeu, de histórias, tradições, o reviver dos que já partiram e participam então de nossas conversas e esperanças”. Por essa função, vários autores se referem aos idosos como potenciais agentes de preservação da memória cultural.

E qual pode ser a contribuição dos jovens aos idosos? Um auxílio importante é a atualização de conhecimentos, mormente aqueles que dizem respeito a novas tecnologias diretamente relacionadas ao dia a dia. Além desses saberes, o convívio com gente mais moça propicia aos velhos a oportunidade de reverem seus conceitos sobre a juventude e seu estilo de vida, de modo a torná-los mais compreensivos em relação a temas sensíveis como sexualidade, drogas e os novos comportamentos da juventude (Ferrigno, 2010).

Mas quem ensina e quem aprende podem variar conforme o modo como a sociedade se organiza. A antropóloga Margaret Mead, como resultado de suas observações de diversas culturas, distingue três processos básicos de educação envolvendo as gerações: *i*) o das *culturas pós-figurativas*, em que os velhos ensinam as gerações mais jovens; *ii*) o das *culturas cofigurativas*, nas quais ocorre a coeducação entre os contemporâneos (trata-se de uma coeducação intrageracional, jovens com jovens ou idosos com idosos); e *iii*) o das *culturas pré-figurativas*, em que os jovens repassam ensinamentos aos mais velhos (Mead, 1971). Vale ressaltar que, de alguma forma e sob diferentes intensidades, todas essas modalidades educacionais estão presentes em todas as comunidades humanas. A intensidade de uma ou outra varia de acordo com fatores econômicos, políticos e sociais.

As culturas pós-figurativas são típicas de sociedades estáveis, de lentas e poucas mudanças. Nelas, os avós enxergam o futuro de seus netos à semelhança de seu próprio passado. São culturas que dependem da presença de pelo menos três gerações na família, pois se fundamentam sobre a coexistência destas. Nelas os adultos podem ver os pais que os educaram, enquanto educam seus filhos da mesma maneira como foram educados. As crianças tendem a admitir sem discussão tudo o que é admitido sem discussão pelo seu círculo de relações. Nessas sociedades prevalecem a continuidade e a previsibilidade, graças ao papel dos velhos como garantidores da manutenção das tradições.

Ao contrário, em sociedades como a nossa, de rápidas mudanças, regidas por novas tecnologias, pelo imperativo do consumo e pelo desprezo da tradição, os velhos perdem poder e função social. Se, por um lado, determinados valores

operam no sentido de afastar os jovens dos idosos, por outro lado, em algumas iniciativas são os idosos que se afastam dos jovens, como ocorre em alguns grupos e centros de convivência.

Inegavelmente, a integração de muitos idosos é viabilizada por meio dos grupos de convivência. A identificação com pessoas que vivem experiências semelhantes permite o autoconhecimento e a formação de importantes laços afetivos. Porém, tais núcleos de convívio acabam por se fechar em si mesmos. Muitas associações de idosos optam por não manter contato com outras faixas etárias, transformando-se assim em guetos etários (Ferrigno, Leite e Abigail, 2006).

5.1 Experiências coeducativas de gerações

Os chamados programas intergeracionais têm se multiplicado em vários países do mundo desde a década de 1990, como resposta ao atual distanciamento das gerações. Os Estados Unidos, pioneiros nessa área, já desenvolvem projetos desse tipo desde os anos 1970, sobretudo como trabalho voluntário em “via de mão dupla”: jovens ajudando ou educando idosos e vice-versa com o espírito de “quem pode ajuda quem precisa”. No Brasil, ações intergeracionais têm surgido timidamente em programas culturais e de lazer em prefeituras e entidades como o Sesc, entre outras.

Na Inglaterra, na Alemanha e nos Estados Unidos, há modalidades mais avançadas de ações intergeracionais, como os centros intergeracionais, envolvendo creches, escolas infantis e de ensino médio, próximas de associações de terceira idade, de centros-dia e de instituições de longa permanência para idosos. A proximidade física torna o convívio mais frequente, de modo que os resultados sejam mais positivos e surjam mais rapidamente. Nesses países, conselhos intergeracionais constituem outra estratégia para aproximar gerações, nesse caso, velhos e moços trabalham politicamente “ombro a ombro” em favor da comunidade.

6 A INTERGERACIONALIDADE NA PNI

O tema da intergeracionalidade está implicitamente contemplado já no Capítulo I da PNI, sobre sua finalidade, ao defender o direito do idoso à integração na sociedade, que é, obviamente, composta por todas as gerações. Diz exatamente em seu art. 1º: “a Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 1994).

Mais diretamente, a referência da PNI à intergeracionalidade se apresenta quando aborda a importância da integração do idoso às demais gerações. Em seu Capítulo II, Seção II, art. 4º, inciso I, a PNI inclui entre suas diretrizes a “viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações” (Brasil, 1994).

A PNI também aborda o tema quando fala da necessária proteção dos idosos pela família, grupo humano naturalmente intergeracional. No inciso III do art. 4º, a política inclui entre suas diretrizes a:

priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência (Brasil, 1994).

Ainda sobre essa proteção por parte do núcleo familiar, a PNI, no inciso I do seu art. 3º, diz: “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (Brasil, 1994). No art. 10, inciso I, alínea a da mesma lei, a família é mais uma vez mencionada quando, entre as competências de órgãos e entidades públicos na área de promoção e assistência social, a política inclui:

prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais (Brasil, 1994).

6.1 A PNI e a intergeracionalidade na educação do idoso

A PNI trata do direito à educação desse segmento etário no inciso III, art. 10, do Capítulo IV, relativo às ações governamentais, ou seja, àquilo que é competência de órgãos e entidades públicas. Sinteticamente a lei nos fala de: *i)* adequação de conteúdo e método no ensino ao idoso; *ii)* inserção de informações sobre o envelhecimento na escolarização formal dos jovens; *iii)* inclusão da gerontologia nos cursos universitários; *iv)* efetivação de programas, principalmente na mídia, que informem a população sobre a questão da velhice; e *v)* ações que incrementem o ensino à distância para os idosos.

Como podemos constatar, a PNI, quando se refere à educação, busca garantir boas condições ao aluno idoso, ao mesmo tempo que se preocupa em sensibilizar a sociedade para seu direito de educar-se. Mas não há neste trecho da lei menção à intergeracionalidade ou a uma troca de conhecimentos entre jovens e velhos. Igualmente nada diz a PNI sobre o idoso como educador, seja de seus pares, seja das novas gerações.

O direito ou, se quisermos adotar outro ponto de vista igualmente válido, o dever e o compromisso do idoso em atuar como um educador das gerações mais jovens são sim pensados em outro momento do texto, aquele que versa sobre o direito do idoso à cultura, ao esporte e ao lazer. No Capítulo IV, a alínea d do inciso VII do art. 10 nos diz que é competência do governo a iniciativa para “valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural” (Brasil,

1994). O repasse de conhecimentos práticos, teóricos e éticos legitimados pelas experiências de vida, sem dúvida, caracteriza um indispensável processo educativo, de acordo com todo o exposto nesta reflexão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compartilhando a opinião de inúmeros especialistas e rendendo homenagem aos idosos e às suas lideranças, assim como aos “sinceros aliados da causa”, ou seja, gerontólogos e demais profissionais, que, juntos, construíram a Lei nº 8.842/1994, não há dúvida de que o conteúdo da PNI foi bem elaborado e que sua abrangência permite contemplar as dimensões do cotidiano dos idosos brasileiros com suas necessidades, desejos e direitos. Trata-se, pois, de uma boa lei. No entanto, sua efetivação deixa a desejar em vários pontos, na visão de idosos e de especialistas, como destacamos a seguir.

Em 2005 o Sesc São Paulo organizou um encontro nacional de idosos com o tema Avaliação e Perspectivas do Estatuto do Idoso. Nessa oportunidade, cerca de 1 mil idosos participantes do evento, representando grupos de terceira idade das várias regiões brasileiras, explicitaram sua visão da lei. Como fruto das discussões, um documento foi aprovado por aclamação e posteriormente publicado sob o título *Carta aberta à nação*. Na introdução do documento, os idosos que participaram do evento assim se expressaram:

nossa proposta foi avaliar o quanto dessa lei vigora efetivamente. Fomos procurar respostas nas comunidades, grupos e associações locais e examinamos inúmeras experiências em diversas partes do país. Estudamos e discutimos a nossa lei – procuramos as concordâncias com ela e as discordâncias dela na realidade: nas ruas, no seio da família, na comunidade e nos locais de atendimento. (...) Nossas observações e conclusões sobre quase dois anos de vigência do estatuto indicam que o poder público ainda está muito longe de cumprir sua parte (Sesc, 2006, p. 6).

A realidade brasileira, em 2014, nos mostra que muito ainda falta para que a Lei nº 8.842/1994 seja plenamente cumprida. Mas, inegavelmente, houve avanços. No que se refere mais especificamente à intergeracionalidade, no tópico sobre o idoso e a educação, vimos que a PNI se preocupa basicamente com o direito do idoso a educar-se e com a sensibilização da sociedade para com esse direito, absolutamente legítimo, sem dúvida. Consideramos, no entanto, que poderia haver uma ênfase no texto da lei quanto a seu direito de ser um educador das novas gerações. Seria uma forma de potencializar as oportunidades reais de transmissão da cultura, que se apresentam no dia a dia das relações intergeracionais, seja na família, seja nos espaços públicos, sobretudo escola e trabalho. Também teria sido muito oportuna a recomendação para que tanto o poder público como a sociedade civil efetivassem eventos, projetos e programas destinados a aproximar gerações e estimulá-las ao convívio.

Em que pesem as observações aqui e acolá sobre eventuais lacunas, o fato é que a Lei nº 8.842/1994 foi bem elaborada. O mais importante é que idosos, gerontólogos e trabalhadores sociais juntamente com os demais setores da sociedade civil prossigam, com cada vez mais força, a exercer o compromisso cidadão de pressionar os poderes públicos para garantir os direitos dos idosos consignados pela PNI.

REFERÊNCIAS

ARENDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução de Edson Bini. 2. ed. Bauru: Edipro, 2007.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade** – lembranças de velhos. São Paulo: T.A. Queiroz Editor, 1979.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

DOLL, Johannes. **Educação e envelhecimento** – fundamentos e perspectivas. A Terceira Idade, São Paulo, v. 19, n. 43, out. 2008.

FERRIGNO, José Carlos. **Coeducação entre gerações**. 2. ed. São Paulo: Edições Sesc-SP, 2010.

FERRIGNO, José Carlos; LEITE, Maria Luciana Carneiro de Barros; ABIGALIL, Albamaria. Centros e grupos de convivência de idosos: da conquista do direito ao lazer ao exercício da cidadania. In: FREITAS, Elizabeth Viana de et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

JAEGER, Werner Wilhelm. **Paideia: a formação do homem grego**. Tradução de Artur M. Parreira. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAPASSADE, Georges. **A entrada na vida**. Lisboa: Edições 70, 1975.

MEAD, Margaret. **Cultura y compromiso: estudio sobre la ruptura generacional**. Buenos Aires: Granica Editor, 1971.

OLIVEIRA, Paulo de Salles. **Vidas compartilhadas: cultura e coeducação de gerações na vida cotidiana**. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 1999.

REBOUL, Olivier. **Filosofia da educação**. Tradução de Luiz Damasco Penna e J. B. Damasco Penna. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1980.

SESC – SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. Carta aberta à nação: avaliação e perspectivas do Estatuto do Idoso. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE IDOSOS, 1. São Paulo: Sesc-SP, 2006.

O DIREITO AO TRABALHO, A PREPARAÇÃO E A CONQUISTA DA APOSENTADORIA

Maria Aparecida Gugel¹

1 A DEFESA CONSTITUCIONAL DO DIREITO AO TRABALHO DA PESSOA IDOSA

Os trabalhadores da cidade e do campo têm a garantia de acesso e permanência no trabalho. É o que está expresso no art. 7º, XXX, da Constituição da República, que proíbe qualquer discriminação no tocante a salários, exercício de funções e critérios de admissão do trabalhador por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil. O direito de não ser discriminado é corolário do princípio da igualdade.

Os três elementos que compõem o quadro de proibição da discriminação no trabalho (diferenças de salário; exercício de funções; e critérios de admissão) são práticas bastante comuns quando se trata da pessoa idosa. O fator idade é o que mais se evidencia nas relações de trabalho, sobretudo em relação ao grupo de trabalhadores mais velhos.

Entenda-se a discriminação nas relações de trabalho como sendo o ato de distinguir, excluir ou preferir alguém, cuja consequência ou resultado destrói e altera a igualdade de oportunidade e tratamento no trabalho, conforme prevê a Convenção nº 111, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), concernente à discriminação em matéria de emprego e profissão, ratificada pelo Brasil em 1965, com vigência a partir da publicação do Decreto nº 62.150, de 19 de janeiro de 1968 (Gugel, 2009, p. 130).

A concepção constitucional de não discriminar por idade é muito apropriada em relação ao trabalhador mais velho, a qual, junto ao princípio da proteção integral da pessoa idosa, potencializa a necessidade de o empregador e o administrador público estarem sempre preparados para não permitir a discriminação do trabalhador em razão da idade.

É evidente que o trabalhador mais velho tem desvantagens intrínsecas do próprio processo de envelhecimento por múltiplos fatores relacionados à mobilidade, à saúde, às dificuldades de aperfeiçoamento e reciclagem de competências, ou, o

1. Subprocuradora-geral do trabalho do Ministério Público do Trabalho; e membro auxiliar do Núcleo de Atuação Especial em Acessibilidade do Conselho Nacional do Ministério Público (Neace/CNMP).

que é pior, relacionados aos fatores próprios do mercado e das relações de trabalho que elevam seu salário e/ou dificultam a sua evolução diante da exigência de novas tecnologias ligadas às funções exercidas.

Proibir constitucionalmente a prática discriminatória, tendo por base a idade, consolidou-se nas leis que se seguiram, como a que instituiu a Política Nacional do Idoso – PNI (Lei nº 8.842/1994), cuja regência é a do princípio da não discriminação de qualquer natureza da pessoa idosa (art. 3º, inciso III); a Lei nº 9.029/1995, que, de forma abrangente, proíbe a adoção de qualquer prática discriminatória ou que limite o acesso da pessoa à relação de emprego com a motivação na idade do trabalhador (art. 1º); o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), que tem como princípio básico a não discriminação da pessoa idosa (art. 4º), veda expressamente a discriminação e a fixação de limite máximo de idade (art. 27), inclusive para concursos públicos e criminaliza, com pena de reclusão de seis meses a um ano, quem obstar o acesso a qualquer cargo público ou negar emprego ou trabalho por motivo de idade (art. 100, incisos I e II).

O Estatuto do Idoso garante o pleno acesso da pessoa idosa ao concurso público sob dois fundamentos expressos: ele veda a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir (art. 27); e prefere o candidato de idade mais elevada como critério de desempate.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) pacificou a questão da idade do candidato ao afirmar em recurso de mandado de segurança (RMS) que:

vedar a inscrição em concurso ao maior de certa idade, *data venia*, é a forma mais radical de impor critério de admissão em razão da idade num país onde a investidura em qualquer cargo público está, hoje, subordinada ao concurso (RMS 21.046-RJ, ministro Sepúlveda Pertence, DJ 14 de novembro de 1991).²

Nosso ordenamento jurídico, a partir da Constituição da República, elege expressamente a idade mínima e a idade máxima da pessoa para o exercício de cargos e funções públicas. Citam-se três casos.

- 1) Setenta anos como limite máximo de permanência dos servidores da União, estados, Distrito Federal e municípios no serviço público, com proventos proporcionais ao tempo de contribuição: art. 40, inciso II, aposentadoria dos servidores; art. 93, inciso VI, aposentadoria dos magistrados; art. 129, § 4º, aposentadoria de membros do Ministério Público.
- 2) Dezoito anos como idade mínima para o exercício de cargos e empregos públicos, decorrente do art. 37, § 4º, que prevê a responsabilidade

2. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=115528>>.

administrativa, civil e penal da pessoa; e art. 228, que diz serem inimputáveis os menores de 18 anos.

- 3) Maior de 14 anos e menor de 24 anos para ingressar no mundo do trabalho na condição de aprendiz, conforme a Lei nº 10.097/2000.

Na forma da Lei nº 8.213/1991, é permitido ao trabalhador aposentar-se e permanecer trabalhando e acumular os proventos da aposentadoria e de salários, exceto na hipótese da aposentadoria por invalidez. A aposentadoria espontânea não é causa de extinção do contrato de trabalho se o empregado permanece prestando serviços ao empregador após a jubilação, é o que diz a jurisprudência do Tribunal Superior do Trabalho (TST), segundo a Orientação Jurisprudencial 361, DJ 20, de 21 e 23 de maio de 2008.

Significa afirmar que a regra geral é a da inexistência de limite máximo de idade para trabalhar. Quando a Constituição da República assim quer, excepciona tal limite para o exercício de cargos e funções, ressaltando, inclusive, os casos em que é possível a adoção de requisitos e critérios diferenciados na concessão de aposentadoria para as atividades exercidas em condições especiais que prejudiquem a saúde e a integridade física do trabalhador (exemplo da profissão de professor, no art. 40, § 5º, da Constituição da República).

Sobre o limite constitucional de tempo para a aposentadoria compulsória, vale saber que o Congresso Nacional debate, há quase uma década, uma proposta de emenda constitucional (a PEC 457/2005, cuja discussão, desde 2013, está adiada por tempo indeterminado junto à Câmara dos Deputados) que visa alterar o art. 40 da Constituição da República, relativo ao limite de idade para o servidor público em geral. A proposta é aumentar o limite de idade do servidor (incluídos os magistrados e agentes políticos) para a aposentação de 70 para 75 anos, com muita oposição de diferentes associações de classe. Os argumentos favoráveis à alteração fundam-se no aumento da expectativa de vida do brasileiro e no caos da previdência social; os contrários, protagonizados pelos magistrados de primeira e segunda instâncias, afirmam que a medida promoverá a estagnação da jurisprudência dos tribunais e impedirá a renovação de práticas e concepções, conduzindo ao esvaziamento das carreiras do serviço público.

Qualquer argumento contra ou favor sobre o tema deve ser permeado pela realidade inevitável do envelhecimento da população brasileira, a exigir adaptações em todos os contextos sociais, de trabalho, familiar, inclusive em relação ao fomento da seguridade social, de forma a garantir subsídios previdenciários dignos ao servidor que vier a optar pela aposentadoria. Além dos argumentos citados, deve ser acrescida a constatação de que a aposentadoria compulsória nada mais é que uma forma de discriminação que impede ao trabalhador/servidor permanecer produzindo até quando queira. Há, por exemplo, uma lei canadense (de Quebec)

sobre normas do trabalho (artigos 84.1; 122.1) que compõe melhor o argumento, ao afirmar que obrigar um trabalhador a se aposentar com motivação na idade constitui forma de discriminação baseada na Carta de Direitos e Liberdades da Pessoa. A regra foi estendida ao serviço público, excetuadas determinadas profissões, como bombeiros e policiais.

2 DAS CONDIÇÕES FÍSICAS, INTELECTUAIS E PSÍQUICAS DO TRABALHADOR IDOSO

Todas as perspectivas para uma aposentadoria saudável e produtiva podem ser frustradas diante da falta de respeito com o trabalhador nas várias fases das relações de trabalho, traduzidas, por exemplo, em atitudes discriminatórias dos vários grupos de trabalhadores em diferentes setores: pela existência permanente de insalubridade no local de trabalho e pelo reiterado descumprimento de regras de saúde e segurança que podem ocasionar acidentes e doenças profissionais; pela existência de trabalho degradante ou análogo ao escravo; pela introdução precoce da criança e do adolescente no trabalho; e pelo exercício de atividades informais, sem a devida contraprestação pelo trabalho prestado e os recolhimentos de encargos sociais que impedem o acesso ao sistema de seguridade social, gerando, portanto, insegurança previdenciária ao trabalhador.

Pois bem. É direito da pessoa idosa, segundo o art. 26 do Estatuto do Idoso, exercer uma atividade profissional em um ambiente de trabalho saudável e seguro, com especial atenção às suas condições físicas, intelectuais e psíquicas para o desenvolvimento do trabalho produtivo. O sistema consolidado de trabalho visa à proteção do trabalhador idoso, garantindo-lhe a aplicação das regras de proteção geral sobre segurança e saúde no trabalho que constam da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), assim como das normas previstas em códigos de obras ou regulamentos sanitários dos estados ou dos municípios onde se situem os estabelecimentos empresariais e de trabalho e, também, daquelas oriundas de convenções coletivas de trabalho (art. 154 da CLT).

Repete-se que é dever do empregador cumprir e fazer cumprir todas as normas de saúde, segurança e medicina do trabalho (Gugel, 2009, p. 134-137). Cabe ao empregador instruir seus empregados, por meio de ordens de serviço, sobre as precauções a tomar no sentido de evitar acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais. Além disso, cabe ainda ao empregador adotar as medidas determinadas pelo órgão fiscalizador do trabalho (delegacias e subdelegacias regionais do trabalho). Em contrapartida, compete aos empregados a obrigação de observar as normas de segurança e medicina do trabalho, sob pena de serem punidos por esta omissão (art. 158, I da CLT).

No local onde o trabalhador idoso exerce suas atividades, o empregador é obrigado a realizar as devidas adaptações, livre de barreiras físicas e psicológicas, com o ambiente devidamente dimensionado nos aspectos ergonômicos. Esta ergonomia diz respeito ao levantamento e transporte de cargas, ao mobiliário, aos equipamentos utilizados, às condições ambientais dos postos de trabalho e à própria organização do trabalho. Trata-se da implementação da Norma Regulamentar nº 17 (NR-17), anexada à Portaria nº 3.214/1978 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que estabelece parâmetros para adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, objetivando conforto, segurança e desempenho eficiente de suas atividades.

As condições ambientais de trabalho para o trabalhador idoso devem estar adaptadas às suas condições físicas intelectuais e psíquicas, como quer o Estatuto do Idoso, e à natureza do trabalho a ser executado, lembrando que, em ocupações que exijam atividade intelectual e concentração constantes, são necessárias medidas de conforto, tais como: nível de ruído adequado, segundo a norma técnica da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 10.152; iluminação natural ou artificial própria para a atividade; e temperatura ambiente, velocidade do ar e umidade estabelecidas em regra própria.

Quanto à organização do trabalho, levam-se em conta normas mínimas de características da produção, modo e conteúdo das tarefas a serem produzidas, tempo de duração correspondente ao ritmo de produção e momentos de intervalo e descanso.

Ressalte-se a importância do tema referente à organização e à estruturação da empresa relacionada ao ambiente de trabalho, sob a ótica da saúde física e mental dos trabalhadores idosos. Ambientes saudáveis geram entrosamento, motivação, união entre os trabalhadores em torno do objetivo comum, que é a realização do trabalho para alcançar a almejada produtividade.

Ambientes saudáveis podem ser implementados se houver também a preocupação com a prevenção de acidentes e doenças profissionais. Entre estas, a mais comum – pois é gerada em várias funções, como as de operadores de linha de montagem, bancários, digitadores, operadores de *telemarketing*, secretarias, entre outras – é a lesão por esforço repetitivo (LER) ou os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Portanto, a adoção de medidas de controle do meio ambiente de trabalho evitará a ocorrência ou o agravamento de doenças profissionais. Na verificação da existência destas doenças, é fundamental a emissão da comunicação de acidente do trabalho (CAT), indicando a causa do afastamento do trabalhador.

É necessário ter atenção também para os ambientes comprometidos que atingem diretamente a saúde mental e física do trabalhador, sobretudo com condutas veladas e sem qualquer ética, objetivando humilhar o trabalhador e lhe

ferir a dignidade – o assédio moral. São gestos, palavras, comportamentos, atitudes repetidas que atentam contra a dignidade e alteram a integridade psíquica e física da pessoa, e, por consequência, ameaçam sua produtividade e degradam suas relações no trabalho.

3 A PREPARAÇÃO PARA A APOSENTADORIA

Os documentos jurídicos que compõem os direitos de proteção e promoção de todos os aspectos da vida da pessoa idosa estão na Constituição da República (art. 230), na PNI e no Estatuto do Idoso.

A Constituição da República em capítulo específico trata da família, da criança, do adolescente e do idoso, reservando a este último o dever de amparo, a plena participação na vida em sociedade, a defesa de sua dignidade e bem-estar e a garantia à vida. Os programas de amparo são executados, com preferência, nos próprios lares das pessoas. Soma-se a eles garantia de gratuidade em transporte público, quando maior de 65 anos.

Significa que o idoso (assim como a criança e o adolescente), no contexto de todos os direitos e as garantias constitucionais, está sob o manto da proteção integral, ou seja, além de gozar da condição de cidadão pleno, é sujeito de direitos e obrigações, e recebe da família, da sociedade e do estado o amparo obrigatório.

A Lei nº 8.842/1994, que dispõe sobre a PNI, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, garante para a área do trabalho e da previdência social a criação de mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, nos setores público e privado; a priorização do atendimento do idoso nos benefícios previdenciários; e a criação, o estímulo e a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento.

O Estatuto do Idoso, ao tratar da profissionalização e do trabalho, afirma que o idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas as suas condições físicas, intelectuais e psíquicas, sendo que, na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir. Estabelece que o primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao de idade mais elevada.

Seguindo a PNI, o Estatuto do Idoso determina ao poder público a criação e o estímulo a programas de profissionalização especializada para os idosos, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas; preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de um ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de

esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania; e estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho.

Trata-se de marcos legais importantes, sobretudo quanto à prioridade ao atendimento da pessoa idosa pelos benefícios previdenciários, marcados pelo direito ao acesso aos serviços em contrapartida aos anos de contribuição.

Os direitos relacionados à profissionalização especializada da pessoa idosa ainda pendem de formulação por meio de uma política pública nacional de emprego. Já os programas de preparação para a aposentadoria, quando existentes no âmbito da administração pública e das empresas privadas, deles não se tem qualquer dado quanto aos resultados e à eficácia. Diz-se apenas que costumam ser próprios para os fins, porém, decorrentes de lei que são, merecem a ação promocional do Ministério Público no sentido de fazê-los implementar.

Um número expressivo de administradores públicos e empresas tem programas voltados para a preparação da pessoa para a aposentadoria, o que é possível aferir com simples pesquisa na rede mundial de computadores. Os modelos se repetem nas áreas de recursos humanos no sentido de: *i*) identificar o público-alvo um ou dois anos antes da aposentadoria efetiva; *ii*) informar sobre a mudança na forma de estruturar o tempo, mudança nos modos de relacionar-se com familiares, colegas, subordinados, superiores e vizinhos; *iii*) informar sobre as questões legais, biológicas, psicológicas, sociais e familiares; *iv*) buscar alternativas para o emprego de suas capacidades e talentos; e *v*) depoimentos de aposentados bem-sucedidos.

Embora se trate de um evento individual, a aposentadoria se reflete proporcional e diretamente no ambiente de trabalho, na família e na coletividade em que a pessoa vive. Além de demarcar a vida ativa do trabalhador por 30 ou 35 anos, junto com a aposentadoria está a constatação pessoal do envelhecimento. Daí a importância dos programas de preparação para a aposentadoria. Estes programas surgiram na década de 1950 nos Estados Unidos e, timidamente, começaram a ser implementados no Brasil nos anos 1980, com o objetivo de prestar informações sobre o sistema previdenciário.

Após 1994, com o advento da PNI, já se sabia que a pessoa, ao perder as atribuições profissionais e a noção do tempo medido e organizado, poderia ter afetada a sua saúde mental, gerada por sentimentos de perda de identidade e prestígio social. A insegurança diante da mudança no ritmo de vida impacta o tempo e o novo modelo de vida que se impõe.

Assim, o principal objetivo dos atuais programas de preparação para a aposentadoria é o de alertar o aposentando que o trabalho sairá de cena e que sua vida continua, sendo absolutamente necessárias algumas redefinições, principalmente para enfrentar o maior tempo para si disponível, ou redefinir uma nova e segunda carreira que poderá durar vinte anos ou mais.

Do ponto de vista empresarial, verifica-se que as empresas que têm os programas de preparação para a aposentadoria implementados identificam melhorias nos ambientes de trabalho, notadamente quanto à redução da ansiedade do aposentando e a eventuais conflitos, à otimização da jornada e do tempo de trabalho, bem como à manutenção da produtividade. Além disso, o aposentando, quando posto como centro da atenção no ambiente de trabalho, melhora a difusão do conhecimento que acumulou. As empresas admitem também que os referidos programas, ao valorizarem a pessoa, geram um efeito psicológico positivo em todos os demais trabalhadores.

Ainda que pouco explorados pelos sindicatos profissionais e empresariais no âmbito das negociações coletivas de trabalho, encontram-se programas de preparação para aposentadoria previstos em acordos e convenções coletivas de trabalho, o que indica uma maior conscientização para a temática da aposentação digna. É o exemplo do acordo coletivo 2013/2104 da Companhia Nacional de Abastecimento (Conab).

Cláusula vigésima quinta. Programa de Preparação para a Aposentadoria.

A Conab, a partir da data de assinatura deste acordo implementará um programa de preparação de seus empregados para a aposentadoria aos pré-aposentados, ouvidas as entidades representativas dos empregados e ao Fórum e Relações do Trabalho (FRT), incluindo ações de capacitação no Plano de Educação Corporativa, oferecendo os subsídios necessários para um engajamento profissional consciente e a elaboração de um novo projeto de vida.³

Conforme Gugel (2009), partindo-se do pressuposto de que a sociedade é de todas as idades, que os idosos devem ter a oportunidade de continuar contribuindo ativamente para o desenvolvimento da sociedade, e considerando-se as propostas do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, desenvolvido pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2002, repete-se que os movimentos sindicais devem ter atitudes ativas e negociadas no âmbito de instrumentos coletivos de trabalho (convenções e acordos coletivos) para alcançar:

- o reconhecimento da capacidade produtiva de trabalhadores idosos, de maneira que possam continuar empregados, e promover a consciência de seu valor no mercado de trabalho, inclusive a consciência de suas próprias possibilidades;
- a eliminação dos obstáculos por razões de idade em todos os setores produtivos de trabalho formal, incentivando a contratação de pessoas

3. Disponível em: <http://www.conab.gov.br/OlalaCMS/uploads/arquivos/14_04_04_10_20_23_acordo_coletivo_de_trabalho_-_2013-2014.pdf>.

- idosas e impedindo o desmerecimento de trabalhadores em fase de envelhecimento, dando-lhes condições de se reciclarem ou requalificarem;
- o reconhecimento da obrigação de assistência dos trabalhadores mais jovens aos seus familiares idosos, incapazes ou doentes, permitindo-lhes afastamentos sem perdas no salário;
 - a concertação dos estereótipos preconceituosos em relação aos trabalhadores idosos ou aos candidatos idosos ao emprego, promovendo uma imagem realista sobre suas capacidades;
 - o aumento dos percentuais de mulheres idosas no trabalho, em respeito à lei de proteção à mulher trabalhadora; e
 - a preferência pelo trabalhador mais idoso para cargos de maior complexidade e visibilidade nas empresas (Brasil, 2003).

4 APOSENTADORIA DIGNA E OS CUSTOS DE UM CUIDADOR: CONTRATO DE TRABALHO DO CUIDADOR FORMAL. ACRÉSCIMO DE 25% NA APOSENTADORIA. CUIDADOR INFORMAL E SUA RELAÇÃO DE TRABALHO

O cuidador é o profissional (ou não) responsável por auxiliar o idoso que apresenta ou não limitações nas atividades da vida cotidiana, oferecendo-lhe o cuidado e/ou suporte necessário para desempenhar as atividades da vida diária, relacionadas ao bem-estar físico, mental e social da pessoa, incluídos o lazer, a cultura e a educação. Nos casos em que a pessoa idosa que demanda cuidados ainda exerça uma atividade remunerada ou produtiva, o cuidador é ponto de apoio indispensável para que ela realize as atividades.

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do MTE, sob o código 5162-10, nominado como cuidador de pessoas idosas e dependentes e cuidador de idosos institucional. O documento define o cuidador como alguém que cuida, a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (cuidador formal). É também “a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração” (Brasil, 2009), sendo reconhecido como cuidador informal.

A pessoa idosa e as hipóteses do cuidador formalmente contratado e do cuidador informal (membro da família, amigo), que, por sua vez, tem seu próprio emprego, convivem diretamente nas relações de trabalho e exigem tratamento contratual diferenciado, de maneira a cumprir o comando da proteção integral à pessoa idosa.

Idoso e cuidador quando envolvidos numa relação contratual de trabalho, tanto no contexto de um ambiente de trabalho propriamente dito, quando o próprio idoso é um trabalhador e necessita do apoio do cuidador, quanto num ambiente doméstico e familiar, impõe reflexões e providências: *i*) do poder público, para elaborar e implementar políticas públicas delineadas a fim de consolidar o direito ao cuidador a quem dele necessitar; e *ii*) do interprete do direito, para definir a aplicação de direitos decorrentes do contrato de trabalho, como a jornada de trabalho do cuidador no âmbito familiar, por exemplo.

Nessa linha, a 3ª Turma do TST, em decisão de Agravo de Instrumento em Recurso de Revista do ministro Maurício Godinho Delgado (TST - AIRR - 1272-74.2012.5.03.0139, publicado em 12 de abril de 2013), julgou sobre a necessidade de previsão da jornada em convenção ou acordo coletivo de trabalho para todos os trabalhadores plantonistas, à exceção dos empregados domésticos que sejam cuidadores de idosos e que poderão cumprir a jornada de plantão por meio de acordo bilateral assinado entre as partes, tendo em vista o caráter assistencial e de seguridade social exercidos pela família.

Agravo de instrumento. Recurso de revista. Jornada especial de plantão (12x36 horas). Previsão em negociação coletiva trabalhista para a generalidade dos empregados (Súmula 444, TST), salvo os empregados domésticos que sejam cuidadores de idosos ou doentes da família empregadora, recentemente abrangidos pela [Emenda Constitucional] EC nº 72, publicada em 03.04.2013, casos em que pode prevalecer a mera pactuação bilateral escrita entre as partes, realizada antes ou desde a EC nº 72/2013. A jurisprudência pacificou (Súmula 444, TST) que, no tocante ao mercado de trabalho no Brasil na área pública ou privada, considera-se válida, excepcionalmente, a jornada de trabalho de plantão denominada 12x36 horas, desde que prevista em lei ou em CCT [convenção coletiva de trabalho] ou ACT [acordo coletivo de trabalho]. No tocante à adoção dessa jornada de plantão (12x36 horas) no âmbito privado doméstico (Lei nº 5.859/1972), relativamente ao mister dos cuidadores de doentes ou idosos da família empregadora, em conformidade com a nova EC nº 72/2013, não se aplica o rigor formalístico da Súmula 444 do TST, podendo tal jornada ser pactuada por mero acordo bilateral escrito entre as partes. É que, neste caso, a família não visa estrito interesse pessoal e familiar, mas realiza também funções de assistência social e de seguridade social, na forma do *caput* do art. 194 da Constituição (“...conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” – grifos acrescidos). A família, nesta relação doméstica de caráter assistencial e de seguridade social, agrega ou até mesmo substitui função e dever do Estado (art. 194, *caput*; art. 197; art. 203, *caput* e seus incisos; art. 226, *caput*; art. 227, *caput*), ressaltando-se, ademais, que o amparo devido aos idosos – seu direito constitucional fundamental (art. 230, *caput*, CF/1988) – deve

preferencialmente, segundo o Texto Máximo da República (art. 230, §1º, CF/1988), ser executado em seus lares. Agravo de instrumento desprovido.⁴

Para poder garantir a assistência de cuidador, é necessário garantir renda digna para a população de idosos, de maneira que cada pessoa possa ter independência econômica e fazer suas próprias escolhas – daí por que se exigir do Estado o investimento em sistemas de pensão e aposentadoria adequados, sobretudo porque a previdência social é direito fundamental da pessoa (art. 6º da Constituição da República).

Os dados do Ministério da Previdência Social (atualmente anexado ao Ministério da Fazenda) indicam haver mais de 10 milhões de idosos acima de 70 anos que recebem benefícios do regime geral da previdência social, com maior concentração nas áreas urbanas e na população de mulheres. Do Informe Brasil,⁵ extrai-se que a principal fonte de renda de homens e mulheres é a aposentadoria, sendo que as famílias com idosos estão em melhores condições econômicas que as demais. Os dados também revelam que há um aumento considerável no número de pessoas com 80 anos ou mais, em torno de 2,9 milhões.

Os números mencionados, acrescidos à constatação de que há perda de mobilidade e agravos da saúde na população idosa, fazem concluir que, para esse grupo de pessoas (acima dos 70 anos), é possível antever a necessidade de mais dispêndios para a manutenção de seu bem-estar. Além disso, o surgimento de limitações físicas, a perda da capacidade de rendimento e, conseqüentemente, a perda do papel social que ocupavam são fatores que tornam as pessoas idosas mais vulneráveis e, dependendo dos casos, com necessidade de apoio de um cuidador. Portanto, são fatos previsíveis a terem atenção do Estado.

Atualmente são comuns as controvérsias levadas aos tribunais por pessoas aposentadas por invalidez visando receber o percentual de 25% incidente sobre o valor da aposentadoria para pagar os custos de um cuidador. O percentual majorado de 25% sobre o valor da aposentadoria para pagar os custos de cuidador para o aposentado por invalidez é um benefício previdenciário previsto no art. 45, da Lei nº 8.213/1991, uma vez comprovados os agravos que constam do Anexo I do Decreto nº 3.048/1999, ou seja: a cegueira total; a perda de nove dedos das mãos ou superior a esta; a paralisia dos dois membros superiores ou inferiores; a perda dos membros inferiores, acima dos pés, quando a prótese for impossível; a perda de uma das mãos e de dois pés, ainda que a prótese seja possível; a perda de um membro superior e outro inferior, quando a prótese for impossível; a alteração

4. Disponível em: <<http://aplicacao5.tst.jus.br/consultaunificada2/inteiroTeor.do?action=printInteiroTeor&format=html&highlight=true&numeroFormatado=AIRR-1272-74.2012.5.03.0139&base=acordao&rowid=AAANGhAAFAAAJjqAA X&dataPublicacao=12/04/2013&localPublicacao=DEJT&query>>.

5. Informes de Previdência Social. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/publicacoes/informes-de-previdencia-social-de-2004-a-2012/>>.

das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social; a doença que exija permanência contínua no leito; e a incapacidade permanente para as atividades da vida diária.

O referido acréscimo de 25% é devido ainda que o valor da aposentadoria atinja o limite máximo legal e será recalculado quando o benefício que lhe deu origem for reajustado. Cessará com a morte do aposentado, não sendo incorporável ao valor da pensão, é o que constam das alíneas a, b, c do art. 45.

Pelo fato de ser decorrente de lei, entende-se ser dever do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) acrescentar o percentual de 25% no ato da concessão da aposentadoria por invalidez e, uma vez verificada a necessidade do auxílio permanente, devidamente detectada pela perícia com a comprovada condição do agravamento, o benefício ser pago administrativamente, sem a necessidade de o interessado ingressar em juízo. Esse é o procedimento esperado da autarquia previdenciária e é consentânea com a realidade de urgência no atendimento vivida por uma pessoa idosa.

A majoração de 25% do benefício de aposentadoria do art. 45, da Lei nº 8.213/1991, devida somente para o segurado aposentado por invalidez que necessita de assistência permanente de um cuidador, tem gerado desigualdades no âmbito da concessão de benefícios. Isso porque a pessoa aposentada por idade que vier a preencher as mesmas condições de agravamento da doença e/ou redução de mobilidade elencadas no decreto regulamentador não terá o mesmo direito. Ora, não há diferença entre os eventos ocorridos com a pessoa idosa aposentada por invalidez e a pessoa idosa aposentada por idade que no decorrer da vida têm agravos a sua saúde e a sua condição física e mental e necessita de cuidados permanentes. Por aplicação do princípio da analogia, os dois casos merecem a mesma proteção uma vez que, embora diferentes, decorrem da situação de invalidez ocorrida (uma antes, outra depois da aposentadoria). Ambos os casos são legítimos e merecedores da garantia prevista em lei.

Naturalmente, a melhor interpretação da lei sobre o fato social leva à conclusão da necessidade de aplicação do princípio da isonomia que garantirá a vida, a saúde e a dignidade humana do segurado. Iguais condições devem ser tratadas igualmente, é o que conclui a festejada sentença do desembargador federal Rogério Favreto, na Apelação Cível nº 0017373-51.2012.404.9999/RS, que trata do pedido de uma segurada aposentada por idade, de 76 anos, que teve agravos de saúde necessitando da assistência permanente de um cuidador.

A melhor exegese da norma orienta, ainda, a interpretação sistemática do princípio da isonomia, em que o fato de a invalidez ser decorrente ou episódio posterior a aposentadoria, não pode excluir a proteção adicional ao segurado que passa a ser inválido e necessitante do auxílio de terceiro, como forma de garantir o direito à vida, à saúde e à dignidade humana.

A aplicação restrita do dispositivo legal em debate acarreta violação ao princípio da isonomia e, por conseguinte, à dignidade da pessoa humana, posto que estaria se tratando iguais de maneira desigual, de modo a não garantir a determinados cidadãos as mesmas condições de prover suas necessidades básicas, em especial quando relacionadas à sobrevivência pelo auxílio de terceiros diante da situação de incapacidade física.

Qual a diferença entre o aposentado por invalidez que necessita do auxílio permanente de terceiro e de outro aposentado por qualquer das modalidades de aposentadoria previstas em lei, que sofre de uma doença diagnosticada depois e que remeta a necessidade do mesmo apoio de terceiro? *Nenhuma*, salvo o momento da ocorrência da “*grande invalidez*”! (grifo nosso).⁶

A disparidade existente na norma é evidente, assim também o seu descompasso em relação aos fatos sociais que revelam que a pessoa idosa, com o passar do tempo, tende a potencializar condições de mobilidade e agravos que necessitam do atendimento do cuidador. Portanto, é necessária a devida interpretação da lei (o restritivo art. 45) geradora de desigualdade em casos concretos, cabendo ao julgador se antecipar à alteração legislativa, como forma de aproximá-la da realidade e conferir efetividade aos direitos fundamentais da pessoa.

Embora se saiba do lento processo legislativo para a edificação de uma norma, é alvissareiro constatar que há uma proposta de reforma do art. 45, da Lei nº 8.213/1991, constante do Projeto de Lei do Senado nº 493/2011 (votado e encaminhado à Câmara dos Deputados, onde detém o número 4.282/2012), no sentido de aplicar a majoração de 25% ao benefício decorrente de aposentadoria por invalidez, tempo de serviço e aposentadoria especial. Está assim redigido:

art. 45. O valor da aposentadoria por invalidez, por idade, por tempo de serviço e da aposentadoria especial do segurado que necessitar da assistência permanente de outra pessoa, por razões decorrentes de doença ou deficiência física, será acrescido de vinte e cinco por cento.⁷

Verifica-se ser comum atualmente que o cuidador informal seja um membro da família que deixa o seu emprego para poder dar a assistência ao idoso, situação que pode gerar, além do desemprego, a desestruturação econômica da própria família. Visando encontrar uma solução para esse fato, impõe-se a implementação de políticas públicas e ações de emprego que estimulem os empregadores, bem como seus sindicatos patronais e os sindicatos profissionais, a inserirem em suas agendas de negociação a possibilidade de manutenção do emprego desse trabalhador/cuidador que precisa dar a assistência ao membro idoso da família e é dependente de cuidados, por meio de flexibilização da jornada de trabalho, por exemplo.

6. Disponível em: <http://fapmg.org.br/uploads/noticias/anexo/Decisao_TRF_4_favoravel_a_concessao_de_adicional_25_aposentado_necessita_assistencia.pdf>.

7. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/101663>>.

O fato é que essa realidade de deixar o emprego para os cuidados com membro da família idoso é reiterada, e a decisão do Tribunal Federal da 4ª Região (2008.72.05.001412-7/SC, relator desembargador federal Rômulo Pizzolatti, publicada no Diário Eletrônico da 4ª Região nº 295, de 24 de dezembro de 2007), confirma-a no sentido de ser devido o adicional de 25% à aposentadoria por invalidez quando verificado que a mulher do aposentado por invalidez teve que rescindir o seu contrato de trabalho para prestar cuidados ao marido em vista da incapacidade gerada por doenças.

Aposentado por invalidez. Assistência permanente. Necessidade. Cuidador. Adicional de 25%.

É devido o adicional de 25% à aposentadoria por invalidez quando a perícia judicial é concludente da necessidade de o aposentado ser assistido permanentemente por cuidador. (...)

Por seu turno, as testemunhas ouvidas em juízo, (...) afirmaram que sempre houve assistência permanente da esposa, a qual se viu obrigada a deixar o emprego para dedicar-se exclusivamente a cuidar do marido.

Com efeito, a cópia da CTPS [carteira de trabalho e previdência social] da esposa do autor, Teresinha Garcia, demonstra que ela parou de trabalhar em 03-08-2001 (fl. 18). Também a declaração firmada por médico reumatologista que tratou o autor evidencia que ele necessitava de cuidador (fl. 17).

Logo, diferentemente do que sustenta o INSS em seu recurso, entendo que restou comprovada a necessidade de o autor ter assistência permanente de outrem, ou seja, um cuidador, desde 03-08-2001, fazendo jus ao adicional de 25% ao valor da aposentadoria por invalidez que percebe.⁸

5 CONCLUSÃO

A PNI (art. 10, V, a) e o Estatuto do Idoso (art. 27) vedam a discriminação da pessoa idosa na admissão de qualquer trabalho ou emprego, bem como a fixação de limite máximo de idade, sendo que a regra geral é a da inexistência de limite máximo de idade para trabalhar. Quando a Constituição da República assim quer, excepciona esse limite para o exercício de cargos e funções.

É direito da pessoa idosa, segundo o art. 26 do Estatuto do Idoso, exercer uma atividade profissional em um ambiente de trabalho saudável e seguro, com especial atenção às suas condições físicas, intelectuais e psíquicas para o desenvolvimento do trabalho produtivo. O sistema consolidado de trabalho visa à proteção do trabalhador idoso, garantindo-lhe a aplicação das regras de proteção geral sobre segurança e saúde no trabalho presentes na CLT.

8. Disponível em: <<http://trf-4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/17350339/apelacao-reexame-necessario-apelreex-1412-sc-20087205001412-7-trf4/inteiro-teor-17350341>>.

Ainda que pouco exploradas pelos sindicatos profissionais e empresariais no âmbito das negociações coletivas de trabalho, encontram-se programas de preparação para aposentadoria previstos em acordos e convenções coletivas de trabalho, o que indica uma maior conscientização para a temática da aposentação digna.

São necessárias políticas públicas voltadas para o reconhecimento da capacidade produtiva de trabalhadores idosos; a eliminação dos obstáculos por razões de idade em todos os setores produtivos de trabalho formal, incentivando a contratação de pessoas idosas e impedindo o desmerecimento de trabalhadores em fase de envelhecimento; a assistência dos trabalhadores mais jovens a seus familiares idosos incapazes ou doentes, permitindo-lhes afastamentos sem perdas no salário; a eliminação de estereótipos preconceituosos em relação aos trabalhadores idosos ou a candidatos idosos ao emprego, promovendo uma imagem realista sobre suas capacidades; o aumento dos percentuais de mulheres idosas no trabalho, em respeito à lei de proteção à mulher trabalhadora; e a preferência pelo trabalhador mais idoso para cargos de maior complexidade e visibilidade nas empresas.

O idoso-contratante (ou qualquer pessoa da família) e o cuidador-contratado podem firmar acordo bilateral escrito para estabelecer uma jornada diária compatível com a real necessidade da pessoa idosa, com critérios justos de remuneração e com previsão indispensável dos períodos de repouso intrajornadas. Uma possível jornada a ser contratada é a de doze horas seguidas de trabalho, com 36 horas de descanso.

A majoração de 25% do benefício de aposentadoria do art. 45, da Lei nº 8.213/1991, somente para o segurado aposentado por invalidez que necessita de assistência permanente de um cuidador tem gerado desigualdades no âmbito da concessão de benefícios, pois a pessoa aposentada por idade que vier a preencher as mesmas condições de agravamento da doença e/ou redução de mobilidade elencadas no decreto regulamentador não terá o mesmo direito. Por aplicação do princípio da isonomia, ambos os casos são legítimos e merecedores da garantia prevista em lei.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento** – 2002. Tradução Arlene Santos. Brasília: SEDH, 2003.

_____. **Guia prático do cuidador**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

GUGEL, Maria Aparecida; MAIO, Iadya Gama (Org.). **Pessoas idosas no Brasil: abordagem sobre seus direitos**. Brasília: Editora Instituto Atenas, 2009.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CANADA. **Retraite Obligatoire au Canada**. Ottawa: RHDSC, 2007. Disponível em: <<http://web.umoncton.ca/umcm-sitesgr/retraite/D68.pdf>>.

ILC-BR – CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **Declaração do Rio sobre o desenvolvimento de uma cultura de cuidados**. São Paulo, 6 out. 2014. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/cuidados/declaracao-do-rio-sobre-o-desenvolvimento-de-uma-cultura-de-cuidados.html>>.

O IDOSO E O MERCADO DE TRABALHO

Jorge Felix¹

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e a crise financeira mundial deflagrada em 2007 colocaram mais uma vez a questão previdenciária no centro do debate econômico. Os sistemas de previdência foram imediatamente culpabilizados pelo *deficit* público, sobretudo nos países europeus.² No entanto, cinco anos depois, começou a ganhar força entre alguns governos da União Europeia (UE) uma nova interpretação que vê uma oportunidade no fato de vivermos em um mundo habitado por um maior número de idosos. Essa visão de forma alguma anula interpretação meramente fiscalista, ainda hegemônica. Ela representa, porém, uma inversão completa da forma como os economistas até hoje encaram o desafio inédito de oferecer soluções para a sustentabilidade das sociedades envelhecidas.

Ao avaliarmos o mercado de trabalho para as pessoas com mais de 60 anos no Brasil, à luz da Lei nº 8.842/1994 ou da Política Nacional do Idoso (PNI), é indispensável mencionar essa mudança de paradigma mundial, porque, afinal, antes de qualquer regulamentação, a oferta de emprego depende de políticas macroeconômicas. Em outras palavras, depende da economia em que o trabalhador está ou não inserido. É preciso, portanto, conhecer a percepção da sociedade sobre o processo do envelhecimento populacional sob o ponto de vista econômico. Trata-se de um fenômeno *apenas* a demandar respostas assistencialistas das políticas públicas ou ele deve ser *também* uma possibilidade de gerar riqueza para todo o conjunto da sociedade. O trabalhador idoso estará sempre à mercê desta escolha.

O marco dessa nova visão sobre o envelhecimento populacional é o relatório de Bernard, Hallal e Nicolai (2013). O documento, elaborado pelo governo francês, posiciona a transição demográfica como alavanca para a retomada do

1. Pesquisador do grupo Políticas para o Desenvolvimento Humano do Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política, da Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); professor de jornalismo econômico na PUC-SP; e professor de economia na Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP).

2. Esping-Andersen e Palier (2008) exploram o tema e denunciam que, na sociedade pós-industrial, as políticas sociais passaram a ser consideradas um custo, e não mais um meio de sustentar a economia.

crescimento econômico da França depois da chamada Grande Recessão.³ Elaborado em conjunto pelo Ministério da Pessoa Idosa e da Autonomia e pelo Ministério de Redirecionamento Produtivo,⁴ o relatório expõe ações já em andamento e mais seis propostas no âmbito da política industrial, da infraestrutura, das finanças, da tecnologia da informação, da construção civil, da teleassistência e do turismo, para construir o filão do que passou a ser denominado economia da longevidade (*silver economy*).⁵ Além dessa montagem de uma política articulada com quase todos os ministérios, a iniciativa envolve grandes empresas francesas de vários setores, devido à ampliação das possibilidades de exportação de bens e serviços. Isto é, o envelhecimento populacional, segundo os economistas franceses autores do documento, abre oportunidades positivas para a balança comercial.

Desta forma, o mercado de trabalho para o idoso insere-se em uma grande articulação em marcha na economia global, principalmente na Europa, sob esta nova perspectiva da questão do envelhecimento populacional. É esta a aposta da França para deixar de ser um dos países da UE com menor empregabilidade de trabalhadores acima de 55 anos⁶ – posição que é resultado das metamorfoses ocorridas no mundo do trabalho desde a década de 1970 e que suscita reação por parte da sociedade, sob pena de o envelhecimento populacional agravar a desigualdade social no país. É também a partir desta configuração que este capítulo pretende analisar a inserção do idoso brasileiro no mercado de trabalho e a capacidade institucional da PNI nesta empreitada social nos últimos vinte anos e no futuro, isto é, a sua possibilidade de fomentar e oferecer respostas a esse desafio socioeconômico.

A próxima seção apresenta uma síntese das diretrizes propostas pelo documento francês, a título de comparação do tema em outros países e de distinção do caso brasileiro quanto ao mercado de trabalho para o idoso. A terceira seção detalha a situação do trabalhador idoso brasileiro nas duas décadas de vigência da PNI. A quarta mostra as tendências de uma sociedade envelhecida em meio às metamorfoses do mercado de trabalho e ao risco de “fragilização da segunda metade da carreira” (Guillemard, 2010, p. 62), verificada nos países europeus. Na quinta e sexta seções, abordam-se a participação da mulher no mercado de trabalho e a necessidade de adoção de programas de preparação para a aposentadoria, respectivamente. Em seguida, analisa-se especificamente o art. 10, inciso IV, da PNI, que dispõe sobre

3. Grande Recessão foi como o período posterior à crise financeira de 2008 foi denominado. O nome é uma alusão à Grande Depressão, período decorrente à crise mundial de 1929.

4. A redação do relatório, com mais de cem páginas, ficou a cargo de três economistas e técnicos do Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective, equivalente, no Brasil, à Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE). No original, os ministérios são: Ministère du Redressement Productif e Ministère Déléguée Auprès de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Chargée des Personnes Âgées et de l'Autonomie.

5. De acordo com o relatório citado, a França adotou a nomenclatura em inglês já usual em outros países que desenvolvem a mesma estratégia. Em português, Felix (2009) adota, desde 2007, o termo economia da longevidade.

6. A taxa de atividade da população acima de 55 anos declinou em muitos países ricos desde 1960. Ver Guillemard (2010).

o tema trabalho. O intuito é avaliar suas chances de eficácia no futuro. Por fim, são feitas recomendações à guisa de considerações finais.

2 NOVA VISÃO ECONÔMICA SOBRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: O CASO FRANCÊS

O envelhecimento populacional é apontado por inúmeros economistas como pano de fundo da crise financeira de 2007-2008. De acordo com algumas análises, a hipertrofia do mercado de crédito que suscitou a modalidade das hipotecas *subprime*⁷ tem origem na necessidade atuarial dos fundos de pensão (entre outros investidores institucionais), ou seja, na poupança com vistas à aposentadoria. Esse é o capital financeiro que circula livremente pelo mundo em busca de rentabilidade 24 horas/24 horas no ambiente desregulamentado. Outros autores defendem que a crise se deu, sobretudo, por uma impossibilidade de os países europeus honrarem seus sistemas de previdência social oriundos dos tempos gloriosos do Estado de Bem-Estar Social, no pós-Segunda Guerra Mundial. Independentemente da análise, tão logo a crise foi deflagrada, o envelhecimento populacional entrou em pauta, quase sempre como o “problema”, o causador de *deficit* ou a famosa “bomba-relógio”.

Alguns governos empreenderam reformas nos sistemas de previdência, inclusive na França, sob a borduna da *política de austeridade fiscal* das instituições financeiras plurilaterais ou multilaterais. Cinco anos mais tarde, embora o discurso do equilíbrio fiscal ainda seja predominante no *mainstream* da economia, a política de austeridade é questionada por diversos setores e governos, por resultar em menor crescimento do produto e postergar a retomada em condições sólidas e promissoras. Este é o resumo cabível no escopo deste capítulo. O que interessa aqui é registrar que, neste contexto, economistas de diversas escolas e governos – europeus, asiáticos e até mesmo dos Estados Unidos – iniciam uma revisão da interpretação do fenômeno do envelhecimento populacional em relação à economia. O caso francês é exemplar nessa reviravolta, embora esteja longe de ser o único.

O relatório *La Silver Économie, une opportunité de croissance pour la France* expôs pela primeira vez, de forma oficial, como mencionado anteriormente, uma ampliação do entendimento da dinâmica demográfica – muito além do desafio dos sistemas de previdência social. A sociedade deve se adaptar à nova configuração populacional, e não o contrário, sendo o envelhecimento populacional definido como um “formidável progresso” (Bernard, Hallal e Nicolai, 2013, p. 3). O foco

7. As chamadas hipotecas *subprime* foram o estopim da crise financeira de 2007/2008, iniciada nos Estados Unidos. Elas dizem respeito às hipotecas imobiliárias (*mortgage*) oferecidas pelos bancos a clientes a juros abaixo do nível praticado pelo mercado (*prime rate*) sem, no entanto, exigir garantias em caso de inadimplência. Embora configurando-se como um crédito de alto risco, os recursos a receber eram contabilizados nos balanços dos bancos. A muitos clientes a *subprime* era concedida durante o financiamento da casa própria, que já era oferecido a juros baixos e com uma parcela de entrada também muito baixa em relação ao valor total do crédito.

do governo francês é aproveitar o crescimento do mercado interno de consumo de bens e serviços destinados aos idosos, cuja previsão de crescimento é de 150% até 2050, para estimular a indústria e a balança comercial. Este estímulo será feito a partir de incentivo fiscal à exportação de produtos de alto valor agregado, principalmente no setor de teleassistência. Portanto, para o plano ser bem-sucedido, a inserção do trabalhador de 50 a 64 anos no mercado é condição *sine qua non*. Desde 1999, a UE estabeleceu esta como uma questão prioritária em sua agenda. A diferença de agora é que a elevação da empregabilidade dos *seniors*⁸ passa a ser vista não como uma ação em nome do bem-estar e do conceito de envelhecimento ativo, mas como estratégia indispensável para o desenvolvimento econômico (Guillemard, 2010, p. 39).

A primeira recomendação do relatório propõe a atuação do Estado no plano industrial, uma vez que a valorização de novas tecnologias para auxiliar os cuidados dos idosos mais velhos e mais dependentes constitui uma oportunidade e se insinua como uma alavanca para a exportação de produtos das áreas de robótica, informática, dispositivos de medicina à distância etc. O Estado deve coordenar sem mobilizar recursos diretos, criando ferramentas de comunicação (portais, campanhas publicitárias), integração (*bus*) e regulamentação (por meio de selos de reconhecimento conferido por órgão público específico, como “amigo do idoso” ou “atende às necessidades da pessoa idosa”). Deve atuar, enfim, criando uma infraestrutura para estimular a inovação de bens e serviços em torno do *care*.⁹ Esta infraestrutura tem como núcleo o setor de teleassistência (robótica), aproveitando-se da padronização das plataformas digitais e visando à interação propiciada pela “internet das coisas”; isto é, o governo deve trabalhar para unir a necessidade de cuidados desta população mais envelhecida com a política industrial. Este avanço no auxílio da tecnologia para as famílias objetiva apoiar a mulher, uma vez que esta assume majoritariamente o papel de cuidadora dos idosos da família, mas também é chefe de domicílio, e seu trabalho contribui com parte do orçamento familiar. O desenvolvimento deste tipo de tecnologia tem impacto direto na empregabilidade dela e na sua manutenção no mercado de trabalho.

A segunda recomendação consiste na importância de o Estado atuar como regulador do setor mais promissor da economia da longevidade, a teleassistência, criando inclusive uma agência reguladora específica, pois o setor público aparece como o grande cliente destas empresas, enquanto a presença já verificada de gigantes

8. Para o sociólogo francês Vincent Caradec, o termo terceira idade, cunhado na década de 1970 pelos franceses para designar a velhice vivida após a aposentadoria, perde força para *senior*, conceito criado pelo *marketing* para se referir às pessoas com mais de 50 anos com poder de consumo e interesse em usufruir do que produziram ao longo da vida.

9. A literatura gerontológica usa a palavra *care* de forma mais ampla que a sua tradução “cuidado” e nem sempre como sinônimo de “cuidado de longa duração”. Felix (2014) explica o que seria a “economia do *care*” para a literatura.

da informática ou da tecnologia no segmento pode oferecer riscos de formação de cartéis e monopólios.

Quanto à poupança e à ampliação do poder de compra dos idosos, muitas questões são específicas para a França, porém, uma delas talvez seja uma alternativa para outros países. No caso do Brasil, poderia ser uma opção a modalidades de empréstimos, como o crédito consignado, por exemplo. Bernard, Hallal e Nicolai (2013) propõem uma substituição da hipoteca tradicional pela venda parcial do imóvel de pessoas com mais de 65 anos a um agente financeiro. Este agente dividiria a propriedade do imóvel até a morte do dono original. Os herdeiros, após a morte do proprietário, teriam a prioridade de recompra da parte vendida em vida. O objetivo da proposta é ampliar o poder de compra dos idosos, oferecendo-lhes liquidez sem criar endividamento. Esse item foi apresentado diante da situação de poupança do consumidor idoso francês, que tem patrimônio (70% da população idosa é proprietária de imóvel), mas não tem renda suficiente para aumentar seu consumo. A ampliação da liquidez do idoso constituiria uma espécie de seguro à tendência de este aceitar trabalho precário em situações de endividamento ou à sua necessidade de complemento de renda, como será visto adiante.

A quarta proposição do relatório defende a criação de produtos financeiros adaptados às necessidades e às perspectivas de provisão de poupança desse segmento da população. Os economistas citam pesquisas sobre a dificuldade de os indivíduos anteciparem os riscos de perda de autonomia, devido ao envelhecimento mais saudável que vivemos. Essa “miopia dos agentes” conduz, segundo os autores, a um subdimensionamento de poupança e seguros. Diante disso, o Estado deve promover campanhas para ampliar a consciência sobre o risco na velhice. Estas campanhas devem ser direcionadas às famílias e aos adultos ainda jovens, numa mobilização para sensibilizar as pessoas da necessidade de planejamento para uma vida mais longa. Um esforço que deve incluir empresas privadas, por meio de eventos, publicidade e plataformas digitais e presenciais de compartilhamento de informações, iniciativas estas que já estão em processo de implantação na França.

A quinta sugestão é fazer um fundo setorial para financiar a indústria de produtos destinados à população idosa, pensado menos como capital de risco e mais como política industrial.

Por último, os autores recomendam estimular o desenvolvimento de residências inteligentes, equipadas com dispositivos digitais inovadores.

É nesse conjunto de ações e, principalmente, sob esse novo paradigma que a França enfrenta o desafio de inclusão do trabalhador maduro no mercado de trabalho. Até então as ações eram direcionadas, desde os anos 1970, para a aposentadoria precoce, uma forma de impedir o desemprego dos mais jovens; depois, os esforços se direcionaram para a postergação da aposentadoria, de modo

a aliviar os sistemas de previdência. Desde 1988, o país criou a aposentadoria progressiva, depois ampliada em 2010. Em 2009, reconheceu em lei o acúmulo de aposentadoria e o novo emprego, estabelecendo teto salarial (inclusive no setor público) e porcentagens para nova contribuição previdenciária.

No entanto, paralelo à montagem do filão da economia da longevidade, cristaliza-se o diagnóstico de que tão grave quanto a aposentadoria precoce é o desemprego a partir dos 50 anos. Além de interromper a contribuição previdenciária, dificultando que estas pessoas satisfaçam os critérios de elegibilidade para a aposentadoria, ele expulsa compulsoriamente o trabalhador do mercado e reduz a renda da crescente população idosa, ameaçando, assim, o mercado consumidor e o desenvolvimento econômico no século XXI. Em outras palavras, a discussão sobre o prolongamento da fase laboral deixa de ser feita apenas na esfera fiscal e admite a existência de causas estruturais na economia, no sistema educacional, na gestão empresarial ou na regulamentação estatal. Dentro da filosofia da economia da longevidade, portanto, o relatório reconhece que os incentivos à aposentadoria mais tardia não acompanham “mecanicamente” a melhoria da empregabilidade dos mais velhos. Há uma dissonância cognitiva no discurso, segundo os autores.

O aspecto qualitativo passa a ganhar importância na busca de soluções. Bernard, Hallal e Nicolai (2013) citam pesquisa da Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (Anact), que define três perfis de trabalhadores idosos, a saber: *i*) o frágil é aquele que exerce uma atividade laboriosa, em sua maioria nas indústrias, e demanda uma política de aposentadoria progressiva; *ii*) o desatualizado é ocupado sobretudo no setor de serviços, tem experiência, mas suas competências são fragilizadas pelo avanço tecnológico, por isso requer mais educação continuada; e *iii*) o *expert* é especialista em seu campo de trabalho, manuseia com habilidade as ferramentas de alta tecnologia e demanda incentivos para transmissão de competência e financiamento para empreender.¹⁰

De acordo com o perfil do trabalhador, recomenda o relatório, pode-se estabelecer o “fenômeno da antisseleção”, privilegiando, em termos de legislação trabalhista ou previdenciária, os segmentos mais desfavorecidos, com mais necessidade de complementação de renda, mais justificativas para disporem de diferenciações de elegibilidade para a aposentadoria ou para a manutenção no mercado de trabalho, até com isenção de recolhimento previdenciário. Sempre com a perspectiva de manter o poder de compra do segmento idoso de forma a garantir a pujança de um mercado consumidor interno, os economistas defendem uma legislação para valorizar a mão de obra *senior*.

10. Embora reconheça que a maioria das empresas mais inovadoras seja de jovens empreendedores, o relatório destaca que, na França, 13% delas são uma iniciativa de empresários com mais de 50 anos. Outro ponto é que muitos empreendedores jovens dispõem de “investidores anjos”, boa parte, idosos, da família ou não, que decidem aplicar sua poupança em ideias promissoras.

3 A SITUAÇÃO DO TRABALHADOR IDOSO SOB A LEI Nº 8.842/1994

O Estado brasileiro, desde 1990, direciona sua legislação de previdência social para impor ou estimular a postergação da idade de aposentadoria, sobretudo dos trabalhadores do regime geral, isto é, da iniciativa privada, regida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esta empreitada deu-se principalmente por meio de duas reformas da Previdência Social: uma em 1998, no governo de Fernando Henrique Cardoso, quando foi criado o fator previdenciário; e outra em 2003, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, que tratou da reforma da aposentadoria no setor público, embora várias leis tenham sido promulgadas com alterações relevantes no sistema de repartição.¹¹ É importante destacar que estas modificações foram orientadas exclusivamente por uma visão fiscalista de perseguir o equilíbrio das contas públicas. Um equilíbrio que está ameaçado pela necessidade de alteração no padrão das transferências de recursos, imposta pela conjunção demográfica.

Em nenhum momento, durante os debates legislativos, levou-se em conta a questão da empregabilidade do trabalhador acima dos 60 anos, ou melhor, dos 50 anos. Assumiu-se que o crescimento econômico, por si só, ofereceria empregabilidade e que a elegibilidade para a aposentadoria do idoso do futuro estaria garantida. Tampouco o Estado brasileiro preocupou-se em envolver as empresas privadas neste esforço fiscalista, com medidas de incentivo à manutenção do emprego dos mais velhos, requalificação ou programas de preparação para a aposentadoria mais tardia. Estes pontos serão mais bem explorados adiante.

Assim, repetindo o erro apontado na literatura internacional, já mencionado, o resultado desta atuação do Estado no campo da previdência foi uma dissonância cognitiva entre o seu discurso oficial sobre a postergação da aposentadoria e a realidade do mercado de trabalho, principalmente, para os trabalhadores menos qualificados, embora os mais qualificados também não estivessem imunes.

As estatísticas mostram que, desde a década de 1990, apesar do acelerado ritmo de envelhecimento populacional, tem-se observado queda na participação proporcional de idosos no mercado de trabalho, apesar de o crescimento da população idosa economicamente ativa estar num ritmo acima do da população economicamente ativa (PEA) como um todo. De 1992 a 2002, a PEA cresceu 24,1%, e de 2002 a 2012, 14,1%. A PEA idosa aumentou 23,2% no primeiro período, e no segundo, 32,8%, sempre de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Este ritmo de crescimento é explicado pelo envelhecimento da população e por sua permanência no mercado de trabalho mesmo depois da aposentadoria. Estas porcentagens, no entanto, são inferiores às do crescimento total da população idosa, de 40,6% e 51,8%, para os mesmos

11. Para detalhes de todas as mudanças, ver Marques e Ferreira (2010, capítulo 10).

períodos. Isto significou um declínio de 12% na taxa de atividade de idosos, de ambos os sexos, nas duas décadas.

A despeito de o aumento da formalização do mercado de trabalho¹² nesse período ser apontado como um dos fatores para essa retração, como destacam Santos e Barbosa (2014), pois a cobertura previdenciária¹³ e o reajuste real do salário mínimo (a partir de 2003) possibilitaram a inatividade, ou seja, garantiram a aposentadoria como um *direito*, é preciso investigar o papel do próprio mercado de trabalho na desistência da vida laboral. Resta saber também se a PNI, nestes vinte anos, foi capaz de provocar algum efeito positivo para a satisfação e a segurança do trabalhador idoso.

São duas as condições principais do idoso no mercado de trabalho: *i*) aposentado ainda em atividade; e *ii*) trabalhador por conta própria (autônomo ou para o próprio consumo, aposentado ou não). No primeiro caso, as reformas previdenciárias foram incapazes de alcançar seus objetivos e postergar a idade média de aposentadoria. O trabalhador do setor privado aceitou pagar o pedágio do fator previdenciário, ou seja, a redução de sua renda em decorrência de uma aposentadoria considerada “precoce” pela legislação. Apesar do esforço estatal para postergar a aposentadoria, sob pena de um suposto colapso nas contas da previdência, Camarano, Fernandes e Kanso (2012) constatam que a idade de aposentadoria no Brasil ficou constante entre 1992 e 2010, exceto pelo aumento da idade de quem se aposenta por tempo de contribuição onde incide o fator previdenciário. Isto significa dizer que o impacto das reformas foi mais intenso sobre o trabalhador do setor privado, no qual os homens se aposentam, em média, três anos mais tarde que a idade mínima exigida, e as mulheres, quatro.¹⁴ Em 2013, a idade média de aposentadoria do brasileiro era de 54 anos.¹⁵ Essa situação atua como causa e consequência da decisão de se aposentar ainda em condições aptas para o trabalho. O custo de oportunidade tem peso relevante, uma vez que a aposentadoria formal não significa saída efetiva do mercado.

12. O grau de informalidade passou de 55,1% em 2001 para 45,4% em 2011, uma redução de quase 10 pontos percentuais (p.p.) na década. O grau de informalidade é definido pela soma dos trabalhadores por conta própria e sem carteira de trabalho assinada dividida pela soma dos trabalhadores por conta própria, sem ou com carteira assinada, estatutários e militares. Ver Ipea (2012).

13. Nas duas décadas anteriores, de 1970 a 1990, o Brasil ampliou sua rede de seguridade social. Em 1970, 17,2% dos homens idosos não tinham nenhum rendimento previdenciário, mas em 1997 esta porcentagem era de apenas 3,8% (Camarano, 2001).

14. Do ponto de vista fiscal, o resultado foi significativo, mesmo aquém da expectativa dos legisladores. Quando o critério é meramente fiscal, poucos meses de postergação da aposentadoria já provocam efeito contábil, como mostram estudos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Ver Esping-Andersen (2009, p. 157).

15. Número do Ministério da Previdência Social, mencionado pelo secretário executivo Carlos Gabas em palestra no III Encontro Ibero-Americano sobre Direitos Humanos das Pessoas Idosas na região, em 1º de outubro de 2013, em Brasília. Para mais detalhes, ver página do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_130710-081201-638.pdf>.

O fato é que o trabalhador maduro (acima de 55 anos) ou o idoso aposentado é devolvido ao mercado em situação trabalhista precária. Tonelli e Aranha (2013, p. 3) observam que os profissionais mais velhos estão dispostos a atuar em “diversas condições de trabalho”. A insinuação confirma a vantagem da contratação do trabalhador idoso para as empresas, conforme aponta Camarano (2001), pois, se aposentado, a tendência é o trabalhador aceitar uma vaga “com baixas garantias trabalhistas”. Ou seja, além de o mercado demandar por mão de obra mais velha e em quantidade abaixo da oferta suscitada pelo envelhecimento populacional, quando ele a absorve, a tendência é fazê-lo em condições de precariedade. Tonelli e Aranha (2013) observam ainda a negação das empresas em manter os trabalhadores maduros em seus quadros, sob a justificativa de redução de produtividade ou de corte de custos de produção, pela demissão dos empregados com salários mais altos.¹⁶

Essa exclusão explica, em parte, o fato de o trabalhador por conta própria aparecer como segunda condição mais verificada de inserção do idoso no mercado de trabalho. Assim como o aposentado ainda em atividade, esta segunda condição também apresenta desvantagem para o trabalhador em termos de legislação trabalhista e renda. Ela cristaliza-se simultânea com as altas taxas de desemprego entre os indivíduos com renda mais elevada entre 1992 e 2002 (Pochmann, 2006). Estes trabalhadores foram empurrados para a *pejotização*,¹⁷ a informalidade ou outras formas de precariedade convencionalmente chamadas na literatura de “por conta própria”. Na prática, “por conta própria” é por conta própria mesmo – sem garantias de proteção do Estado. Esta condição introduz uma relação inusitada do trabalhador com o Estado, pois este passa a recolher, entre outros impostos, dependendo da natureza de atividade da empresa, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Ou seja, o salário é taxado como lucro porque é maquiado por uma relação empresa-empresa. O agravante, do ponto de vista da economia da longevidade, é que este lucro inexistente tem pouca chance de ser retornado em forma de serviços quando o trabalhador atingir 60, 70 ou 80 anos. Isto significa, na prática, a quebra total de um pacto intergeracional.

Na década de 2002 a 2012, observa-se, porém, que essa condição cada vez mais se instala antes dos 60 anos, implicando a perda de benefícios trabalhistas, a despeito de o trabalhador, em muitos casos, manter a mesma prestação de serviço por meio de um vínculo empregatício precário com o antigo empregador formal. Santos e Barbosa (2014) constatam, com base na Pnad, que após os 54 anos, há

16. A pesquisa de Tonelli e Aranha (2013) foi feita entre novembro de 2012 e janeiro de 2013 com o apoio da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), do Serviço Social da Indústria (Sesi), da Câmara Americana de Comércio de Belo Horizonte (Amcham-BH) e da PricewaterhouseCoopers (PwC). Ela comprova afirmações de Standing, quando este atesta que o mercado tende a considerar cinco custos para a empregabilidade do idoso ou do trabalhador maduro: custos gerais, menor produtividade, proteção social, menor adaptabilidade e menor motivação, sem levar em conta experiência, qualidade e qualificação (Standing, 1986 *apud* Guillemard, 2010, p. 92).

17. Empregados transformados em pessoa jurídica (PJ).

uma queda abrupta da curva de empregados regidos pela CLT e uma ascensão dos trabalhadores por conta própria.

Quando na informalidade, os trabalhadores maduros ou idosos constituem capital variável de alta rentabilidade para as empresas, pois estas estão isentas de todas as obrigações trabalhistas. Na situação de *pejotização* também, embora o trabalhador possa recolher a previdência social e dispor de outros benefícios em sua própria “empresa”. Entretanto, seu recolhimento pelos trabalhadores *pejotizados* é reduzido na maioria das vezes, comprometendo assim sua renda futura, caso ele atinja os critérios para a aposentadoria. É impossível afirmar, como ocorre em uma ampla e repetitiva literatura, que esta condição seja mais “atrativa” ou que ela se coloque como “opção” para o trabalhador maduro ou idoso (sobretudo o não aposentado). Trata-se do resultado de transformações ocorridas no capitalismo contemporâneo que tiveram impacto no mercado de trabalho (Standing, 2011; Castel, 2012). Essa realidade tem apresentado desafio à formalização do mercado de trabalho, apesar da evolução dos últimos anos no Brasil, seja pelo aumento da contratação pela CLT, seja pela adesão ao sistema de microempreendedor individual (MEI).

É preciso alertar que a suposta autonomia conferida ao trabalhador por conta própria – sempre apontada como uma vantagem ou uma alternativa depois dos 60 anos – é totalmente ilusória. No capitalismo contemporâneo, as grandes empresas se organizam em rede, de forma a dispor e a se apropriarem da produção das médias e das pequenas empresas (autônomas, artesanais, MEIs ou que dispõem, muitas vezes, de mão de obra gratuita de familiares). Nenhuma empresa “autônoma” garante sua sobrevivência sem vínculo com uma grande organização. Logo, o tempo do trabalho é determinado pela necessidade dos clientes, em geral, as grandes empresas.¹⁸

Essas duas condições permitem constatar uma *inserção marginal* do idoso no mercado de trabalho. Seja formalmente, aceitando salário mais baixo para complemento de renda na aposentadoria (numa distorção completa do sentido e do significado de aposentadoria); seja informalmente, nas várias manifestações da informalidade, sobretudo a que é decorrente da fragilização da segunda metade da vida laboral do trabalhador. A situação vulnerável se agrava, muitas vezes, quando esta fragilização ocorre em idade próxima à da aposentadoria. Em resumo: uma análise da situação do trabalhador idoso no mercado de trabalho e uma legislação que se pretenda promissora para integrá-lo jamais podem ser satisfatórias sem levar em conta a economia em sua complexidade e, em particular, o ciclo de vida laboral do indivíduo em um mundo do trabalho que no século XXI está em plena mutação.

18. Para uma análise em detalhes, ver Alves e Tavares (2006).

4 A FRAGILIZAÇÃO DA SEGUNDA METADE DA CARREIRA

Os dados apresentados na seção anterior corroboram a tese de que, a partir dos anos 1980, a trajetória do trabalhador maduro (com mais de 55 anos) e/ou idoso (com mais de 60 anos) no Brasil segue a tendência mundial. As metamorfoses do mercado de trabalho verificadas desde as últimas duas décadas do século XX por ampla literatura¹⁹ provocaram o aumento da vulnerabilidade do trabalhador em idade cada vez menor, já a partir dos 45 anos,²⁰ tendo grande impacto na fase pós-laboral de sua vida, tanto em sua situação de renda como nas suas atividades após os 60 anos. Embora o trabalhador idoso seja também beneficiado pela queda significativa do desemprego entre 2003 e 2013 no Brasil, quando a taxa de desocupação caiu de 12,4% para 5,4% (IBGE, 2013), este quadro de forma alguma o protege dos efeitos da dinâmica do capitalismo contemporâneo.

Essas transformações no mundo do trabalho são desdobramentos de três fatores: *i*) da chamada reestruturação do capital, ocorrida a partir dos anos 1970 (após o choque do petróleo); *ii*) da inédita concorrência global da mão de obra, ocasionada pela entrada da China na economia de mercado, em 2001;²¹ e *iii*) da redução de custos de transporte e comunicação, devido ao avanço tecnológico que possibilitou a mobilidade dos fatores de produção, característica principal da mundialização.²² Esse fenômeno do capitalismo contemporâneo coincide com o estágio de envelhecimento da população mundial e a hipertrofia de uma lógica capitalista cada vez mais financeira e patrimonialista, em detrimento da produção. Como diz Esping-Andersen (2009), a “lógica do industrialismo” costumava ser um conceito sintético forte, que estimulava: *i*) a existência dos indivíduos como *trabalhadores*; *ii*) o lugar que cada um teria na hierarquia social; e *iii*) o tipo de vida que se poderia esperar até o fim da capacidade laboral. Entretanto, este universo da produção desaparece no século XXI, juntamente com o *emprego suficiente e de qualidade*.²³ Atualmente, dois terços da atividade econômica, lembra o autor, estão centrados no setor de serviços.

19. Ver Castel (2012) e Antunes (2009).

20. Ver Guillemard (2010, p. 88).

21. Ver Chesnais (2005). Standing (2011, p. 28) destaca que não só devemos levar em conta a ampliação da oferta de trabalho, pela entrada da China no processo de globalização, mas também a de outros países com mão de obra barata, como Índia, o ex-bloco soviético, Vietnã, Indonésia, Camboja e Tailândia. Este contingente de novos trabalhadores, segundo ele, chega a 1,5 bilhão. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a taxa de remuneração horária variou cerca de US\$ 35 na Dinamarca, pouco mais de US\$ 23 nos Estados Unidos, cerca de US\$ 13 na Grécia, entre US\$ 5 e US\$ 6 no Brasil, e menos de US\$ 1,5 nas Filipinas. Utilizando uma metodologia diferente e não comparável, os custos totais de remuneração horária na indústria transformadora foram estimados em US\$ 1,36 na China para 2008 e em US\$ 1,17 na Índia para 2007 (Gabinete de Estatística do Trabalho dos Estados Unidos, 2011 *apud* OIT, 2013).

22. Os termos globalização e mundialização são, muitas vezes, usados como equivalentes, porém são falsos sinônimos. O primeiro tem origem nas escolas de administração de empresas norte-americana e o segundo é de formulação de economistas franceses (*mondialisation*). Os que cunharam o primeiro concebem o mundo contemporâneo como um globo plano e assumem que todos os agentes econômicos dispõem de iguais oportunidades de competição; os que usam o segundo entendem que o mundo é um espaço hierarquizado, cujas regras são as que mais convêm às potências capitalistas centrais. Ver Chesnais (1996, p. 24).

23. Emprego suficiente e de qualidade é uma expressão usual em economia do trabalho. Significa criar empregos na esfera formal, de acordo com as leis trabalhistas, garantindo-se proteção social e em quantidade, para atender ao aumento da oferta de trabalho, derivado da dinâmica demográfica.

Nessa múltipla dinâmica do mundo do trabalho, na passagem do século XX para o XXI, verificou-se uma heterogeneização do mercado, com três características marcantes. A primeira compreende a automação, especialmente nos países de capitalismo avançado, e a *desproletarização*, isto é, a redução dos postos de trabalho no setor industrial e a ampliação no setor de serviços. A segunda característica é consequência da primeira e aparece sob a forma de uma *subproletarização*, ou seja, o processo de informalidade, mencionado nas seções anteriores, acompanhado de um desemprego estrutural (Antunes, 2011). Como dito, o Brasil, na última década, mitigou os efeitos desta tendência. Mas assume-se que esta seja uma situação conjuntural e frágil, porque pendular ao ritmo de crescimento econômico.²⁴ A terceira característica é a incorporação do trabalho feminino, tratada na seção seguinte, concomitante à exclusão de jovens e idosos do mercado de trabalho. Esse desligamento involuntário ocorre

quando, no contexto da busca da “flexibilidade interna”, a empresa entende adaptar as qualificações dos trabalhadores às transformações tecnológicas. A formação permanente pode funcionar como uma seleção permanente. O resultado é a invalidação dos “trabalhadores que estão envelhecendo”, demasiado idosos ou não suficientemente formados para serem reciclados, mas jovens demais para se beneficiarem da aposentadoria (Castel, 2012, p. 513).

Esse limbo onde se instalam os trabalhadores maduros, o qual é suscitado pelas transformações do mundo do trabalho, é definido por Guillemard (2010) como “fragilização da segunda metade da carreira”. Em pesquisa comparativa sobre a situação dos trabalhadores de França, Japão, Suécia e Reino Unido, a autora constata que este fenômeno do capitalismo contemporâneo está se tornando tão perverso quanto o desemprego estrutural, sendo-lhe inclusive quantitativamente maior. Guillemard sinaliza a incapacidade de as reformas previdenciárias protelarem a idade de aposentadoria e adverte para a armadilha esquizofrênica em que estas políticas mundo afora estão caindo, incapazes de atingirem os almejados objetivos fiscais. As políticas de trabalho e de emprego, segundo Guillemard (2010), parecem indispensáveis para manter trabalhadores com mais de 55 anos em atividade, assim como para favorecer o emprego dos jovens.

Uma legislação compromissada em aproveitar as oportunidades de uma sociedade envelhecida deve ter seus canhões assestados para o estímulo à empregabilidade dos trabalhadores com mais de 55 anos, e não para a aposentadoria em determinada idade – inclusive porque a capacidade laboral está atualmente descolada das etapas cronológicas.²⁵ A legislação dos países analisados por Guillemard (2010) fez apenas ampliar a tensão no mercado de trabalho, acentuando a tendência

24. De 1970 a 2003, o mundo passou por 124 crises financeiras na contagem do Fundo Monetário Internacional (FMI) (Stiglitz, 2010, p. 13).

25. Ver Camarano, Fernandes e Kanso (2012).

preconizada por determinados autores há mais de vinte anos, que falavam na transformação dos trabalhadores idosos no *exército de reserva marxista*, mobilizado de acordo com a necessidade do mercado e à mercê do ritmo econômico. Do ponto de vista do indivíduo, essa “seleção permanente” de mão de obra alimenta um sentido de autoexclusão manifestado em frases como: “eu já passei da idade” ou “não é vaga para a minha idade”.

A fragilização da segunda metade da carreira, portanto, fortalece a vulnerabilidade da pessoa idosa que quer ou precisa manter-se no mercado de trabalho, seja por razões de renda, seja para atingir os critérios para a aposentadoria. A partir de 1990, verifica-se que o crescimento do trabalhador por conta própria é menos um espírito de empreendedorismo nacional que a única alternativa para muitos trabalhadores maduros. Deste complexo quadro de mutações na estrutura de classes, mas também nas relações sociais, políticas, ideológicas, valorativas etc., nasce um grupo variado de trabalhadores: os trabalhadores por tempo parcial; trabalhadores temporários; trabalhadores casuais ou esporádicos; trabalhadores por conta própria, entre outros. Configura-se com isso o que Beynon, sugestivamente, caracterizou como trabalhadores hifenizados (*hyphenated workers*), categoria já bastante popular na literatura internacional de sociologia do trabalho e que atinge, sobretudo, os idosos.²⁶

Esta realidade reduz sobremaneira as possibilidades reais tão propagadas pela mídia quando esta aborda o envelhecimento ou a longevidade, e a construção de uma nova carreira depois dos 60 anos. Esta suposta reinvenção, acessível a todos, independentemente de nível educacional, renda e toda a trajetória laboral, torna-se um mito, pelo menos do ponto de vista da geração de renda, uma vez que a inserção no mercado de trabalho no fim da vida ativa sofre os efeitos das mutações do capitalismo do século XXI. Acrescenta-se que estes efeitos têm sido maiores para as mulheres, como verificaremos a seguir.

5 A PARTICIPAÇÃO FEMININA

O processo de inserção da mulher no mercado de trabalho, como define Esping-Andersen (2009, p. 11), é uma “revolução incompleta”. Legislações mundo afora ainda são insuficientes para garantir a igualdade de oportunidades e condições entre gêneros. Esta diferença de tratamento, afirma o autor, citando vários estudos, é considerada a maior hipótese da causa do envelhecimento populacional do planeta, pois é apontada como protagonista na queda da taxa de fecundidade. O que interessa aqui é constatar, junto com ampla literatura, que a regulamentação trabalhista

26. Ao discutir os efeitos da vigência do neoliberalismo na população trabalhadora britânica, o autor afirma: “eles são os trabalhadores hifenizados em uma economia hifenizada. A velha economia industrial da Grã-Bretanha era altamente regulada; ela empregava grande número de trabalhadores altamente sindicalizados, empregados em contrato de tempo integral” (Beynon, 1995, p. 12).

brasileira e as leis de proteção à pessoa idosa também foram incapazes de garantir à mão de obra feminina com mais de 60 anos um nível de participação igualitária nas organizações empresariais. Esta assimetria, como observa Hirata (2002), aparece não apenas no cotidiano e nas regras do trabalho em si, mas também no *continuum*, caracterizando um ciclo laboral totalmente díspar entre a mulher e o homem. A situação de crise e desemprego, portanto, prejudica mais a mão de obra feminina, por esta ser mais vulnerável à descontinuidade.

Em pesquisa comparativa com países desenvolvidos, Hirata mostra ainda que, no capitalismo contemporâneo, os efeitos combinados da divisão social, sexual e internacional do trabalho colocam a trabalhadora brasileira em desvantagem na concorrência global de mão de obra. Numa mesma fábrica com unidades de produção na França e no Brasil, enquanto as trabalhadoras europeias tinham *direito* à requalificação, as brasileiras permaneciam sem treinamento. A despeito de a autora alertar para a tendência mundial de todas perderem este direito (mais uma vez por força da propulsão asiática nas mutações trabalhistas), o fato é que só o Estado pode atuar para garanti-lo, uma vez que acompanhar o avanço tecnológico é impositivo para a permanência no mercado regido pela sociedade do conhecimento.

A questão de gênero deságua de maneira inquestionável na fragilização da segunda metade da carreira e na saída precoce da vida ativa. A divisão sexual do trabalho debilita as chances de a trabalhadora com mais de 60 anos estender sua vida laboral. A despeito de as mulheres serem beneficiadas pelo acúmulo de pensão e aposentadoria – o que poderia explicar a sua menor participação no mercado de trabalho na fase idosa –, as características de todo o seu ciclo laboral interferem em sua decisão de aposentadoria ou inatividade (mesmo depois de aposentada). Em outras palavras, embora muitas pesquisas destaquem somente o fato de a renda da mulher idosa ser mais alta que a dos homens, todo o percurso laboral e a discriminação no mercado também desempenham papel na decisão de sair do mercado de trabalho. Em 1992, 70% dos homens idosos exerciam atividade profissional; em 2002 e 2012, estas porcentagens caíram para 66% e 62%, respectivamente. Para as mulheres, a proporção, nestes mesmos anos, era de 25%, 32% e 25%, respectivamente.²⁷

O emprego formal para as mulheres cai já a partir dos 25 anos. Depois dos 55 anos, esta taxa estaciona em menos de 20% das trabalhadoras; de 45 a 49 anos, somente 28% delas trabalham; e depois dos 60 anos, menos de 10% empregam-se em regime de CLT. Outro dado importante na trajetória da mão de obra feminina é que, a partir dos 70 anos, o “trabalho para consumo próprio” atinge 45% do seu total. Mais grave ainda: entre as mulheres, esse tipo de trabalho, que implica uma situação de exclusão das empresas e de outros tipos de empregos formais, é

27. Pnad *apud* Santos e Barbosa (2014). Para diferenças de renda entre homens e mulheres, ver IBGE (2014).

ascendente desde os 15 anos. Em outras palavras, em toda a vida laboral, esta é a única ocupação sempre ascendente no universo feminino. Soma-se a este quadro, a importância do trabalho por conta própria, que alcança 20% das mulheres com mais de 50 anos, e 30% com mais de 60 anos.

Esping-Andersen (2009) alerta para as consequências dessa desigualdade de gênero na sociedade em envelhecimento, em que o Estado impõe limitações às pensões em nome do equilíbrio fiscal, e as mulheres vivem mais tempo. De acordo com o autor, esta assimetria agrava o “equilíbrio instável” da economia contemporânea e empurra as taxas de fecundidade para patamares ainda mais baixos, acentuando o processo de envelhecimento populacional. É preciso, portanto, que o Estado normatize o fim do modelo do homem provedor (*male breadwinner*)²⁸ por meio de um novo equilíbrio de igualdade de gênero (*gender-equality equilibrium*). O autor sustenta ainda que este equilíbrio, assim como a ampliação das oportunidades e das políticas para a manutenção da mulher no mercado de trabalho, tem-se constituído como importante medida para reduzir a pressão sobre os sistemas de previdência em países europeus.

6 A PREPARAÇÃO PARA A APOSENTADORIA

A aposentadoria planejada é um dos elementos mais importantes na construção da economia da longevidade (*silver economy*), sobretudo nos países europeus, nos Estados Unidos e no Japão. A literatura atesta que política pública, legislação e iniciativa privada combinadas podem mitigar a fragilização da segunda metade da carreira e, conseqüentemente, ampliar a vida laboral, isto é, protelar a idade de aposentadoria, com impacto positivo sobre os sistemas de previdência social. No Brasil, porém, embora a PNI tenha tramitado no Congresso Nacional até poucos meses antes de os parlamentares iniciarem a discussão da reforma da Previdência, em 1995, as duas leis foram votadas sem que houvesse qualquer diálogo entre elas, muito menos com a CLT. Desta forma, nenhum destes marcos legais determina uma ação efetiva e sistemática de Estado para promover programas de planejamento da aposentadoria.

Desde a década de 1980, a França, por exemplo, adota dispositivos públicos com o objetivo de reverter a tendência de desemprego ou subemprego a partir dos 55 anos. O país estabelece vias alternativas, em termos tributários, salariais e de benefícios sociais, para o contrato de trabalho. A manutenção parcial do emprego para os trabalhadores maduros, a carga horária flexível e o trabalho remoto são formas de atenuar a transição para a inatividade ou de postergá-la. A legislação

28. Standing (2011, p. 62), ao analisar a nova classe do “preariado”, sustenta que a mão de obra feminina é prejudicada nos nossos dias por uma tripla carga: o cuidado das crianças, o sustento do lar e os cuidados dos idosos da família, o que faz com que a mulher assuma, assim, o papel de *breadwinner*.

permite, inclusive, que o trabalhador em tempo parcial ou em situação de pré-aposentadoria progressiva faça jus a um seguro-desemprego parcial por um período. Em contrapartida, as empresas têm flexibilidade na legislação trabalhista para contratar jovens com menos de 26 anos.

Esses dispositivos são, em geral, usados pelas empresas que decidem reduzir seus quadros ou que têm uma capacidade limitada de empregabilidade. Embora as metamorfoses no mundo do trabalho, a degradação do emprego e a política de austeridade fiscal tenham atropelado a legislação de estímulo à aposentadoria progressiva – sempre com a justificativa de que esta traria mais custos –, seus resultados na prática foram verificados em meados dos anos 1990, com o aumento das adesões, o maior planejamento e a permanência de trabalhadores maduros no mercado, como constata Guillemard (2010, p. 137).

No Brasil, as legislações, como dito, atuaram de forma independente umas das outras, e as empresas passam, até hoje, distantes dessa empreitada. Programas de preparação para a aposentadoria são detectados de forma isolada, sem nenhuma regulamentação, logo, sem obrigações. A adoção de planos de planejamento de aposentadoria se relaciona mais com a intenção de a empresa “se livrar de um funcionário” que protela o seu desligamento, por idade ou tempo de contribuição, que para lhe proporcionar uma transição sem trauma, precavida ou com novas possibilidades. Em raros casos, esses programas são adotados levando-se em consideração as diferentes habilidades dos trabalhadores, as quais no relatório francês da economia da longevidade estão agrupadas em três tipos: *frágil*, *desatualizado* e *expert* (Bernard, Hallal e Nicolăi, 2013). Quando existe esta divisão, há clara vantagem para o último tipo, em geral, o executivo.

Esses programas de preparação para a aposentadoria tampouco são usados como um meio articulado com a meta fiscal para a previdência social. Na maioria das empresas, estes são percebidos como prêmio ou salário indireto, ou como um benefício de recursos humanos que só beneficia o empregado, sem correlação com a sociedade. Estes programas não possuem qualquer entrosamento, por exemplo, com benefícios fiscais para um futuro empreendedor, com instituições públicas de educação continuada, agentes de financiamento ou ainda com o Sistema Único de Saúde (SUS), que poderia atuar com programas de prevenção ou orientação médica e psicológica.

Destaque-se que, no caso do Brasil, este é um ponto que ainda exige pesquisa empírica e discussão, para que seja encontrado o modelo adequado de previdência e legislação trabalhista. Como veremos a seguir, a preparação para a aposentadoria foi mencionada na PNI quase como uma obrigação sem remeter a qualquer lei regulamentar. Estes e outros aspectos do art. 10 da PNI demandam análise mais detalhada, feita na seção a seguir.

7 O ART. 10 DA PNI: UMA BREVE ANÁLISE ECONÔMICA

Diante do exposto nas seções anteriores, é possível fazer uma análise econômica do art. 10 da PNI, que trata do trabalho e da previdência social. É lícito supor que o legislador brasileiro desconheceu a possibilidade de ganho social que a dinâmica demográfica do início dos anos 1990 podia lhe trazer. O fato de os indivíduos terem uma vida mais longa na sociedade contemporânea foi interpretado quase exclusivamente sob o aspecto do envelhecimento humano, e não do envelhecimento populacional. A ação legislativa restringiu-se apenas à preocupação com a garantia de direitos aos idosos e abdicou de um estatuto com vistas à construção de uma nova estrutura econômica condizente com as mudanças demográficas. Longe de atribuir à legislação as transformações sociais, a questão é que o texto é omissivo diante de tamanho desafio econômico e faltoso nas respostas que o Estado deve oferecer.

Sob a perspectiva fiscal, um dos questionamentos é justamente a necessidade de proteção da aposentadoria e, portanto, a inserção do trabalhador idoso. Neste aspecto, a PNI pouco determina, salvo um fluido, “garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso” no mercado de trabalho (Brasil, 1994). Quem os garante? Que “mecanismos” seriam estes? Como garanti-los economicamente? Fora a proibição da discriminação de idade em concurso público, a efetividade do item *a* da PNI é de eficácia duvidosa, como mostrou-se na literatura e nas pesquisas empíricas anteriormente citadas. Corroborando com a visão assistencialista que predominou na redação, o item *b* é quase uma hipérbole quando diz “priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários” (Brasil, 1994). Se a previdência social atende majoritariamente os idosos, a prioridade de outros beneficiários seria uma contradição em si. A determinação deste item, ainda assim, jamais impediu o mau atendimento por parte dos órgãos públicos ao aposentado, aos pensionistas ou a outros beneficiários, idosos ou não, como pode ser facilmente comprovado pelas ações dos ministérios públicos em todo o país e pela recorrente cobertura da imprensa.

Esses dois itens seriam suficientes para defender a tese do desalinhamento do art. 10 em relação à economia da longevidade. É no item *c*, todavia, que se pode analisar as possibilidades desperdiçadas. “Criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de *dois* anos antes do afastamento”, diz o texto. Como dito anteriormente, sem remeter à lei regulamentar, sem criar sanções, portanto, sem especificar como, a legislação atribui ao mercado (ou ao governo da ocasião) a criação desses programas e a quem eles devem servir ou beneficiar dentro, sobretudo, da empresa privada.

Um dado relevante para essa análise é o prazo de dois anos estabelecido na PNI.²⁹ Diante das metamorfoses do mundo do trabalho, como visto, é impossível que qualquer tipo de planejamento, “reinvenção”, reprogramação educativa, qualificação, investimento seja feito neste prazo, nas condições impostas pelo capitalismo contemporâneo. Cada vez mais, as profissões exigem uma preparação contínua durante toda a vida laboral. A concorrência internacional acirra a competitividade, determina estágios de produtividade que exigem tempo para amadurecimento. Trabalhar com uma perspectiva curta, de dois anos, é estar submetido ao tempo do capital, e não ao do trabalho. Portanto, a preparação para a vida pós-laboral, nesta fase dita pós-moderna, ocorre paralelamente à vida ativa. Como diz Esping-Andersen (2009, p. 162), “a reforma da aposentadoria deve começar com os bebês”.

Em acordo com a tendência mundial, é preciso promover alterações na legislação à luz de uma perspectiva de aproveitamento das oportunidades econômicas advindas do envelhecimento – humano e populacional. Este objetivo deve caminhar ao lado da garantia dos direitos e da proteção social, absolutamente indispensáveis em um país desigual como o Brasil. Mas o art. 10 do PNI demonstra que, até agora, nossa legislação ignora este potencial econômico, que pode oferecer soluções endógenas ao desafio demográfico. Isto só será possível se o Estado, por meio de regulamentação, atuar como o indutor, e não só como um benemérito, com obrigações compulsórias. Com o intuito de provocar essa transformação, fazem-se, na próxima seção, indicações possíveis de estudo em termos de políticas públicas na área do trabalho.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nível de participação do idoso brasileiro no mercado de trabalho entre 1992 e 2012, como visto, é considerado alto, principalmente se comparado a outros países, sobretudo os europeus. Uma das explicações é a redução do estoque de mão de obra disponível, devido à tendência acelerada de diminuição da população em idade ativa, que terá seu ápice em 2040 (Camarano, 2014, p. 191). Outros motivos são a necessidade de complemento de renda, a aposentadoria precoce, a boa condição de saúde e a preferência pela manutenção da sociabilidade no ambiente laboral.

Assume-se, no entanto, que a elevada participação da mão de obra idosa é conjuntural e dependente quase que exclusivamente do desempenho da economia, isto é, do nível de emprego. Em nenhuma hipótese deve-se atribuir esta absorção da mão de obra idosa à PNI, pois, de 1992 a 2012, verifica-se 12% de retração

29. Ressalte-se que o art. 28 do Estatuto do Idoso, inciso II, altera esta obrigatoriedade e reduz este prazo para um ano: “II – preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania” (Brasil, 2003).

da participação do idoso no mercado de trabalho relativamente ao crescimento deste segmento populacional. Em outras palavras, há mais idosos no mercado de trabalho, porém, devido ao envelhecimento da população, a oferta de trabalho não absorvida pelo mercado é maior, antecipando a fase de inatividade de muitos trabalhadores. Quando absorvida, a mão de obra idosa é vulnerável e apresenta uma *inserção marginal* na atividade econômica, sob várias maneiras de informalidade.

Faz-se, assim, necessária uma revisão da PNI, para criar uma integração desta com o estatuto previdenciário e as leis trabalhistas. Como demonstrado nas seções anteriores, a PNI carece de eficácia para garantir: *i*) a empregabilidade do trabalhador maduro (a partir de 50 anos); *ii*) a “integração segura” deste segmento no mercado de trabalho; e *iii*) a não fragilização da segunda metade da carreira do trabalhador, a qual irá comprometer a sua sustentabilidade na velhice e, principalmente, os critérios de sua aposentadoria. Tampouco essa legislação pode ser apontada como responsável por estimular a protelação da aposentadoria ou a preparação para esta fase pós-laboral, uma vez que esta função é totalmente delegada ao setor privado, abstendo-se a lei de mencionar ou esclarecer como estas ações deveriam ser empreendidas. Em resumo, se tomarmos como parâmetro o que ocorre no mercado de trabalho dos países envelhecidos, a PNI está em total dissonância com a realidade econômica e demográfica do Brasil. O texto legal guarda resquícios de uma visão meramente assistencialista sobre o fenômeno do envelhecimento, estando em desacordo com o atual nível e entendimento do debate internacional, dirigido à construção da economia da longevidade. Uma legislação promissora, tal como começam a adotar os países desenvolvidos, deve pesquisar ações no âmbito da própria economia, e não somente delegar “soluções” ao plano assistencial. Esta nova postura demandaria o envolvimento dos ministérios da área econômica (Planejamento, Fazenda, e Desenvolvimento, Indústria e Comércio) com o tema do envelhecimento populacional para além da visão apenas fiscalista, algo distante ainda na realidade brasileira.³⁰

Pesquisadores nacionais e estrangeiros alertam para o risco da adoção de uma receita global e única para evitar a aposentadoria precoce e ampliar a inserção do trabalhador idoso no mercado. No entanto, a partir de experiências internacionais, o Brasil pode forjar políticas públicas adaptadas às suas necessidades específicas. É consenso entre os pesquisadores, e registrado em ampla bibliografia, que a taxa de empregabilidade dos trabalhadores maduros é fortemente correlacionada: *i*) ao

30. Os ministérios da Fazenda e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio não participam da Comissão Interministerial do Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, convocada pela Presidência da República, em 1ª de outubro de 2013 (Decreto nº 8.114/2013). O fato faz crer que o poder público exclui a hipótese de que o envelhecimento populacional possa oferecer possibilidades econômicas. Na própria ata de reunião da comissão, o objetivo do grupo é discutir políticas públicas “voltadas ao *atendimento* da população idosa”, revelando-se assim a sua interpretação meramente assistencialista. A ata Memórias das Reuniões da Comissão Interministerial do Compromisso Nacional para o Envelhecimento foi fornecida pela Presidência da República a pedido do autor. As reuniões foram realizadas em Brasília, nos dias 28 de novembro de 2013, 20 de dezembro de 2013 e 21 de janeiro de 2014.

seu nível educacional (Guillemard, 2010, p. 331); e *ii*) à capacidade e à vontade política de estabelecer uma espécie de rede nacional com a iniciativa privada, de modo a fomentar ações de gestão de pessoal em consonância com o conceito de “sociedade para todas as idades”.³¹

Apresentam-se, assim, como sugestão ou recomendação para a discussão de políticas públicas com as lideranças dos movimentos sociais de trabalhadores e idosos os seguintes pontos.

- 1) Instituição de programa de fomento à educação continuada com estímulo fiscal para as empresas incentivarem o trabalhador com mais de 35 anos a aprimorar suas habilidades, técnicas ou acadêmicas. O incentivo se faria por linhas de crédito direto ao estudante.
- 2) Reforço e prioridade aos programas de alfabetização e educação de jovens e adultos (EJA), sobretudo, com foco no chamado analfabetismo funcional e no analfabetismo digital.
- 3) Adoção de cursos pelos institutos educacionais públicos e as instituições privadas sobre o envelhecimento populacional e a sua correlação com a gestão de pessoal para gerentes e diretores.³²
- 4) Alteração do texto do item c, do art. 10, inciso IV, da Lei nº 8.842/1994, de “com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento” para “durante toda a fase laboral” (Brasil, 1994).
- 5) Investigação, com vistas à adoção de uma política industrial específica, de setores com maior capacidade de empregabilidade e demanda de competências dos trabalhadores mais velhos.
- 6) Incentivo para as empresas adotarem a jornada flexível, a pré-aposentadoria ou a aposentadoria parcial, como forma de permitir a saída cautelosa do trabalhador do mercado de trabalho – sendo as três iniciativas reconhecidas pela legislação trabalhista.
- 7) Adoção de política de saúde ocupacional que reduza o contingente alarmante de aposentadorias por invalidez (Camarano, Fernandes e Kanso, 2013).
- 8) Legislação para estimular a empregabilidade a partir dos 50 anos, com o objetivo de evitar a fragilização da segunda metade da carreira.

31. Tem-se como referência aqui os modelos de promoção da empregabilidade adotados na Suécia, nos Países Baixos e, sobretudo, na Finlândia, onde foram obtidos os melhores resultados. Ver Guillemard (2010).

32. Destaca-se que este foi um dos principais pilares do modelo finlandês (Guillemard, 2010, p. 330).

- 9) Estabelecimento de políticas de proteção da aposentadoria ou preparação para a inatividade de acordo com os tipos diferentes de trabalhador (frágil, desatualizado ou *expert*).

Reconhecer o envelhecimento como uma conquista significa criar mecanismos que ampliem a capacidade da pessoa idosa de contribuir com a sociedade e garantir a empregabilidade do trabalhador maduro (a partir de 50 anos), em condições de igualdade de oportunidades e de recursos.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. A.; TAVARES, M. A. A dupla face da informalidade do trabalho – autonomia ou precarização. *In*: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho, ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

_____. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

BERNARD, C.; HALLAL, S.; NICOLAÏ, J. P. **La silver économie, une opportunité de croissance pour la France**. Paris: CGSP, 2013. Disponível em: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-CGSP_Silver_Economie_dec2013-.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2013.

BEYNON, H. **Trabalhando para a Ford**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>.

CAMARANO, A. A. (Org.). O idoso brasileiro no mercado de trabalho. **Boletim de Mercado de Trabalho** – conjuntura e análise, Rio de Janeiro, p. 30-36, 2001.

_____. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 177-210.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D.; KANSO, S. Saída do mercado de trabalho: qual é a idade? **Boletim de Mercado de Trabalho** – conjuntura e análise, Rio de Janeiro, v. 1, p. 19-28, 2012.

_____. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. **Boletim de Mercado de Trabalho** - conjuntura e análise, Rio de Janeiro, n. 54, p. 21-29, 2013.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social, uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 2012.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Editora Xamã, 1996.

_____. **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005.

ESPING-ANDERSEN, G. **The incomplete revolution, adapting to women's new roles**. Cambridge: Polity Press, 2009.

ESPING-ANDERSEN, G.; PALIER, B. **Trois leçons sur l'État-providence**. Paris: Seuil, 2008.

FELIX, J. **Economia da longevidade: o envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos**. 2009. Dissertação (Mestrado em economia política) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <www.dominiopublico.gov.br>.

_____. Economia do care e economia da longevidade: o envelhecimento populacional a partir de novos conceitos. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 6, n. 1, p. 44-63, jan./jun. 2014.

GUILLEMARD, A. M. **Les défis du vieillissement, âge, emploi, retraite, perspectives internationales**. 2. ed. Paris: Armand Colin, 2010.

HIRATA, H. **Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores IBGE. **Principais destaques da evolução do mercado de trabalho nas regiões metropolitanas abrangidas pela pesquisa**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/retrospectiva2003_2013.pdf>.

_____. **Síntese de indicadores sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Pnad 2011: primeiras análises sobre o mercado de trabalho brasileiro**. Brasília: Ipea, 11 out. 2012. (Comunicados do Ipea, n. 156).

MARQUES, R. M.; FERREIRA, M. R. J. **O Brasil sob a nova ordem**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Relatório global sobre os salários 2012/2013**. Genebra: OIT, 2013. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_213969.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

POCHMANN, M. Desempregados do Brasil. *In*: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

SANTOS, C. F.; BARBOSA, E. D. O idoso brasileiro no mercado de trabalho e na previdência social: uma análise de 1992 a 2012. **Boletim de Informações Fipe**, São Paulo, n. 405, p. 22-37, jun. 2014.

STANDING, G. **The precariat, the new dangerous class**. New York: Bloomsbury Academic, 2011.

STIGLITZ, J. **O mundo em queda livre: os Estados Unidos, o mercado livre e naufrágio da economia mundial**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

TONELLI, M. J.; ARANHA, F. **Envelhecimento da força de trabalho no Brasil, como as empresas estão preparando para conviver com equipes que, em 2040, serão compostas principalmente por profissionais com mais de 45 anos?** São Paulo: FGV/PwC, 2013.

A PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA

Ana Amélia Camarano¹
Daniele Fernandes²

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por objetivo discutir a evolução do sistema de previdência social brasileiro e seus impactos sobre a população idosa. Embora a política de previdência seja uma política ligada ao mercado de trabalho, pois o seu objetivo é o de cobrir os riscos da incapacidade de trabalhar, ela se constitui na principal fonte de renda para a população idosa. A idade avançada leva à perda da capacidade de trabalhar. Em 2014, foi responsável por 55,5% da renda dos homens e 79,9% da renda das mulheres brasileiras.

Já a Política Nacional do Idoso (PNI) estipula a priorização do atendimento do idoso nos requerimentos dos benefícios previdenciários, bem como salienta a necessidade da criação e do estímulo à manutenção de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos ao afastamento.

A previdência brasileira é constituída por três regimes. O maior deles, o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), cobre os trabalhadores do setor privado. Os servidores públicos titulares de cargos efetivos são cobertos pelo Regime Próprio de Previdência Social (RPPS). Cada unidade federada possui o seu próprio regime. Ambos os regimes são públicos e de filiação compulsória. O terceiro regime é privado, de adesão facultativa, representado pela previdência complementar (Caetano, 2015).

A legislação previdenciária brasileira em vigor está estabelecida na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que recebeu quatro emendas desde então. Além disto, três leis recentes a complementam. Ressalta-se que os direitos relativos à previdência social podem ser considerados direitos sociais fundamentais que têm adquirido uma força normativa crescente e atingiram o seu mais alto grau nessa Constituição (Nolasco, 2012). A previdência social foi inserida em um sistema

1. Técnica de planejamento e pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

2. Pesquisadora do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Disoc/Ipea.

de proteção social mais amplo. Esta, conjuntamente com a saúde e a assistência social, compõe o sistema de seguridade social, conforme estabelece o art. 194 do capítulo da CF/1988, que trata da seguridade social.

Este capítulo está estruturado em seis sessões, sendo a primeira esta introdução. A segunda traça um breve histórico da evolução da legislação previdenciária brasileira. A terceira descreve os benefícios previdenciários em vigor. A quarta seção analisa a previdência do ponto de vista dos beneficiários e contribuintes; e a quinta investiga o impacto da renda da previdência na renda da população idosa. Finalmente, na última seção apresenta-se um sumário dos resultados e alguns comentários.

2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Pode-se falar que o sistema previdenciário brasileiro apresentou uma evolução considerável desde a sua concepção como resultado da luta política, principalmente no período da redemocratização. Seguindo a tradição de muitos países latino-americanos, no Brasil, as principais iniciativas nesse campo tiveram origem no final do século XIX e eram dirigidas a militares e servidores públicos federais civis. O sistema era não contributivo (Oliveira e Beltrão, 2000; Nolasco, 2012). Foi também no final do século XIX que se iniciou a instituição das regras de pensão por morte. Um exemplo é a Caixa de Socorros, criada na época imperial, que beneficiava os trabalhadores e os familiares de cada uma das estradas de ferro do Estado (Tafner, Botelho e Erbisti, 2015).

A Lei Eloy Chaves, de 1923, é considerada o marco legal que deu início ao atual sistema previdenciário brasileiro para os trabalhadores do setor privado. Foi responsável pela criação de caixas de aposentadorias e pensões por morte para os trabalhadores ferroviários. Cobria uma pequena parcela da população trabalhadora e seus dependentes. Após essa lei, inúmeras caixas de aposentadoria foram criadas, beneficiando várias categorias de trabalhadores, como portuários, servidores públicos, mineradores etc. Quase todas as caixas de aposentadoria e pensão previam a forma de custeio da previdência da respectiva categoria, além dos benefícios a serem concedidos. Operavam sob o regime de capitalização, e a vinculação era por empresas (Oliveira e Beltrão, 2000; Camarano, 2002; Nolasco, 2012).

A partir de 1930, a previdência social ganhou o interesse dos trabalhadores e do Estado. O sistema tripartite de financiamento da previdência conhecido hoje foi previsto inicialmente na Constituição de 1934. A partir daí, iniciou-se um novo período, com o agrupamento das caixas de aposentadoria em grandes Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que cobriam quase todos os empregados urbanos e trabalhadores por conta própria e seus dependentes, vinculados por categorias ocupacionais. A capacidade financeira de cada instituto era bastante variada,

bem como o plano de benefício oferecido. Por exemplo, os bancários tinham o seu instituto próprio, assim como os empregados da indústria, os do setor de transportes etc. De uma forma geral, pode-se dizer que este movimento coincidiu com o início do processo de industrialização brasileira (Oliveira e Beltrão, 2000; Camarano, 2002; Nolasco, 2012).

Nos anos 1960, ocorreu uma mudança significativa que levou a uma unificação institucional e dos planos de benefícios, alcançada com a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops). Esta lei unificou benefícios e sistemas de financiamento entre os vários institutos. Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que agregou seis institutos e incorporou suas receitas, despesas, patrimônios e passivos. Passou a ser responsável pela implementação dos benefícios de previdência e assistência médica a todos os trabalhadores urbanos formais, com exceção dos servidores públicos e dos empregados domésticos. Teoricamente, a maioria dos trabalhadores urbanos estava coberta pelo sistema, mas, na prática, esta cobertura era inferior a 50% dos empregados e não ultrapassava 10% no caso dos empregadores e trabalhadores por conta própria (Oliveira e Beltrão, 2000).

Nos anos 1970, uma cobertura restrita foi estendida aos trabalhadores domésticos (1972) e aos por conta própria (1973). Foi estabelecido um percentual de 8% para as contribuições tanto do empregado quanto do empregador, tendo sido estipulado um teto máximo de contribuição de dez salários mínimos. O governo federal ficou com a responsabilidade dos gastos administrativos e de um eventual *deficit*, utilizando-se para isto de impostos gerais (Oliveira e Beltrão, 2000).

Também nos anos 1970, foram criados benefícios de assistência social vitalícios para idosos e inválidos que não recebiam nenhum outro benefício social e moravam em domicílios com uma renda mensal *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo (Renda Mensal Vitalícia – RMV). Apesar de ser um benefício assistencial, exigia-se pelo menos um ano de contribuição ou, alternativamente, que o beneficiário tivesse trabalhado por cinco anos em alguma atividade não coberta pela previdência na época. Por idoso, consideravam-se pessoas com 70 anos ou mais de idade. O valor do benefício foi estipulado em metade do salário mínimo.³ Este benefício foi modificado com a CF/1988. O seu valor foi fixado em um salário mínimo e a idade mínima para o seu requerimento passou para 68 anos (Camarano e Pasinato, 2004).

Em 1993, com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), foram criados benefícios assistenciais *stricto sensu* – os amparos assistenciais, denominados benefícios de prestação continuada (BPCs).⁴ Em 2003, o Estatuto

3. Com exceção da aposentadoria por invalidez do trabalhador rural, que era de 75% do salário mínimo.

4. Para uma análise mais detalhada acerca desse benefício, consultar o capítulo 3 deste livro.

do Idoso reduziu para 65 anos a idade mínima para o requerimento do BPC. Além disto, a Loas mudou o caráter vitalício destes benefícios, que passaram a ser reavaliados a cada dois anos para se verificar se as condições que os geraram ainda persistiam.

A partir de 1974, trabalhadores rurais com 65 anos ou mais de idade e inválidos em qualquer idade passaram a ser cobertos. Foi estipulado um benefício de meio salário mínimo para o chefe do domicílio, no caso da previdência rural, e de 75% para as aposentadorias por invalidez do trabalhador rural. Para a efetivação desse benefício, foi criado o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. O financiamento era feito com uma contribuição de 2,5% advinda da primeira comercialização da produção. O comprador era responsável por pagá-lo.

A CF/1988 modificou essa legislação elevando o valor desse benefício para um salário mínimo e reduzindo a idade para o seu requerimento de 65 para 60 anos para homens e 55 para mulheres. Além disso, a unidade beneficiária deixou de ser o domicílio e passou a ser o indivíduo, o que teve um grande impacto na redução da pobreza entre os idosos do meio rural, principalmente entre as mulheres, como será visto posteriormente.

No final da década de 1970, por meio da Lei nº 6.435, de 15 de julho de 1977, o governo brasileiro definiu as diretrizes básicas para o desenvolvimento do sistema de previdência privada, dividindo as instituições que operavam com este sistema em dois grupos:

- instituições abertas – operadas por empresas financeiras e de seguros, sob a supervisão do Ministério da Fazenda; e
- instituições fechadas – patrocinadas por uma ou mais empresas para os seus empregados, supervisionadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Essas instituições só podiam operar sob o regime de capitalização, seja com benefícios e/ou contribuições definidas (Oliveira e Beltrão, 2000).

A década de 1980 foi marcada pela promulgação da nova Constituição Federal, que mostrou uma grande preocupação com as questões sociais. Uma dessas preocupações foi a de proteger os trabalhadores do setor privado de eventuais violações de direitos, o que fez com que muitas medidas previdenciárias passassem a fazer parte dessa nova legislação constitucional. A CF/1988 introduziu um conceito mais inclusivo de seguridade social, que consiste em um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito à saúde, à previdência social e à assistência social (art. 194 e art. 201). O texto legal estabeleceu como princípios básicos a universalização da cobertura e do atendimento; a equivalência de benefícios

urbanos e rurais; a seletividade na concessão; a irredutibilidade do valor das prestações previdenciárias; a equanimidade no custeio; a diversificação da base de financiamento; a descentralização e a participação da comunidade, de trabalhadores, empregadores e aposentados na gestão; a fixação do benefício mínimo que substitui o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho em um salário mínimo.⁵ Foi estabelecido um orçamento único em todo o sistema de seguridade para o financiamento das ações em saúde, previdência e assistência, cuja provisão advém das contribuições sobre os salários, os lucros das loterias, o faturamento (PIS – Programa de Integração Social/ Cofins – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social), os lucros das empresas e as receitas da União.

Chama-se a atenção para as diferenças entre os conceitos de assistência e previdência social. Enquanto a primeira é financiada pelo governo, por meio dos tributos pagos pela sociedade, a segunda consiste em um seguro de contribuição mútua para que haja o recebimento, pelo segurado, de um benefício no futuro. Segundo o art. 201 da CF/1988, “a previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial” (Brasil, 1988). Ou seja, a previdência social consiste em uma poupança forçada, imposta ao cidadão para que este possua condições financeiras para manter a sua capacidade de consumo quando não mais possuir capacidade para trabalhar.

Para os servidores públicos, a Constituição unificou as duas categorias que existiam no Brasil desde 1964. Determinou que todos os servidores devem fazer parte de um único regime, o Regime Jurídico Único (RJU), que garante estabilidade no trabalho, benefícios previdenciários iguais ao último salário e correção destes benefícios pelo valor da correção dos salários dos servidores ativos (Oliveira e Beltrão, 2000).

Embora esteja explícito que o sistema de seguridade social proposto por essa Constituição é marcado pelo princípio da universalidade de cobertura e de atendimento, isso não se verifica na prática para as ações de previdência social. Enquanto as ações de saúde e de assistência social não requerem que seus usuários aportem alguma contribuição monetária específica para a sua utilização, o mesmo não acontece com a previdência social. Esta requer custeio prévio, o que limita o seu acesso apenas ao contribuinte e a seus dependentes. Essa limitação da abrangência da proteção da previdência social foi reforçada com a Emenda Constitucional (EC) nº 20, de 15 de dezembro de 1998, que ratificou o regime contributivo e limitado (Rangel *et al.*, 2009).

Essa emenda, regulamentada pela Lei nº 9.876, de 26 de novembro de 1999, introduziu o fator previdenciário e aumentou o período de referência para o cálculo do

5. Estes princípios podem ser conferidos nos arts. 194 e 201 da Constituição.

valor do benefício. Teve como objetivo desestimular as aposentadorias das pessoas mais jovens, estabelecendo uma relação entre o tempo de contribuição do segurado, sua idade no momento da aposentadoria e o período esperado de recebimento do benefício com o seu valor. O cálculo do valor do benefício leva em conta a expectativa de sobrevivência no momento da aposentadoria, o tempo de contribuição até o momento da aposentadoria, a idade no momento da aposentadoria e a alíquota de contribuição. Sua aplicação no cálculo das aposentadorias por tempo de contribuição é obrigatória, enquanto no caso das aposentadorias por idade é facultativa.

Para os servidores públicos, a EC nº 20/1998 estabeleceu uma idade mínima para a aposentadoria de 60 anos para homens e 55 para mulheres. Levantou a possibilidade de limitar os benefícios dos futuros ingressantes do serviço público ao valor máximo do RGPS, podendo o salário integral ser garantido por um fundo de pensão. Este fundo deveria ser criado pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). A emenda ainda eliminou a aposentadoria especial para os professores universitários. Também dispôs sobre os regimes de previdência social complementares, os quais não possuem limite de cobertura e possuem um regime de vinculação facultativa (Oliveira e Beltrão, 2000; Nolasco, 2012).

Em 2003, uma nova emenda à Constituição (EC nº 41) igualou o RGPS ao RPPS, reconhecendo que não existem motivos, sejam eles de ordem técnica, política ou jurídica, para a diferenciação dos regimes. Esta igualdade, porém, só se concretizou em 2013. A Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012, instituiu o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais, exigido pela EC nº 41/2003, quando foi instituído o Fundo de Previdência dos Servidores Públicos (Funpresp). Foi estipulado um teto para valores de benefícios de aposentadorias e pensões condicionado à criação de entidade de previdência complementar para servidores públicos, cuja entrada em funcionamento ocorreu somente após a aprovação do seu regulamento pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc), em 31 de janeiro de 2013. Esta lei só se aplica aos servidores que ingressaram no serviço público após a sua promulgação.

Outras mudanças foram implementadas no RGPS visando reduzir despesas com as pensões por morte. Em 30 de dezembro de 2014, foi editada a Medida Provisória (MP) nº 664, posteriormente convertida na Lei nº 13.135, de 17 de junho de 2015. Esta lei reestruturou as regras de pensão do RGPS, mas algumas medidas também foram estendidas para os servidores públicos federais. Até então não se exigia um tempo mínimo de contribuição do segurado, nem duração da união e idade mínima para os cônjuges. O benefício era vitalício para cônjuges e filhos incapazes, e o seu valor era equivalente ao benefício do segurado. A primeira mudança foi a introdução de uma carência de dezoito meses de contribuição, que foi estendida também aos servidores públicos

da União. No entanto, foi criado um pagamento de quatro meses de benefício para segurados que não tivessem alcançado esse número mínimo de contribuições.

A mesma MP nº 664/2014, ratificada pela Lei nº 13.135/2015, introduziu uma duração mínima de casamento ou união estável para o direito à pensão por morte tanto para os trabalhadores do setor privado quanto do público. O direito à pensão passou a depender de uma duração mínima de dois anos para a união. Também foi garantido o pagamento de quatro meses de benefício para segurados que não cumprissem o tempo mínimo de união estável (Ipea, 2016). Em ambos os casos, quando o casal tiver filhos menores de 21 anos, haverá a concessão de pensão e proteção para estes. Uma exceção foi estabelecida para as pensões por morte geradas por acidentes posteriores ao casamento ou no início da união estável, bem como no caso do cônjuge ser considerado incapaz e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade remunerada que lhe garanta a subsistência (Ipea, 2016).

No Brasil, antes da MP nº 664/2014, a pensão por morte era vitalícia, independentemente da idade do cônjuge, da sua capacidade laborativa, do nível de renda familiar e de se ter ou não filhos. Outra mudança estabelecida na Lei nº 13.135/2015, que modificou a MP, foi com respeito à duração do benefício de pensão em função da idade do pensionista na data de óbito do segurado. A duração deste benefício passou a ser determinada pela idade do cônjuge; quanto menor a idade, menor a duração do benefício. Para cônjuges com idade igual ou superior a 44 anos, o benefício continua a ser vitalício. Foi estabelecida uma faixa de idade, a ser atualizada a cada três anos de acordo com o incremento da expectativa de vida ao nascer ou quando este indicador tiver um incremento de pelo menos um ano.⁶ Essa medida também foi estendida aos servidores públicos federais (Ipea, 2016). Ela assume que os cônjuges jovens têm capacidade laboral para gerar renda para si e para a sua família especialmente, dado o novo papel social da mulher. Outro ponto é que a referida lei avançou ao estipular o fim do direito à pensão por morte para o dependente que cometer crime doloso que resultar na morte do segurado.

Ainda em 2015, outra mudança na legislação previdenciária foi a edição de uma MP, transformada na Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015, que criou uma nova alternativa para o cálculo do benefício previdenciário por tempo de contribuição, o fator 85/95. Isto significou a possibilidade de não se considerar o fator previdenciário quando a soma de idade do postulante com o tempo de contribuição, na data do requerimento da aposentadoria, atingir 85 para mulheres e 95 para homens. Foi estabelecido que este fator deveria ser progressivo até alcançar

6. Para pessoas com idade inferior a 44 anos, foi estabelecida a seguinte duração: *i*) vinte anos, para cônjuges com idade entre 41 e 43 anos; *ii*) quinze anos, para aqueles entre 30 e 40 anos; *iii*) dez anos, para aqueles entre 27 e 29 anos; *iv*) seis anos, para aqueles entre 21 e 26 anos; e *v*) três anos, para aqueles com menos de 21 anos de idade.

90 para mulheres e 100 para homens em 2026.⁷ O valor do benefício pode sofrer um incremento quando comparado com o que seria obtido com a aplicação do fator previdenciário. O tempo mínimo de contribuição continuou como estabelecido pela CF/1988: 30 anos para as mulheres e 35 para os homens.

Atualmente, é estabelecido um valor nominal fixado anualmente para o teto dos benefícios a serem recebidos e das contribuições a serem pagas. Em 2016, esse valor passou para R\$ 5.189,82.

3 BENEFÍCIOS EM VIGOR

Apresenta-se nesta seção um sumário dos benefícios monetários de longo prazo estipulados no sistema de previdência social brasileira. Não são considerados os benefícios de curto prazo. Tal como está estruturada hoje, a previdência cobre contingências que implicam a perda da capacidade de trabalhar/gerar renda. Estas podem ser reais, como doença, acidente e morte, ou podem ser baseadas em acordos sociais. Neste caso, incluem-se as aposentadorias por tempo de contribuição, as por idade e o seguro-desemprego.

- 1) No RGPS, os benefícios a que os segurados fazem jus são:
 - a) aposentadoria por idade, aos 65 anos para homens e 60 para mulheres – quando instituída, em 1991, o período mínimo de contribuição exigido era de cinco anos tanto para homens quanto para mulheres, mas este período foi aumentando paulatinamente e, em 2011, passou para quinze anos;
 - b) aposentadoria por tempo de contribuição, inicialmente tempo de serviço, mas em 1991 passou a ser por tempo de contribuição – requer 35 anos de contribuição para os homens e trinta para as mulheres, sendo que professores podem se aposentar com cinco anos de contribuição a menos;
 - c) aposentadoria especial – depende da natureza da ocupação, por exemplo, mergulhadores, mineiros e outros trabalhadores em ocupações perigosas e insalubres precisam contribuir apenas quinze anos;
 - d) aposentadoria por invalidez a qualquer idade – pode ser acidentária (concedida por acidentes comprovadamente decorrentes do exercício do trabalho) ou previdenciária (concedida independentemente da aferição de sua correlação com o exercício do trabalho), as condições de elegibilidade são as mesmas nos dois regimes, público e privado;

7. A progressividade deverá ocorrer da seguinte forma: em 31/12/2018, 86 para mulheres e 96 para homens; em 31/12/2020, 87 para mulheres e 97 para homens; em 31/12/2022, 88 para mulheres e 98 para homens; em 31/12/2024, 89 para mulheres e 99 para homens; e, em 31/12/2026, 90 para mulheres e 100 para homens.

- e) aposentadoria rural – como já mencionado, o seu requerimento depende da comprovação de trabalho no meio rural e uma idade mínima de 60 anos para homens e 55 para mulheres; e
 - f) pensão por morte, cujas condições de acesso são as mesmas no RGPS e no RPPS – nela, assume-se a dependência do cônjuge; são elegíveis, além do cônjuge, os filhos menores de 21 anos ou inválidos, os pais e os irmãos não emancipados, menores de 21 anos ou inválidos. A duração do benefício depende da idade do cônjuge e/ou do filho; o valor do benefício continua sendo 100% do valor da aposentadoria que o segurado recebia ou a que teria direito quando se aposentasse (a MP nº 664/2014 propôs mudanças na fórmula de cálculo do valor do benefício, mas estas não foram aprovadas pelo Legislativo).
- 2) Na aposentadoria do setor público ou do RPPS, há:
 - a) o regime próprio de cada ente federado (União, estado ou município), no qual se requer, independentemente de qual ente for, uma idade mínima de 55 anos para mulheres e 60 para homens, além de 30 e 35 anos de contribuição para mulheres e homens, respectivamente; e
 - b) previdência complementar facultativa, custeada por contribuição adicional.
 - 3) Na aposentadoria privada, a cobertura é bastante baixa. Cobre aproximadamente 0,4% da população brasileira (Abrapp, 2015), aí incluídos os participantes ativos, os beneficiários e os dependentes.
 - 4) O BPC não é um benefício previdenciário, mas assistencial, devido pela idade avançada. É destinado a idosos com 65 anos ou mais, condicionado a uma renda mensal domiciliar *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo. Foi estabelecido em 1996, em substituição à RMV, cujas regras eram diferentes, mas beneficiavam um público similar. Embora sejam benefícios assistenciais, financiados pelo Fundo de Assistência Social, são pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

4 A APLICAÇÃO DA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

A inserção no sistema previdenciário se dá via contribuição, o que assegura o recebimento do benefício no futuro. Esta seção descreve a evolução da previdência no Brasil, do ponto de vista dos seus participantes (contribuintes e beneficiários). Os dados utilizados são provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); do Anuário Estatístico da Previdência Social (Aeps) e da base de dados Aeps Infologo, disponibilizados pelo Ministério da Previdência Social (MPS); e do Boletim Estatístico de Pessoal e Informações Organizacionais do governo federal. O período

analisado inicia-se em 1988, ano da promulgação da atual Constituição Federal, e estende-se até 2014, ano das últimas informações disponíveis.

4.1 Os contribuintes

A tabela 1 apresenta a população ocupada com 16 anos ou mais segundo seu *status* de contribuição para a previdência social por tipo de regime e posição na ocupação em 1993, 2004 e 2014. O primeiro ponto que se quer destacar é a importância dos contribuintes do setor privado no total de contribuintes. Estes constituíam 86,0% e 88,3% do total em 1993 e 2014, respectivamente. Entre estes contribuintes, predominavam os trabalhadores assalariados não domésticos, que representavam 74,1% do total em 1993 e passaram a representar 78,5% em 2014. Para Ipea (2016), o público-alvo da previdência social na grande maioria dos países é formado por este contingente. O crescimento da referida proporção foi um fator importante para explicar o aumento da proporção de contribuintes observado no período, como se verá a seguir.

TABELA 1

Brasil: população ocupada com 16 anos ou mais segundo o *status* de contribuição para a previdência social, por regime previdenciário e posição na ocupação

	1993	2004	2014
Contribuintes	28.908.695	39.527.808	60.569.093
RPPS	4.083.120	5.538.040	7.062.054
RGPS	24.825.575	33.989.768	53.507.039
Assalariados não domésticos	18.390.651	27.193.527	41.980.896
Assalariados domésticos	860.614	1.863.927	2.688.106
Conta própria	2.883.082	2.788.899	5.860.454
Empregadores	1.522.952	1.999.711	2.644.705
Outros contribuintes	1.168.276	129.221	332.878
Sem informação da posição na ocupação	-	14.483	-
Não contribuintes	29.553.819	37.793.225	31.472.481
Assalariados não domésticos	1.046.653	13.006.648	10.812.443
Assalariados domésticos	3.250.992	4.503.210	3.657.858
Conta própria	11.218.395	15.141.008	14.435.390
Empregadores	815.882	1.431.881	1.027.222
Outros contribuintes	13.221.897	3.710.478	1.539.568
Sem informação da posição na ocupação	-	9.068	-
Total	58.462.514	77.321.033	92.041.574

Fonte: IBGE/Pnad de 1993, 2004 e 2014.

Comparando 1993 e 2014, na tabela 1, observa-se que a população contribuinte cresceu num ritmo mais acentuado que a não contribuinte, ou seja, pode-se falar de um aumento da formalização da população ocupada. Enquanto, em 1993, 49,4% desta

população contribuíam para a seguridade social, em 2014, 65,8% o faziam. O aumento ocorreu basicamente no período 2004-2014. Resultados semelhantes foram encontrados por Ipea (2016), comparando o período 2005-2013. Para esse estudo, isso pode ser resultado do crescimento econômico mais expressivo ocorrido neste período, comparado ao observado nos anos 1980 ou 1990. Ressalta-se ainda a criação de legislações específicas como o Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Simples) e o Microempreendedor Individual (MEI). Estas novas legislações foram de grande importância para estimular a formalização das atividades e das relações de trabalho de pequenas empresas, o que pode explicar o crescimento relativo mais acentuado de contribuintes na condição de conta própria e outros.

Para Néri, Carvalho e Corsi (2004), a proporção da população que contribui para a previdência pública é, em média, quase dez vezes maior do que a privada. Os percentuais são 20,3% e 2,7%, para a pública e a privada, respectivamente. Além disso, a distribuição dos contribuintes é diferente por grupo de idade. Enquanto os contribuintes da previdência pública se concentram na faixa etária de 25 a 50 anos, tendo o máximo sido observado na faixa de 35 a 40 anos (41,6%), a maior proporção de contribuintes para a previdência privada ocorre na faixa de 45 a 50 anos (4,4%).

O crescimento do número de contribuintes para a previdência pública em relação à população ocupada pode ser observado também quando esta é desagregada por grandes grupos de idade da população ocupada, o que se pode ver na tabela 2. Ela cresceu nos dois períodos (1993-2004 e 2004-2014) considerados para todos os grupos à exceção do grupo de 60 a 64 anos entre 1993 e 2004. Como visto anteriormente, o maior aumento ocorreu após 2004. Ele beneficiou todos os grupos, mas de forma mais intensa aqueles nas duas extremidades, os jovens (16 a 29 anos) e os idosos (65 anos ou mais). Como esperado, a mais baixa proporção foi verificada no último grupo etário, o que pode ser explicado pelo fato de a maioria desse contingente já estar na condição de aposentado ou pensionista. Já a mais alta foi observada, para os três anos estudados, no grupo de 30 a 49 anos, que é o grupo etário em que se verificam as mais altas taxas de atividade.

TABELA 2

Brasil: proporção das pessoas de 16 anos ou mais que contribuem para a previdência social, por grupo de idade
(Em %)

Grupo de idade	1993	2004	2014
16-29	43,7	47,7	64,6
30-49	56,1	56,2	69,3
50-59	46,1	48,4	65,3
60-64	35,7	33,6	52,4
65 ou mais	18,3	19,3	29,2
Total	48,6	50,7	65,4

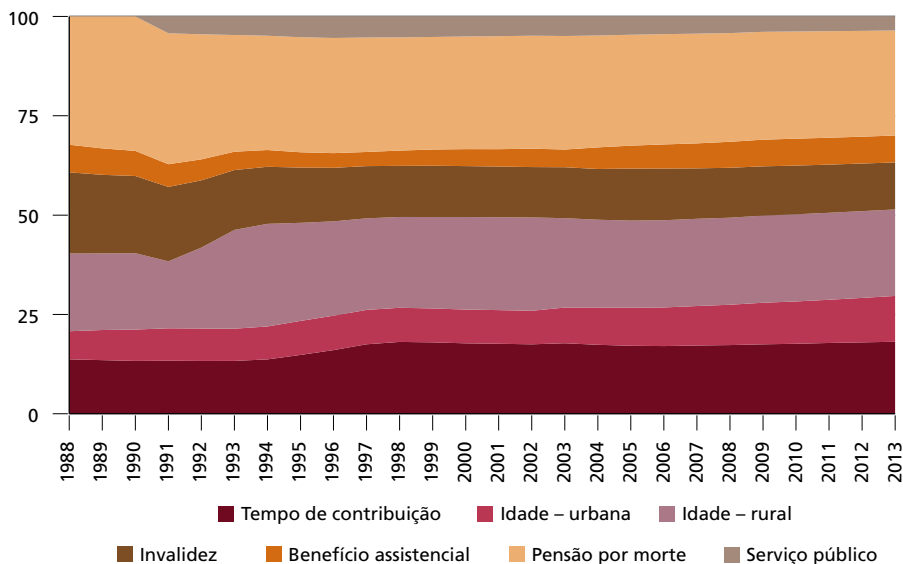
Fonte: IBGE/Pnad de 1993, 2004 e 2014.

4.2 Os benefícios e os beneficiários

Em 25 anos, o número total de benefícios pagos pelo RGPS aumentou 2,8 vezes. Passou de 9,9 milhões em 1988 para 26,6 milhões em 2013;⁸ incluindo os aposentados do setor público federal, este número atingiu 27,6 milhões. Esse crescimento acelerado pode ser explicado pela expansão da cobertura previdenciária e pelo envelhecimento populacional. O gráfico 1 apresenta uma série histórica da distribuição percentual do número de benefícios previdenciários e assistenciais pagos no período compreendido entre 1988 e 2013 por tipo de benefício. As informações sobre beneficiários do setor público começaram a ser divulgadas em 1991 e dizem respeito apenas aos servidores da União. Entre 1991 e 1994, só foram considerados os beneficiários do Executivo.

GRÁFICO 1

Brasil: distribuição percentual dos benefícios previdenciários e assistenciais pagos, por tipo de benefício (1988-2013)



No conjunto dos benefícios pagos, dois terços são devidos às aposentadorias no seu conjunto. As pensões por morte, que respondiam por quase um terço dos benefícios pagos em 1988, passaram a representar 26,4% em 2013. Ipea (2016), analisando a queda de participação das pensões por morte entre 2005 e 2013, considerou que isso pode ser decorrente de mudanças no papel social da mulher e, conseqüentemente, nos arranjos familiares, com a mulher passando a ser também

8. Estão aí incluídos os benefícios assistenciais.

provedora e recebendo aposentadoria, não somente pensão por morte. Isso reduz a participação relativa destes benefícios no conjunto. Além disso, o envelhecimento populacional leva a que os benefícios devido à idade avançada aumentem a sua contribuição relativa. Já os benefícios assistenciais tiveram a sua participação relativa diminuída e aumentada ao longo do período. Atingiram, em 2013, valor semelhante ao inicial, em torno de 7%.

As aposentadorias por idade rurais predominavam no conjunto de benefícios de aposentadorias, mas a sua participação relativa também diminuiu, o que pode, em parte, ser explicado pelo processo de urbanização. Esta queda foi mais que compensada pelo aumento da contribuição relativa das aposentadorias por tempo de contribuição e idade urbanas. Também diminuiu a proporção dos benefícios por invalidez. Com relação à queda da participação desses benefícios entre 2005 e 2013, Ipea (2016) concluiu que esta redução foi maior entre os acidentários do que entre os previdenciários, o que sugere a implementação de uma política mais eficaz de prevenção a acidentes de trabalho e de trajeto, que também integram essa categoria.

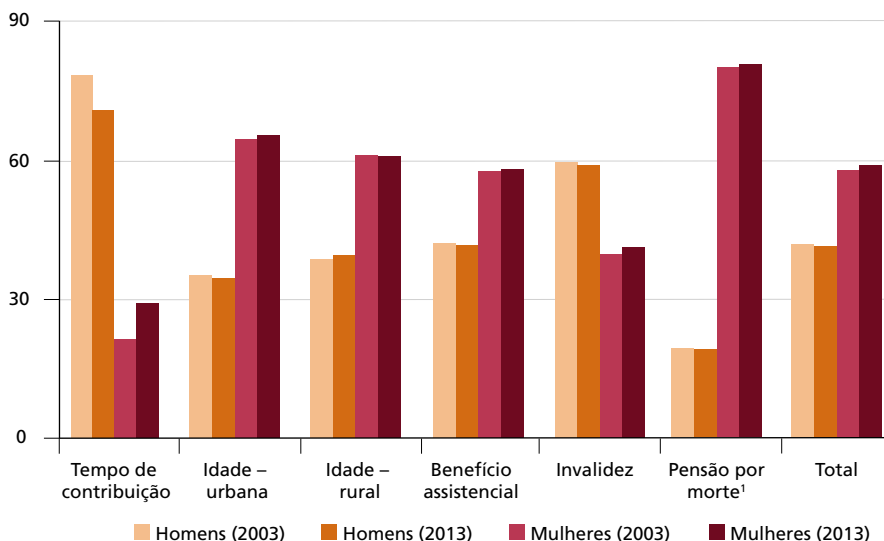
Consideram-se a seguir características, como sexo e idade, da população que recebe algum benefício, seja previdenciário ou assistencial. Esta informação refere-se apenas aos segurados pelo RGPS, que foram responsáveis por 96,5% dos benefícios pagos em 2013, aí incluídas as pensões por morte. No conjunto dos beneficiários, predominam as mulheres; aproximadamente 59% dos benefícios pagos são para elas (gráfico 2). Isto se deve ao fato de receberem cerca de 81% das pensões por morte. Além disso, as mulheres predominam entre os aposentados por idade, tanto urbanos quanto rurais, e entre os beneficiários da assistência social. Os homens constituem a grande maioria entre os aposentados por tempo de contribuição, que são os benefícios de maior valor. Mesmo decrescente, esta proporção foi de 70,8% em 2013. Eles também predominam entre as aposentadorias por invalidez.

A outra variável considerada para caracterizar os beneficiários foi a idade, medida aqui pela idade mediana, apresentada na tabela 3, para 2003 e 2013. Pode-se observar que, no conjunto, 50% dos beneficiários tinham menos de 68 anos em 2013 (67,4 anos). Este indicador cresceu entre 2003 e 2013 (em 2003, fora de 65,0 anos), acompanhando o envelhecimento da população e, como reflexo, o adiamento da idade à aposentadoria, o que será visto a seguir, como efeito do fator previdenciário. Isso caracteriza a aposentadoria como um benefício voltado para a população em idades mais avançadas. Os beneficiários mais jovens são os por tempo de contribuição, muito embora a idade mediana tenha aumentado 2,4 anos no período (foi de 63,8 anos em 2013). Já os mais velhos são os que mais recebem o benefício da assistência social. Aproximadamente 50% deles tinham mais de 73,1 anos em 2013. Este indicador diminuiu 0,5 ano no período

2003-2013. Em segundo lugar, colocam-se as aposentadorias por idade urbanas, cuja idade mediana também diminuiu; neste caso, em 0,9 ano.

GRÁFICO 2

Brasil: distribuição percentual dos benefícios do RGPS, por sexo e tipo de benefício (2003 e 2013)



Fonte: MPS/Aeps Infologo.

Nota: ¹ A informação refere-se a 2004 e 2013.

TABELA 3

Brasil: idade mediana dos beneficiários do RGPS, por sexo e tipo de benefício (2003 e 2013)

	2003			2013		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Tempo de contribuição	62,2	58,2	61,3	65,0	60,7	63,8
Idade urbana	74,3	71,0	72,2	72,6	70,2	71,3
Idade rural	68,6	66,2	67,2	70,9	68,4	69,5
Benefício assistencial	72,4	74,7	73,6	72,8	73,3	73,1
Invalidez	60,1	62,5	61,1	61,2	63,7	62,2
Pensão por morte ¹	23,8	61,7	58,3	42,1	66,1	64,1
Idade mediana em todos os benefícios	64,5	65,3	65,0	67,3	67,5	67,4

Fonte: MPS/Aeps Infologo.

Nota: ¹ A informação refere-se a 2004 e 2013.

Muito embora as mulheres se aposentem mais cedo que os homens, como será visto a seguir, eram mais velhas que eles em 2003; em 2013, esta diferença se reduziu de 0,8 ano para 0,2 ano. A maior parte desta diferença é explicada pelas

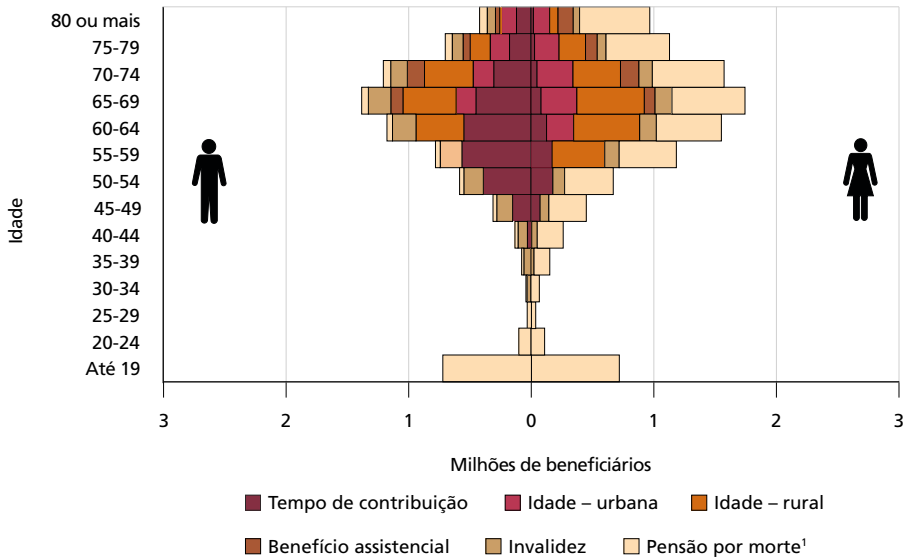
pensões por morte. A grande maioria destes benefícios, no caso dos homens, geralmente vai para os filhos, por isso a população masculina que o recebe é bem mais jovem. A idade mediana dos homens era de 23,8 anos em 2003 e passou para 42,1 anos em 2013. Isso pode significar um aumento dos cônjuges também recebendo pensão por morte. Já para as mulheres, era de 61,7 e 66,1 anos em 2003 e 2013, respectivamente. As mulheres eram mais velhas também entre as beneficiárias por invalidez. Por outro lado, entre os aposentados por tempo de contribuição, as mulheres eram aproximadamente quatro anos mais novas do que os homens; e, entre as aposentadorias por idade, 2,5 anos mais novas.

A população aposentada envelheceu, o que se verificou para todos os tipos de beneficiários, à exceção dos aposentados por idade urbanos. O maior incremento na idade mediana foi observado para a população que recebe pensões por morte, seguido das aposentadorias por tempo de contribuição. Nestas, isso deve estar refletindo o envelhecimento da população, a redução da mortalidade adulta e o adiamento da idade para o recebimento do benefício. No caso das pensões, cujo aumento foi muito maior para os homens, isso pode ser reflexo, também, de um maior número de cônjuges recebendo o benefício. Apenas a população que recebe aposentadorias por idade urbana rejuvenesceu, o que afetou mais os homens.

Uma forma de visualizar a composição dos beneficiários do RGPS conjuntamente por idade e sexo é por meio das pirâmides dos beneficiários, o que pode ser visto nos gráficos 3 e 4 para 2003 e 2013, respectivamente. Estas estão apresentadas em números absolutos para que se possa vislumbrar a variação absoluta no número de benefícios pagos. Nos dez anos considerados, o número de benefícios do RGPS pagos aumentou em 3,6 milhões para os homens e 5,6 milhões para as mulheres. Para os homens, o maior incremento foi observado nas aposentadorias rurais, seguido do aumento das aposentadorias por tempo de contribuição. Enquanto estes incrementos diminuía com a idade, nas aposentadorias rurais eles aumentavam. Já em termos relativos, foram os benefícios assistenciais, seguidos das aposentadorias por idade urbanas, os que experimentavam maiores aumentos. Estes cresciam com a idade.

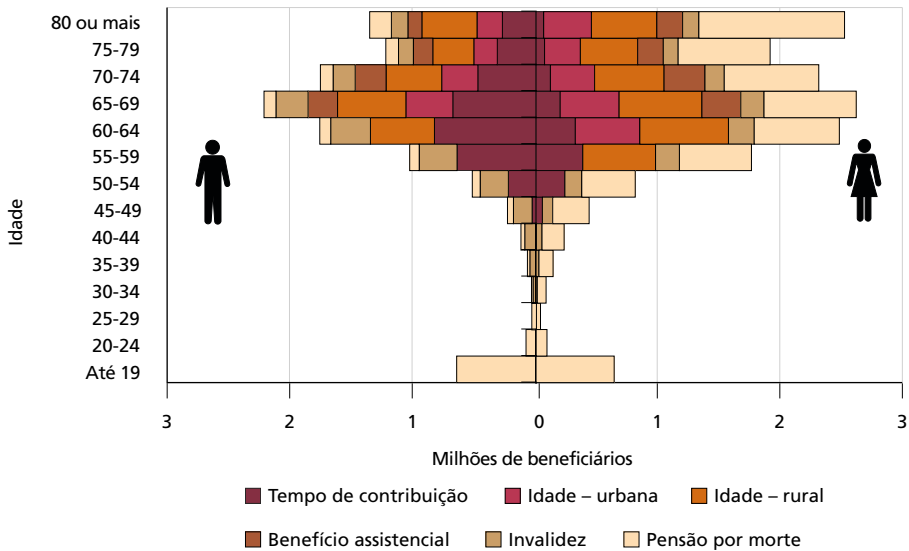
Os benefícios para as mulheres aumentaram bem mais que para os homens, como se mencionou anteriormente. Os aumentos mais expressivos foram nas pensões por morte e nas aposentadorias rurais, que cresceram com a idade. Em termos relativos, os maiores ganhos foram com os benefícios assistenciais e as aposentadorias por tempo de contribuição. Estes ganhos também foram mais expressivos quanto mais avançada a idade.

GRÁFICO 3
Brasil: população beneficiária do RGPS, por idade, sexo e tipo de benefício (2003)



Fonte: MPS/Aeps Infologo.
 Nota: ¹ A informação refere-se a 2004.

GRÁFICO 4
Brasil: população beneficiária do RGPS, por idade, sexo e tipo de benefício (2013)

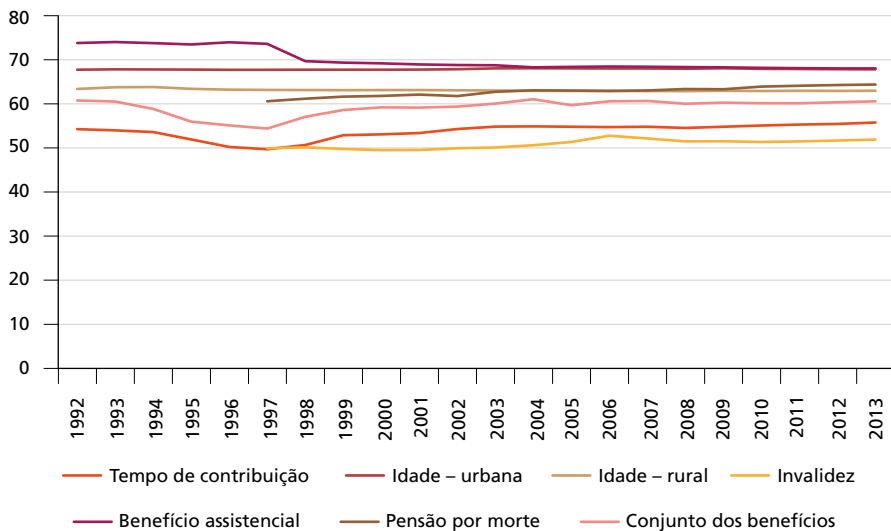


Fonte: MPS/Aeps Infologo.

Os indicadores analisados nos gráficos 3 e 4 sintetizam a idade atual dos beneficiados, mas não dizem respeito à idade em que eles iniciam o recebimento do benefício. Isto está mostrado nos gráficos 5 e 6, que apresentam a idade média ao início do recebimento do benefício da aposentadoria ou da assistência para homens e mulheres, respectivamente. Considerando a idade média do conjunto dos beneficiários, observa-se que ela ficou aproximadamente constante para os homens no período, em torno de 60,6 anos. Já as mulheres passaram a se aposentar 1,7 ano mais cedo no período. Em 2013, a idade delas ao recebimento do benefício foi de 60,1 anos, 0,5 ano mais cedo que os homens. Na verdade, com exceção da aposentadoria por invalidez, as mulheres se aposentam sempre mais cedo que os homens, embora vivam mais, o que é resultado da legislação vigente. As razões alegadas para isso são dupla jornada de trabalho, responsabilidades familiares, compensação pelo custo de oportunidade acarretado pela maternidade, discriminação no mercado de trabalho, resultando em salários mais baixos. Isso implica que os homens podem esperar passar 18,5 anos na condição de aposentados e as mulheres, 22,6 anos.⁹

GRÁFICO 5

Brasil: idade média dos homens ao recebimento dos benefícios da seguridade social (1992-2013)

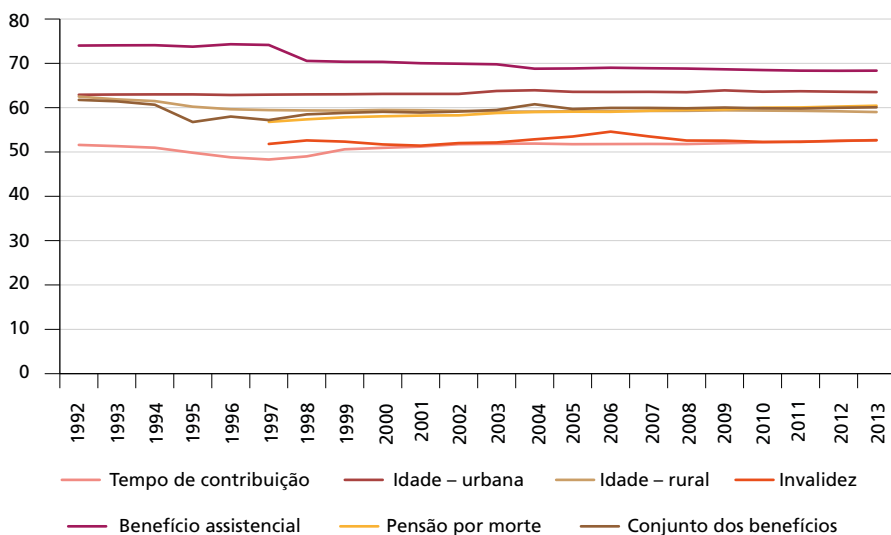


Fonte: MPS/Aeps Infologo.

9. Estimativas das autoras.

GRÁFICO 6

Brasil: idade média das mulheres ao recebimento dos benefícios da seguridade social (1992-2013)



Fonte: MPS/Aeps Infologo.

Desagregando essas idades médias por tipo de benefício recebido, observa-se que, para os homens, a idade em que eles começavam a receber o assistencial diminuiu em quase seis anos, o que pode ser explicado pela mudança na legislação, que diminuiu a idade mínima para o seu requerimento. Também diminuiu a idade, em 0,4 ano, em que os homens iniciaram o recebimento da aposentadoria rural. Por outro lado, aumentou em aproximadamente seis anos a idade em que os homens começaram a receber a pensão por morte e em 1,5 ano a aposentadoria por tempo de contribuição. Na verdade, pode-se observar no gráfico 5 que este indicador diminuiu entre 1993 e 1997 e aumentou a partir daí. Para Pereira (2013), isso mostra o efeito da antecipação das aposentadorias quando do início das discussões da proposta de reforma previdenciária, que foi implementada em 1999. Mostra, também, o efeito do fator previdenciário no adiamento da aposentadoria. A idade média da aposentadoria por invalidez aumentou em um ano.

Já para as mulheres, pode-se observar no gráfico 6 que a idade média ao recebimento de algum benefício social diminuiu em 1,7 ano, devido, principalmente, à redução na idade em que estas começaram a receber o benefício assistencial (em 5,7 anos) e as aposentadorias rurais (em 3,5 anos). Como observado para os homens, as mulheres também postergaram o recebimento das aposentadorias por tempo de contribuição em 1,1 ano, provavelmente como reflexo da implementação do fator previdenciário. Outros benefícios cujo início foi postergado foram a aposentadoria por idade urbana e

a por invalidez. Excluindo as aposentadorias por invalidez, as aposentadorias por tempo de contribuição, mesmo adiadas, são as que ocorrem mais cedo.

5 IMPACTO DA RENDA DA SEGURIDADE SOCIAL NA RENDA DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA

Já foi bastante divulgado na literatura o impacto que a renda dos benefícios previdenciários exerce na renda da população idosa. Um dos impactos mais importantes que será considerado aqui é a redução da pobreza entre os idosos, especialmente entre as mulheres.¹⁰ Vários estudos associam baixas proporções de idosos pobres ao maior grau de desenvolvimento¹¹ e aos sistemas de proteção social consolidados.¹² Outro impacto ocorre na formação dos arranjos familiares.¹³

Considerando o conjunto da população idosa, em 2014, aproximadamente 75% dela recebia algum benefício da seguridade social,¹⁴ proporção esta que não apresentou variações expressivas por sexo. Se for considerado o início do período estudado, 1988, observa-se, porém, que os homens idosos apresentavam uma maior proporção de beneficiários, 68,9%, comparada a 61,9%, proporção observada para as mulheres idosas (gráfico 7). Ambas as proporções cresceram até 2003, quando começaram a decrescer, mas as relativas às mulheres cresceram em um ritmo mais acelerado. Em 2014, as diferenças entre eles haviam se reduzido e se aproximado de zero. O crescimento maior entre as mulheres pode ser explicado pela implementação das medidas constitucionais, que beneficiaram mais as mulheres, principalmente nas aposentadorias por idade rurais.

O resultado da expansão da cobertura dos benefícios previdenciários pode ser visualizado na proporção da renda da população idosa que advém dos benefícios da seguridade social, mostrada no gráfico 8. Esta contribuição cresceu no período considerado, passando de 53,6% para 66,2% entre 1988 e 2014. Cresceu entre ambos os sexos, mas de forma mais intensa entre os homens. No entanto, em 2013, a contribuição desta fonte de rendimento era maior entre as mulheres, 79,5%, que entre os homens, 55,5%. Isso pode ser explicado pela maior importância da renda do trabalho entre os homens.

10. Ver Camarano e El Ghaouri (2003), Camarano (2004), Beltrão, Camarano e Mello (2005), Delgado e Cardoso Júnior (1999; 2004) e Sabóia (2004).

11. Popolo (1999), em um estudo comparando vários países latino-americanos, observou que aqueles com níveis de pobreza mais baixos apresentam uma incidência da pobreza entre idosos, também, mais baixa. Por outro lado, nos países onde a incidência da pobreza é maior, a pobreza entre os idosos tende a se acentuar.

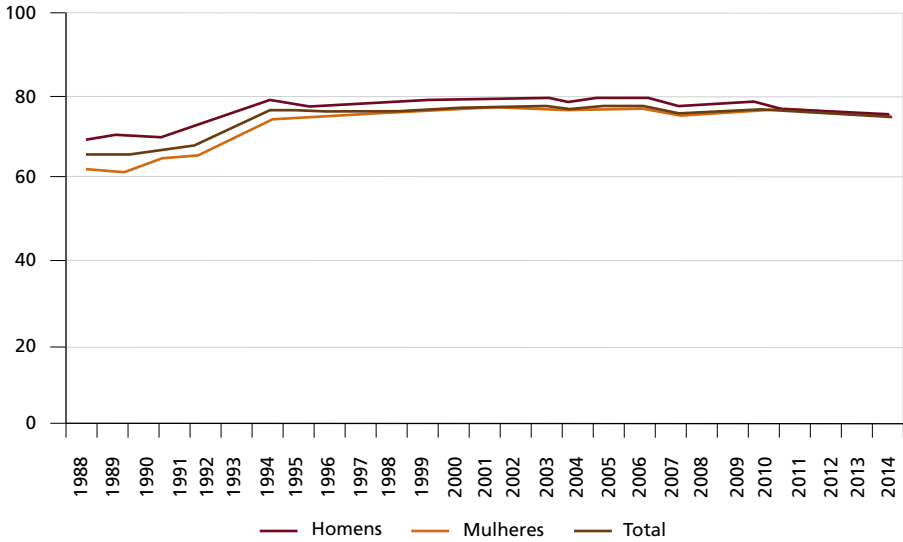
12. Ver para o caso brasileiro, por exemplo, Beltrão, Camarano e Mello (2005), Camarano (2004) e Barros, Mendonça e Santos (1999).

13. Sobre o tema, ver Camarano e El Ghaouri (2003), Paulo, Wajman e Hermeto (2013) e Beltrão, Camarano e Mello (2005).

14. Aqui incluídos RGPS, RPPS e benefícios assistenciais.

GRÁFICO 7

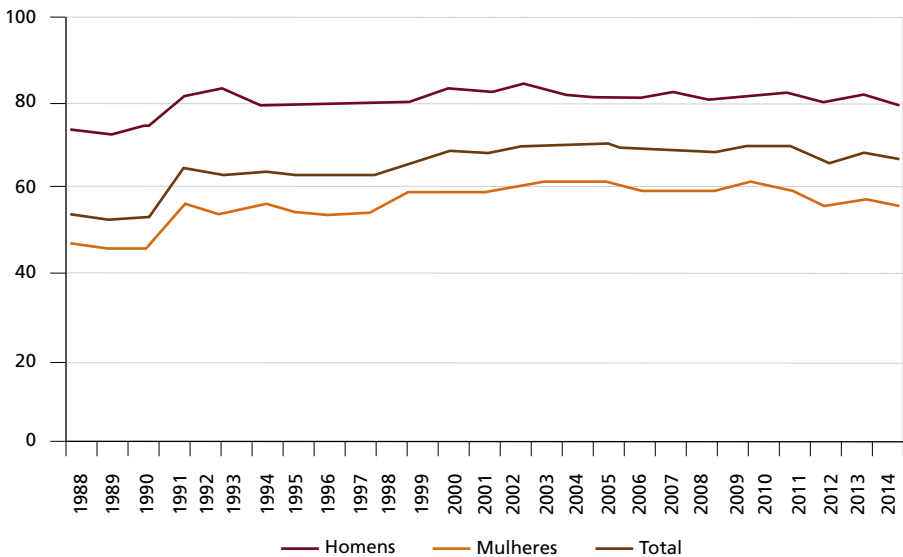
Brasil: percentual de idosos que recebem pelo menos um benefício da seguridade social, por sexo (1988-2014)



Fonte: IBGE/Pnad.

GRÁFICO 8

Brasil: proporção da renda do idoso que depende de benefícios da seguridade social, por sexo (1988-2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad.

Como já mencionado, os benefícios previdenciários têm tido um grande impacto na redução da pobreza dos domicílios onde residem idosos, o que repercute nas medidas de pobreza da população como um todo. De acordo com OIT (2003 *apud* Camarano e Pasinato, 2004), estes benefícios foram responsáveis por 31% da diminuição da incidência da pobreza entre domicílios com idosos na Argentina em 1997, 29% no Brasil em 1999 e 24% na Costa Rica em 2000. A tabela 4 apresenta uma simulação que busca medir o impacto da renda dos benefícios da seguridade social na incidência da pobreza dos domicílios que contêm idosos e no conjunto de domicílios brasileiros. Foram considerados os anos de 1993, 2003 e 2014. Em todos eles, a proporção de domicílios pobres era mais baixa naqueles que continham idosos em relação aos que não continham.

TABELA 4
Brasil: domicílios e proporção de domicílios segundo a presença de idosos, por condição na pobreza

Domicílios	1993	2004	2014
Total			
Número de domicílios (por 1 mil domicílios)	35.986,0	50.084,8	63.693,7
Número de domicílios pobres (por 1 mil domicílios)	14.175,5	14.655,5	7.339,8
Porcentagem de domicílios pobres	39,4	29,3	11,5
Número de domicílios pobres excluindo a renda dos benefícios (por 1 mil domicílios)	18.262,1	22.215,8	17.928,6
Porcentagem de domicílios pobres excluindo a renda dos benefícios	50,7	44,4	28,1
Com a presença de idosos			
Número de domicílios (por 1 mil domicílios)	8.537,6	12.865,4	19.657,1
Número de domicílios pobres (por 1 mil domicílios)	2.564,3	2.312,9	770,7
Porcentagem de domicílios pobres	30,0	18,0	3,9
Número de domicílios pobres excluindo a renda dos benefícios (por 1 mil domicílios)	5.636,7	7.967,7	9.507,9
Porcentagem de domicílios pobres excluindo a renda dos benefícios	66,0	61,9	48,4
Sem a presença de idosos			
Número de domicílios (por 1 mil domicílios)	27.448,4	37.219,3	44.036,6
Número de domicílios pobres (por 1 mil domicílios)	11.611,1	12.342,5	6.569,0
Porcentagem de domicílios pobres	42,3	33,2	14,9
Número de domicílios pobres excluindo a renda dos benefícios (por 1 mil domicílios)	12.625,4	14.248,1	8.420,8
Porcentagem de domicílios pobres excluindo a renda dos benefícios	46,0	38,3	19,1

Fonte: IBGE/Pnad de 1993, 2004 e 2014.

A constatação de que a pobreza é menor entre os idosos comparada a dos não idosos tem sido objeto de várias controvérsias no Brasil. Por um lado, alguns autores apontam para a existência de um viés intergeracional nas políticas públicas que privilegiaria os idosos em detrimento dos demais grupos etários na partilha

dos recursos e transferências do Estado.¹⁵ Por outro, autores como Goldani (2004) apontam que esse é um falso debate, pois as análises econômicas convencionais consideram apenas os gastos com idosos incorridos pelo Estado, mas não se preocupam em comparar esses custos com os incorridos pelas famílias. Na verdade, assumem como garantida a solidariedade entre os membros da família em um modelo de família idealizado.

Na tabela 4, observa-se, também, que a proporção de domicílios pobres diminuiu significativamente no período considerado. Esta redução foi muito intensa nos domicílios que continham idosos em comparação aos demais. Para mensurar o impacto da renda da seguridade social no grau de pobreza dos domicílios brasileiros, eliminou-se do cálculo da renda destes a renda originária da seguridade social. Assim sendo, a proporção de domicílios com idosos pobres em 2014 seria de 48,4%, não de 3,9%, como observado na tabela. Em 1993, a diferença seria de 66,0% para 30,0% e, em 2003, de 61,9% para 18,0%. Esse impacto estende-se, também, ao conjunto de domicílios brasileiros. Estes resultados atestam a importância que o benefício da seguridade social tem desempenhado na redução da pobreza da população como um todo.

6 COMENTÁRIOS FINAIS: SÍNTESE E PERSPECTIVAS FUTURAS

Embora esteja claro que a previdência social é uma forma de seguro compulsório com o objetivo de amparar o indivíduo e/ou o grupo familiar ante os eventos decorrentes de morte, doença, invalidez e desemprego, esta não deixa de ser uma definição genérica, que inclui um grande número de variáveis dependentes de fatores políticos, econômicos, sociais, históricos e culturais que influenciam a evolução de cada sistema. A característica básica é o vínculo contributivo ao sistema, com o objetivo de compensar parcial ou totalmente a perda de capacidade laborativa, que pode ser efetiva ou presumida (Beltrão e Oliveira, 1999).

Nas sociedades modernas, a idade avançada é uma destas situações em que se assume a perda. A questão é que biologicamente não se conhece a idade em que ela ocorrerá. A sua concretização varia temporalmente segundo regiões geográficas, classes sociais, ocupações etc. Por isso, presume-se uma idade, o que se constitui em um acordo social. Uma das situações que pode levar à perda da capacidade laborativa e, conseqüentemente, à necessidade de um benefício previdenciário é o trabalho árduo ou sob condições adversas por um longo período de tempo. Um exemplo típico é o dos mineiros ingleses na virada do século XIX, que trabalhavam em minas subterrâneas sob condições bastante adversas. Esse tipo de trabalho leva a uma perda efetiva da capacidade laborativa, apesar de o tempo necessário para esta perda se concretizar variar entre os indivíduos. A legislação brasileira tornou

15. Ver, por exemplo, Barros e Carvalho (2003) e Turra e Queiróz (2005).

mais abrangente o conceito e definiu uma aposentadoria por tempo de serviço, independentemente do tipo de trabalho envolvido (Beltrão e Oliveira, 1999). Com a EC nº 20/1998, ela se transformou em aposentadoria por tempo de contribuição.

No Brasil, como se viu, a aposentadoria por tempo de contribuição não exige uma idade mínima, o que leva a que as pessoas se aposentem muito jovens. Como o Brasil é um dos cinco países do mundo que não exigem idade mínima,¹⁶ atualmente este tema está em discussão para as aposentadorias por tempo de contribuição. Isso, contudo, vai esbarrar na definição de qual deve ser a idade, entre outras dificuldades.

O mesmo acontece com o diferencial nas idades à aposentadoria ou no tempo de contribuição entre homens e mulheres. Até recentemente, em quase todos os países do mundo, mulheres tinham idades mínimas de aposentadoria por idade inferiores às requeridas para os homens, mesmo tendo uma esperança de vida mais elevada que eles.¹⁷ As razões alegadas eram dupla jornada de trabalho, maiores responsabilidades familiares, compensação pelo custo de oportunidade acarretado pela maternidade, discriminação no mercado de trabalho e, conseqüentemente, nos salários. Para Beltrão e Oliveira (1999), esta diferenciação seria produto de uma sociedade machista, na qual o “sexo frágil” merece condições mais amenas. A necessidade de igualar ou reduzir as diferenças na idade mínima à aposentadoria (ou tempo de contribuição) entre homens e mulheres está, também, em discussão no Brasil.

A legislação brasileira permite também que os indivíduos acumulem o benefício da pensão por morte e o da aposentadoria. Isso tem beneficiado mais as mulheres, pois elas sobrevivem aos cônjuges mais que os homens. Em 2014, 12,4% das mulheres de 60 anos ou mais recebiam o benefício da aposentadoria, pelo seu trabalho e contribuição, e a pensão por morte. Para os homens, essa proporção não atingiu 2,9% nesse grupo, dada a baixa proporção de viúvos. Como a maioria das pensões por morte são pagas às mulheres e elas têm maior participação no mercado de trabalho, isso pode resultar em um aumento de mulheres recebendo duplo benefício. Apesar da redução da duração das pensões por morte para cônjuges com idade inferior a 44 anos, é importante repensar esta possibilidade, bem como o valor da pensão por morte continuar sendo igual ao benefício do cônjuge.

Foi visto, também, que a renda da população idosa depende, fortemente, da renda da previdência social e que o sistema existente tem sido capaz de resolver de forma satisfatória a pobreza entre os idosos no país, beneficiando, também, os não idosos. Assim sendo, pode-se dizer que a universalização da previdência cumpre

16. Além do Brasil, os outros quatro países que não estabelecem uma idade mínima para a aposentadoria são: Egito, Equador, Irã e Iraque.

17. Atualmente, vários países do mundo já igualaram essas idades ou reduziram as diferenças. Ver, por exemplo, Tafner (2007).

uma função de proteção social moderna. Além disso, a política da previdência permite, no espaço privado familiar, uma revalorização das pessoas idosas, as quais, com a renda de aposentadoria, obtêm uma espécie de salvaguarda de subsistência familiar, invertendo o papel social de assistidos para assistentes, no contexto da estratégia de sobrevivência das famílias pobres.

Essa melhor situação tem acarretado, no entanto, uma série de preocupações com os custos do envelhecimento, especificamente da previdência social. Vários autores, como Beltrão e Oliveira (1999), Caetano (2014) e Tafner, Botelho e Erbisti (2014), já apresentaram simulações que apontam para uma insolvência do sistema no médio prazo, caso se mantenham as condições atuais de benefícios e contribuições. Chama-se a atenção para uma das possíveis consequências desta insolvência: a ruptura indiscriminada das promessas de direitos. Para muitos idosos, principalmente aqueles que perderam sua capacidade laborativa e/ou as condições de reingresso no mercado de trabalho, isso significaria a perda total de rendimento, ou seja, os custos sociais seriam altos. Por isso, estes mesmos autores salientam a necessidade de se repensar o modelo previdenciário brasileiro, repactuando direitos e obrigações. Sem dúvida, este é um tema politicamente espinhoso, porque trata da distribuição de recursos na sociedade, da eliminação de privilégios, da quebra de promessa de direitos, entre outros motivos.

No caso da previdência, os desafios acarretados não se devem apenas ao crescimento a taxas elevadas da população idosa, mas também ao menor crescimento da população em idade ativa (PIA) e da população economicamente ativa (PEA). Pode-se pensar em estimular o crescimento da PEA através dos incentivos à entrada mais cedo e/ou à saída mais tarde do mercado de trabalho. As mudanças no mundo do trabalho estão requerendo cada vez mais uma mão de obra com escolaridade elevada. Os avanços na tecnologia médica e o maior acesso aos serviços de saúde estão contribuindo para um envelhecimento mais ativo. Ou seja, é difícil pensar numa antecipação da idade à entrada na atividade econômica, mas é factível supor no adiamento da idade à saída. Isso significa não apenas alterar a idade mínima à aposentadoria mas também melhorar as perspectivas de inserção profissional dos trabalhadores de idade mais avançada para reduzir o preconceito com relação ao seu trabalho.

O fato de um indivíduo estar aposentado não significa que ele tenha se retirado da atividade econômica. No caso brasileiro, não há dúvidas de que a aposentadoria por tempo de serviço/contribuição colabora para isso. Há, contudo, que se considerar também a existência de barreiras e preconceitos em relação ao trabalho do idoso. Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), as dificuldades de se manter o idoso no mercado de trabalho advêm tanto do lado do empregador quanto do empregado. No primeiro caso, isso inclui, entre outros

fatores, percepções negativas a respeito da capacidade dos trabalhadores idosos de se adaptarem às mudanças tecnológicas e organizacionais, dos custos que crescem com a idade, devido, entre outros fatores, ao absenteísmo pela alta prevalência de morbidade. Além disso, não é clara a relação entre idade e produtividade. Do lado dos empregados, estes podem sentir o seu capital humano depreciado por não receberem ajuda nem incentivos para treinamentos e atualizações.

Pode-se pensar, portanto, em políticas de saúde ocupacional para reduzir o fluxo das aposentadorias por invalidez e as taxas de absenteísmo por morbidade, bem como em políticas de capacitação continuada. Esta tem sido uma estratégia usada no Japão: oferecer oportunidades de emprego para trabalhadores mais velhos. Uma delas é fornecer uma educação financeira, que é associada a um maior treinamento em capital humano. Sem dúvida, uma variável-chave é o aumento da escolaridade. Camarano, Kanso e Fernandes (2014) mostraram que este aumento pode compensar parte da diminuição da PEA. Além disso, uma PEA mais escolarizada apresenta maiores ganhos de produtividade e, conseqüentemente, aumenta a massa salarial e contributiva.

Com relação à PIA, o que se pode sugerir para o curto prazo são medidas que visem ao seu aumento ou a uma menor redução, tais como a diminuição da mortalidade de jovens adultos por causas externas, principalmente de jovens do sexo masculino. Para o longo prazo, ainda podem ser feitos esforços para a continuação da redução da mortalidade infantil, bem como pensar em incentivos para o aumento da natalidade.

Outro ponto a ser ressaltado é o impacto das mudanças nos arranjos familiares, da queda da fecundidade e das mudanças no papel social das mulheres na legislação previdenciária. Uma das razões para o menor tempo de contribuição/trabalho exigido para as mulheres se aposentarem é o custo de oportunidade gerado pela maternidade. No entanto, as mulheres atualmente passam menos tempo tendo e criando filhos. É crescente o número de mulheres que chegam aos 50 anos sem terem tido filhos.

Além do que já foi discutido, a crise da previdência também deve ser pensada tendo como marco a crise do *welfare state*, do pleno emprego, as mudanças nas relações de trabalho, que caminham em direção a uma maior informalização da economia, o desemprego etc. Além disso, há que se considerar também novas alternativas de captação e distribuição de recursos na sociedade.

Conclui-se que, no nível micro, o grau de dependência dos indivíduos idosos é, em boa parte, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Como uma parcela importante da renda familiar depende da renda do idoso, sugere-se que, quando se reduzem ou se aumentam os benefícios previdenciários, o Estado não está simplesmente atingindo indivíduos, mas uma parcela importante dos

rendimentos de famílias inteiras. Isso é importante de ser notado porque, como consequência, o perfil do sistema previdenciário construído hoje influirá na distribuição futura da renda das famílias.

Sintetizando, pode-se concluir que se está frente a novos desafios para o financiamento da previdência social, uma questão que se impõe não apenas ao Brasil. Não se acredita em uma solução única para a maioria dos países. Esta deverá vir de uma decisão política.

REFERÊNCIAS

ABRAPP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS ENTIDADES FECHADAS DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR. **Consolidado estatístico**. São Paulo: Abrapp, 2015. Disponível em: <<http://www.abrapp.org.br/consolidados/forms/allitems.aspx>>.

BARROS, R. P. de; CARVALHO, M. **Desafios para a política social brasileira**. Rio de Janeiro: Ipea, 2003. (Texto para Discussão, n. 985).

BARROS, R. P. de; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. **Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. (Textos para Discussão, n. 686).

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. **Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros**: resultados não esperados dos avanços da seguridade social rural. Rio de Janeiro: Ipea, 2005. (Texto para Discussão, n. 1066).

BELTRÃO, K.; OLIVEIRA, F. O idoso e a previdência rural. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 307-318.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

CAETANO, M. A dinâmica fiscal da previdência social brasileira. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento econômico? Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 571-585.

_____. Estrutura, limitações e desafios para previdência de servidores públicos. *In*: TAFNER, P; BOTELHO, C.; ERBISTI, R. (Org.). **Reforma da previdência**: a visita da velha senhora. Brasília: Gestão Pública, 2015.

CAMARANO, A. A. **Brazilian population ageing**: differences in well-being by rural and urban areas. Rio de Janeiro: Ipea, 2002. (Texto para Discussão, n. 113).

_____. Considerações finais. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 587-594.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Rio de Janeiro: Ipea, 2003. (Texto para Discussão, n. 950).

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Transição dos trabalhadores para a inatividade. *In: OLIVEIRA, M. P. et al. (Org.). Rede de pesquisa formação e mercado de trabalho: tendências e aspectos demográficos do mercado de trabalho.* Brasília: Ipea; ABDI, 2014. p. 180-197.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 253-292.

DELGADO, G. C.; CARDOSO JÚNIOR, J. C. O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. *In: CAMARANO, A. A. (Org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.* Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 319-343.

_____. O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. *In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 293-319.

GOLDANI, A. M. Contratos intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? *In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 211-250.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise,** Brasília, n. 24, 2016. No prelo.

NÉRI, M.; CARVALHO, K.; CORSI, A. Motivações financeiras para as pessoas da terceira idade. *In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 481-519.

NOLASCO, L. Evolução histórica da previdência social no Brasil e no mundo. **Revista Âmbito Jurídico**, ano 18, n. 98, 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11335&revista_caderno=20>. Acesso em: dez. 2015.

OLIVEIRA, F. E. B.; BELTRÃO, K. **The Brazilian social security system.** Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Texto para Discussão, n. 775).

PAULO, M.; WAJNMAN, S.; HERMETO, A. M. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do benefício de prestação continuada. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, p. S25-S43, 2013.

PEREIRA, E. S. Evolução das idades médias de concessão dos tempos médios de contribuição das aposentadorias por tempo de contribuição concedidas entre 1996 e 2012. **Informe de Previdência Social**, Brasília, v. 25, n. 6, 2013.

POPOLO, F. **Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina**. Santiago de Chile: Cepal, 1999. (Série Población y Desarrollo, n. 19).

RANGEL, L. *et al.* Conquistas, desafios e perspectivas da Previdência Social no Brasil: vinte e anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, v. 1, n. 17, 2009.

SABÓIA, J. Benefícios não-contributivos e combate à pobreza de idosos no Brasil. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 353-410.

TAFNER, P. Simulando o desempenho do sistema previdenciário: seus efeitos sobre a pobreza sob mudanças nas regras de pensão e aposentadoria. *In*: TAFNER, P.; GIAMBIAGI, F. (Org.). **Previdência no Brasil: debates, dilemas e escolhas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2007. p. 401-439.

TAFNER, P.; BOTELHO, C.; ERBISTI, R. Transição demográfica e o impacto fiscal na previdência brasileira. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento econômico?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 539-570.

_____. Por que as sociedades precisam de previdência e do Estado na previdência? *In*: TAFNER, P.; BOTELHO, C.; ERBISTI, R. (Org.). **Reforma da Previdência – a visita da velha senhora**. Brasília: Gestão Pública, 2015.

TURRA, C. M.; QUEIRÓZ, B. L. Before it is too late: demographic transition, labor supply and social security problems in Brazil. *In*: EXPERT GROUP MEETING ON SOCIAL AND ECONOMIC IMPLICATIONS OF CHANGING POPULATION AGE STRUCTURES, 1., 2005, Mexico City. **Anais...** Mexico City: UN, 2005.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **CLBR**, 1923. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm>.

_____. Constituição Federal de 16 de julho de 1934. Nós, os representantes do povo brasileiro, pondo a nossa confiança em Deus, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para organizar um regime democrático, que assegure à Nação a unidade, a liberdade, a justiça e o bem-estar social e econômico, decretamos e promulgamos a seguinte. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm>.

_____. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 set. 1960. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm>.

_____. Lei nº 6.435, de 15 de julho de 1977. Dispõe sobre as entidades de previdência privada. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 jul. 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6435.htm>.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm>.

_____. Lei nº 9.876, de 26 de novembro de 1999. Dispõe sobre a contribuição previdenciária do contribuinte individual, o cálculo do benefício, altera dispositivos das Leis nºs 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 dez. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9876.htm>.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>.

_____. Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3º do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc41.htm>.

_____. Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012. Institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, inclusive os membros dos órgãos que menciona e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 maio 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12618.htm>.

_____. Medida Provisória nº 664, de 30 de dezembro de 2014. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e a Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 dez. 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Mpv/mpv664.htm>.

_____. **Anuário Estatístico da Previdência Social (Aeps)**. Brasília: MPS/Dataprev, 2014.

_____. Lei nº 13.135, de 17 de junho de 2015. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10.666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 jun. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13135.htm>.

_____. Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015. Altera as Leis nº 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, para tratar da associação do segurado especial em cooperativa de crédito rural e, ainda essa última, para atualizar o rol de dependentes, estabelecer regra de não incidência do fator previdenciário, regras de pensão por morte e de empréstimo consignado; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 nov. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13183.htm>.

_____. **Boletim estatístico de pessoal e informações organizacionais do governo federal**. Brasília: MP, 2015.

_____. **Aeps Infologo**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2016. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/infologo/>>. Acesso em: jan. 2016.

HABITAÇÃO E URBANISMO

Silvia Costa¹
Louise Plouffe²
Ina Voelcker³
Alexandre Kalache⁴

1 INTRODUÇÃO

Em um mundo onde uma em cada quatro pessoas terá mais de 60 anos até o meio deste século, é essencial reformular a habitação humana de modo a contemplar as diferentes capacidades funcionais e os seus requisitos.

Em 2002, o Plano Internacional de Madri para o Envelhecimento (UN, 2002) conclamou as nações para desenvolver ambientes favorecedores do envelhecimento ativo. No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o Marco Político do Envelhecimento Ativo (OMS, 2002) e conceituou envelhecimento ativo como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, educação continuada, participação e segurança, de forma a promover qualidade de vida à medida que se envelhece”. Posteriormente, a OMS criou o projeto Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008) para orientar as cidades na adaptação dos seus ambientes físico, social e político, com a finalidade de favorecer o envelhecimento ativo em cada localidade.

Grande parte das pessoas prefere “envelhecer no local onde vivem”, que pode ser a comunidade ou a casa que consideram seu lar (EC, 2008), ainda que o processo de envelhecimento implique incapacidades físicas, com a consequente redução de mobilidade para os deslocamentos internos ou externos à residência ou ainda para ambos simultaneamente. Além disso, com o passar do tempo, a habitação planejada para uma família passa a ter menos moradores e se torna desnecessariamente espaçosa ou dispendiosa para manutenção.

O aumento da longevidade e as mudanças na estrutura familiar geram um número cada vez maior de pessoas idosas vivendo sozinhas. Essa tendência mais

1. Diretora executiva do Centro Internacional de Longevidade Brasil (International Longevity Centre Brazil – ILC-Brasil).

2. Diretora de pesquisa do Centro Internacional de Longevidade Canadá (ILC-Canadá).

3. Diretora técnica do ILC-Brasil.

4. Diretor-presidente do ILC-Brasil.

comum em nações desenvolvidas vem crescendo em outros países, interpondo o desafio de prover habitação adequada para toda a população, como um direito de cidadania.

Os dispositivos legais da Política Nacional do Idoso (PNI) concernentes à habitação e ao urbanismo foram concebidos em um contexto de duplo desafio: responder à demanda de uma crescente população idosa; e promover equidade e desenvolvimento social.

Há ainda poucos trabalhos acadêmicos que estudam o aprimoramento das condições de habitabilidade. Uma rápida busca em títulos de artigos, feita no dia 20 de julho de 2014, no Google Acadêmico com as palavras-chave *idoso e habitação e idoso e moradia* mostrou apenas três e seis resultados, respectivamente. Especificamente sobre ambientes adequados para pessoas idosas, encontrou-se um número maior de estudos. Considera-se indispensável investir em pesquisa de questões relacionadas à habitação adequada para a população idosa no Brasil.

O objetivo deste capítulo é examinar a efetividade da PNI na área de habitação e urbanismo, sua implementação e relevância nos últimos vinte anos, colocando-se algumas questões. O que a legislação demanda e o que omite? O que foi alcançado e quais as lacunas? E, finalmente, como pode uma política para habitação e espaço urbano se desenvolver no século XXI, a partir dos fundamentos colocados pela PNI e das tendências de planejamento urbano, em particular, em face do movimento liderado pela OMS para as cidades amigas do idoso?

Para isso, avalia a contribuição da PNI à área de habitação e urbanismo para pessoas idosas e sua relação com o envelhecimento ativo e o conceito de cidade amiga do idoso. O capítulo aborda questões de espaço urbano, mais que propriamente urbanismo, ao tomar como referência o território estruturado como cidade, por onde se movimentam as pessoas idosas.

O texto examina ainda a situação atual da habitação da população brasileira que está envelhecendo e avalia outras respostas públicas a esta situação. O capítulo traz exemplos de iniciativas “amigas do idoso”, antes de concluir com uma discussão.

Além de apresentar as características e as tendências da habitação e dos arranjos familiares brasileiros segundo essas perspectivas, este capítulo destaca, também, os desenvolvimentos inovadores em nível internacional e sugere futuras direções para as políticas públicas e para o mercado privado.

2 HABITAÇÃO, AMBIENTE RESIDENCIAL E CASA

A noção de habitação emerge da composição de casa e moradia integradas ao espaço urbano e a tudo nele disposto (Martucci e Basso, 2002). No âmbito conceitual, a habitação está associada a elementos internos e externos e inclui a vida das pessoas

e suas relações sociais, políticas, econômicas, históricas e ideológicas. A habitação depende dos atributos de localização, em conexão direta com a composição urbana, por meio da infraestrutura e das redes de serviços.

No centro das transformações demográficas, as famílias e a habitação são afetadas pelo envelhecimento populacional com o aumento da proporção de famílias com idosos residindo na mesma unidade habitacional. A coresidência surge em virtude de diferentes arranjos familiares (Camarano *et al.*, 2004).

O lugar onde vive o idoso evoca significados relacionados ao espaço físico e às dimensões psicológica, cultural, social, política e sociodemográfica. A referência a esse lugar como ambiente residencial, entendido como termo neutro a partir da primeira edição do *Handbook of Environmental Psychology* (Tognoli, 1987 *apud* Lima, 2011), vincula-se à representação da *casa* como a habitação, a vizinhança e a comunidade.

O estudo de Lima (2011) toma a expressão ambiente residencial como termo amplo ao investigar a sua contribuição para o envelhecimento ativo. O autor considerou as dimensões: *i*) ambiente físico, para se referir ao tipo de moradia, propriedade, densidade e acessibilidade; *ii*) ambiente psicológico, relacionado à privacidade, à preferência e à satisfação; *iii*) ambiente familiar, concernente aos anos da vida adulta vividos na moradia atual, arranjo familiar e uso do espaço doméstico; e *iv*) vizinhança, como a rede de apoio social, perigos, serviços e facilidades observados na comunidade. Assim, propõe um modelo teórico estruturado com noções de casa física, psicológica e familiar, interligadas à vizinhança e à comunidade.

O conceito de casa, sob essa perspectiva, supõe caráter multidimensional, por ser ao mesmo tempo um lugar, um espaço, um conjunto de sentimentos, costumes, significados, experiências ou representações (Lawrence, 1990; Mallet, 2004 *apud* Lima, 2011). Enquanto a casa é usualmente associada ao espaço construído, outros termos também contribuem para a multiplicidade de sentidos atribuídos aos diferentes aspectos do ambiente residencial. A distinção dos conceitos de casa, moradia e habitação evidencia diferenças.

A casa é identificada com estrutura física, divisão de espaços internos e externos e uso como abrigo e proteção (Martucci e Basso, 2002). Por sua vez, a moradia remete aos elementos que fazem a casa funcionar e aos seus hábitos de uso. Para Martucci e Basso (2002):

uma casa por si só não se caracteriza como moradia, ela precisa se identificar com o modo de vida de seus moradores, pois os mesmos invólucros e entes físicos se transformam em moradias diferentes, com características diferentes, cujos hábitos de uso dos moradores se tornam a tônica da mudança. Basta analisar para isso o uso de uma mesma casa, ao longo do tempo, por famílias e pessoas diferentes.

Camarano *et al.* (2004) consideram duas formas de arranjos familiares esperados para famílias com idosos residindo: casal com filhos ou famílias unipessoais (idosos morando sós). No primeiro caso, observam-se dois tipos: *i*) a família de idosos, quando o idoso é o chefe ou o cônjuge; e *ii*) famílias com idosos, onde os idosos são parentes do chefe ou agregados. Para o cuidado de idosos “vulneráveis”, as famílias se organizam em diferentes arranjos.

Em decorrência de uma “crescente crise global de ‘insuficiência familiar’” (ILC-BR, 2013), as famílias recorrem à acomodação da pessoa idosa em uma instituição de longa permanência (Ilpi) ou a um formato “centro-dia”.⁵ No que concerne à provisão de cuidados, os signatários da Declaração do Rio⁶ reconheceram que as redes familiares estão menores, mais complexas e geograficamente mais dispersas, tornando-se menos capazes de proporcionar cuidados sem ajuda adicional.

A habitação da pessoa idosa brasileira aparece ao longo da PNI relacionada aos aspectos do convívio, da integração com outras gerações, do atendimento pela própria família, da permanência na comunidade, muito além do lugar habitado (Lei nº 8.842/1994). Outro aspecto expresso é o aumento da oferta de novas moradias.

3 CARACTERÍSTICAS DA HABITAÇÃO DOS IDOSOS BRASILEIROS: A SITUAÇÃO ATUAL

Na definição de moradia do Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (ONU-Habitat), uma “moradia adequada” é algo “mais do que ter um teto sobre a cabeça” (UN-Habitat, 1996). A Agenda Habitat já especifica que devem se considerar fatores de idade e gênero para definir uma moradia adequada. Com o crescente número de pessoas idosas mais vulneráveis, esta orientação ganha cada vez mais importância. As características gerais de uma moradia adequada garantem um mínimo para todas as pessoas; porém, para uma pessoa idosa com limitações funcionais, outros fatores são considerados para a avaliação da moradia – se adequada ou não –, como a proximidade dos serviços, conexões comunitárias e familiares, e opções de habitação.

O conceito de *deficit* habitacional, que resume várias características da definição do ONU-Habitat, é usado para identificar onde há necessidade de construção de mais residências para garantir o direito à moradia adequada de todos os cidadãos. Vale destacar que não há informações suficientes sobre o *deficit* habitacional específico da população idosa. Não se encontram dados sobre o ônus excessivo, a coabitação familiar e a habitação precária por grupo etário. Em geral, o *deficit*

5. Centro-dia é um “local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional” (Brasil, 1996).

6. A Declaração do Rio foi proposta e pactuada durante o I Fórum Internacional de Longevidade, ocorrido no Rio de Janeiro em 2013. A declaração é o produto final deste fórum, e destaca a necessidade de desenvolver uma cultura do cuidado, fundada nos direitos humanos.

habitacional vem diminuindo para 9% dos domicílios particulares permanentes e improvisados (CBIC, 2014). Em números absolutos, são quase 6 milhões de domicílios que precisariam ser construídos para que todo brasileiro pudesse viver em uma moradia adequada (CBIC, 2014).

A respeito da qualidade das habitações de pessoas idosas, em 2000, a metade dos idosos brasileiros vivia em moradias consideradas adequadas pelo IBGE (2003), que define como domicílios adequados aqueles equipados com rede geral de abastecimento de água, rede geral de esgoto ou fossa séptica, coleta de lixo por serviço de limpeza e até dois moradores por dormitório. Esta definição é mais limitada que a do ONU-Habitat, que inclui outros aspectos como a acessibilidade física, segurança adequada e boa localização em relação ao trabalho, entre outros.

A porcentagem de pessoas idosas morando em domicílios adequados vem subindo. Segundo dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (Sisap-Idoso), em 2010, 57% dos idosos brasileiros viviam em domicílios adequados, entretanto, ainda assim, persistiam as desigualdades regionais (ICICT/Fiocruz, 2014). Enquanto no Norte apenas 19% dos idosos viviam em domicílios adequados, no Sudeste, 76% estavam nestas mesmas condições. Comparando-se a situação dos idosos a outros grupos etários, os brasileiros acima de 60 anos viviam em domicílios urbanos com melhores condições, com saneamento básico, um ambiente mais acessível e agradável em termos de pavimentação, calçada e arborização no entorno da moradia (IBGE, 2012a). Vale destacar que, além de obstáculos nas calçadas, o acesso físico é dificultado por falta de rampas para cadeirantes e pessoas com dificuldades de mobilidade, jovem ou idoso. Uma proporção pequena dos idosos (4%) vivia em domicílios com uma rampa para cadeirantes no entorno (IBGE, 2012a).

Não há outros dados em nível nacional sobre a acessibilidade física. No entanto, no âmbito municipal, um estudo longitudinal de São Paulo (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – Sabe) revela que mesmo nesta cidade, que aparenta ser estritamente vertical, em razão dos inúmeros prédios, mais da metade dos idosos mora em edificações térreas (Lebrão, 2013).

Dados mostram que em termos de segurança contra crimes, apenas a metade dos idosos se sentia segura na própria cidade. De todas as pessoas que se sentiam seguras, 13% possuíam mais de 60 anos, e 23% tinham entre 35 e 49 anos (IBGE, 2010b). Havia diferenças entre moradores rurais e urbanos, sendo que a porcentagem da população urbana que se sentia segura é cerca de 20% menor para todos os grupos de idade.

A proximidade da moradia ao local de trabalho pode ser avaliada como *proxy* pela porcentagem de pessoas que costumavam ir a pé ou de bicicleta do domicílio para o trabalho. Dos 30% de idosos ocupados na semana de referência

da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2008 (IBGE, 2009a), mais de um terço costumava ir a pé ou de bicicleta. Apenas entre os adolescentes esta porcentagem é maior; e para todos os outros grupos etários, menos pessoas costumavam ir a pé ou de bicicleta.

A maioria dos brasileiros (90%) mora em casas, seguidos de 9% que moram em apartamentos (IBGE, 2014). Dados do Estudo Sabe confirmam a mesma distribuição entre pessoas idosas, mesmo na área metropolitana de São Paulo, de densidade extrema (Lebrão, 2013). Em relação à posse, três quartos dos brasileiros em áreas urbanas de todas as idades moram em domicílio particular próprio. Quase 90% dos idosos viviam em domicílios permanentes próprios (IBGE, 2009b). Entre pessoas de todas as idades, apenas dois terços vivem em moradia própria (IBGE, 2009b). Entre 2000 e 2012 houve um aumento de pessoas que alugam imóveis e uma diminuição das que vivem em domicílios cedidos (IBGE, 2014; 2012b). O número de pessoas que moravam em domicílio próprio não mudou significativamente neste período.

A grande maioria dos idosos brasileiros vive em áreas urbanas (IBGE, 2009b), onde os serviços geralmente são mais próximos e variados que em áreas rurais. Como *proxy* para avaliar o acesso a serviços de saúde básicos, pode-se utilizar a cobertura vacinal contra a gripe. Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que em 2012, 80% dos idosos foram vacinados contra a gripe (ICICT/Fiocruz, 2014). Segundo um estudo divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2009, este número é mais elevado que o de idosos que geralmente dependem do SUS, que é de 70% (IBGE, 2009a). A proporção de pessoas idosas cadastradas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 2012 foi de apenas 12% (ICICT/Fiocruz, 2014). Já na Estratégia de Saúde Familiar (ESF), que tem o objetivo de cadastrar toda a população, foram registrados quase 60% dos idosos em 2012, com variações de 43% no Sudeste a 85% no Nordeste (ICICT/Fiocruz, 2014).

Para obter um retrato das conexões comunitárias e familiares das pessoas idosas, a convivência com familiares no mesmo domicílio será utilizada como *proxy*, na ausência de dados para retratar estas conexões. A maioria dos idosos vive em casas com membros da família – numa opção de coresidência. Quanto às mulheres idosas, quase a metade reside com os filhos no mesmo domicílio (IBGE, 2009a). De todos os domicílios unipessoais, mais de 40% são de pessoas idosas (IBGE, 2012d). Das pessoas idosas, apenas 14% vivem sozinhos (IBGE, 2012c), e apenas 1% dos idosos brasileiros vive em instituições (Camarano, 2010, p. 199).

Em termos de transporte urbano, apenas 38% dos municípios brasileiros têm transporte coletivo realizado por ônibus intramunicipal; porém, 48% destes municípios possuem ônibus intermunicipais que atendem ao deslocamento

intramunicipal. O transporte coletivo intermunicipal apresenta uma abrangência maior, com mais de 85% dos municípios com serviços entre municípios (IBGE, 2013).

Há poucas opções de moradia específica para pessoas idosas. O Estatuto do Idoso prevê no inciso I do *caput* do art. 38 (redação dada pela Lei nº 12.418/2011) que 3% da habitação social seja acessível e reservado para a população idosa de baixa renda. Contudo, além deste artigo no Estatuto do Idoso e dos artigos na PNI, não há políticas ou legislações específicas para a orientação do mercado privado neste sentido. Alguns exemplos de opções de moradia para pessoas idosas são aqui abordados.

Apesar de cada vez mais pessoas viverem em habitação adequada, há ainda grandes obstáculos para uma extensa parcela da população. Muitas pessoas, de todas as idades, vivem em habitações não adequadas, sem acesso aos serviços mais básicos e em áreas de risco ambiental. As desigualdades, dependendo da renda e do local de moradia, são enormes. Segundo os dados do IBGE, pessoas idosas têm melhor acesso a uma habitação adequada que pessoas de outros grupos etários. No entanto, é importante destacar que uma habitação considerada adequada, segundo os indicadores do IBGE, pode não ser apropriada para uma pessoa com limitações funcionais. As casas, mesmo térreas, não são planejadas de maneira que facilitem a execução segura das atividades da vida cotidiana para pessoas com algumas limitações funcionais. Ainda que as casas sejam equipadas com iluminação e calçadas, o seu entorno muitas vezes não é acessível, assim restringindo o deslocamento independente do idoso. Considerando-se que cada vez mais pessoas idosas vivem sozinhas com menos apoio imediato de familiares, é maior a preocupação com uma casa que facilite o acesso a serviços sociais e de saúde. Usando-se indicadores mais específicos para uma habitação adequada para uma pessoa idosa, o real *deficit* habitacional para esse grupo deve ser mais elevado que o retratado pelo IBGE. Esta situação torna a implementação das ações da PNI para melhoria das condições de habitabilidade indispensável.

4 DISPOSITIVOS DA PNI PARA HABITAÇÃO E URBANISMO

A PNI definiu uma série de medidas para cumprimento dos órgãos governamentais, como o fornecimento de habitação adequada para os idosos; adaptação de habitações já existentes e construção de novas moradias que prevejam capacidades funcionais diminuídas e redução de barreiras arquitetônicas. Estabeleceu, ainda, que serviços públicos e privados devem priorizar a pessoa idosa desabrigada e sem família (capítulo II, art. 4º, VIII).

A questão habitacional pode ser percebida na incumbência feita às famílias para que priorizem o atendimento ao idoso (capítulo II, art. 4º, III) “em detrimento do atendimento asilar” – o que sugere algum arranjo de coresidência. Este tipo de atendimento é retomado no instrumento de regulamentação da PNI (Decreto

nº 1.948/1996) em artigo que define a modalidade asilar – regime de internato – e as alternativas “não asilares”, sempre relacionadas ao cuidado prestado por um determinado período em local externo à moradia ou na própria moradia. A PNI se refere, ainda, como modelo não asilar, aos atendimentos surgidos por iniciativa da comunidade.

Na PNI, o compromisso das famílias com seus idosos se expressa nos princípios e nas diretrizes, assim como na destinação das Ilpis aos idosos sem família ou negligenciados, e para pessoas sem atendimento de suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e participação social.

Ainda na PNI, habitação e urbanismo formam uma área de competência de órgãos governamentais e entidades públicas, com responsabilidade por ações relativas a programas habitacionais, acesso à habitação popular e redução de barreiras. No capítulo das ações governamentais, ao discorrer sobre as competências da área de promoção e assistência social, a PNI identifica diferentes formas de habitação como objeto de criação de incentivos e de alternativas no atendimento ao idoso (capítulo IV, art.10, I, b). Especificamente no inciso sobre a área de habitação e urbanismo, a abrangência das ações envolve desde a destinação de unidade ao idoso em forma de “casas-lares” até a melhoria das condições de moradia, o acesso à habitação popular e a redução de barreiras (capítulo IV, art.10, V). O aspecto da vida rural é objeto de uma única menção entre os princípios que regem a PNI, ao referir-se que as contradições de meio urbano e meio rural estão entre as diferenças econômicas, sociais e regionais a serem “observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral” (capítulo II, art. 3º, V).

Em 1996, cabe observar que o Decreto nº 1.948, de regulamentação da PNI, atribui competências a cinco ministérios (Planejamento e Orçamento; Saúde; Educação e Desporto; Trabalho; e Cultura) e a dois órgãos (Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e Instituto Nacional do Seguro Social – INSS), distribuindo entre alguns deles a responsabilidade por ações do âmbito da habitação. O art.14 do decreto enumera diferentes áreas de atuação dos ministérios, inclusive habitação e urbanismo, para encarregá-los da “elaboração de proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas compatíveis com a Política Nacional do Idoso”. À época ainda não estava criado o Ministério das Cidades, instituído em 2003.

Mais especificamente, foi atribuído ao Ministério do Planejamento e Orçamento (art. 8º) um conjunto de ações que abrangem desde a garantia da observância de critérios para os programas com recursos da União voltados à moradia para idosos até o incentivo aos estudos sobre condições de habitabilidade. Entre as atribuições, delinea-se uma “política” sobre a responsabilidade deste ministério para estabelecer “diretrizes para que os projetos eliminem barreiras arquitetônicas e urbanas que utilizam tipologias habitacionais para a população idosa identificada”.

E também engloba o estímulo à inclusão de mecanismos para a eliminação de barreiras em equipamentos urbanos de uso público.

Ao mencionar barreiras e equipamentos urbanos, externos à “casa”, a PNI e seu decreto de regulamentação se referem ao espaço urbano, que pode ser tomado no sentido de “ambiente residencial” (Lima, 2011), vinculado aos aspectos físico, psicológico e familiar – com a vizinhança apenas ali insinuada. Também está presente a preocupação com os investimentos financeiros para ampliação da disponibilidade de habitação, do ponto de vista quantitativo e qualitativo.

Quase uma década após a promulgação da PNI, a noção de espaço urbano parece alargar-se pela inclusão no Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003 – de regras dirigidas ao transporte (Brasil, 2003a). Assim como ocorre com o ambiente residencial no que tange à casa, esta normatização também tem um caráter interno, sem a visão de mobilidade urbana típica da necessidade de ir e vir da população em geral e da pessoa idosa em particular. Configura-se uma lacuna quanto aos requisitos de deslocamento do idoso por sua cidade, na vizinhança ou pelas localidades mais distantes.

No mesmo ano de surgimento do Estatuto do Idoso, foi criado o Ministério das Cidades (1º de janeiro de 2003), com o intuito de unificar os setores de habitação, saneamento, transporte e trânsito. Com essa concepção, o novo ministério baliza sua atuação pelo “uso e ocupação do solo”, um viés globalizante, que entende o planejamento urbano como estratégia integradora da vida nas cidades e da necessária capilaridade pelo território. Nesse contexto nasceram a Política Urbana, Lei nº 10.257/2001 (Brasil, 2001), e a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU), Lei nº 12.587/2012 (Brasil, 2012).

Como sinal do alargamento da abrangência do espaço urbano na legislação brasileira, a PNMU considera modos de transporte urbano aqueles motorizados e não motorizados; de passageiros e de cargas; coletivo e individual; público e privado. Estando aí a capilaridade representada, o escopo desta política dispõe sobre questões que afetam a vida urbana sem distinção de especificidades típicas do processo de envelhecimento humano.

Uma análise da efetivação dos dispositivos da PNI para habitação e urbanismo, em suas primeiras décadas, perpassa as características da habitação dos idosos brasileiros desenvolvidas ao longo do período e a real resposta obtida.

5 RESPOSTA ÀS DEMANDAS DA PNI SOBRE HABITAÇÃO E URBANISMO

Este olhar sobre as propostas da PNI na área de habitação e urbanismo, na ordem de aparecimento na política e no decreto de regulamentação, não representa um retrato exaustivo de todas as ações brasileiras nesta área.

A primeira ação estabelecida pela PNI em 1994 é a destinação de unidades ao idoso em regime de comodato, na modalidade de casas-lares. Hoje, vinte anos depois, apenas 750 dos 5.565 municípios brasileiros (13%) têm casas-lares para idosos, sendo que somente 40% destas casas-lares são públicas; as demais são conveniadas (IBGE, 2010a).

Uma iniciativa que melhora as condições de habitabilidade e adequação da moradia do idoso é o projeto Casa Segura. O projeto, vencedor da competição Casa Segura do Congresso de Ortopedia e Traumatologia, em 1999, foi também aprovado pelo Ministério da Saúde e fez parte do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – Paisi (Casa Segura, *s.d.*). A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) criou este projeto em 1999, objetivando medidas simples e de baixo custo que aprimorassem o ambiente no qual o idoso vive.

Há outras iniciativas para diminuição de riscos no ambiente domiciliar e aumento das condições de habitabilidade. A Prefeitura de São José dos Campos, em ação conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde, divulgou orientações para tornar uma casa segura para idosos (São José dos Campos, *s.d.*). No entanto, não há exemplos de projetos governamentais que ajudem o idoso na execução de adaptações de suas casas.

Cada vez mais pessoas idosas vivem sozinhas, e o cotidiano mostra que muitos não reformaram ou adaptaram a moradia e também não dispõem de recursos financeiros para fazer isso, quando necessário. O aumento contínuo do custo de moradia faz com que haja cada vez mais necessidades de iniciativas como a Casa Segura e de pesquisas que estudem as condições de vida e as necessidades de moradia dos idosos de todas as classes sociais.

Há alguns programas de assistência ao idoso voltados à garantia de permanência em sua própria casa, mesmo quando precisar de cuidados, como o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso, do município do Rio de Janeiro, ou o Programa de Acompanhante de Idosos, do município de São Paulo. Além disto, mencionam-se os programas para acesso a recursos financeiros, como o Empréstimo Consignado, comentado mais adiante. Não há, porém, programas governamentais que visem à adaptação da moradia do idoso.

O Estatuto do Idoso, no art. 38, definiu, como exigido pela PNI, critérios para acesso à habitação popular por idosos, de modo a garantir que 3% das unidades sejam reservadas para pessoas idosas de baixa renda. A Lei nº 11.124/2005, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social, reforça o estatuto, constituindo, como uma das diretrizes, o estabelecimento de mecanismos de quotas para pessoas idosas (Brasil, 2005). Mais um passo para a efetivação deste artigo surgiu da Portaria nº 610/2011 do Ministério das Cidades, que dispõe sobre a seleção e a priorização de beneficiários do programa habitacional Minha Casa

Minha Vida – MCMV (Brasil, 2011), lançado pelo governo federal em 2009 para a população de baixa renda. Em observância do estatuto, esta portaria garante que 3% das unidades do programa sejam reservadas para atendimento da população idosa de baixa renda.

Em alguns municípios, essa porcentagem foi aumentada pela legislação municipal, como em Santos, onde 5% das vagas em conjuntos habitacionais são reservadas para idosos (Santos, 2013), e em Juiz de Fora, com 10% das unidades de moradia reservadas para pessoas acima de 60 anos (Juiz de Fora, 2005). Há várias leis municipais que também garantem que idosos e pessoas com deficiência recebam preferencialmente unidades no térreo ou no primeiro pavimento, como em São Paulo (Município de São Paulo, 2006). Similarmente, a Prefeitura de Niterói determinou por lei que as unidades térreas dos conjuntos de habitação popular do programa municipal Morar Melhor sejam adaptadas para beneficiários com deficiências ou idosos (Niterói, 2014).

De todas as 803 mil unidades do programa MCMV, 6,3% foram destinados a pessoas idosas, que representam cerca de 10% da população elegível (Luciano, 2014). A cota de 3% é ultrapassada em nível nacional, ainda que atenda apenas a uma pequena parte dos idosos de baixa renda. Há um movimento para que se criem condomínios exclusivos para pessoas idosas em função da crescente população acima de 60 anos. A Associação Brasileira de Cohabs (Companhias de Habitação) concedeu o prêmio de Selo de Mérito 2015 ao modelo do condomínio entregue pelo governo da Paraíba em junho de 2014 (ABC, 2015a). O Selo de Mérito tem como objetivo promover e difundir projetos e programas bem-sucedidos (ABC, 2015b), como o do condomínio Cidade Madura em João Pessoa, na Paraíba, que contém quarenta moradias adaptadas sem custo para os moradores e tem jardins, unidades de saúde com consultório médico e odontológico, hortas, praças e outros espaços para atividades físicas ou sociais no entorno (Cehap, 2014).

Esse condomínio do governo da Paraíba é um exemplo de programa que oferece alternativas habitacionais adequadas para a população idosa. Há outros exemplos em nível municipal, como duas cidades no Paraná – Cascavel e Maringá – e uma no município de São Paulo. A Vila dos Idosos do Pari, em São Paulo, contém 145 unidades habitacionais para pessoas idosas de baixa renda, que somente foram inauguradas em 2007, depois de uma longa luta da sociedade civil (de Deus, 2010). Estes conjuntos habitacionais no Sul e no Sudeste do país já existem há mais tempo. Embora eles também sejam especificamente para pessoas idosas e equipados com vários espaços de recreação, a iniciativa da Paraíba é considerada como um modelo único, por ser financiada pelo governo estadual e oferecer outros serviços aos moradores, como os de saúde. O governo da Paraíba está construindo outros dois condomínios em Campina Grande e Cajazeiras, nos moldes do da capital.

As iniciativas de criação de conjuntos habitacionais exclusivos para idosos ainda são raras e podem ser questionadas em termos da pouca interação com outras gerações, embora estes conjuntos sejam constituídos por moradias adaptadas às necessidades específicas de pessoas idosas.

Quanto aos equipamentos urbanos de uso público para atender às necessidades da população idosa, alguns programas governamentais já vêm sendo desenvolvidos. No município do Rio de Janeiro, a Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV) mantém casas de convivência e lazer sob sua gestão e instalou aparatos de seu programa Academia da Terceira Idade (ATI) em praças da cidade, com acompanhamento profissional em ambas as iniciativas. O programa ATI está bem difundido no Brasil, com diferentes denominações em outras localidades. Há outras iniciativas públicas como centros-dia e Ilpis, porém ainda são poucas. De todas as Ilpis, menos de 7% são públicas ou mistas (Camarano, 2010, p. 191). Cada vez mais centros-dia são criados por iniciativas públicas, como em Santa Catarina (*s.d.*), onde a Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação está criando centros-dia por meio de convênios entre municípios e o Estado. Os equipamentos urbanos de uso público, porém, ainda não são suficientes para atender à crescente população de pessoas idosas.

No que tange ao transporte público, há algumas poucas iniciativas com o objetivo de aumentar a qualidade do acesso a pessoas com limitações de mobilidade. O transporte é um elemento essencial de uma comunidade amiga do idoso. Em Natal, no Rio Grande do Norte, a Procuradoria do município desenvolveu um projeto com empresas de ônibus para aumentar a segurança e o acesso no/ao ônibus (Motoristas..., 2013). Em Curitiba, quase 100% da frota de transporte coletivo são completamente acessíveis (Frota..., 2012), e uma iniciativa recente busca trazer mais segurança ao pedestre idoso. A Secretaria de Trânsito de Curitiba fixou aparelhos nos postes em cruzamentos para que idosos e deficientes usem o cartão magnético do transporte público e assim aumentem o tempo de travessia (Aparelho..., 2014).

Constata-se observância da PNI nos níveis estadual e nacional com relação ao “estabelecimento de diretrizes para que os projetos eliminem barreiras arquitetônicas e urbanas, que utilizem tipologias habitacionais adequadas para a população idosa identificada”(Brasil, 1996). Durante a gestão de José Serra, o Governo do Estado de São Paulo estabeleceu diretrizes de Desenho Universal na Habitação de Interesse Social (Estado de São Paulo, *s.d.*). A implantação destas diretrizes é fundamentada por uma abordagem de curso de vida, expressa como “a casa e seus arredores concebidos para todas as pessoas e por toda a vida”.

Em nível nacional, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) lançou o *Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais para*

Contratação e Execução de Programas e Ações, da Secretaria Nacional de Assistência Social, que aborda, entre outros, os requerimentos do espaço físico de centros de convivência do idoso, casas-lares e Ilpis (Brasil, 2010). A Norma nº 9.050/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) estabelece critérios e parâmetros técnicos em relação à acessibilidade física de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos (ABNT, 2004). Esta norma adotou o conceito do desenho universal, objetivando maior e melhor acessibilidade para todas as pessoas, “independentemente de idade”. O idoso somente é mencionado uma vez na seção sobre emergências, na qual se recomenda a instalação de telefones, campainhas e alarmes de emergência em instituições de idosos, entre outros (ABNT, 2004).

Com o intuito de promover gestões para viabilizar linhas de crédito de acesso a moradias para pessoas idosas, a Lei nº 10.820/2003 dispõe sobre o empréstimo consignado, um crédito concedido cujo valor pode chegar até 30% do benefício mensal do INSS. O pagamento deste empréstimo é feito por meio de descontos de parcelas diretamente na folha de pagamento de aposentados e pensionistas do INSS (Brasil, 2003b). Esta forma de crédito é cada vez mais criticada, principalmente por causa da publicidade forte das instituições bancárias, que fazem uso de celebridades idosas para atrair mais clientes (Oliveira, 2010) – o que resultou no aumento de casos de abuso financeiro. Embora este mecanismo aumente as oportunidades de pessoas idosas no acesso a recursos para financiar mudanças habitacionais, ele recebe cada vez mais críticas. Há uma crescente preocupação dos profissionais de gerontologia e geriatria de que estes mecanismos levem a um aumento exponencial de casos de abuso financeiro em famílias com idosos. Muitas pessoas idosas com empréstimo consignado acumulam dívidas, sendo que o crédito na maioria dos casos, beneficia outras pessoas, principalmente os filhos (Ferreira e Doll, 2007).

Os princípios da PNI foram reforçados pelo Estatuto do Idoso em 2003 e pelas políticas estaduais do idoso (por exemplo, nos estados da Bahia, do Piauí e do Rio de Janeiro). As diretrizes da PNI também foram reforçadas nos municípios, por exemplo, em Viamão, no Rio Grande Sul, onde constam a Política Municipal do Idoso (Viamão, 1998) e o já citado programa MCMV. Os planos municipais de habitação reforçam o atendimento prioritário ao idoso, como o Plano da Prefeitura de São Paulo (Município de São Paulo, 2011) para o período de 2009 a 2024 e o Plano Municipal de Habitação de Interesse Social de Porto Alegre, destinado às necessidades específicas da população idosa em um dos seus seis princípios da política habitacional (Porto Alegre, *s.d.*).

Os dispositivos da PNI também foram levados em consideração na elaboração do programa estadual São Paulo Amigo do Idoso, lançado em 2012, que define seis recomendações nas áreas de habitação, planejamento urbano e transporte para ações eletivas dos 638 municípios participantes do programa. No que tange

à moradia, as ações preveem a construção de unidades coletivas para pessoas idosas socialmente vulneráveis; crédito para idosos de baixa renda como suporte financeiro para reforma domiciliar; e aplicação de princípios de desenho universal na construção de unidades habitacionais de cunho social para idosos elegíveis. Referente ao planejamento urbano, a recomendação do programa inclui renovação de prédios públicos, praças e estradas; calçadas e cruzamentos; pontos de ônibus seguros, confortáveis e sem barreiras. Estas diretrizes representam avanços na implementação da PNI no que diz respeito à cobertura pelos princípios das cidades amigas do idoso e do planejamento estadual.

Além disso, há decretos e leis nacionais que estabelecem diretrizes para promover maior acessibilidade para pessoas com deficiências e dificuldades de mobilidade, por exemplo, o Decreto nº 5.296/2004 (Brasil, 2004), que regulamentou as leis federais nºs 10.048 e 10.098, ambas de 2000, que estipulam a prioridade de atendimento a pessoas com mobilidade reduzida (Brasil, 2000a) e estabelecem normas e critérios para a promoção de acessibilidade destas pessoas (Brasil, 2000b), respectivamente. O decreto também se refere aos artigos relevantes do Estatuto do Idoso (arts. 37 e 38).

Enquanto há muitas leis que contemplam as ações da PNI na área de habitação e urbanismo apenas repetindo os princípios, há outras leis relevantes sem conexão com a PNI ou a questão do envelhecimento, como a Lei nº 10.257/2001, que estabelece diretrizes da política urbana sem se referir à população idosa (Brasil, 2001).

Há cada vez mais reconhecimento de que o crescente número de pessoas idosas resulta em um novo segmento de mercado. Observa-se, principalmente em países desenvolvidos, uma grande variedade de formas de moradia para pessoas idosas cujo foco é a manutenção destas em suas próprias casas, e iniciativas que diminuem as barreiras dentro e fora da moradia. No Brasil, ainda há poucas iniciativas nesta área, embora o seu número seja crescente. Uma grande parte das iniciativas privadas encontradas foi desenvolvida na cidade de São Paulo, onde a área de moradias adaptadas cresceu consideravelmente (Prado, Besse e Lemos, 2010). Lá encontram-se residências para pessoas idosas com apartamentos adaptados, condomínios exclusivos para idosos, Ilpis, repúblicas de idosos e cada vez mais moradias adaptadas (Prado, Besse e Lemos, 2010).

Em resumo, os governos nacional, estadual e municipal responderam parcialmente ao que foi estabelecido pela PNI e pelo decreto de regulamentação. As ações apenas atendem a uma pequena proporção da população idosa. Os dispositivos mais atendidos foram a construção de habitações adequadas para pessoas idosas de baixa renda e a inclusão das ações da PNI nas legislações estadual e municipal. Há poucos exemplos de programas que buscam melhorar a habitação de pessoas idosas para que os ambientes sejam mais seguros, acessíveis e adequados para todas as classes

sociais. Estes ambientes são necessários para aumentar as oportunidades de idosos nas áreas de participação, saúde, educação continuada e proteção.

6 PANORAMA INTERNACIONAL PÓS-PNI

O aumento do número de pessoas idosas nas cidades chamou atenção, internacionalmente e no Brasil, para a necessidade de adaptação das moradias e do ambiente urbano a esta nova realidade. A PNI foi uma iniciativa precursora de medidas de outros países, em particular aquelas recomendadas pela OMS. A pesquisa geradora do *Guia Global: cidades amigas do idoso* da OMS (2008) ouviu idosos de 33 cidades, em 22 países, sobre características-chave que contribuem para o envelhecimento ativo, concernentes à moradia e aos ambientes construídos, assim como a outras áreas da vida urbana. As percepções das pessoas idosas sobre características positivas e barreiras são importantes para as políticas públicas, de modo que sejam realmente “amigas do idoso”, e também para as comunidades envolverem os idosos como protagonistas das definições e das modelagens dos ambientes que promovam oportunidades para saúde, participação e segurança, à medida que as pessoas envelhecem. Ou seja, que os ambientes possam proporcionar o envelhecimento ativo conforme definido pela OMS (2002).

Ao mesmo tempo, deve haver consistência entre a inclusão da visão das pessoas idosas sobre o que constitui um ambiente amigo do idoso, como feito pelo guia da OMS, e as recomendações do planejamento urbano destinadas a uma população que envelhece, como ocorre em Oberlink (2008); Ontario Professional Planners Institute (OPPI, 2009), Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC, 2008) e Hodge (2008). O guia da OMS, desde seu lançamento, já inspirou a extensa Rede Global de Cidades Amigas do Idoso, composta por 209 cidades e comunidades em 26 países, além de dez estados e redes nacionais, entre eles, o estado de São Paulo.

O movimento internacional “amigo do idoso” está à frente de iniciativas de transformação nos ambientes físico e social, para melhorar a acessibilidade e proporcionar suporte às pessoas idosas. Ao mesmo tempo que mantém o foco principal em pessoas mais velhas, este movimento beneficia as pessoas de todas as idades com diferentes níveis de capacidade. No Brasil, é importante comparar os critérios para habitação e planejamento urbano amigáveis ao idoso com as diretrizes da PNI, visto que, como referência nacional, sua proposta pode facilitar a adesão de estados e municípios brasileiros a se tornarem mais amigos do idoso. Da mesma maneira, as atuais diretrizes do enfoque amigo do idoso podem indicar em quais aspectos da legislação são recomendadas novas legislações baseadas na PNI.

Habitação e ambiente urbano construído são extremamente interdependentes: “as pessoas não apenas vivem em casas, elas vivem e experimentam seus bairros” (Shaw,

2004). Muitas das características amigáveis ao idoso se encontram em sinergia, nas residências e seus arredores e em prédios e espaços abertos. Essas características estão relacionadas à proteção contra dano, à facilidade de realização de atividades da vida diária e à promoção de mobilidade para pessoas idosas, tanto nos espaços internos quanto externos. Adicionalmente, o uso das edificações é afetado igualmente pela sua funcionalidade, assim como pela dimensão estética. Há dois princípios que permeiam todos os aspectos de um planejamento amigo do idoso: *design* para a diversidade e garantia de integração e reforço mútuo de todos os componentes (OMS, 2008).

Segundo a pesquisa da OMS geradora do guia, a habitação amiga do idoso é o primeiro tipo de moradia adequada, quando a casa é construída com material apropriado e é estruturalmente sólida. Deve ser dotada de espaço suficiente para seus moradores; proporcionar proteção adequada ao calor e ao frio e estar localizada em áreas sem risco de desastres naturais, como enchentes e deslizamentos. Em regiões ameaçadas por terremotos, as moradias devem ser construídas de forma a resistirem aos impactos sísmicos. O custo acessível é outra característica intimamente ligada ao direito intrínseco de toda pessoa idosa à moradia adequada, de modo que as despesas de manutenção não colidam com outras necessidades da vida. Os municípios amigos do idoso garantem um estoque de moradias adequadas e financeiramente acessíveis, disponível para todos os níveis de renda, tanto por meio de construção de moradias sociais quanto por incentivo à iniciativa privada, para que desenvolva projetos direcionados a esse segmento particular.

A acessibilidade postulada pelo enfoque amigo do idoso recomenda que as habitações devam ser apropriadas para moradores com diferentes e variáveis graus de habilidade. O guia das cidades amigas do idoso estabelece que as residências sejam dotadas de superfícies e passagens largas o bastante para o deslocamento de cadeiras de rodas e *design* adequado de cozinhas e banheiros. As diretrizes de *design* universal definem características similares, porém eliminam as escadas (Oberlink, 2008). Ao considerar que a maior parte dos idosos vive na mesma casa por muito tempo, sem que o projeto da residência preveja as mudanças requeridas pela redução das capacidades, o enfoque amigo do idoso inclui opções de recursos financeiros para a reforma de transformação do local, de modo que se torne mais acessível e incorpore um maior número de opções de moradia na comunidade.

Em diversos países, há iniciativas públicas e privadas para estimular ou facilitar reformas e atualizações de moradias. Os subsídios governamentais para isso estão disponíveis para pessoas de baixa renda ou com deficiências. Nestes países, as instituições financeiras oferecem uma modalidade de hipoteca (*reverse mortgage*) em que o proprietário tem uma parte do valor do imóvel hipotecado para obter um financiamento que pode ser usado em reformas. Os modelos habitacionais

para pessoas idosas foram desenvolvidos para responder às suas necessidades como consumidores, assim como às dos construtores.

O modelo *flexhousing*, por exemplo, oferece fácil posicionamento de instalações elétricas e simples acesso a entradas de modo geral e a cozinhas, banheiros e corredores, pela adaptação para mobilidade reduzida (CMHC, 2000). Atualmente, a cidade de Saanich, no Canadá, exige que novas construções tenham características acessíveis e adaptáveis para obterem autorização de obra (District of Saanich, *s.d.*).

Soluções para que pessoas idosas residam nas proximidades de seus familiares são adotadas em diversas localidades, como a iniciativa *Accessory Dwellings* (*s.d.*), da cidade de Portland, em Oregon, Estados Unidos. Trata-se da construção de anexos ou extensões das casas ou, ainda, da edificação de uma moradia no mesmo terreno de uma casa onde vive um familiar. Desse modo, o idoso leva uma vida independente, mas está perto da família.

Para os casos de distância da família, a instalação de sensores eletrônicos e dispositivos de controle (*smart homes*) propicia segurança pelo monitoramento e assistência a pessoas idosas com potencial risco de queda, problemas de memória e redução de visão e audição (Bruzek, 2014; Cheek, Nikpour e Nowlin, 2005).

Outra solução provém de arranjos amigos do idoso, por meio de coresidência em moradias unipessoais ou coletivas. Um exemplo dessa estratégia é a iniciativa da cidade de Gatineau, no Canadá, onde são cotejados requisitos habitacionais e organizados arranjos que atendem a todos. Como no caso de uma pessoa idosa proprietária de imóvel que passa a compartilhar a residência com uma pessoa jovem, capaz de realizar tarefas que seriam difíceis para uma pessoa mais velha. Nesse sentido, também em Besançon, na França, projetos de moradia intergeracional oferecem apartamentos para idosos e estudantes universitários, com um pagamento mínimo ou sem cobrança de aluguel, em troca da realização de atividades para vizinhos idosos (Ville de Besançon, 2012).

O modelo *Abbeyfield*, desenvolvido na Inglaterra, agora disponível em diversos países, constitui-se de um tipo de habitação gerenciada por uma organização comunitária sem fins lucrativos, proprietária do empreendimento. Além da moradia, a organização fornece os serviços domésticos para cerca de quatro a cinco pessoas idosas socialmente isoladas (*The Abbeyfield Society, s.d.*).

A interdependência do uso do espaço urbano e das habitações se manifesta nos requisitos do enfoque amigo do idoso, que estabelece como primordial a proximidade de comércio e serviços, com o intuito de diminuir a necessidade do deslocamento por carro. Essa proximidade é ainda mais importante quando motoristas idosos começam a limitar as distâncias e o tempo ocupado na direção de seus carros ou quando param de dirigir, e também nos casos de viuvez de quem perde o cônjuge que dirigia.

Uma prática de planejamento urbano que vem ganhando popularidade, conhecida como *smart growth* ou como *planejamento orientado por transporte*, conjuga o uso residencial e comercial do solo em comunidades compactas e de alta densidade, dotadas de transporte público acessível e de ruas que interligam serviços, pontos de ônibus e residências (CMHC, 2008; Oberlink, 2008). Mais que amigos do idoso, este tipo de planejamento proporciona a conservação do solo, a diminuição da dependência de carros, caminhadas saudáveis, a prática de ciclismo e oportunidades de interação social para moradores de todas as idades.

Também há excelentes exemplos dessas características de *design* no norte da Europa (Rodríguez, 2013). Uma pesquisa longitudinal em desenvolvimento na Grã-Bretanha, intitulada *Design for Getting Outdoors*, estuda o impacto desses novos ambientes urbanos em mudanças no padrão de atividade e na qualidade de vida das pessoas idosas (The University of Edinburgh, *s.d.*).

No enfoque amigo do idoso, acessibilidade e segurança estão entre os fatores centrais para a definição de características do espaço urbano, entre elas, calçadas antiderrapantes e sem desníveis, em bom estado de conservação; pistas separadas para pedestres, ciclistas e outros veículos não motorizados; meio-fio rebaixado; entradas de prédios em nível; e iluminação adequada nas ruas e em locais públicos. A instalação de áreas específicas para idosos em cruzamentos de ruas e sinais de trânsito, ajustadas a tempo mais lento de travessia e dotadas de sinalização visual e sonora, pode melhorar a segurança do pedestre idoso. Algumas necessidades físicas que surgem durante caminhadas e atividades ciclísticas (e não motorizadas) podem ser atendidas pelo aumento do número de bancos e banheiros públicos.

O uso do transporte público pode ser estimulado pela instalação de proteção adequada nas paradas de ônibus. Assim como o patrulhamento policial aumenta a segurança, há componentes ambientais que facilitam a mobilidade e a qualidade da vida urbana de pessoas idosas, como a boa conservação e a limpeza do espaço público; áreas arborizadas; e o controle de ruídos e de mau cheiro. Nesse aspecto, o programa Nova Iorque Amiga do Idoso desenvolve a iniciativa Ruas Seguras para Idosos, tendo aplicado melhorias a calçadas e meios-fios, estreitamento de ruas e aumento do tempo de cruzamentos.

Em síntese, são muitas as abordagens inovadoras para projetos de moradias, arranjos de vida e ambientes urbanos para uma população idosa aplicadas ao modelo de cidade amiga do idoso descrito pela OMS. A PNI contém princípios-chave das características do enfoque amigo, em especial pontos como adequação e acessibilidade geral e financeira. Nesse aspecto, a PNI representa uma primeira etapa para o surgimento de outras políticas de planejamento urbano e de iniciativas como as que foram aqui tratadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma avaliação das contribuições da PNI quanto a avanços na área de habitação e urbanismo requer um olhar sobre o conjunto de questões concernentes à pessoa idosa brasileira no contexto dos anos 1990. Recomenda, ainda, analisar o que essa política visava resolver para aportar bem-estar e protagonismo para o idoso.

Gandini, Barione e Souza (2012) observam que, à época, o Brasil passava por um período de grande pobreza e correspondente *deficit* de moradia adequada. Nessa perspectiva, um dos principais objetivos da PNI foi garantir a inclusão de pessoas idosas de baixa renda (a maioria da população idosa brasileira) em programas nacionais de habitação e assistência ao idoso. Desse modo, a maior parte dos dispositivos da PNI demanda o aumento qualitativo e quantitativo da adequação e da acessibilidade física e financeira de moradias para pessoas idosas. A PNI também reconhece a importância de tornar o espaço urbano mais acessível a todas as idades, de forma geral.

Como uma política diretamente originada da Constituição Federal de 1988, a PNI destinava-se à criação de condições de vida capazes de promover os direitos das pessoas idosas no que tange à autonomia, à integração e à participação social. Essa abordagem baseada em direitos subjacente a uma política multisetorial se tornou referência internacional, com grande influência no desenvolvimento do Marco Político do Envelhecimento Ativo pela OMS, além de inspirar o Movimento Global das Cidades Amigas do Idoso, também da OMS, respectivamente, em 2002 e 2007.

Como legislação, entretanto, as fragilidades da PNI reduziram seu potencial impacto na sociedade brasileira. Tanto a lei instituidora da política quanto sua regulamentação são vagas em duas diretivas. A PNI não define o que é habitação adequada, apesar do entendimento do ONU-Habitat sobre a adequabilidade da habitação, em 1996. Está presente na PNI a dimensão física da habitação, sem que seja mencionado o aspecto psicossocial envolvido na coresidência propiciadora de oportunidades para companheirismo, facilidade para usufruto de serviços, participação e segurança. Além disso, não são fixadas fontes de recursos para a implementação das ações, tampouco foram explicitamente definidos critérios voltados a melhorias para habitações que inclusive facilitariam a observância das ações da PNI. No que concerne ao avanço do conhecimento, a PNI se limita a sugerir o incremento de estudos e a disseminação de resultados.

A implantação deficiente da PNI é um reflexo de tais fragilidades. Poucas melhorias têm sido aplicadas às ruas, às calçadas e ao espaço urbano em geral, com raras exceções, como o já aqui mencionado exemplo da adaptação de tempo do sinal de trânsito nos cruzamentos de ruas em Curitiba, no estado do Paraná. Não há qualquer registro de utilização de crédito financeiro para melhorar estruturalmente

a qualidade e a acessibilidade de moradias de pessoas idosas, assim como há poucas pesquisas especificamente destinadas à habitação dos idosos no Brasil.

De fato, a PNI estimulou a elaboração de um modelo para conjuntos habitacionais exclusivos para idosos. Alguns estados lançaram iniciativas concebidas como espaços sem barreiras, dotados de serviços no local e áreas de socialização de moradores. Nessa linha de observância da PNI, diversos programas habitacionais reservaram percentuais de unidades para pessoas idosas com preços ajustados à realidade dessa população e previsão de acessibilidade física. Entretanto, esses exemplos de boas práticas são extremamente limitados ao levar-se em consideração a grande quantidade de pessoas idosas, em número crescente, inclusive a população de baixa renda, alvo desse tipo de iniciativa. Os autores deste texto concordam plenamente com Gandini, Barione e Souza (2012, p. 204) sobre “pensar nesses projetos apenas como modelos, ou seja, essas iniciativas devem ser vistas como se fossem projetos experimentais. Ora, não se pode pensar nesses projetos como a panaceia para resolver todos os problemas que afetam os idosos no Brasil”.

Apesar das limitações dos dispositivos da legislação e das fragilidades da implementação, a PNI é uma referência essencial para o desenvolvimento de habitação amiga do idoso e para o planejamento urbano no Brasil. O uso dos princípios do enfoque amigo do idoso no planejamento municipal se caracteriza pela abordagem integrada de um planejamento urbano que leve em conta habitação, localização dos serviços e transporte como componentes mutuamente fortalecedores.

Com Gandini, Barione e Souza (2012), recomendamos que os gestores públicos municipais adotem a “perspectiva do envelhecimento” nos projetos de infraestrutura urbana, de modo a planejar ou reformar ruas, calçadas e prédios que acolham a diversidade de capacidades funcionais. Os municípios podem estruturar projetos habitacionais que atendam às necessidades de moradores de todas as idades e exigir que novas construções adotem *design* universal e adaptável. Também os orçamentos podem ser destinados ao financiamento de reformas habitacionais para moradias já existentes. Podem ser criadas verbas, como hipotecas reversíveis, para proporcionar a proprietários idosos o acesso a fundos para reformas de adaptação de suas residências; além de opções como programas-piloto para avaliação de acessibilidade e viabilidade de arranjos de vida alternativos para idosos brasileiros em risco de isolamento.

Finalmente, em todos os estados e municípios, as próprias pessoas idosas devem informar aos gestores públicos o que uma cidade amiga do idoso significa para elas. A avaliação de aspectos positivos e negativos de cidades e bairros realizada pelo próprio idoso é o primeiro passo para fazer do Brasil uma nação amiga do idoso e de todas as idades.

REFERÊNCIAS

ABC – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COHABS E AGENTES PÚBLICOS DE HABITAÇÃO. **Selo de Mérito 2015**. Brasília: ABC, 2015a. Disponível em: <<http://www.abc.habitacao.org.br/index.php/selo-de-merito-2015/>>. Acesso em: 3 de jun. 2016.

_____. **Selo de Mérito**. Brasília: ABC, 2015b. Disponível em: <<http://www.abc.habitacao.org.br/index.php/biblioteca/selo-de-merito-2/>>. Acesso em: 3 de jun. 2016.

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 9050**. Rio de Janeiro: ABNT, 2004. Disponível em: <<http://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=1000>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

ACCESSORY DWELLINGS. Portland, Oregon: Accessory Dwellings, [s.d.]. Disponível em: <<http://accessorydwellings.org/>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

APARELHO aumenta segurança dos idosos na hora de atravessar a rua. **Globo.com**, 24 jul. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2014/07/aparelho-aumenta-seguranca-dos-idosos-na-hora-de-atravesar-rua.html>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 4 jul. 1996. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 3 jun. 2016.

_____. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 9 nov. 2000a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 dez. 2000b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 11 jul. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003. Dispõe sobre a autorização para desconto de prestações em folha de pagamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 18 dez. 2003b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.820.htm>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 dez. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. Lei nº 11.124, de 16 de junho de 2005. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social – SNHIS, cria o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social – FNHIS e institui o Conselho Gestor do FNHIS. **Diário Oficial da União**, 17 jun. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111124.htm>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Manual de instruções, diretrizes e procedimentos operacionais para contratação e execução de programas e ações da Secretaria Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2010. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/financiamento/etapas/pagamentos/arquivos/Manual de Instrucoes Diretrizes e Procedimentos - Contratos de Repasse.pdf/download](http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/financiamento/etapas/pagamentos/arquivos/Manual%20de%20Instrucoes%20Diretrizes%20e%20Procedimentos%20-%20Contratos%20de%20Repasse.pdf/download)>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DAS CIDADES. Portaria nº 610, de 26 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os parâmetros de priorização e o processo de seleção dos beneficiários do Programa Minha Casa Minha Vida – MCMV. **Diário Oficial da União**, 27 dez. 2011. Seção 1. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSNH/ArquivosPDF/Portarias/Portaria_610_compilada_2012_07_12.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. Lei nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012. Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana; revoga dispositivos dos decretos-leis nºs 3.326, de 3 de junho de 1941, e 5.405, de 13 de abril de 1943, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e das leis nºs 5.917, de 10 de setembro de 1973, e 6.261, de 14 de novembro de 1975; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 4 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12587.htm>. Acesso em: 30 jul. 2014.

BRUZEK, A. Smart home sensors could help aging population stay independent. **Scientific American**, v. 30, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.scientificamerican.com/article/smart-home-sensors-could-help-aging-population-stay-independent/>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A. *et al.* Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Ed.). **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 137-167.

CASA SEGURA. São Paulo: Casa Segura, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.casasegura.arq.br/index.html>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

CBIC – CÂMARA BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO. **Déficit habitacional no Brasil (banco de dados)**. Brasília: CBIC, 2014. Disponível em: <<http://www.cbicdados.com.br/menu/deficit-habitacional/deficit-habitacional-no-brasil>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

CEHAP – COMPANHIA ESTADUAL DE HABITAÇÃO POPULAR DA PARAÍBA. **Programa**: Cidade Madura. João Pessoa: Cehap, 2014. Disponível em: <<http://www.cehap.pb.gov.br/site/cidade-madura.html>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

CHEEK, P.; NIKPOUR, L.; NOWLIN, H. Aging well with smart technology. **Nursing Administration Quarterly**, v. 29, n. 4, p. 329-338, 2005.

CMHC – CANADA MORTGAGE AND HOUSING CORPORATION. **Flexhousing**: homes that adapt to life's changes. Ottawa: Ministry of Supply and Services, 2000.

_____. **Impacts of the aging of the Canadian population on housing and communities**. Ottawa: Ministry of Supply and Services, 2008. (Research Highlights – Socio-Economic Series, n. 08-003).

DE DEUS, S. I. A. Um modelo de moradia para idosos: o caso da Vila dos Idosos do Pari-São Paulo (SP). **Kairós** – Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde, São Paulo, 2010. ISSN 2176-901X, 8.

DISCTRICT OF SAANICH. **Age friendly cities and the municipality of Saanich**. Victoria: Disctrict of Saanich, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.saanich.ca/parkrec/community/agefriendly.html>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

EC – EUROPEAN COMMISSION. **Long-term care in the European Union**. Employment, social affairs, equal opportunities dg social protection, and integration social protection, social services. Bruxelles: EC, 2008.

ESTADO DE SÃO PAULO. **Desenho universal**: habitação de interesse social. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, [s.d.].

FERREIRA, A. M.; DOLL, J. **O idoso frente ao empréstimo consignado**: implicações educacionais. 2007. Monografia (Especialização) – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/57117/Resumo_20070830.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 jul. 2014.

FROTA de Curitiba tem maior índice de acessibilidade do país. **Agência de Notícias da Prefeitura de Curitiba**, Curitiba, 22 jun. 2012. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/frota-de-curitiba-tem-maior-indice-de-acessibilidade-do-pais/27175>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. D. Políticas habitacionais para idosos: avanços e desafios. *In*: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Ed.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 181-208.

HODGE, G. **The geography of aging**: preparing communities for the surge in seniors. Montreal: McGill-Queen's University Press, 2008. p. 336. Doi:10.2307/j.ctt80s3j.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**: famílias e domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. (Resultados da amostra).

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009a.

_____. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009b.

_____. **Perfil dos municípios brasileiros – assistência social 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=244789>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2009 – Suplemento**: características da vitimização e do acesso à justiça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

_____. **Censo Demográfico 2010**: características urbanísticas do entorno dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2012a.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012b. v. 31.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)**: síntese de indicadores 2011. Rio de Janeiro: IBGE, 2012c.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2012d.

_____. **Perfil dos municípios brasileiros 2012 (tabela 21)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

_____. **Séries históricas e estatísticas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=PD206>>. Acesso em: 30 de julho de 2014.

ICICT/FIOCRUZ – INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **SISAP-Idoso** – Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2014. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

ILC-BR – CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **A declaração do Rio** – além da prevenção e tratamento: desenvolvendo uma cultura do cuidado em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: ILC-BR, 2013.

JUIZ DE FORA. Lei nº 10.875. Institui propriedades para os idosos na aquisição de moradia própria nos programas habitacionais do município e dá outras providências. Juiz de Fora: Câmara Municipal de Juiz de Fora, 2005. Disponível em: <http://www.jflegis.pjf.mg.gov.br/c_norma.php?chave=0000024898>. Acesso em: 30 jul. 2014.

LAWRENCE, R. J. The qualitative aspects of housing: a synthesis. **Building Research and Practice**, London, v. 18, n. 2, p. 121-125, 1990.

LEBRÃO, M. L. **Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe)**. Multiple cohort longitudinal study on living conditions and health of older persons in the City of Sao Paulo. São Paulo, 2013. Unpublished preliminary data.

LIMA, A. B. R. **Ambiente residencial e envelhecimento ativo**: estudos sobre a relação entre bem-estar, relações sociais e lugar na terceira idade. Brasília: UnB, 2011.

LUCIANO, A. Minha Casa Minha Vida para idosos. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 19 jun. 2014. Vida e cidadania. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/minha-casa-minha-vida-para-idosos-9ocz3fpf0lila1659cqqzrm1a>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

MALLET, S. Understanding home: a critical review of the literature. **The Sociological Review**, v. 52, p. 62-89, 2004.

MARTUCCI, R.; BASSO, A. Uma visão integrada da análise e avaliação de conjuntos habitacionais: aspectos metodológicos da pós-ocupação e do desempenho tecnológico. *In*: ABIKO, A. K.; ORNSTEIN, S. W. (Ed.). **Inserção urbana e avaliação pós-ocupação (APO) da habitação de interesse social**. São Paulo: Fauusp, 2002. p. 268-293.

MOTORISTAS viram idosos e sentem na pele as dificuldades de pegar ônibus. **G1**, 20 set. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/globo-reporter/noticia/2013/09/motoristas-viram-idosos-e-sentem-na-pele-dificuldades-de-pegar-onibus.html>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Lei nº 14.198, de 1º de setembro de 2006. Dispõe sobre a reserva de vagas em apartamentos térreos para idosos e deficientes físicos, nos conjuntos habitacionais populares e dá outras providências. São Paulo: Câmara Municipal de São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://cm-sao-paulo.jusbrasil.com.br/legislacao/804763/lei-14198-06>>. Acesso em: 30 jul 2014.

_____. **Plano Municipal de Habitação 2009-2024**. São Paulo: Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.habisp.inf.br/theke/documentos/pmh/pmh_versao_outubro_2011_pdf/PMH_outubro_2011.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2014.

NITERÓI. Lei nº 3.085, de 12 de julho de 2014. Determina que os apartamentos do andar térreo dos conjuntos habitacionais populares a serem construídos no âmbito do município sejam adaptados de acordo com o que determina o Decreto nº 5.296/2004 e atendam unicamente as pessoas com deficiência e idosos. Niterói: Câmara Municipal de Niterói, 2014. Disponível em: <http://www.niteroi.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2363:2014-06-13-22-35-53>.

OBERLINK, M. **Opportunities for creating livable communities**. Washington: AARP, 2008.

OLIVEIRA, S. A. P. de. Responsabilidades das celebridades em campanhas publicitárias de crédito consignado destinadas a idosos. **Revista Jurídica Cesumar**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 495-504, 2010. Disponível em: <<http://cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/revjuridica/article/viewFile/1603/1171>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Active ageing: a policy framework**. Geneva: OMS, 2002.

_____. **Guia global: cidade amiga do idoso**. Geneva: OMS, 2008.

OPPI – ONTARIO PROFESSIONAL PLANNERS INSTITUTE. **Healthy communities and planning for age-friendly communities**. Toronto: Ontario Professional Planners Institute, 2009.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Habitação de Interesse Social**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, [s.d.]. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/demhab/usu_doc/revista.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2014.

PRADO, A. R. de A.; BESSE, M.; LEMOS, N. D. Moradia para o idoso: uma política ainda não garantida. **Caderno Temático Kairós Gerontologia**, v. 8, n. 13, p. 5-17, 2010.

RODRIGUEZ, L. **Making our communities more liveable**: examples from Germany and Scandinavia. Washington: Sustainable Cities Collective, 2013. Disponível em: <<http://sustainablecitiescollective.com/luis-rodriguez/131416/road-map-making-our-communities-more-liveable-examples-germany-and-scandinavia>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

SANTA CATARINA. Portal do Servidor Público Estadual. **SC terá 20 centros-dia para idosos até 2014**. Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.sst.sc.gov.br/?idNoticia=327>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

SANTOS. **Deficientes e idosos terão reserva de vagas em conjuntos habitacionais**. Santos: Prefeitura de Santos, 2013. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/33393/deficientes-e-idosos-ter-o-reserva-de-vagas-em-conjuntos-habitacionais>>.

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. **Casa segura para idosos**. Programa Saúde do Adulto/Idoso. São José dos Campos: Prefeitura de São José dos Campos; Secretaria Municipal de Saúde, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.sjc.sp.gov.br/media/75860/casa-segura-para-o-idoso.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

SHAW, M. Housing and public health. **Annual Review of Public Health**, v. 25, p. 397-418, 2004.

THE ABBEYFIELD SOCIETY. **Abbeyfield**. St Albans: The Abbeyfield Society, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.abbeyfield.com/>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

THE UNIVERSITY OF EDINBOURGH. **IDGO TOO (Inclusive Design for Getting Outdoors 2)**. Edinburgh: The University of Edinburgh, [s.d.]. Disponível em: <[http://www.research.ed.ac.uk/portal/en/projects/idgo-too-inclusive-design-for-getting-outdoors-2\(7dfdb962-ca8f-4233-95bc-3e5a18a97c98\).html](http://www.research.ed.ac.uk/portal/en/projects/idgo-too-inclusive-design-for-getting-outdoors-2(7dfdb962-ca8f-4233-95bc-3e5a18a97c98).html)>. Acesso em: 30 jul. 2014.

TOGNOLI, J. Residential environments. *In*: STOKOLS, D.; ALTMAN, I. (Ed.). **Handbook of environmental psychology**. New York: Wiley, 1987. v. 1. p. 655-690.

UN-HABITAT – UNITED NATIONS HUMAN SETTLEMENTS PROGRAMME. **The Habitat Agenda**. Nairobi: UN-Habitat, 1996. Disponível em: <http://ww2.unhabitat.org/declarations/habitat_agenda.asp>. Acesso em: 30 jul. 2014.

UN – UNITED NATIONS. **Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing**. New York: United Nations, 2002.

VIAMÃO. Lei nº 2.692, de 17 de novembro de 1998. Dispõe sobre a política municipal do idoso, cria o conselho municipal do idoso e dá outras providências. Viamão: Câmara Municipal de Viamão, 1998.

VILLE DE BESANÇON. **Besançon** – Ville amie des aînés. Besançon: Ville de Besançon, 2012. Disponível em: <http://www.besancon.fr/gallery_files/site_1/346/348/34352/48059/dpvilleamiedesaines.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2014.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2008 (tabela 7.18)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2008 (tabela 7.2)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2008 (tabela 7.8)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2008: mobilidade física e fatores de risco e proteção à saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

ENVELHECER NO CONTEXTO RURAL: A VIDA DEPOIS DO APOSENTO

Adriana Alcântara¹

1 INTRODUÇÃO

Este texto é um recorte da pesquisa de doutorado intitulada *Da velhice da praça à velhice da roça: revisitando mitos e certezas sobre velhos e famílias na cidade e no rural*, cujo objetivo central foi analisar a velhice no contexto familiar, com ênfase na relação entre as gerações no convívio cotidiano, a partir de espaços não apenas geográficos mas socialmente distintos. Assim sendo, discorro sobre o sentido da velhice rural, não em função de uma idade demarcada pelo Estado que define o que é ser velho, mas privilegio seus modos de vida e suas subjetividades, considerando, principalmente, suas representações em torno de um espaço de pertencimento e de identidade e do seu oposto, que é a cidade, mesmo que nunca tenham deslocado para lá.

Feita esta observação, é importante afirmar sobre a necessidade da desconstrução das polaridades. Neste caso, específico, acerca do antagonismo entre urbano e rural, Sennett (2008) chama atenção para o conceito, no idioma grego, das expressões *asteios* (urbano) e *agroikos* (rural), as quais podem ser traduzidas, respectivamente como “refinado” e “embrutecido”. Contudo, uma mostra das experiências dos interlocutores aqui retratada nos leva a refletir sobre as cristalizações e dicotomias que não raramente nos conduzem a interpretar as realidades – as quais supomos tão somente como revelam a imagem midiática – de uma forma aligeirada e equivocada, muito possivelmente pela ausência de pesquisas mais pontuais sobre o mote em questão e, especialmente, por se tratar de um lugar profundamente precário em políticas públicas, lembrado apenas em períodos eleitorais.

1. Professora do curso de serviço social da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (Fametro) e da Universidade Estadual do Ceará.

2 ENTRE O RURAL E O URBANO: ESPAÇOS SOCIODEMOGRÁFICOS EM RECONSTRUÇÕES

*A vida é bem sossegada
Sem baruío e sem zoadá,
Por isso eu faço questão
De não morá na cidade,
Foi sempre minha vontade
Vivê e morrê no sertão.*

Patativa do Assaré

Penso ser oportuno iniciar esta discussão, por meio da parceria de um velho nordestino, Antônio Gonçalves da Silva, mais conhecido como Patativa do Assaré, alcunhado pelo escritor Xico Sá como o Guimarães Rosa da poesia, haja vista sua propriedade em expressar o sertão² em palavras. Vale ressaltar, ainda, o seu pertencimento a este espaço, um elemento de subjetividade, identificado em suas composições não só pelas agruras mas também pelas delícias de viver naquele lugar (Medeiros, 2009).

Em consonância com a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2013), do total da população idosa, isto é, aqueles com 60 anos de idade ou mais, 84,3% vivem em áreas urbanas, o que significa dizer que 15,7% encontram-se no espaço rural. A industrialização foi um dos principais fatores que alterou a distribuição geográfica brasileira no que concerne à situação de domicílio. A partir da década de 1950, auge da industrialização do país, os movimentos migratórios – do campo para as grandes metrópoles – expandiram-se cada vez mais.

Desse modo, a população brasileira que era, até a década de 1940, eminentemente rural, passou a caracterizar-se como urbana, tendo em vista esse intenso processo migratório. A consequência dessa transição foi uma explosão urbana sem planejamento e o surgimento de metrópoles, distintas de um novo cenário socioespacial.

Como reforçam Delgado e Cardoso Júnior (2004), esse processo migratório refletiu sobremaneira no mundo rural, especialmente no aspecto econômico, em face do aumento da pobreza e da exclusão social no contexto da “modernização conservadora” da agricultura brasileira. Contudo, ainda que muito demoradamente, a previdência rural contemplada na Constituição de 1988, uma proteção social absolutamente necessária, inverte esse quadro não só no que diz respeito à subsistência mas também no estímulo à produção agrária, o que favoreceu uma nova imagem dos velhos.

2. É interessante perceber a semelhança do sentido simbólico de *sertão* empregado por Patativa em relação às representações de escritores renomados da literatura brasileira, como Euclides da Cunha, Graciliano Ramos e João Cabral. Para estes, em suas interpretações críticas sobre o significado de *ser do sertão*, existe um modo de ser que se choca ao espaço urbano: letrado e assistido pelo Estado (Medeiros, 2009).

Houve maior estímulo ao aumento das atividades, de modo a incrementar novas técnicas de produção, paralelo ao que então predominava. Quer dizer, com a efervescência do setor econômico, a zona urbana deixou de ser o lugar exclusivo da indústria, e, assim, o campo absorveu outras atividades além daquelas de natureza agrícola. As medidas modernizadoras do padrão de produção urbano-industrial no espaço rural, entretanto, não implicariam na diluição do mundo agrário. Os resultados desse processo sobre a população local não são despercebidos, mas, como compreende Carneiro (1998), não incidem de forma a homogeneizar o modo de vida no lugar e nem tampouco levam a consolidar uma aculturação.

Então, ainda em consonância com a autora, as mudanças ocorridas no rural, decorrentes das trocas (pessoais, simbólicas, materiais...) com o urbano, não indicam a descaracterização do seu sistema social e cultural, mas, sim, uma reestruturação diante da incorporação de outros elementos presentes nas relações sociais e de trabalho, o que orienta a pensar o “rural” e o “urbano” como categorias simbólicas.

Definir espaço rural no Brasil, portanto, é deparar com uma situação de divergência entre os pesquisadores das distintas áreas, bem como os planejadores de políticas públicas. Os conceitos de urbano e rural são um assunto permeado por discursos dicotômicos – dispersos e fortemente visíveis de estereótipos, em que, geralmente, o rural é relacionado ao atraso e o urbano, ao progresso.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considera “urbana toda sede de município (cidade) e de distrito (vila)” (Veiga, 2003, p.11), ou seja, privilegia o critério político-administrativo e, dessa forma, no Brasil, quem define o que é rural ou urbano são as câmaras municipais.

Até sedes municipais e distritais com poucas residências são definidas como urbanas. Esse critério de demarcação espacial, o único no mundo, é alvo de críticas (Veiga, 2003; Camarano *et al.*, 2004; Pereira e Santos, 2007), por não demarcar adequadamente os espaços territoriais, além de estabelecer uma supremacia do urbano sobre o rural.

Os autores ora referenciados falam da importância em se ponderar o número de habitantes, a densidade populacional, a concentração de edifícios. Em seus estudos, Camarano, por exemplo, além de não considerar somente os critérios do IBGE, ao contextualizar o rural, contempla a população envolvida em atividades agrícolas.

É válido, ainda, ressaltar, no conjunto de complexidade desses conceitos, o preceito em vigor no âmbito jurídico. Trata-se do Decreto Lei nº 311, de 1938, período do Estado Novo, época em que a população brasileira era predominantemente rural. Conforme já apontado, o IBGE segue o critério político-administrativo, proveniente desse decreto, e, assim, a área urbana é toda sede de município (cidade) e de distrito (vila).

A definição de perímetro urbano é, dessa forma, “a linha que separa o urbano do rural, não representa a realidade de modo satisfatório, uma vez que, os interesses políticos, econômicos e tributários podem prevalecer no momento da sua demarcação” (Reis, 2006, p. 8). A esse respeito Rua (2006, p. 93) alerta: “As prefeituras, em busca de mais tributos arrecadados, têm todo o interesse em criar ‘espaços urbanos’”.

Diante da variedade de conceitos, assumo como espaço rural as percepções dos interlocutores consultados para a realização desta pesquisa, uma vez que mencionam um jeito de ser daquele lugar, dando-lhes, então, uma identidade. A definição de Silva (2005) coaduna com este sentido de pertencimento: “características dos modos de vida da população que remete aos valores associados ao universo rural: a agricultura, as criações, os períodos dos cultos religiosos, períodos de plantio e de colheita” (*op. cit.*, p. 92).

Exemplo disto foi o estudo etnográfico realizado no estado do Ceará, onde uma das questões de investigação foi compreender a experiência da velhice no espaço urbano e no rural no que concerne a não cidade, em que o cotidiano local é alicerçado no trabalho do roçado. Nas casas de farinha, mulheres e homens, com as crianças ao redor, passam o dia transformando a mandioca, processo esse árduo:³ inicialmente, arrancam a raiz, depois separam,⁴ prensam, quebram, peneiram e torram. Esse trabalho é voltado para o próprio sustento, para conseguir o de comer, como eles falam. O plantio, a espera da colheita, o período da seca e, como pude presenciar na safra do caju, a insatisfação em relação às expectativas nessa época, por conta da quantidade reduzida da fruta – todos esses fatores são importantes na vida dessa gente.

3. Heredia (1979, p. 63) descreve pormenorizadamente as etapas do processo de trabalho realizado nas casas de farinha: “Em primeiro lugar raspa-se a mandioca, tarefa feita com facas pequenas destinadas quase que exclusivamente para esse fim. A seguir, a mandioca é moída, operação efetuada com a ajuda de uma trituradora acionada manualmente ou por um motor. Quando é feita manualmente, requer esforço físico muito maior e, por consequência, também será maior o número de pessoas dedicadas a essa tarefa. Dessa forma, mobiliza-se uma ou mais pessoas (dependendo das circunstâncias) para fazer girar a roda, e outra pra colocar a mandioca na trituradora, operação que se denomina ‘cevar’. Uma vez moída, a mandioca é colocada numa ‘prensa’. A prensa é uma estrutura de madeira (de paus grossos), bastante rudimentar, onde se coloca a massa envolta por folhas de palmeira com um peso grande em cima para facilitar a saída da ‘manipuera’, substância da mandioca que é venenosa. Depois de espremida, a massa passa por uma peneira de palha, sendo amassada para dissolver os grânulos; essa farinha já peneirada cai sobre uma bandeja de madeira, operação chamada de ‘peneirar’ e que é realizada apenas por uma pessoa. Por último, a massa é colocada no forno construído com ladrilhos, onde é cozida. Esse cozimento deve ser feito lentamente, porque embora a qualidade da farinha dependa do cuidado com que se realiza cada uma das operações mencionadas anteriormente, o bom cozimento tem uma importância ainda menor. Nesse sentido, é necessário mexer a farinha (mexer no forno) constantemente, e manter a uma temperatura constante para não acelerar o cozimento. Não agir dessa forma pode determinar que a farinha saia mais torrada ou mais branca do que o que é considerado um ponto ótimo e isso influenciará no preço em que pode ser vendida. A espessura (que é obtida no peneirado) também acarreta diferentes tipos de farinha, que variam de acordo com o gosto individual”.

4. Assim registra o dicionário Houaiss, versão eletrônica: “Sevar – Regionalismo: Brasil. Pôr as raízes da mandioca no caititu a fim de reduzi-las à massa com que se faz a farinha”.

A respeito das comemorações religiosas no meio rural, Moura (1986) analisa a importância da festa do padroeiro como um acontecimento de considerável peso na cultura simbólica camponesa, muito mais significativo, por exemplo, do que o Dia da Independência ou o Dia da Proclamação da República. Estes não alteram o dia do camponês, diferentemente do dia do santo, quando cessa até o trabalho, independentemente de este estar ou não incluído no calendário nacional.

É importante destacar, ainda, a apresentação do rural por Fossa e França (2002) em relação à infraestrutura: os habitantes não contam com transporte público nem supermercados. A densidade populacional é baixa e os maiores prédios do local são a escola, a prefeitura e o hospital. Com referência ao lazer, o festejo mobilizador do lugar se traduz no aniversário do (a) padroeiro (a). No geral, de acordo com as autoras, essa estrutura revela um modo de vida caracteristicamente rural.

Ainda no que diz respeito ao hiato entre urbano e rural, é importante a discussão trazida por Rua (2006, p. 86): “rural e urbano fundem-se, mas sem se tornarem a mesma coisa, já que preservam suas especificidades”. Dado o processo de industrialização do campo, desencadeando a interação entre os dois espaços, o autor chama atenção para o “surgimento de espaços híbridos”, ao qual vai denominar de “urbanidades no rural”.

As “urbanidades” decorrentes dessa interação não serão apenas novas ruralidades e, sim, o urbano presente no campo, sem que cada espacialidade perca suas marcas. Logo, o espaço híbrido que resulta dessas interações não é um urbano ruralizado nem um rural urbanizado. É algo novo, ainda por definir e que desafia os pesquisadores, tanto nos países da OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (onde muitos criticam os critérios adotados) – quanto em países como o Brasil, onde se luta para ultrapassar a concepção oficial de que rural é tudo que não é urbano (*op. cit.*, p. 95).

No espaço rural, verifiquei práticas de vida tradicionais em meio a costumes ditos modernos. A urbanização do campo revela modos e hábitos representativos da vida moderna, juntamente com formas tipicamente rurais, como o preparo do alimento no fogão à lenha; a farinhada, herança indígena até hoje preservada; a mobilização em torno da festa do padroeiro; e por aí não para.

Ao mesmo tempo em que há a preservação desses afazeres, pude observar, contudo, o investimento no consumo de aparelhos como televisão, telefone celular, DVD, num cotidiano sofrido pela privação de água, mas apaziguado pela crença de que, no Dia de São José, padroeiro do Ceará,⁵ a chuva virá, com as águas de março que fecham o verão e são promessa de vida, “exploração cheia de sentidos

5. De acordo com a tradição, São José, padroeiro do estado do Ceará e dos agricultores, é o santo responsável pela chuva. A data de sua festa é 19 de março, dia que antecede as 48 horas do período equinocial, ou seja, o movimento da terra em torno do sol, quando os dias e as noites têm a mesma duração, sendo comum o aparecimento de chuva. Caso não chova exatamente no dia do santo, a crença popular prevê um ano sem inverno (chuvas) e de grandes secas.

e sinais para quem observa diariamente o mistério da terra, da água e do ar, bem como a incompetência dos poderes seculares para atender às necessidades inerentes a seu modo de vida” (Moura, 1986, p. 22).

Esta discussão reforça a compreensão da ruralidade não como um contexto empírico observável, “mas como uma representação social, definida culturalmente por atores sociais que desempenham atividades não homogêneas e que não estão necessariamente remetidas à produção agrícola” (Carneiro, 1998, p.12).

Assim sendo, para além do dissenso em conceituar urbano e rural em termos demográficos e espaciais, mais importante é apreender as práticas e representações dos sujeitos inseridos nesses espaços, não só geográficos mas principalmente sociais, e ainda considerar as características culturais e socioeconômicas das regiões do país, ou seja, a existência de sua heterogeneidade regional. Portanto, é com esta noção que aqui se trata do “urbano” e do “rural”, em oposição a quaisquer dualidades relativas a estas categorias (Carneiro, 1998). Esse é um dos aspectos que demanda da antropologia uma escuta atenta e um novo olhar.

3 O RETRATO DA VELHICE RURAL: DA NATUREZA À POLÍTICA

*Prepare seu coração
prás coisas que eu vou contar
Eu venho lá do sertão
e posso não lhe agradecer...*

Geraldo Vandré

Qual é o significado da velhice rural nos vários Brasis? Apesar de termos tão somente breves respostas e muito mais questionamentos, trazer à tona esse assunto é uma forma de convidar para a reflexão e, quem sabe, instigar a formulação de trabalhos sociais ou de cunho científico junto a uma conjuntura ainda não (re)conhecida.

A velhice no contexto rural brasileiro é um tema de pouco interesse por parte dos pesquisadores, haja vista a ausência de estudos pontuais sobre o envelhecimento humano nesse espaço sociodemográfico. Assim, a sociedade fica distante de uma realidade bem particular, cujo significado da velhice é uma incógnita frente a um cenário de constantes mudanças. Diante desse desconhecimento, permanece no imaginário social uma visão estereotipada acerca do que é ser velho no campo, prevalecendo concepções estigmatizadas.

Então, partindo, da curiosidade sobre o que é envelhecer no meio rural, é pertinente apreender em que medida viver/envelhecer na cidade e na não cidade apresenta aspectos bem singulares. Além disso, contextualizar essas realidades sociais leva a compreender as formas de vida e o significado da velhice, suas práticas e representações frente a um tempo de intensas mudanças. Nas palavras de Wanderley

(2008), são particularidades históricas, sociais, culturais e ecológicas que recortam uma realidade própria. Contraponho, então, com modelos prescritivos de uma condição exclusiva da experiência da velhice.

Conforme foi explicado, de acordo com o critério político-administrativo considerado pelo IBGE, o poder público planeja seu sistema de proteção social para as populações em face de demandas concretas do espaço rural e urbano. Segundo especialistas como Veiga (2003; 2004) e Wanderley (2008), entre outros, a legislação é obsoleta e entrava a concessão de recursos e direitos à população rural, haja vista a prioridade das pessoas que vivem no espaço urbano. Exemplo disso foi o tratamento dispensado aos trabalhadores destes espaços por um longo tempo, até a promulgação da Constituição de 1988, pois a universalização da aposentadoria rural passou a ser paga também para os trabalhadores que não contribuíram para a previdência.

Veiga (2004, p. 57) mostra a imprecisão da anuência da lei cuja demarcação dicotômica leva ao aumento da desigualdade social, pois é

crescente o número de agricultores, pecuaristas, extrativistas, pescadores (e até populações indígenas e quilombolas) que perdem o direito aos parques benefícios dirigidos às populações rurais porque residem em sedes de minúsculos municípios. Mesmo lavradores miseráveis atingidos pela seca no semiárido nordestino não tiveram direito à cesta básica, e agora não recebem bolsa renda, porque residem em sedes de municípios. E porque deixariam de fazer tal opção se é justamente na sede que há mais chance de acesso a água, eletricidade, correio ou escola primária?

Como já dito acerca do espaço rural, reforço a dimensão do lugar por meio das interpretações dos sujeitos que nele estão inseridos e, assim, possuem propriedade para falar da terra onde nasceram, notando-se, então, uma relação medular. Aqui, não seria exagero citar mais uma vez Patativa do Assaré (1999, p. 236), que denuncia os problemas do sertão, não em função da natureza, mas de um contexto sociopolítico que demonstra a ausência do Estado.

Porém, se ele [sertão] é um portento
De riso, graça e primor
Tem também seu sofrimento,
Sua mágoa e sua dor.
Esta gleba hospitaleira
Onde a fada feiticeira
Depositou seu condão,
É também um grande abismo
Do triste analfabetismo,
Por falta de proteção.

Quer dizer, a marca do espaço rural é a restrição de políticas públicas, destacada na pobreza material, educacional e no trabalho precário. Como bem ressaltam

Fernandes e Soares (2012), apesar de uma legislação específica, o Estado não assume, efetivamente, a Política de Atenção à Pessoa Idosa, seja no âmbito federal, estadual ou municipal.

A despeito desta questão, é pertinente ressaltar a urgência dos governos das referidas esferas viabilizarem, de fato, políticas não só para quem envelheceu, mas para o ser humano, independentemente de sua idade, sobretudo, na perspectiva da totalidade. Assim, poderemos, quem sabe um dia, ser uma sociedade para todas as idades, numa conjuntura tão diversa como é a brasileira.

O aumento da população acima de 60 anos é um fato que desperta preocupação, gerando reivindicações e demandas por políticas voltadas a este segmento. Não se deve, contudo, justificar a melhoria das condições de vida apenas em função de uma representatividade numérica. Mais determinante é definir o papel que o velho desempenha na sociedade e elucidar o processo pelo qual o envelhecimento se coloca como uma questão que vem ganhando respaldo e expressão, somado, em particular, aos antigos problemas que o país enfrenta, como desemprego, renda mal distribuída, reforma agrária, questão do menor, fome, entre outros.

Aqui, é pertinente refletir sobre as relações de gênero. As mulheres, convém ressaltar, representam a maioria na cidade, porém, no ambiente rural, o número de homens é superior. Esse panorama manifesta-se da seguinte forma: “Nas áreas rurais, a razão de sexo era de 107 homens para cada cem mulheres, enquanto nas áreas urbanas, era de 75 homens para cada cem mulheres” (IBGE, 2008). A explicação reside no fato de as mulheres irem às cidades para morar com filhos, netos ou parentes, ao passo que os homens continuam engajados no trabalho da roça.

Essa situação remete a considerações acerca dos papéis culturais de gênero, pois, ao se arrogar à mulher o papel do cuidado da casa, do cônjuge, dos velhos enfermos e das crianças, como os homens se organizam no desempenho desses papéis na ausência da mulher? (Pereira e Santos, 2007).

Saad (1999) chama atenção para o fato de a sociedade reestruturar-se por conta do rápido processo de envelhecimento, visto que as mulheres se inserem cada vez mais no mercado de trabalho e, assim, não dispõem de tempo para cuidar de seus velhos dependentes. Contudo, embora realizando novos papéis sociais, as mulheres não se desvincularam dos afazeres tradicionais, isto é, em conformidade com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad), realizada pelo IBGE, as trabalhadoras e, concomitantemente, responsáveis pelas tarefas da casa abarcavam 89,55% (IBGE, 2008).

No que concerne à educação, vale dizer que o IBGE compreende como alfabetizado o indivíduo que sabe ler e escrever ao menos um bilhete. A região Nordeste concentra o maior número de analfabetos do país (19,9%). Quanto ao nível de escolaridade do velho nordestino, mais da metade da população é desprovida de instrução. Os percentuais de velhos com baixa escolaridade no Nordeste urbano e rural demarcam cifras expressivas, 40,6% e 70%, respectivamente (IBGE, 2008).

Nesse sentido, Faleiros (2007, p.161) mostra o quanto a população idosa brasileira – sobretudo, a rural – foi excluída da educação formal: “Quanto maior a idade, maior o grau de iletrados, revelando-se o descaso do Estado e dos proprietários rurais pela educação pública, considerando-se que 38% passaram a maior parte da vida no campo e 10% viveram no campo e na cidade”.

A constatação dessa conjuntura indica a disparidade em relação ao acesso a direitos fundamentais, bem como a necessidades básicas, conforme adverte Silva (1997), ao revelar a grande distância entre o urbano e o rural brasileiro quando se examinam, por exemplo, carências essenciais como a privação de água e a escolaridade.

Esse contexto faz pensar sobre a relação entre escolaridade e renda, isto é, a população idosa brasileira, entre os demais segmentos populacionais do país, constitui a mais pobre e a menos escolarizada. Por outro lado, é interessante notar que, de acordo com a pesquisa supracitada, este segmento mora em domicílios com menor renda familiar, contudo mais em casas próprias, em comparação aos mais jovens, além de contribuir consideravelmente nas despesas do grupo doméstico.

Esta condição deveu-se ao fato de este segmento ser contemplado pelos benefícios previdenciários, especialmente na área rural, com a universalização da aposentadoria, e também de ter se favorecido com políticas habitacionais, ao passo que os filhos não tiveram as mesmas oportunidades, tendo em vista as nuances da economia do país (Siqueira, 2007).

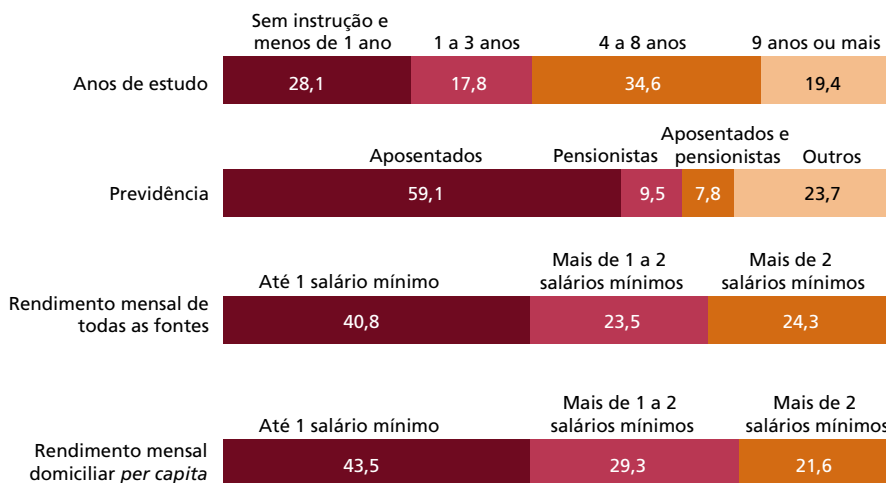
Uma característica importante é que, no Brasil, a população idosa que faz jus a algum benefício da previdência ou assistência social é uma das mais significativas da América Latina. De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2013), 76,3% eram contemplados com algum benefício da previdência social.

Os dados sinalizam para um aspecto crucial no que remete à questão da renda no espaço rural pesquisado. Todos os entrevistados recebiam aposentadoria rural e/ou pensão e, apesar de os valores serem considerados parcos, são esses proventos a principal fonte de sustento do grupo, uma garantia certa, dispensando a dependência financeira dos filhos. É conveniente lembrar que, além do amparo

aos membros da unidade doméstica, os pais ainda contribuem com os filhos que não moram com eles, seja em dinheiro ou alimento.

GRÁFICO 1

Brasil: distribuição percentual das pessoas de 60 anos ou mais de idade, segundo os anos de estudo, a previdência, o rendimento mensal de todas as fontes e o rendimento mensal domiciliar *per capita* (2012)



Fonte: IBGE/Pnad, 2012.

Woortmann e Woortmann (1999, p.137), no artigo *Velhos Camponeses*, ao se reportarem à universalização da previdência rural, apontam que, mesmo sendo um benefício considerado irrisório para os padrões urbanos, é crucial na manutenção das relações hierárquicas na família.

Nos denominados “tempos de inverno” no sertão, em que a subsistência básica da família é obtida pelo trabalho no roçado e por uma eventual criação de animais, essa renda supre a família com outros bens, tais como remédios, roupas, instrumentos de trabalho, uma bicicleta etc. Já nos tempos das recorrentes secas do Nordeste, o dinheiro de um aposentado ou aposentada pode ser capaz de garantir a sobrevivência de toda a família.

Como o rendimento domiciliar *per capita* é essencial na avaliação das condições de vida, vale destacar que, no espaço rural brasileiro, os velhos com renda mensal *per capita* inferior à metade do salário mínimo, ou seja, em situação de pobreza, superam os velhos do espaço urbano do país. De outro modo, dos que possuem renda acima de dois salários mínimos *per capita*, a proporção na cidade é três vezes maior em comparação ao espaço rural, quer dizer, 26,5% contra 8,1% (IBGE, 2008).

Frente à realidade estudada, contudo, penso ser conveniente confrontar os dados quantitativos com os qualitativos. Ainda que a média da renda dos

interlocutores do espaço rural seja inferior aos da cidade, é preciso relativizar a ideia de pobreza que os dados quantitativos indicam, ao mostrar uma qualidade de vida mais elevada em um espaço, em detrimento do outro. Afirmar que a pobreza no espaço rural é maior só porque o velho desse espaço é menos remunerado não parece tão evidente, visto que o tipo de atividades que ele desempenha supre as necessidades básicas, diferentemente dos moradores da cidade, que compram o feijão, a farinha, o milho, a carne.

Este cenário me levou a refletir sobre uma situação inversa ao corriqueiro, ou seja, o amparo dos filhos pelos pais. Somado a isso, a dependência alcoólica revelou-se um problema comum nas casas por onde estive. Não sem conflitos, a atitude dos mais velhos é de sustentar os jovens, visto que estes são desempregados. Pude ver, algumas vezes, os pais caminharem para o trabalho na roça, enquanto os filhos ficavam nos botecos.

Falar em trocas intergeracionais na família é adentrar num universo variado ainda, posto o caráter transitório e a multidimensão dos arranjos nesta forma de apoio, a começar pela convivência de várias gerações, que pode traduzir-se em coresidência ou não, como bem lembra Camarano *et al.* (2004).

Assim, apreendi que a coresidência não é garantia de apoio e de trocas intensas entre gerações na família, pois os filhos apontados pelos velhos como aqueles com os quais possuíam uma relação mais próxima nem sempre moravam sob o mesmo teto.

Apesar de a coabitação não se caracterizar como um cenário pleno de harmonia, tendo em vista as divergências e as tensões que permeiam as relações familiares, situações estas examinadas no decorrer deste trabalho, a solidariedade intergeracional consolidada em apoios materiais e afetivos constitui uma estratégia viável diante de um sistema público precário ou mesmo inexistente.

De acordo com Saad (2004), a coresidência entre gerações, principalmente no Nordeste, vincula-se mais às necessidades dos filhos adultos em relação aos seus pais já velhos. Vale destacar que, em 2007, o índice de contribuição dos velhos no orçamento familiar, no espaço rural da região citada, chegou a 73% dos domicílios – condição que passou a exercer influência fundamental nas relações sociais. Isso se justifica pela pobreza econômica e social do local e, dessa maneira, a relevância da aposentadoria é mais notável do que em outros lugares do país, onde 45% dos velhos viviam com seus filhos na condição de chefe de família. Nas regiões Norte e Nordeste, esses percentuais atingiram os 50%.

Aqui, merece destaque o sentimento de obrigação nas formas de ajuda entre pais e filhos. Nas circunstâncias de vulnerabilidade – desemprego, separação, cuidado das crianças —, a expectativa primeira dos filhos é de poder contar com

o amparo dos pais, os quais, mesmo em condições desfavoráveis, acolhem-nos. Como me disse um interlocutor: “Eu ainda trabalho porque o ganho... Se fosse só a gente, dava pra passar, mas tem mais filho, tem neto”.

Quanto aos filhos, frequentemente disseram-se gratos pela criação e pelo suporte obtidos, ressaltando o dever da retribuição para os pais, mormente no que diz respeito à velhice dependente. Sobre este assunto, questionam a ausência do “contradom”,⁶ ao reportar-se a outra realidade que não a da própria unidade doméstica: “Como é que pode, cria os filhos e quando é na velhice não é retribuído?!”.

Destaco, também, outras relações para além do reconhecimento da dádiva como dívida, isto é, relações que não sinalizam necessariamente uma reciprocidade. Nesse contexto, os filhos demonstraram-se ressentidos pelo fato de os irmãos, tios ou netos não corresponderem às doações oferecidas por seus velhos. Do ponto de vista destes, porém, é melhor ajudar do que ser dependente (Singly, 2007).

As relações de consanguinidade ou de afinidade são o primeiro recurso na busca de apoio dos mais velhos e dos mais jovens. Com exceção do apoio funcional, verifiquei que a ajuda prestada pelos velhos extrapola o caráter financeiro, somando, assim, o cuidado com os netos e com o trabalho da casa.

Por outro lado, os filhos colaboram nos apoios instrumentais e funcionais, como ajudar nas tarefas domésticas, acompanhar nas saídas ao supermercado, ao banco e auxiliar nas atividades do autocuidado daqueles com saúde debilitada. É relevante enfatizar, contudo, que o tipo de cuidado exigido varia ao longo da vida, pois depende do grau de autonomia funcional; quer dizer, falar de “filhos” é precisamente remeter a uma filha que assume solitariamente, sem a colaboração dos outros membros da família, a responsabilidade por esse cuidado.

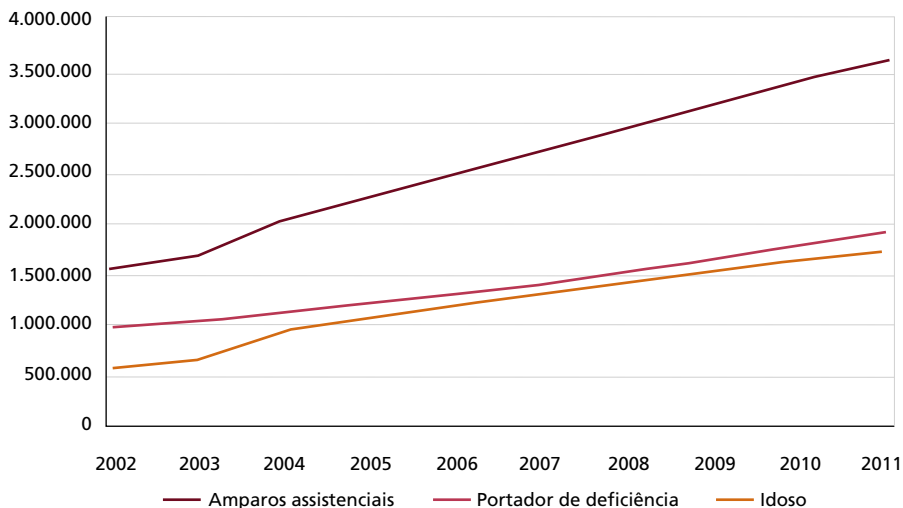
Vale também dizer que a população idosa contemplada pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) aumentou significativamente. Esse benefício é constituinte do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, a qual prover um salário mínimo aos velhos com idade igual ou superior a 65 anos e às pessoas com deficiência cuja renda familiar *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo (art. 20).

Assim sendo, em consonância com IBGE (2013), em 2011, o número de beneficiários do BPC no Brasil era de 3,6 milhões, sendo que 1,9 desses benefícios eram direcionados à população envelhecida, como demonstra o gráfico 2.

6. O uso do termo é empregado no sentido analisado por Marcel Mauss (1974), a despeito das trocas nas sociedades primitivas. Assim, o autor considera três situações: a obrigação de dar, a de receber e a de retribuir o então chamado *contradom*.

GRÁFICO 2

Brasil: evolução da quantidade de benefícios de amparos assistenciais, para portador de deficiência e para idosos (2002-2011)



Fonte: Ministério da Previdência Social (MPS)/Anuário Estatístico da Previdência Social (2011).

É inegável que, no âmbito das políticas públicas, aconteceram intervenções significativas. Na década de 1990, houve expressiva criação de legislação e de programas sociais destinados especificamente a esse grupo. O impulso decorreu da Constituição de 1988, que, no capítulo da seguridade social, trata de questões sociais da velhice. Essas disposições constitucionais favorecem e incentivam a elaboração de legislação complementar acerca do assunto (Camarano *et al.*, 1999; Camarano, 2002).

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, é considerada uma das mais avançadas do mundo, com um projeto bastante amplo que visa atingir a melhoria da qualidade de vida dos velhos em todos os aspectos, por meio de parcerias entre governamentais e organizações não governamentais (ONGs). O objetivo da PNI é promover ações setoriais integradas em que ONGs e cada ministério, em conformidade com suas atribuições, viabilizem programas sociais, visando ao bem-estar da população idosa em todas as esferas, a sua integração social e dar agilidade a novas ações de atendimento às pessoas em processo de envelhecimento (Alcântara, 2004).

Depois de dez anos, é publicado em 2003, o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, fruto de uma história de luta que demarca a mobilização da sociedade civil por uma velhice decente. O Estatuto reitera todos os direitos da PNI, da saúde ao lazer, e inova ao apresentar os crimes e as penas para os que

desrespeitarem ou abandonarem este grupo específico. Tem como objetivo promover a inclusão social e garantir os direitos dos idosos, já que uma parcela desses cidadãos brasileiros demanda por cuidados especiais.

Por último, é importante também citar a Portaria nº 2.528, de outubro de 2006, do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cujos objetivos são a recuperação, manutenção e a promoção da autonomia e da independência, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A luta ainda não terminou. As conquistas alcançadas por meio das leis não foi o suficiente para que o velho seja tratado com respeito e dignidade. É preciso agora que se faça o cumprimento dessas leis. O velho brasileiro não quer ser objeto de assistencialismo, bondade ou caridade. Trata-se apenas de respeitar os seus direitos conseguidos através de muitos e muitos anos persistência.

O significado da conquista da aposentadoria consiste na segurança de que um tempo de grande privação não se repetirá, e o alimento não lhes faltará. Os velhos consultados para esta pesquisa atribuem o direito à graça divina: “é uma benção que Deus deu pros governos pra dar o aposento da gente! Antigamente todos os velhos pediam esmola nas casas. E, hoje, qual é o velho que vai pedir esmola?”.

Assim, embora possa parecer um valor pequeno, a aposentadoria lhes confere dignidade, uma vez que, de acordo com estes interlocutores, eles haviam sido privados de uma das necessidades básicas vitais, isto é, comer. Foi frequente ouvir dos aposentados rurais sobre a satisfação em que se encontram ao compararem o presente com o passado, visto que, hoje, o “aposento” garante o sustento de toda a família, ao passo que, no passado, inexistia esse benefício, sendo comum, então, a presença dos velhos pedintes de porta em porta. Assim, a Previdência é a principal fonte de renda dos idosos brasileiros.

É predominantemente presente nas falas o tempo da fome, haja vista a experiência de sucessivos períodos de seca, em especial, a de 1958, ocasionando a falta de trabalho. A experiência dessa situação reflete-se de forma muito constante no dia a dia. Os velhos contam para filhos e netos sobre suas vidas no passado e comparam com o presente, quando já não existe esse tipo de limitação tão constante em outro tempo, visto que, hoje, contam com o seguro social e dispõem de recursos inacessíveis na época de sua mocidade.

Os relatos se referem a uma época árdua, de grandes dificuldades, principalmente no tocante à carência do básico – ter o que comer e como alcançar eram desafios do cotidiano. Quando discorrem sobre as agruras de outrora, reforçam as diferenças entre ontem e hoje e, assim, reconstróem suas histórias em sintonia com o tempo presente.

A aposentadoria apresenta-se como um marcador importante nas vidas, indistintamente, de homens e mulheres, os quais trazem em seus relatos um forte enfoque no trabalho. Desse modo, inexistente uma relação direta entre aposentadoria e interrupção do trabalho no roçado. Percebo, a partir das falas dos interlocutores, a importância de continuarem suas atividades na terra, condição preponderante para o favorecimento da manutenção de suas identidades.

Sobre como experienciam o evento da aposentadoria, que está associada ao *deixar de trabalhar*, a percepção que constroem sobre o declínio do corpo, do vigor físico, coincide com a impossibilidade do trabalho. As narrativas apresentadas denotam uma situação de *despersonalização*, significando, pois, perda de autonomia, algo preocupante, uma vez que compromete a velhice existencial ou a condição fundamental de ser pessoa. Portanto, continuar a trabalhar na velhice ultrapassa a necessidade do sustento ou de ter uma remuneração; além disso, o sentido maior é permanecer ator social, resistindo ao lugar da plateia.⁷

Embora aposentados, não encerraram a rotina de acordar cedo e caminhar para o roçado, algo que ultrapassa os fins econômicos. A atividade lhes confere identidade e, conforme destaca Ramos (2001), a história de cada um é registrada no corpo, e não é à toa que a ausência do trabalho deixa uma lacuna quando os velhos afirmam que “foram criados assim”.

Por falar em corpo, a decadência física, *a priori*, marca característica da velhice, surge como o principal empecilho na confirmação do sentimento de pertença desses sujeitos, haja vista que a impossibilidade da permanência no trabalho ocasiona reações de tristeza, sensação de impotência e de inutilidade, verificadas constantemente nas narrativas, nas quais a relação da velhice com o corpo tendeu na mesma direção, ou seja, enfatizou a última fase da vida vinculada à doença.

As declarações dos interlocutores sugerem a afirmação de Barroso (1988, p. 16): “o nordestino com um desgaste vital acentuado, muitas vezes morre socialmente antes de sua finitude biológica, mesmo sem ter avançado na escala cronológica”. Em outras palavras, a impossibilidade de trabalhar rompe com o sentimento de integração, de inserção à sociedade e, na sua concepção de vida associada ao valor-trabalho, a ausência de uma prática que lhe conferiu o sentimento de pertencimento durante maior parte da vida, levaria ao desfecho desta, mesmo não coincidindo com a morte biológica, pois “parar é morrer”.

7. Essa minha constatação aproxima-se da análise do estudo de Viegas e Gomes (2007, p. 89), *A identidade na velhice*. A partir das teorias do interacionismo simbólico, mormente de Erving Goffman, as autoras explicam que a identidade do sujeito resulta da relação com o outro, sempre num contexto intersubjetivo e relacional, e, no tocante, ao “deixar de trabalhar”, “a despersonalização remete para o perigo iminente da perda de autonomia e capacidade deliberativa que fazem da pessoa uma entidade moral”.

Esta reflexão remete à análise de Woortmann e Woortmann (1999, p. 139) a respeito do que é ser velho na região Nordeste. A velhice é relativa e relacional, quer dizer, “sua percepção depende das relações sociais ao longo da história de vida da pessoa”. Para os autores, no contexto do interior nordestino, o *velho* é aquele que não tem capacidade de trabalhar na agricultura, e foi visto que o que pode ser compreendido como *velho* para o Estado, pode não ser velho para o trabalho, a exemplo dos interlocutores que continuam na lida – um senhor de 82 anos, que mata boi sozinho, sem ajuda de ninguém, como, também, as senhoras participantes do intenso processo da farinha, da colheita da mandioca à peneira.

Penso que, independentemente do mercado formal de empregos, as categorias nucleantes terra, família e trabalho, que não se desvinculam umas das outras, e que Woortmann (1990) analisa como intrínsecas às sociedades camponesas, tornam compreensiva a percepção destes entrevistados em torno da vida associada ao valor-trabalho, cuja falta representa sua morte social. Amparo-me na canção: “e sem o seu trabalho um homem não tem honra e sem a sua honra se morre, se mata...”⁸

Por meio da pesquisa de campo, fundamentada no trabalho etnográfico, discuti os dados que incitam rever determinadas convenções sobre como a oposição entre rural e urbano tem sido tratada, pois, na dinâmica de redefinição dessas categorias, as experiências aqui trazidas revelam-se de tal modo heterogêneas, que bloqueiam a tentativa de padronizar a velhice, como também o espaço em que se vive.

Rogers (2006), numa crítica ao discurso naturalizado e limitado sobre o camponês, ao qual chama texto brasileiro sobre o rural, mostra, com razão, que é preciso rever as convenções sobre o mundo rural, de modo a dar conta da especificidade de sua dinâmica.

Finalizando, é importante reforçar um dos princípios da Política Nacional do Idoso em seu art. 3º:

V - As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei (Brasil, 1994).

4 CONCLUSÃO

Tal como iniciei, concludo, valendo-me de Patativa do Assaré para ilustrar o rural e sua gente: “um povo sem estudo e sem assistência”. Lamentavelmente, falta muito para a PNI se efetivar neste espaço, e, sendo assim, não seria incorreto afirmar que o atraso se relaciona ao rural, especialmente quando se trata do Nordeste brasileiro, um lugar “esquecido” e carente de políticas públicas.

8. Trecho da letra de *Um homem também chora*, música de Gonzaguinha.

Acerca da oposição entre o urbano e o rural, foi mister desconstruir a abordagem dicotômica em torno desses espaços e ressaltar suas interações, recorrendo a autores que, negando as polaridades, compreendem a dinamicidade do espaço geográfico, sem, no entanto, desconsiderar as especificidades que demarcam cada lugar.

O Brasil é um país diverso em termos regionais, socioeconômicos e culturais. Com isso, urge a necessidade de se fomentar pesquisas voltadas a entender a inserção do velho para além do meio urbano brasileiro, haja vista a carência de estudos pontuais sobre o envelhecimento humano no espaço rural, lugar onde se supõe tão singular.

Desde a década de 1970, foi anunciado o aumento da população idosa, e o país não se planejou devidamente para não ser mais um “país de jovens” e ter de enfrentar as mudanças no contexto socioeconômico, diante do prolongamento da vida humana. Apesar de três décadas já passadas, não só Estado mas também a sociedade não se deu conta, profundamente, das implicações da transição demográfica, um fenômeno que atingirá a todos, isto é, desde que não se morra antes da velhice chegar – afinal de contas, velho deixará de ser sempre somente o outro.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos institucionalizados e família:** entre abafos e desabafos. Campinas: Átomo e Alínea, 2004. (Coleção Velhice e Sociedade).
- BARROSO, Maria José Lima Rocha. O desafio do envelhecimento no nordeste. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 1, p. 14-18, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994.
- CAMARANO, Ana. Amélia. **Envelhecimento da população brasileira:** uma contribuição demográfica. Ipea. Rio de Janeiro, 2002.
- CAMARANO, Ana Amélia *et al.* **Como vive o idoso brasileiro?** In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 19-71.
- CAMARANO, Ana Amélia *et al.* (Org.). **Os novos idosos brasileiros:** muito além dos 60. Rio de Janeiro: Ipea, 2004.
- CARNEIRO, Maria José. Ruralidade: novas identidades em construção. **Estudos Sociais e Agricultura**, Rio de Janeiro, n. 11, p. 53-75, 1998.

DELGADO, Guilherme Costa; CARDOSO JÚNIOR, José Celso. O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. *In*: CAMARANO, Ana Amélia *et al.* (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. Disponível em: <ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_17_Cap_09.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. *In*: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc, 2007. p. 153-167.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FOSSA, Maria das Graças Rodrigues; FRANÇA, Mardone Cavalcante. Uma avaliação dos critérios de classificação da população urbana e rural. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto, Minas Gerais. **Anais...** Ouro Preto: ABEP, 2002.

HEREDIA, Beatriz Maria Alásia de. **A morada da vida: trabalho familiar de pequenos produtores do nordeste do Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. (Série Estudos sobre o Nordeste, v. 7).

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. (Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 23).

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. (Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 32).

MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. *In*: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. v. II. São Paulo: Edusp, 1974.

MEDEIROS, Vera Lúcia Cardoso. Representações do sertão em Patativa do Assaré. **Revista Nonada Letras**, v. 1, n. 13, 2009.

MOURA, Margarida. **Camponeses**. São Paulo: Ática, 1986.

PATATIVA DO ASSARÉ. **Cante lá que eu canto cá**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

PEREIRA, Jorge L. G.; SANTOS, Ivana C. B. dos. **Algumas questões para se pensar o envelhecimento no campo: experiências dos idosos de Santa Rita de Minas/MG**. São João del-Rei: Nead, 2007.

RAMOS, Vânia. Corpo e movimento no envelhecimento: reflexões de idosos sobre as transformações do seu corpo. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 4, p. 67-81, 2001.

REIS, Douglas Sathler dos. **O rural e o urbano no Brasil**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15. Caxambu: ABEP, 18-22 set. 2006. Disponível em: <www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006_777.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2008.

ROGERS, Paulo. **Os afectos mal-ditos**: o indizível das sexualidades camponesas. 2006. 190 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

RUA, João. Urbanidades no rural: o dever de novas territorialidades. **Campo-Território**: Revista de Geografia Agrária, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 82-106, fev. 2006.

SAAD, Paulo Murad. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: CAMARANO, Ana Amélia *et al.* (Org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 251-280.

_____. Transferências de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, Ana Amélia *et al.* (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p.169-208.

SENNETT, Richard. **Carne e pedra**: o corpo e a cidade na civilização ocidental. Rio de Janeiro: BestBolso, 2008.

SILVA, José Graziano da. O novo rural brasileiro. In: SHIKI, Shigeo; SILVA, José Graziano; ORTEGA, Antônio César. (Org.). **Agricultura, meio ambiente e sustentabilidade do cerrado brasileiro**. Uberlândia: UFU/Fapemig, 1997. p. 75-100.

SILVA, Vanda Aparecida da. **Menina carregando menino**: sexualidade e família entre jovens de origem rural num município do Vale do Jequitinhonha (MG). 2005. 328 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

SINGLY, François de. **Sociologia da família contemporânea**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SIQUEIRA, Maria Eliane Catunda de Siqueira. Velhice e políticas públicas. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc, 2007. p. 209-223.

VEIGA, José Eli. **Cidades imaginárias**: o Brasil é menos urbano do que se calcula. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2003.

_____. Nem tudo é urbano. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 56, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br>>. Acesso em: 10 out. 2005.

VIEGAS, Susana de Matos; GOMES, Catarina Antunes. **A identidade na velhice**. Ambar: Porto-Portugal, 2007.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. Reencontro com o Nordeste: itinerários de pesquisa e construção do campo intelectual dos estudos rurais. **Estudos de Sociologia**, n. 1, v. 5, 28p, 2008.

WOORTMANN, Ellen; WOORTMANN, Klaas. Velhos camponeses. **Revista Humanidades** - Terceira Idade, Brasília, n. 46, p. 132-141, 1999.

WOORTMANN, Klaas. Com parente não se neguecia: o campesinato como ordem moral. **Anuário antropológico/87**. Brasília: Editora da UnB, 1990.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Da velhice da praça a velhice da roça**: revisitando mitos e certezas sobre velhos e famílias na cidade e no rural. 2010. 319 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 dez. 1998.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PATATIVA DO ASSARÉ. **Cantos de Patativa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Borsoi, 1967.

O CIDADÃO IDOSO: CONSUMIDOR E PRODUTOR CULTURAL

José Carlos Ferrigno¹

1 INTRODUÇÃO

Atividades culturais, esportivas, turísticas e de lazer nos remetem à ideia de ocupação voluntária e frequentemente agradável do tempo livre das obrigações, sobretudo do trabalho. No imaginário da classe trabalhadora, após décadas de muita labuta, a aposentadoria surge como promessa de um tempo de liberdade de escolhas e de realização de sonhos por muitos anos acalentados. Este capítulo pretende analisar quais são, na atualidade, as condições de acesso à cultura e ao lazer, por parte dos aposentados brasileiros, comentando as ofertas institucionais e a qualidade dos serviços disponibilizados aos idosos em nosso país. As atividades de lazer oferecidas nos centros de convivências de idosos e nas faculdades abertas à terceira idade são compatíveis com as expectativas desse público? Além de lazer recreativo, de entretenimento, temos também oferta suficiente de lazer educativo? O idoso brasileiro está tendo a oportunidade não só de consumir cultura, mas também de produzir cultura? Qual o seu espaço para assumir a função de preservador e transmissor de nossa memória cultural para as novas gerações? Além de todos esses questionamentos, importa saber até que ponto a participação desse segmento etário tem sido favorecida pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, conhecida como Política Nacional do Idoso (PNI), nas programações culturais das entidades públicas e privadas.

2 O DIREITO À CULTURA E O QUE ENTENDEMOS POR CULTURA

O termo *cultura* adquiriu diversos significados através dos tempos e, mesmo na atualidade, mantém seu caráter polissêmico, fato que permite pensá-lo sob diferentes ângulos. Evidentemente, uma discussão mais aprofundada sobre tema tão vasto foge ao âmbito e ao intuito deste capítulo. Os dicionários apresentam um conceito genérico e antropológico de cultura, considerando-a como sendo o modo de vida da sociedade, que abrange suas ideias, crenças, instituições, costumes, leis,

1. Psicólogo e doutor em psicologia social pela Universidade de São Paulo (USP); especialista em gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e pela Universidade de Barcelona e em gestão de programas intergeracionais pela Universidade de Granada; e consultor em planejamento, acompanhamento e avaliação de programas de preparação para a aposentadoria, de ocupação do tempo livre e lazer do trabalhador aposentado.

técnicas, conhecimentos etc. Cunha (2010, p.17) acrescenta que por *cultura* pode se entender o patrimônio material e simbólico de uma coletividade, compartilhado e transmitido de geração a geração.

Essa abrangência semântica já nos permite, em relação ao tema deste capítulo, registrar uma observação importante. Na verdade, o termo cultura engloba o lazer, o esporte e o turismo. Em algum momento, já ouvimos expressões como: *cultura do lazer, cultura do esporte e cultura do turismo*. Portanto, no encaminhamento deste trabalho, darei um tratamento particularizado a cada um desses termos, sem, todavia, esquecer que tudo o que é produzido pela ação humana é cultura.

Constatada essa amplitude do termo, escolho um conceito de cultura que me parece muito fértil do ponto de vista social e político, além de esclarecedor quanto às condições de vida e às potencialidades dos cidadãos mais velhos. Para tanto, comentarei um relato do eminente professor Alfredo Bosi sobre uma experiência por ele vivida e sua brilhante reflexão sobre a mesma (Bosi, 1997, p. 33-58).

Trata-se de um inusitado episódio vivido em Florença, quando lá estava a estudos. Bosi havia se hospedado em uma pensão, uma habitação muito antiga, que não possuía mesmo algo tão prosaico como um chuveiro elétrico e, por isso, era obrigado a se deslocar a um banho público de uma estação de trem. Após, várias e divertidas tentativas para resolver o problema, ele resolveu comprar uma enorme bacia e a levou até a pensão. Ao vê-lo carregar pela rua, desajeitado, esse grande objeto, a dona da hospedaria, entre espantada e contrariada, dirige-se a ele e diz: “O senhor tem cultura, mas é muito democrático”, por considerar impróprio a uma pessoa culta o papel de carregador.

Alfredo Bosi passa, então, a desenvolver suas reflexões sobre o que é cultura a partir dessa frase que revela a seguinte ideologia conservadora, de diferenciação de classe social: o trabalho braçal é feito para quem não tem cultura. A cultura, nessa perspectiva, é entendida como algo que se tem, assim como se tem qualquer outro objeto. Tal posse, nesse modo de perceber a realidade, dá direito a certos privilégios, por exemplo, ser poupado de serviços pesados. A cultura é vista como um fator de divisão entre tipos de pessoas, algumas têm, outras, não. Na condição de uma posse, a cultura é vista como mercadoria ou herança e, portanto, um bem a ser acumulado. Ou seja, soma de coisas desfrutáveis, como livros, discos, obras de arte.

Alternativamente, Alfredo Bosi nos convida a entender a cultura como “fruto de processo de trabalho”, fazendo jus, aliás, à sua raiz etimológica, que tem a ver com o cultivo, pois vem do latim *colere*. Então, se a cultura é processo de trabalho, não é exclusiva desta ou daquela classe social, pertence a todas as classes. Principalmente, àquelas que, de fato, trabalham. E, acrescento eu, também a todas as gerações.

O autor nos mostra o envolvimento das comunidades pobres na organização das atividades da chamada cultura popular. Nela, o papel dos mais velhos é fundamental para o repasse dos conhecimentos dos ritos e de seus significados, enfim das tradições, às novas gerações. A memória social ou histórica é imprescindível para um entendimento desalienado e desalienante de cultura. As sociedades que esquecerem seu passado errarão sem encontrar a porta de saída, que é a própria reflexão sobre o passado. O ato de lembrar deve ser visto como um ato de desocultação da verdade histórica.

Desenvolvendo raciocínio semelhante e seguindo as teorizações empreendidas por Karl Marx e Georg Lukács, Goldmann (1991) argumenta que a reificação ou coisificação da noção de cultura se deve à prevalência do valor de troca dos produtos, típico das economias mercantilistas, sobre o valor de uso dos produtos. Isto é, os produtos do trabalho humano não são valorizados pela sua capacidade de satisfazer necessidades específicas. Assim, a cultura, reificada como mercadoria, serve para ser trocada por prestígio, privilégio, bens materiais e até dinheiro, em vez de promover a satisfação de necessidades humanas, na perspectiva de uma melhor qualidade de vida e do aperfeiçoamento da cidadania.

3 O IDOSO COMO CONSUMIDOR DE CULTURA

Do exposto até aqui, fica a ideia de que é possível pensar no direito do idoso à cultura, tanto na condição de consumidor de bens culturais quanto na de produtor de cultura. O termo *consumidor* no contexto de uma sociedade consumista e despolitizada como a nossa é, compreensivelmente, posto em suspeição. Em nossos dias, o consumidor é visto como um ser apenas preocupado com seus interesses particulares, portanto, alienado das causas sociais. Uma avaliação do grau de consciência e participação política, porém, depende, obviamente do que e de como se consome. Referindo-se às possibilidades do consumidor cidadão, para Canclini (2008, p. 35), “é preciso desconstruir as concepções que julgam os comportamentos dos consumidores como predominantemente irracionais e as que somente veem os cidadãos atuando em função da racionalidade dos princípios ideológicos”.

Portanto, o consumo cultural de boa qualidade pode ensejar ao idoso a oportunidade de uma fértil ocupação de seu tempo livre e, conseqüentemente, se converter em um poderoso estímulo a uma efetiva participação cidadã. Para tanto, é necessária uma ampla oferta de produtos culturais acessíveis às condições financeiras do idoso, mas não só. A acessibilidade física é igualmente fundamental. Os equipamentos culturais tendem a se concentrar em bairros mais nobres e mais centrais das cidades brasileiras. Além das distâncias, a precariedade dos transportes públicos, muitas vezes, inviabiliza a chegada a cinemas, teatros, parques, centros de lazer etc.

4 O IDOSO COMO PRODUTOR DE CULTURA

Nas décadas mais recentes, a maior presença dos idosos nos espaços públicos não decorre apenas do aumento desse contingente etário, mas também de mudanças comportamentais. Movidos pelo desejo de viver mais intensamente, consoante os novos valores da contemporaneidade, eles se tornaram mais participantes, mais reivindicativos, mobilizaram-se na defesa de seus direitos e, como consequência, elevaram-se as expectativas de possibilidades de realização na velhice.

O encontro de gerações, em circunstâncias ideais de respeito e amizade, pode ensejar ricas trocas de experiências nas quais o idoso alterna a posição de professor e de aluno dos jovens. Nas sociedades em que é valorizado, sua função de professor é ressaltada. A história nos mostra que, em épocas turbulentas, de transição, de rápidas mudanças, os jovens tendem a tomar o comando da comunidade ou mesmo de uma nação. Nos momentos que exigem reorganização e garantia de repasse das tradições, porém, a figura do velho é essencial. A palavra tradição vem do latim *traditio*. O verbo é *tradire* e significa precipuamente entregar, designa o ato de passar algo para outra pessoa, ou de uma a outra geração (Bornheim, 1997, p.18).

A sabedoria dos velhos, desde as anotações de Walter Benjamin, prossegue sendo desperdiçada pela sociedade de consumo, alienada de sua própria história. Todavia, tanto a ação cultural da qual os idosos são o público alvo, quanto a ação cultural da qual eles podem e devem ser os sujeitos, trazem a promessa de dias melhores. Essas ações se somam aos esforços de todos aqueles que estão voltados para a construção de uma sociedade mais humana e solidária (Benjamin, 1986, p. 195).

5 TEMPO LIVRE E LAZER

O termo *lazer* tem sua origem no verbo latino *licere*, que significa ser possível, permitido, lícito, poder fazer algo, e tem a ver com a liberação de obrigações, possibilitando o exercício de atividades entendidas como de lazer. Entre os antigos gregos, o lazer ou o ócio era muito valorizado, pois permitia o nobre exercício da política e da filosofia, enquanto o trabalho, atividade utilitária que atendia a necessidades biológicas, era visto como algo menor e reservado a mulheres e escravos, sobretudo o trabalho manual. O termo *trabalho*, aliás, deriva do latim *tripalium*, antigo instrumento de tortura. Associava-se a ele, portanto, a noção de sacrifício e sofrimento.

Mais recentemente, no século XIX, em plena Revolução Industrial, o lazer passa a ser sentido como um fundamental fator de humanização das condições de trabalho. Nessa época, o trabalhador, incluindo crianças, mulheres e velhos, tinha jornadas de treze a dezesseis horas diárias, num contexto de infâmia e terrível opressão. Paulo Lafargue, testemunha dessas iniquidades, comenta com ironia e indignação em seu *Direito à Preguiça* que “uma estranha loucura se apossou das

classes operárias das nações onde reina a civilização capitalista. Esta loucura arrasta consigo misérias individuais e sociais. Esta loucura é o amor ao trabalho, a paixão moribunda do trabalho, levado até o esgotamento das forças vitais do indivíduo” (Lafargue, 1977, p. 7).

Nas décadas seguintes a situação do trabalhador foi melhorando. Tanto a progressiva redução da jornada quanto a melhoria das condições de trabalho, porém, foram determinadas principalmente mais pelas vitórias do movimento operário do que devido a avanços tecnológicos. Com muita luta, puderam os trabalhadores conquistar os direitos trabalhistas desfrutados em nossos dias, como o direito a aposentadoria, entre outros. Conseqüentemente, o direito ao lazer foi construído mais como resultado de legislações de proteção ao trabalhador do que como decorrência do desenvolvimento econômico ou de concessões por parte dos empregadores.

Sem dúvida, as conquistas da tecnologia possibilitaram o aumento da produtividade e contribuíram para o aumento do tempo livre e para uma mudança de mentalidade. Assim, a partir nos anos 1970, a sociologia do lazer, historicamente preterida como campo de pesquisa em favor da sociologia do trabalho, como aponta Magnani, passou a florescer. Esse autor nos mostrou, com sua pesquisa pioneira sobre a vida na periferia de São Paulo, que o lazer está presente em todas as classes sociais, mesmo nas mais pobres e que é fator de humanização das relações sociais (Magnani, 1998).

É interessante observar como tem sido caracterizado o lazer na contemporaneidade. Dumazedier (1976), por exemplo, define o lazer como

o conjunto de ocupações às quais o indivíduo se entrega de livre vontade, seja para repousar, seja para se divertir ou, ainda, para desenvolver sua formação ou informação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais.

Dessa perspectiva, portanto, o lazer se opõe à ideia de obrigação. O lazer promete benefícios, já que

permite uma participação social maior e mais livre para a prática de uma cultura desinteressada do corpo, da sensibilidade e da razão. Também oferece possibilidades de integração a associações culturais e o desenvolvimento de novas habilidades (*op. cit.*, p. 94).

Acreditando também na melhoria das condições de vida promovida pelo lazer, para Domenico de Masi,

o futuro pertence a quem souber libertar-se da ideia tradicional do trabalho como obrigação ou dever e for capaz de apostar numa mistura de atividades em que o trabalho se confundirá com o tempo livre, com o estudo e com o jogo, enfim com o “ócio criativo” (Masi, 2000, p. 8).

O lazer é visto principalmente como entretenimento, embora possa ser um poderoso instrumento de educação, com vantagens sobre o ensino formal, ao associar exatamente educação com diversão. Isso porque, além de atividades reflexivas e teóricas, o lazer desenvolvido por meio de oficinas de criatividade oferece um trabalho prático. Nesse caso, de acordo com Head (1986, p. 48-61), há a oportunidade de uma educação obtida pelos jogos ou pela arte, que distingue a diversão ativa (o esporte amador, por exemplo) de um entretenimento passivo (ver TV).

Para Head, o entretenimento é formado por ingredientes de uma dieta pobre que não alimenta e da qual logo esquecemos. A “educação nas coisas”, como diz Head, é algo que implica um contato direto com os objetos e não apenas o manejo com as suas representações, característica do modelo intelectualista de educação. Para essa tarefa, o autor vê nas artes um papel fundamental. Segundo ele, é preciso viver a arte se quisermos ser permeados pela arte. Por meio de atividades como tocar um instrumento, pintar, dançar etc., passa-se a ter mais influência sobre nossa mente e nosso corpo. O ideal é combinar liberdade e trabalho, transformando trabalho em diversão e diversão em trabalho.

Quando o que fazemos é o exercício da habilidade e da imaginação humanas em todos os campos do trabalho humano, então as diferenças entre trabalho e diversão, entre arte e indústria, entre profissão e recreação, entre os jogos e a poesia – todas essas distinções desaparecem. O ser humano se torna ser humano total, e seu modo de vida uma contínua celebração de sua força e imaginação (Head, 1986).

A educação pela arte de que fala Head, via oficinas de dança, música, teatro, artes plásticas etc. fazem parte da programação de diversas instituições socioculturais brasileiras de ensino não formal, de natureza pública ou particular, dirigidas a todas as faixas etárias. Nelas, os idosos têm a oportunidade do desenvolvimento cultural e artístico.

6 LAZER NA APOSENTADORIA E NA VELHICE

Entre as diversas formas de ocupação do tempo livre da aposentadoria e da velhice (segunda carreira, empreendedorismo, trabalho voluntário, militância política religiosa ou social), destaca-se o lazer. Nas últimas décadas, multiplicaram-se as instituições que propiciam a formação de grupos de idosos para atividades dessa natureza. Muitos idosos têm buscado por conta própria um estilo de vida mais participativo, influenciados pelos apelos da mídia e pelas recomendações da ciência. Uma parcela cada vez maior da população idosa vive um processo de ressocialização, formando novas amizades e fazendo parte de uma turma de amigos, como ocorre com adolescentes e gerações mais jovens. Para muitos velhos, essa oportunidade equivale ao ingresso em uma nova família – no caso, livremente escolhida. Em instituições socioculturais, é fácil perceber as diferentes turmas de terceira idade

e seus interesses diversos: a turma do baile, do baralho, os grupos que se engajam em atividades como cursos, palestras, teatro, coral, esporte, turismo etc.

A indústria do entretenimento se expande em todo o mundo e tem nos idosos um importante mercado consumidor, capaz ainda de muito crescimento. Assim como há lazer em todas as classes sociais, há também lazer em todas as faixas etárias, inclusive na velhice. O lazer, como tempo liberado de obrigações, corresponde a uma dispensa periódica do trabalho no fim do dia, da semana, do ano ou, finalmente, da própria vida de trabalho. Assim, pensar no lazer da terceira idade é pensar no lazer da aposentadoria. Nesse momento da vida, abre-se ao indivíduo uma oportunidade para inúmeras realizações. Como bem aponta Attias-Donfut (1980, p. 9-28), o lazer pode contribuir para a emergência de uma força social capaz de aproximar as idades, de desenvolver novas formas de troca entre as gerações e, inclusive, enriquecê-las.

6.1 Qual é o lazer do idoso brasileiro na atualidade? Como ele utiliza seu tempo?

Na área da leitura há progressos. A Federação do Comércio do Rio de Janeiro (Fecomércio-RJ) nos apresenta uma pesquisa cujos resultados são positivos: os brasileiros estão lendo mais. Em 2010, 34% dos entrevistados informaram que leram no mínimo um livro, contra 23% em 2009. O crescimento da prática da leitura parece estar relacionado às bienais literárias e também ao avanço dos *e-books*. A boa notícia para os gerontólogos é que a maior expansão ocorreu na população com 60 anos ou mais: de 9%, em 2009, para 23%, em 2010 (Fecomércio, 2013).

Em 2006, ampla pesquisa nacional, denominada *Idosos no Brasil*, foi realizada por uma parceria formada pela Fundação Perseu Abramo, pelo Serviço Social do Comércio (Sesc) Nacional e pelo Sesc São Paulo (Neri, 2007). Foram entrevistados 2.136 idosos e 1.608 jovens e adultos de 16 a 59 anos, pois não somente a opinião dos idosos sobre eles mesmos foi objeto de investigação, mas também a imagem de velhice entre as gerações mais novas. Outro e importante objetivo desse grande levantamento foi conhecer as condições de vida do idoso brasileiro nas várias áreas de seu cotidiano, incluindo-se aí suas atividades de lazer.

Vejamos alguns dados que a referida pesquisa forneceu. Quando perguntados sobre o que mais gostam de fazer no tempo livre, a resposta espontânea mais frequente (29%) foi ver TV. A atividade feita fora de casa que mais apreciam é passear (21%). Na pergunta com múltiplas escolhas, as atividades de lazer mais praticadas em casa são: ver TV (93%); ouvir rádio (80%); cuidar de plantas (63%); leitura (52%); e cuidar de animais (43%).

Uma informação alentadora encontrada pela pesquisa é que 51% dos entrevistados têm mais possibilidades de lazer nos dias de hoje do que tinham

antes de completar 60 anos de idade. Esse dado relativiza, portanto, a propalada inatividade dos idosos.

Inquiridos sobre por que não realizam determinadas atividades de lazer que gostariam, 33% alegaram falta de dinheiro, e 17%, problemas de saúde. Outros fatores foram declarados, como falta de tempo e de companhia, além de obrigações familiares, como cuidar de parentes. Todavia, 25% afirmaram que não há nada que impeça a realização de atividades que apreciam.

Sabemos que, além de problemas financeiros e de saúde, muitos entraves vividos pelos idosos devem-se a dificuldades de uma ocupação criativa do tempo livre. Muitos viveram boa parte de suas vidas para o trabalho na árdua luta pela subsistência. Destes, vários nem em suas infâncias puderam brincar, pois desde cedo já assumiram obrigações dentro e fora do lar. Não foram, portanto, educados para o exercício do lazer.

Uma política cultural voltada tanto para os velhos quanto para as demais gerações deve ter como objetivo não apenas a educação pelo lazer mas também para o lazer. Em outras palavras, deve propiciar condições às pessoas para que decidam como aproveitar da melhor forma seu tempo livre. Tendo em vista a importância desse tipo de atividade para o bem-estar e a emancipação do idoso, a educação para seu exercício deve começar mais cedo na vida, e não somente na velhice.

Outra séria questão a se considerar como obstáculo a uma criativa prática do lazer, relaciona-se às barreiras impostas pelos preconceitos sociais dirigidos aos velhos, que, de uma forma ou de outra, podem se traduzir em constrangimentos, limitando suas opções quanto ao que fazer e a quais projetos de vida desenvolver no imenso tempo livre da aposentadoria, que se abre graças ao aumento da longevidade.

7 ESPORTE E ATIVIDADES FÍSICAS ENTRE OS IDOSOS

A importância da atividade física para a promoção da saúde da pessoa idosa está muito bem estabelecida pela ciência e é cada vez mais reconhecida pela opinião pública, sendo notória a crescente popularização dos exercícios físicos na terceira idade. Esse fenômeno é recente, contudo, nem sempre foi assim. Vejamos, então, como se deu essa evolução.

Os primeiros programas de atividades físicas para idosos surgiram no cenário nacional com mais visibilidade nos anos 1970. Uma das entidades pioneiras foi o Sesc São Paulo que, em 1974, iniciou cursos de ginástica e natação destinados à terceira idade. No início dos anos 1980, o Sesc inaugurou o programa Esporte para Idosos (Souza, 2010, p. 16-17). As primeiras atividades foram ginástica e natação. Nos anos seguintes, houve uma ampliação de oferta com dança, hidroginástica, ioga e *tai chi chuan*.

Professores mais antigos da instituição contam que naquela época ainda não havia uma cultura de cuidados com o corpo, sobretudo entre pessoas mais velhas, e que, por isso, os primeiros interessados, apareciam para as aulas trajando calça, camisa e até sapato social! Hoje, em contraste, constatamos a existência de uma gigantesca indústria de produtos para exercícios físicos, inclusive bem direcionada a idosos.

Levando em conta a dimensão educativa e social do esporte, várias abordagens baseiam-se na ideia de um esporte inclusivo, a partir de uma série de adaptações de regras e equipamentos para que o maior número possível de pessoas, idosas ou não, e de acordo com suas condições físicas, possam exercer as mais variadas modalidades esportivas, como vôlei, basquete, handebol, pólo aquático etc. A prática esportiva nessa perspectiva é a do *esporte-participação* ou *esporte para todos*, permeada pelo espírito lúdico, da educação, do respeito às diferenças e do estímulo ao exercício da cidadania.

Ao lado de instituições culturais e desportivas que promovem esporte para idosos, como o Serviço Social da Indústria (Sesi), a Associação Cristã de Moços (ACM) e o Sesc, por sua amplitude, merecem destaque os Jogos Regionais do Idoso (Jori), promovidos desde 1994 pelo governo do estado de São Paulo. Nele, representações municipais de atletas idosos disputam várias modalidades esportivas. Entre quarenta e cinquenta cidades são envolvidas em cada edição desse evento.

Afinal, o quanto o idoso brasileiro pratica esportes e atividades físicas? Um importante e auspicioso dado do já mencionado levantamento *Idosos no Brasil* (Neri, 2007), diz que 51% dos consultados declararam fazer caminhadas; desse percentual, sendo 57% homens e 46% mulheres. Outras práticas corporais também foram relatadas. Em algumas, os homens se mostram mais ativos: 18% deles andam de bicicleta, contra apenas 2% das mulheres. Noutras, são as mulheres que aparecem mais fortemente: 10% delas fazem ginástica, contra 7% dos homens. Em comparação a outros países, China e Japão, por exemplo, os brasileiros não se exercitam muito, mas a tendência é de aumento, como efeito de maior consciência sobre os benefícios da atividade física para a saúde.

8 O IDOSO E A EXPANSÃO MUNDIAL DO TURISMO

Um sonho muito comum e bastante acalentado por aqueles que vão se aposentar ou por quem já se aposentou é viajar. O turismo, sem dúvida, é uma das mais cobiçadas formas de lazer. Conhecer novos lugares, visitar monumentos, museus, contemplar novas paisagens e desfrutar de novos costumes é o desejo da maioria das pessoas. Essa aspiração tem se tornado realidade para muitos brasileiros. Nunca se viajou tanto, seja pelo território nacional, seja para o exterior, como resultado de uma relativa estabilidade econômica nos anos recentes. Já há algumas décadas,

testemunhamos a massificação do turismo, cada vez mais acessível à classe média, graças ao barateamento dos preços de hospedagem e transporte.

O chamado turismo social, empreendido por organizações públicas e privadas, além de ampliar o acesso às classes populares, se preocupa com o desenvolvimento cultural dos participantes. O Sesc é uma das entidades pioneiras nesse tipo de ação, com excursões à sua colônia de férias na cidade de Bertiooga, inaugurada em 1948. Além desse destino, a instituição mantida pelos empresários do ramo do comércio promove excursões para várias localidades brasileiras. A entidade resume seus objetivos, afirmando que sua proposta consiste em

organizar vivências turísticas que ofereçam aos participantes a possibilidade de desenvolvimento de suas habilidades intelectuais e físicas, de aquisição de conhecimentos e de interação dos indivíduos, sempre por meio da oferta de produtos e serviços acessíveis ao seu poder aquisitivo ou adaptado a possíveis necessidades especiais da clientela (Sesc, 2014).

A natureza das ações que regem essa iniciativa “são balizadas por quatro princípios interdependentes: a democratização do acesso à atividade turística, o desenvolvimento social dos participantes, a educação pelo turismo e a educação para o turismo” (*idem, ibidem*).

Vale ressaltar que, em 2013, mais da metade da clientela do turismo social do Sesc, 57%, era de maiores de 55 anos (*idem, ibidem*).

Acevedo (1998) apresenta os motivos que os idosos manifestam para viajar: encontrar pessoas e se socializar (61%); escapar da rotina (82%); descansar e relaxar (83%); visitar museus e lugares históricos (66%); experimentar novos costumes/conhecer lugares novos (89%). No comparativo que a autora fez com outras faixas etárias, para as pessoas mais idosas, em relação às viagens, seriam mais importantes: procurar enriquecimento intelectual e espiritual; contar aos amigos sobre o passeio; ir a festivais ou eventos especiais; e visitar museus e lugares históricos.

Além dos benefícios aos próprios turistas, idosos ou não, o turismo gera empregos, sendo, portanto, importante fator de desenvolvimento econômico que se concretiza pela expansão e melhoria da rede hoteleira e de transportes e pela ocupação dos equipamentos turísticos na baixa estação, já que a maioria do público da terceira idade viaja nessa época, aproveitando preços mais em conta e ambientes mais tranquilos. A proposta de viagens, em condições econômicas mais acessíveis, configura o chamado turismo social, que o Ministério do Turismo define como: “a forma de conduzir e praticar a atividade turística promovendo a igualdade de oportunidades, a equidade, a solidariedade e o exercício da cidadania na perspectiva da inclusão (Brasil, 2014).

O turismo para idosos, no entanto, demanda atendimento especializado para lidar não apenas com a recreação mas, também, com demandas de saúde.

Assim, a multiplicação desse tipo de turista exige mais cuidados e tem ensejado maior diversidade de profissionais para o serviço, tais como: médicos, enfermeiros, massagistas, *personal trainer*, nutricionistas, entre outros. Além, evidentemente, da demanda de mais emprego para as profissões convencionais como as de garçom, cozinheiro e arrumadeira.

A terceira idade é, sem dúvida, um dos segmentos no qual a indústria do turismo mais investiu. De olho nas economias feitas pelos aposentados durante muitos anos de trabalho, a indústria do entretenimento oferece pacotes turísticos a preços convidativos e com pagamentos em longo prazo.

Em 2007, o Ministério do Turismo criou o programa Viaja Mais Melhor Idade, que tem como objetivo a promoção da inclusão social dos idosos, aposentados e pensionistas por meio do turismo. Ele faz parte do Plano Nacional de Turismo 2007-2010. A ideia do programa é incentivar os idosos a viajar durante o período de baixa temporada, a preços mais acessíveis. Os financiamentos são feitos pelo Banco do Brasil ou pela Caixa Econômica Federal. O programa organizou e comercializou pacotes customizados para a terceira idade, aposentados e pensionistas. A soma de pacotes vendidos entre 2007 e 2010 chegou a 600 mil. O programa funcionou até 2010 e deve voltar em agosto de 2014 (Brasil, 2014).

Para se ter uma ideia mais concreta da adesão dos idosos à prática do turismo, ao longo de 2008, cerca de 200 mil pacotes turísticos foram comercializados pelo programa Viaja Mais Melhor Idade. O número é 2.122,22% superior ao registrado durante a primeira fase do programa, entre agosto e dezembro de 2007, quando foram vendidos aproximadamente 9 mil pacotes (Viagens, 2014).

9 A PNI E O DIREITO A CULTURA, LAZER, ESPORTE E TURISMO

Antes da PNI, promulgada em 1994, é bom lembrar que a Constituição Federal de 1988 incorporou o lazer como direito básico do cidadão brasileiro, no capítulo II (Dos Direitos Sociais); no capítulo III (Da Educação, da Cultura e do Desporto); e no Capítulo VII (Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso). É possível que essa incorporação tenha contribuído para se contrapor ao entendimento de que o lazer é um assunto menor do ponto de vista dos direitos humanos e dos requisitos para o exercício pleno da cidadania.

A PNI, em seu capítulo IV, Das Ações Governamentais, art. 10, diz que na implementação da política nacional do idoso são competências dos órgãos e entidades públicos na área de cultura, esporte e lazer:

- a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

- b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;
- c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;
- d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;
- e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade (Brasil, 1994).

Como se pode ver, o direito à fruição dos bens culturais, embora claramente expresso na lei, não é tão enfatizado quanto o direito à produção cultural, que aparece em vários momentos. Assim fazendo, a PNI, incentiva a proatividade dos idosos, reconhecendo seu valor contributivo para a cultura brasileira, como transmissor da história e das tradições. No entanto, o que se verifica com mais frequência são atividades culturais feitas *para* os idosos, não aquelas realizadas *pelos* idosos.

O turismo, propriamente, não é mencionado na lei, mas se for entendido como uma atividade cultural e de lazer, como deve ser, de acordo com meu ponto de vista, então, estará contemplado.

10 A PNI FACILITOU AO IDOSO O ACESSO À CULTURA, AO LAZER, AO ESPORTE E AO TURISMO?

Difícil dizer. Há indícios que nos levam a crer que os idosos têm tido, nos últimos anos, mais acesso à cultura. A conjunção de três fatores, contudo, parece ter sido mais determinante para ocorrência desse fenômeno do que a influência direta da PNI. Primeiramente, o aumento da consciência coletiva sobre a importância e o direito à fruição dos bens culturais e seus benefícios físicos e psíquicos, decorrente da popularização do tema pela mídia, via legitimadores discursos de especialistas. O segundo fator a se considerar é o crescente interesse de grupos econômicos que compõem a indústria do entretenimento pela clientela de aposentados. Por fim, em terceiro lugar, a expansão do atendimento realizado por organizações não governamentais (ONGs) e instituições socioculturais não lucrativas, tanto da iniciativa pública quanto privada (como prefeituras, Sesi, Sesc, ACM, centros de convivência, Faculdades Abertas etc.), conforme demonstrado em Ferrigno, Leite e Abigailil (2006, p.1436-1443). Claro, podemos dizer que, sim, foi importante a promulgação da PNI, mas os fatos mostram que, mesmo sem ela, teríamos uma ampliação da oferta cultural ao público da terceira idade.

Os próprios idosos expressam a percepção de aumento das possibilidades de práticas culturais nos anos recentes. No Encontro Nacional de Idosos, organizado pelo Sesc São Paulo em 2005, com o tema Avaliação e perspectivas do estatuto do

idoso, os participantes do evento construíram o documento Carta Aberta à Nação, no qual a situação de acesso ao lazer e às atividades culturais são avaliadas como “menos dramáticas”, em comparação a outras áreas dos direitos do idoso. Mesmo considerando as dificuldades financeiras da maioria dos aposentados, o documento constata o respeito ao direito a descontos no valor de ingressos para espetáculos e o aumento da oferta de atividades gratuitas para a terceira idade (Sesc, 2006, p. 8-9). Corroborando a posição dos idosos que participaram desse Encontro, lembramos que, na já mencionada pesquisa *Idosos no Brasil*, a falta de dinheiro foi apontada como o principal fator de limitação para o lazer do idoso brasileiro (Neri, 2007).

11 CONCLUSÃO

Um comentário ao final destas reflexões: se fizermos um recorte por gênero, quanto a hábitos de lazer e participação em atividades socioculturais, constataremos a baixa presença masculina na terceira idade. Alguns fatores, somados, podem explicar a supremacia numérica das mulheres idosas em atividades de lazer, configurando o fenômeno contemporâneo da *feminização da velhice*. A primeira e mais evidente razão se vincula à maior longevidade feminina. A segunda nos mostra que os homens tendem a trabalhar durante mais tempo. Muitos, aliás, além do necessário para a garantia de subsistência, seja por motivos de autorrealização, seja porque supervalorizam o trabalho, não se permitindo momentos de lazer, atitude que os afasta de centros culturais e de grupos de convivência. O terceiro fator tem a ver com certas atividades de lazer como ginástica, dança, música, artesanato, teatro, consideradas por uma parcela de homens como “femininas”, uma avaliação mais frequente entre homens idosos de menor escolaridade e de pouca familiaridade com práticas culturais e artísticas. O quarto motivo prende-se ao fato de que ainda são os homens dessa geração que ocupam com maior desenvoltura os espaços públicos, como bares, praças e ruas. Sair sozinha para um bar ou para um cinema ainda é um comportamento não muito habitual entre as idosas. Como quinto fator, relacionado, por sinal, ao motivo anterior, aponta que mulheres idosas parecem se sentir mais acolhidas e protegidas em grupos de convivência, como atestam inúmeros depoimentos que ressaltam o “ambiente familiar” e, portanto, mais seguro, de instituições sociais e culturais.

Por fim, vale ressaltar um detalhe importante: evidentemente, a qualidade do atendimento aos velhos, não somente na área de cultura, lazer, esporte e turismo, depende do cumprimento da Lei nº 8.842 em setores como segurança, transporte, assistência médica e acessibilidade. Além de melhorar a qualidade do transporte público, é necessária uma política de descentralização desses equipamentos de lazer para os bairros de população mais pobre, ou seja, para a periferia das cidades, geralmente mal atendida por parques e centros culturais. É importante pensar no lazer compartilhado com outras gerações, com a família. Pensar no direito à

ocupação da cidade. Pensar em uma cidade acolhedora, superando as barreiras físicas ou arquitetônicas, barreiras psicológicas, a violência.

Quando se fala de velhice, há uma observação sempre importante a ser feita sobre as desigualdades sociais do nosso país. Se, de um lado, há velhos que preferem que se refiram a eles usando os termos idosos, terceira idade ou até “melhor idade”, entre outros eufemismos, e que consomem as novidades do mercado, cuidam do corpo e do espírito com esmero e cuidado, usufruindo seu bom poder aquisitivo, de outro lado, não nos esqueçamos que existe uma velhice sofrida, sombria, solitária, pobre e doente, que depende da atenção de familiares (quando os tem e quando estes os querem), da comunidade, dos poderes públicos, dos políticos, dos jovens, dos gerontólogos, enfim, de todos nós.

REFERÊNCIAS

ACEVEDO, C. **Perfil do comportamento do consumidor maduro em viagens de lazer**. 1998. Tese (Doutorado) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/4563>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

ATTIAS-DONFUT, Claudine. **Loisir et formation des générations**. Paris: Gerontologie et société, 1980. n. 15.

BENJAMIN, Walter. **Documentos de cultura, documentos de barbárie**. São Paulo: Ed. Cultrix/Edusp, 1986.

BORNHEIM, Gerd. O conceito de tradição. *In*: BORNHEIM, Gerd *et al.* (Org.). **Cultura brasileira: tradição e contradição**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/Funarte, 1997. p. 18.

BOSI, Alfredo. Cultura como Tradição. *In*: BORNHEIM, Gerd *et al.* (Org.). **Cultura brasileira: tradição e contradição**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/Funarte, 1997. p. 31-58.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. **Programa Viaja Mais Melhor Idade**. Brasília: Ministério do Turismo, 2014. Disponível em: <<http://www.turismo.gov.br/turismo/home.html>>. Acesso em: 1º jul. 2014.

CANCLINI, Néstor García. **Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização**. Tradução de Maurício Santana Dias. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.

CUNHA, Newton. **Cultura e ação cultural**: uma contribuição a sua história e conceitos. São Paulo: Edições Sesc-SP, 2010.

DUMAZEDIER, Jofre. **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva, 1976. (Coleção Debates).

FECOMÉRCIO – FEDERAÇÃO DO COMÉRCIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Pesquisa Nacional sobre Hábitos Culturais**. Rio de Janeiro: Fecomércio, 2013. Disponível em: <<http://www.fecomercio-rj.org.br/publique/media/Pesquisa%20Cultura.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2014.

FERRIGNO, J. C.; LEITE, M. L. C.; ABIGALIL, A. Centros e grupos de convivência de idosos: da conquista do direito ao lazer ao exercício da cidadania. *In*: FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GOLDMANN, Lucien. **Dialética e cultura**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1991. p. 130-138.

HEAD, Herbert. **A redenção do robô**. São Paulo: Summus Editorial, 1986.

LAFARGUE, Paul. **O direito à preguiça**. Lisboa: Editorial Estampa, 1977.

MAGNANI, J. G. C. **Festa no pedaço**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MASI, Domenico de. **O ócio criativo**. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2000.

NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Perseu Abramo; Edições SESC-SP, 2007.

SESC – SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. **Carta Aberta à Nação**: avaliação e perspectivas do Estatuto do Idoso. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE IDOSOS, 1. São Paulo: Sesc-SP, 2006.

_____. **Turismo Social**. São Paulo: Sesc-SP, 2014. Disponível em: <<http://www.sescsp.org.br/turismo/sobre-o-sesc-turismo/>>. Acesso em: 16 jul. 2014.

SOUZA, Maria Aparecida Ceciliano de. **Esporte para idosos**: uma abordagem inclusiva. São Paulo: Edições Sesc-SP, 2010.

VIAGENS e atividades de lazer passaram a fazer parte dos hábitos de consumo do idoso. **InfoMoney**, 2014. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/infopessoal/noticias/_HOME_OUTRAS_1513351.shtml>. Acesso em: 20 jul. 2014.

DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO AO ESTATUTO DO IDOSO: A DIFÍCIL CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE GARANTIAS DE DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Alexandre de Oliveira Alcântara¹

*Valor de lei! Só assim, davam tranquilidade
boa à gente. Por que o Governo não cuida?!
Ah, eu sei que não é possível. Não me assente
o senhor por beócio. Uma coisa é por ideias
arranjadas, outra é lidar com país de pessoas,
de carne e sangue, de mil-e-tantas misérias...*

João Guimarães Rosa

1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO MUNDIAL: O FENÔMENO DA QUESTÃO SOCIAL DA VELHICE

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e, no Brasil, a população idosa é o grupo que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento (Camarano, 2005; 2010). Diante de tal realidade, o Estado brasileiro precisa se preparar para atender à demanda desse segmento populacional, principalmente nos setores previdenciário, de saúde, assistência social, segurança pública, habitação e lazer.

As assembleias das Nações Unidas sobre o envelhecimento (1982 e 2002) foram fundamentais para influenciar as legislações de vários países, inclusive o Brasil. Nessas assembleias, foram elaborados planos de ação internacional para o envelhecimento, e as nações se comprometeram a tomar uma série de medidas em defesa desse segmento populacional.

O art. 230 da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) inovou ao exigir a efetiva proteção à pessoa idosa por parte do Estado, da sociedade e da família. A velhice digna é um direito humano fundamental, porque expressão do direito à vida com dignidade. Em termos infraconstitucionais, a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso representam as principais leis ordinárias de proteção da pessoa

1. Promotor de Justiça da 17ª Promotoria de Justiça Cível da Comarca de Fortaleza (Núcleo do Idoso e da Pessoa com Deficiência); associado à International Association of Prosecutors (IAP); especialista em gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); mestre em direito pela Universidade de Fortaleza (Unifor); mestre em filosofia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

idosa. Ocorre que, transcorridos quase três décadas da redemocratização do país e de todo esse labor legislativo pró-idoso,² as políticas públicas para o envelhecimento ainda não foram efetivadas. Uma rápida leitura da PNI e o do Estatuto do Idoso demonstra uma dívida do Estado com esse segmento populacional, restando às famílias a grande responsabilidade e o ônus de cuidar de seus idosos.

2 PNI: POLÍTICAS PÚBLICAS NÃO EFETIVADAS E O EMBRIÃO DE UM SISTEMA JURÍDICO DE GARANTIAS

A Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, criou a PNI e foi regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Essa lei teve como principais articuladores as entidades civis, destacando-se a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), e as entidades técnicas, como a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

A lei é composta de 22 artigos e estruturada nos seguintes capítulos: capítulo 1 - Da Finalidade; capítulo 2 - Dos Princípios e das Diretrizes; capítulo 3 - Da Organização e Gestão; capítulo 4 - Das Ações Governamentais; capítulo 5 - Do Conselho Nacional; e capítulo 6 - Das Disposições Gerais.

A finalidade da lei é assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua *autonomia, integração e participação efetiva* na sociedade (art. 1º). A lei considerou idosa a pessoa maior de 60 anos de idade (art. 2º).

Reafirmando preceito constitucional presente no art. 230 da CF/1988, elege a família, a sociedade e o Estado como responsáveis (provedores) pela efetiva participação do idoso na comunidade, bem como na defesa de sua dignidade e bem-estar e direito à vida (art. 3º, inciso I). O envelhecimento é um fenômeno social e, assim, todos devem ter informações sobre esse processo (art. 3º, inciso II).

O inciso III do art. 3º reforça o comando constitucional da isonomia ao dispor que o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza. O inciso IV reconhece o idoso como sujeito responsável pela efetivação da lei; e o inciso V afirma o caráter heterogêneo da velhice.

O art. 4º elenca nove diretrizes a serem observadas pelos responsáveis (família, sociedade e Estado) pelo sucesso da PNI:

- recomenda atividades alternativas, visando à integração intergeracional;
- reforça o direito fundamental à associação mediante organizações representativas dos idosos, visando ao acompanhamento pelos próprios interessados, desde a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, programas, projetos etc.;

2. A PNI está vigente há 21 anos, e o Estatuto do Idoso, há onze.

- reafirma o § 1º do art. 230 da CF/1988 ao eleger a família como principal *locus* de atendimento ao idoso;
- decreta a descentralização político-administrativa das políticas públicas para o idoso;
- estabelece a necessidade de capacitação nas áreas de geriatria e gerontologia, bem como, na prestação de serviços;
- institui a implementação de um sistema de informações de todos os programas, projetos, planos ofertados ao segmento idoso nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal);
- determina a criação de mecanismos para a divulgação de informações sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;
- define que é prioritário o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; e
- apoia os estudos e as pesquisas acerca do envelhecimento.

O parágrafo único do art. 4º proíbe a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter geral.

O art. 5º conferia ao Ministério da Previdência e Assistência Social a coordenação da PNI. A esse órgão máximo da gestão da PNI competia: *i*) coordenar as ações relativas à PNI; *ii*) participar na formulação, no acompanhamento e na avaliação da PNI; *iii*) promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da PNI; e *iv*) elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) (art. 8º).

O governo federal, entretanto, de uma forma esdrúxula, pois por decreto, transferiu essa competência para a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), *in verbis*:

O presidente da República, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e no art. 24 da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, decreta:

Art. 1º O art. 2º do Decreto no 1.948, de 3 de julho de 1996, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 2º À Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República compete:

I - coordenar a Política Nacional do Idoso;

II - articular e apoiar a estruturação de rede nacional de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa;

III - apoiar a capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso, junto aos demais órgãos governamentais;

IV - participar, em conjunto com os demais entes e órgãos referidos neste Decreto, da formulação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional do Idoso;

V - promover eventos específicos para discussão de questões relativas ao envelhecimento e à velhice;

VI - coordenar, financiar e apoiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação do idoso, diretamente ou em parceria com outros órgãos;

VII - encaminhar as denúncias relacionadas à violação dos direitos da pessoa idosa aos órgãos públicos competentes; e

VIII - zelar em conjunto com o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso pela aplicação das normas de proteção da pessoa idosa.” (NR).

Art. 2º Ficam revogados o art. 13 do Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, e o inciso VII do art. 11 do Anexo I do Decreto nº 5.550, de 22 de setembro de 2005.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 18 de março de 2009; 188ª da Independência e 121ª da República.

Luiz Inácio Lula da Silva

Dilma Rousseff (Brasil, 2009)

Essa mudança de competência da coordenação da PNI não tem amparo legal na Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos ministérios. O art. 24 dessa lei tão somente atribui à SDH a competência de assessorar o presidente da República na formulação de políticas e diretrizes voltadas à promoção dos direitos do idoso.

Parece que essa legitimidade manca impossibilitou a SDH de exercer as suas importantes atribuições. Sendo assim, algumas perguntas se impõem. Quais as ações de coordenação da SDH relativas à PNI? Qual a participação da SDH no efetivo acompanhamento e avaliação da PNI? Quais as articulações promovidas pela SDH no âmbito dos ministérios, estados e municípios para a implementação da PNI? Qual a participação da SDH na discussão dos orçamentos da União no que diz respeito aos recursos para a PNI?

Em razão dessa total incapacidade e imobilismo da SDH em cumprir a lei, existe hoje uma discussão e rumores do retorno da gestão da PNI para o âmbito do Ministério responsável pela Assistência Social, de onde parece nunca ter saído, pelo menos sob a ótica da legalidade.

A lei estabeleceu a criação de conselhos nacional, estaduais e municipais do idoso, órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por organizações governamentais e não governamentais, com a competência de formulação,

coordenação, supervisão e avaliação da PNI, no âmbito das respectivas instâncias políticas e administrativas (arts. 6^a e 7^a). Em decorrência, entretanto, dos vetos aos arts. 11 a 18 da PNI, a criação do Conselho Nacional do Idoso foi inviabilizada, o que se deu somente em 2002.

Aqui, cabe um parêntese para ressaltar que, apesar da existência do conselho nacional, estaduais e de milhares de conselhos municipais, ainda estamos muito longe do ideal de autonomia desses órgãos de controle social. O Executivo, via de regra, não concede autonomia a essas instâncias, não os dotando de condições mínimas de funcionamento, e não escutando suas deliberações.

A lei, por fim, determina ainda os setores e as diretrizes para as ações governamentais nas quatro esferas da Federação (União, Distrito Federal, estados e municípios): promoção e assistência social; saúde; educação; trabalho e previdência social; habitação e urbanismo; justiça; cultura, esporte e lazer.

No âmbito da Justiça, a PNI foi muito restrita, conforme se vislumbra em seu artigo 10, inciso VI:

VI - na área de justiça:

- a) promover e defender os direitos da pessoa idosa;
- b) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos (Brasil, 1994).

Por fim, os últimos parágrafos da PNI se referem a questões de direitos da pessoa idosa:

§ 1^o É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada.

§ 2^o Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-á nomeado Curador especial em juízo.

§ 3^o Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso (Brasil, 1994).

A questão é: quem promoveria e defenderia os direitos da pessoa idosa? A quem caberia zelar pela aplicação das normas sobre o idoso, determinando ações para evitar abuso e lesões a seus direitos? Na verdade, a PNI não estabeleceu essas competências no âmbito do Sistema de Justiça Brasileira, mas quando prevê ações governamentais para a população idosa no âmbito da Justiça, lança a semente para a criação do Sistema Jurídico de Garantias, que ocorrerá com o Estatuto do Idoso.

Foi fácil perceber que, transcorridos dez anos de vigência da PNI, os direitos das pessoas idosas brasileiras estavam muito longe de serem efetivados. Lança-se

mão de uma nova Lei, buscando-se corrigir a não efetividade da PNI. Será essa a solução para o problema?

Assim, após dez anos da lei que instituiu a PNI, surge o Estatuto do Idoso, a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, mais uma vez, fruto de intensa mobilização do movimento social dos idosos e de várias críticas da não efetivação da PNI.³

3 O ESTATUTO DO IDOSO E A PREVISÃO DE UM SISTEMA DE GARANTIAS DE DIREITOS

Regras como estas: o adequado silêncio dos jovens diante dos mais velhos, a ajuda que devem dar quando eles se sentam e se levantam, a atenção dada aos pais (...) Impor isso como lei, creio, é ingenuidade... Em lugar algum há leis como essas, e elas nem durariam, ainda que fossem normas orais e escritas.

(Platão)

A ideia do Estatuto nasceu, de certa forma, como já dito, da crítica em relação à falta de efetividade e não realização de inúmeras medidas de proteção e ações previstas na Lei nº 8842/1994, que instituiu a PNI. A proposta de uma lei que trouxesse uma proteção específica ao grupo de pessoas idosas (grupo social vulnerável) também foi formada a partir da experiência social do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Assim, surgiram no Congresso Nacional dois projetos de lei de Estatuto do Idoso: o primeiro deles, em 1997, de autoria do deputado e atual senador pelo estado do Rio Grande do Sul, Paulo Paim, cujas linhas mestras haviam sido elaboradas em conjunto com a Federação de Aposentados e Pensionistas do Rio Grande do Sul e a Confederação Brasileira das Federações de Aposentados e Pensionistas. A segunda foi proposta em 1999, pelo então deputado pelo estado de Santa Catarina, Fernando Coruja.

Em 2001, a Câmara dos Deputados constituiu uma comissão especial, composta de vários deputados pertencentes a vários partidos políticos, para examinar as propostas ou projetos de lei, que tratavam do Estatuto do Idoso. O movimento social do idoso foi convidado pela comissão para participar dos debates, fato que legitimou o processo legislativo, principalmente pela ativa participação dos representantes dos cinco fóruns regionais da política nacional do idoso: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, bem como de outras várias organizações não governamentais (ONGs) que atendem aos idosos, em todos os estados brasileiros.

3. Para mais informações, ver Teixeira (2007).

Diante dessa mobilização social, foi organizado em Brasília um seminário sobre o Estatuto do Idoso, que contou com cerca de 500 participantes e resultou em rica contribuição ao projeto do senador Paulo Paim, considerado o mais pertinente com os interesses dos idosos. Desse modo, somados todos esses esforços, o projeto foi aprovado, em outubro de 2003, após dois anos de tramitação no Congresso, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2004. Vale lembrar que a Campanha da Fraternidade de 2003, realizada pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) teve como lema o idoso.

O Estatuto do Idoso, Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, possui 118 artigos e entrou em vigor no dia 1º de janeiro de 2004. É estruturado em sete títulos, na seguinte ordem:

Título I - Disposições Preliminares

Título II - Dos Direitos Fundamentais

Capítulo I - Do Direito à Vida

Capítulo II - Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade

Capítulo III - Dos Alimentos

Capítulo IV - Do Direito à Saúde

Capítulo V - Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer

Capítulo VI - Da Profissionalização e do Trabalho

Capítulo VII - Da Previdência Social

Capítulo VIII - Da Assistência Social

Capítulo IX - Da Habitação

Capítulo X - Do Transporte

Título III - Das Medidas de Proteção

Capítulo I - Das Disposições Gerais

Capítulo II - Das Medidas Específicas de Proteção

Título IV - Da Política de Atendimento ao Idoso

Capítulo I - Disposições Gerais

Capítulo II - Das Entidades de Atendimento ao Idoso

Capítulo III - Da Fiscalização das Entidades de Atendimento

Capítulo IV - Das Infrações Administrativas

Capítulo V - Da Apuração Administrativa de Infração às Normas de Proteção ao Idoso

Capítulo VI - Da Apuração Judicial de Irregularidades em Entidades de Atendimento

Título V - Do Acesso à Justiça

Capítulo I - Disposições Gerais

Capítulo II - Do Ministério Público

Capítulo III - Da Proteção Judicial dos Interesses Difusos, Coletivos e Individuais Indisponíveis ou Homogêneos

Título VI - Dos Crimes

Capítulo I - Das Disposições Gerais

Capítulo II - Dos Crimes em Espécie

Título VII - Disposições Finais e Transitórias

Embora seja alvo de críticas por sua ineficácia normativa em seus onze anos de vida, o Estatuto do Idoso, a meu ver, tem um grande mérito: criou o sistema de garantias de direitos da pessoa idosa, que, apesar de vários percalços, tem buscado efetivar os direitos sociais dos idosos brasileiros. O sistema de garantias previsto no Estatuto é composto pelas seguintes instituições/órgãos: Conselhos do Idoso; Sistema Único de Saúde (SUS); Sistema Único de Assistência Social (Suas); Vigilância em Saúde; Poder Judiciário; Defensoria Pública; Ministério Público; e Polícia Civil. Acredito que a eficiência desse sistema de garantias é uma das possibilidades para a efetividade dos direitos da pessoa idosa. Vale ressaltar, que o tema da 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa foi justamente Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

Nosso enfoque, em razão da lógica já esboçada na PNI, será trazer uma breve reflexão desse sistema de garantias a partir do âmbito da Justiça brasileira (art. 10, VI da PNI), discutindo, assim, as atribuições previstas no Estatuto do Idoso para as seguintes instituições: Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público e Polícia Civil.

3.1 Poder Judiciário

Sem dúvidas, o Poder Judiciário tem importância crucial na efetivação dos direitos da pessoa idosa, pois será necessária a sensibilidade desse órgão para que os direitos previstos na CF/1988, no Estatuto do Idoso e outras leis sejam ou não observados. O Estatuto do idoso é uma lei que visa proteger uma minoria vulnerável, e, com certeza, muitos de seus dispositivos trarão conflitos, principalmente por envolver questões financeiras.

Podemos citar os seguintes exemplos de questões conflituosas geradas pelo Estatuto:

- 1) O Estado (Poder Executivo) se vê obrigado a atender às demandas na área de saúde previstas no art. 15, §§ 1º e 2º, o que certamente vai acarretar a não aplicação de recursos em benefícios de outros segmentos.
- 2) O setor privado também deverá arcar com obrigações geradas pelo Estatuto, como os planos de saúde, diante da vedação da discriminação do idoso pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade (art. 15, § 3º), e os serviços de transporte, diante da gratuidade e dos descontos para idosos no sistema de transporte coletivo interestadual (art. 40). Esses dois dispositivos já foram levados ao Poder Judiciário e certamente são polêmicos. O § 3º do art. 15, que veda a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, revela uma face cruel da realidade de nosso sistema público de saúde. Milhões de pessoas, entre elas os velhos, se veem obrigadas a contratar um plano de saúde privado diante da precariedade dos serviços públicos de saúde. É sabido também que muitas dessas empresas cometem abusos contra o direito desses consumidores, tais como aumentos abusivos, limitações absurdas na utilização de serviços, prestação de serviços precários etc.

Todas essas condutas abusivas devem ser combatidas pelos órgãos de defesa do consumidor e pela Justiça. Deve-se reconhecer que é durante esse período da vida (a velhice), que, em tese, com maior frequência, as pessoas recorrerão aos serviços de saúde e, conseqüentemente, trarão um custo maior para os planos de saúde. Nessa linha de raciocínio, mesmo defensores dos direitos da pessoa idosa, como Ramos (2002), apontam a inconstitucionalidade desse dispositivo, considerando correta a interpretação de que deve haver limites para a cobrança das mensalidades dos idosos, e de que eles podem ter acesso a todos os serviços ofertados para as outras faixas etárias.

Outra consideração sobre esse dispositivo é que sua aplicação acarretaria o aumento acentuado das mensalidades dos planos de saúde de pessoas de outras faixas etárias, situação que poderá acirrar os ânimos dos mais jovens, intensificando a intolerância e os preconceitos contra os idosos. Por outro lado, há autores (Jesus, 2005; Novais, 2006) que defendem a constitucionalidade do dispositivo e acreditam que ele, realmente, combate a discriminação contra o idoso.

Recente decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) entende que a previsão de reajuste de mensalidade de plano de saúde em decorrência da mudança de faixa etária de segurado idoso não configura, por si só, cláusula abusiva, devendo sua compatibilidade com a boa-fé objetiva e a equidade ser aferida em cada caso concreto, *in verbis*:⁴

4. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?processo=1280211&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO>>.

Esp 1280211 / SP
RECURSO ESPECIAL
2011/0220768-0

Relator(a)

Ministro MARCO BUZZI (1149)

Órgão Julgador

S2 - SEGUNDA SEÇÃO

Data do Julgamento

23/04/2014

Data da Publicação/Fonte

DJe 04/09/2014

Ementa

RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA DO CONTRATO DE SEGURO SAÚDE QUE PREVÊ A VARIAÇÃO DOS PRÊMIOS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA - SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA REFORMADA PELO ACÓRDÃO ESTADUAL, AFASTADA A ABUSIVIDADE DA DISPOSIÇÃO CONTRATUAL.

INSURGÊNCIA DA SEGURADA.

Ação ajuizada por beneficiária de plano de saúde, insurgindo-se contra cláusula de reajuste em razão da mudança de faixa etária. Contrato de seguro de assistência médica e hospitalar celebrado em 10.09.2001 (fls. e-STJ 204/205), época em que a segurada contava com 54 (cinquenta e quatro) anos de idade. Majoração em 93% (noventa e três por cento) ocorrida 6 (seis) anos depois, quando completados 60 (sessenta) anos pela consumidora.

Sentença de procedência reformada pelo acórdão estadual, segundo o qual possível o reajuste por faixa etária nas relações contratuais inferiores a 10 (dez) anos de duração, máxime quando firmadas antes da vigência da Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso).

1. Incidência do Estatuto do Idoso aos contratos anteriores à sua vigência. O direito à vida, à dignidade e ao bem-estar das pessoas idosas encontra especial proteção na Constituição da República de 1988 (artigo 230), tendo culminado na edição do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), norma cogente (imperativa e de ordem pública), cujo interesse social subjacente exige sua aplicação imediata sobre todas as relações jurídicas de trato sucessivo, a exemplo do plano de assistência à saúde. Precedente.

2.3. Consequentemente, a previsão de reajuste de mensalidade de plano de saúde em decorrência da mudança de faixa etária de segurado idoso não configura, por si só, cláusula abusiva, devendo sua compatibilidade com a boa-fé objetiva e a equidade ser aferida em cada caso concreto. Precedente: REsp 866.840/SP, Rel. Ministro Luis

Felipe Salomão, Rel. p/ Acórdão Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 07.06.2011, DJe 17.08.2011.

Na realidade, o movimento social dos idosos e as instituições do sistema de garantias, sem deixar de combater os abusos dos planos de saúde privados, deveriam buscar a melhoria do Sistema Público de Saúde para que haja a real efetividade do direito à saúde, e os recursos de milhões de idosos que hoje são gastos com planos de saúde sejam direcionados para outros fins.

Quanto ao direito à gratuidade no sistema de transporte coletivo, a Associação Nacional das Empresas de Transportes Urbanos questionou o art. 39 do Estatuto do Idoso, sendo que o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu pela constitucionalidade do direito previsto no Estatuto, *in verbis*:⁵

ADI 3768 / DF - DISTRITO FEDERAL
AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE
Relator(a): Min. CÁRMEN LÚCIA
Julgamento: 19/09/2007 Órgão Julgador: Tribunal Pleno

Publicação

DJe-131 DIVULG 25-10-2007 PUBLIC 26-10-2007

DJ 26-10-2007 PP-00028 EMENT VOL-02295-04 PP-00597

RTJ VOL-00202-03 PP-01096

Parte(s)

REQTE.(S): ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE TRANSPORTES URBANOS

- ANTU

ADV.(A/S): LUIZ ALBERTO BETTIOL E OUTRO(A/S)

REQDO.(A/S): PRESIDENTE DA REPÚBLICA

ADV.(A/S): ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO

REQDO.(A/S): CONGRESSO NACIONAL

INTDO.(A/S): ASSOCIAÇÃO DOS USUÁRIOS DE TRANSPORTES COLETIVOS DE

ÂMBITO NACIONAL - AUTCAN

ADV.(A/S): JOÃO BATISTA DE SOUZA

Ementa

5. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%283768%2EENUME%2E+OU+3768%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/llrp84w>>.

EMENTA: AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. ART. 39 DA LEI N. 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003 (ESTATUTO DO IDOSO), QUE ASSEGURA GRATUIDADE DOS TRANSPORTES PÚBLICOS URBANOS E SEMI-URBANOS AOS QUE TÊM MAIS DE 65 (SESSENTA E CINCO) ANOS. DIREITO CONSTITUCIONAL. NORMA CONSTITUCIONAL DE EFICÁCIA PLENA E APLICABILIDADE IMEDIATO. NORMA LEGAL QUE REPETE A NORMA CONSTITUCIONAL GARANTIDORA DO DIREITO. IMPROCEDÊNCIA DA AÇÃO. 1. O art. 39 da Lei n. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) apenas repete o que dispõe o § 2º do art. 230 da Constituição do Brasil. A norma constitucional é de eficácia plena e aplicabilidade imediata, pelo que não há eiva de invalidade jurídica na norma legal que repete os seus termos e determina que se concretize o quanto constitucionalmente disposto. 2. Ação direta de inconstitucionalidade julgada improcedente.

Esses dois exemplos demonstram claramente o papel decisivo do Poder Judiciário para a concretização dos direitos da pessoa idosa.

Ainda no âmbito do Estatuto do Idoso, o Poder Judiciário tem todo um conjunto de competências. No título referente às medidas de proteção (art. 45), cabe ao Poder Judiciário, a requerimento do Ministério Público, determinar as seguintes medidas em favor do idoso:

- I- encaminhamento à família ou curador, mediante termo de responsabilidade;
- II- orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III- requisição para tratamento de sua saúde, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar;
- IV- inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, ao próprio idoso ou à pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação;
- V- abrigo em entidade;
- VI- abrigo temporário (Brasil, 2011).

Essas medidas poderão ser aplicadas sempre que verificada qualquer das hipóteses do art. 43, ou seja, a pessoa idosa seja ameaçada ou violada em seus direitos por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento, ou em razão de sua condição pessoal.

O Poder Judiciário também será chamado a intervir no Processo de Apuração Judicial de Irregularidades em Entidades de Atendimento (arts. 64 a 68 do Estatuto), podendo, em situações em que haja motivo grave, decretar o afastamento provisório do dirigente da entidade ou medidas outras que julgar adequadas, para evitar lesão aos direitos do idoso, mediante decisão fundamentada (art. 66).

O Estatuto do Idoso dispõe de um título dedicado ao Acesso à Justiça (arts. 69 a 71), no qual se destacam os dispositivos que preveem a possibilidade de criação de varas especializadas e exclusivas do idoso (art. 70) e asseguram a prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, em qualquer instância (art. 71). Infelizmente, poucos são os estados da Federação que criaram varas especializadas e exclusivas do idoso, e a prioridade na tramitação dos processos continua letra morta.

3.2 Defensoria Pública

A Defensoria Pública é denominada pela CF/1988 como instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo a ela a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados, na forma dos art. 5º, inciso LXXIV e art. 134.

O quadro de injustiça social no Brasil é extremamente grave, e há estudos que demonstram que somente 25% dos idosos aposentados vivem com três salários mínimos ou mais, sendo, portanto, a grande maioria pobre ou miserável (Minayo, 2005).

Daí a grande importância de que desfruta a Defensoria Pública para a defesa dos direitos da pessoa idosa hipossuficiente. Diz o Estatuto que as instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos prestadoras de serviço ao idoso terão direito à assistência judiciária gratuita (art. 51). No título referente ao Acesso à Justiça, o Estatuto tratou do direito à prioridade na tramitação dos processos e no atendimento preferencial do idoso e estendeu esse tratamento ao âmbito da Defensoria Pública da União, dos estados e do Distrito Federal (art. 69, § 3º).

Nada impede – muito pelo contrário, é até necessário – que a Defensoria Pública seja legitimada para propor ações cíveis fundadas em interesses difusos, coletivos, individuais, indisponíveis ou homogêneos, referentes à pessoa idosa (art. 81).

3.3 Ministério Público

A CF/1988, em seu art. 127, deu nova dimensão ao Ministério Público, conceituando-o como uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado e incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

De suas funções institucionais pertinentes ao objeto de nosso estudo, devemos destacar, no art. 129:

- I- promover, privativamente a ação penal pública, na forma da lei;

II- zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia;

III- promover o inquérito civil e ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos (Brasil, 1988).

Esse novo Ministério Público advindo com a Carta Política de 1988, em verdade, é fruto de todo um movimento crescente que busca a reconstrução das instituições democráticas do país nas últimas três décadas. Segundo Vianna (1999), as demandas e conflitos protagonizados por movimentos sociais se tornaram importante referência na reavaliação do funcionamento e estrutura da Justiça brasileira, sobretudo do Poder Judiciário. Defendendo direitos humanos e reivindicando emprego, terra, habitação, saúde, transporte, melhores valores de benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões) e educação, esses movimentos sociais contribuíram para o debate em torno da necessidade de mudanças legislativas e institucionais que garantissem novos direitos individuais e coletivos (metaindividuais).

Nesse contexto de democratização das instituições brasileiras, o modelo de Poder Judiciário de concepção liberal individualista do direito entrou em crise diante de sua incapacidade de absorver as demandas por justiça e de lidar com novos conflitos que chegavam aos tribunais. Podemos citar como exemplo desses conflitos: *i*) casos de inadimplência envolvendo milhares de mutuários do sistema financeiro de habitação; *ii*) casos de reajustes de benefícios previdenciários não concedidos a milhares de aposentados; e *iii*) acesso aos sistemas de saúde e de educação de boa qualidade etc.

Assim, para possibilitar o conhecimento desses conflitos pelo Poder Judiciário, ocorreu toda uma mudança legislativa que possibilitasse a defesa de direitos em uma dimensão coletiva, e que a sociedade pudesse ser representada por um órgão independente e munido de garantias constitucionais. A Lei nº 6.938/1981, que regulamentou a Política Nacional de Meio Ambiente, é apontada como um marco no sentido de proporcionar a defesa de interesses coletivos pelo Ministério Público, que foi legitimado para propor ação de responsabilidade criminal e civil por danos causados ao meio ambiente.

Posteriormente, a Lei da Ação Civil Pública (LACP), Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, revolucionou o sistema processual brasileiro, possibilitando, a partir do seu art. 1º, a propositura de ações de responsabilidade por danos morais e patrimoniais causados: ao meio ambiente (inciso I); ao consumidor (inciso II); a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (inciso III); a qualquer outro interesse difuso ou coletivo (inciso IV); e por infração da ordem econômica (inciso V), sendo esses dois últimos acrescentados pelas leis nº 8.078/90 e nº 8.884/94, respectivamente.

Ademais, a LACP legitimou para propor essas ações, além do Ministério Público, a União, os estados, os municípios, autarquia, empresa pública, fundação, sociedade de economia mista e associação, desde que esteja constituída há pelo menos um ano e inclua entre seus objetivos a proteção dos bens jurídicos mencionados nos incisos anteriormente referenciados.

Após a CF/1988, foram sendo promulgadas diversas leis que ampliaram o leque de atuação desse novo ator social, o Ministério Público, e possibilitaram a tutela jurisdicional coletiva. Entre essas leis, devemos citar: *i*) Lei nº 7.853/1989 (Lei de Proteção aos Deficientes Físicos); *ii*) Lei nº 7.913/1989 (Lei de Proteção aos Investidores do Mercado Imobiliário); *iii*) Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); *iv*) Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor); *v*) Lei nº 8.429/1992 (Lei da Improbidade administrativa); *vi*) Lei nº 8.884/1994 (Lei de Defesa da Ordem Econômica ou da Concorrência); *vii*) Lei nº 8.974/1995 (Lei de Responsabilidade por danos aos seres vivos, decorrentes da engenharia genética); e *viii*) Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso).

O Estatuto do Idoso reserva ao Ministério Público um papel de destaque no sistema de garantias dos direitos. Logo no capítulo referente às medidas de proteção, o legislador confere ao Órgão a autonomia para determinar a aplicação de medidas que visam a resguardar a pessoa idosa violada ou ameaçada em seus direitos (art. 45).

O capítulo que trata do Ministério Público está inserido no Título V, da lei que dispõe sobre o Acesso à Justiça, sendo suas principais atribuições (art. 74):

- I- instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso;
- II- promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e oficiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de idosos em condição de risco;
- III- atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 do Estatuto;
- IV- promover a revogação de instrumento procuratório do idoso, nas hipóteses previstas no art. 43 do Estatuto (idoso em situação de risco), quando necessário ou o interesse público justificar;
- V- instaurar procedimento administrativo;⁶

6. O Ministério Público pode também requisitar a instauração de procedimento administrativo a outros órgãos públicos para investigar infração às normas de proteção ao idoso, como por exemplo, Secretaria Estadual de Saúde, Vigilância Sanitária etc., conforme art. 60 do Estatuto.

VI- instaurar sindicâncias, requisitar diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial, para a apuração de ilícitos ou infrações às normas de proteção ao idoso;

VII- zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais asseguradas ao idoso, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis;

VIII - inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata o estatuto, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas (Brasil, 2011).

Como já referenciado, o Estatuto do Idoso é uma lei que pertence à evolução processual, no sentido de viabilizar a tutela jurisdicional coletiva. Assim, traz um capítulo específico sobre a Proteção Judicial dos Interesses Difusos, Coletivos e individuais Indisponíveis ou Homogêneos (arts. 78 a 92). Mazzilli (1997, p. 6) faz a seguinte distinção entre esses direitos:

tanto os interesses individuais homogêneos como os coletivos originam-se de fatos comuns; entretanto são indeterminados os titulares de interesses difusos, e o objeto seu interesse é indivisível; já nos interesses individuais homogêneos, os titulares são determinados ou determináveis, e o dano ou a responsabilidade se caracterizam por sua extensão divisível ou individualmente variável.

O Estatuto do Idoso rege as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados aos idosos, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de (art. 79):

I - acesso às ações e serviços de saúde;

II - atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante;

III - atendimento especializado ao idoso portador de doença infectocontagiosa;

IV - serviço de assistência social visando ao amparo do idoso (Brasil, 2011).

Esse elenco de situações geradoras da tutela coletiva não é taxativo, podendo ocorrer à proteção judicial de outros interesses próprios do idoso (parágrafo único do art. 79). Segundo Egito (2006), o exercício da tutela prevista no art. 79 será efetivado basicamente por meio de ação civil pública na defesa de direitos individuais homogêneos, e essa tutela terá um caráter de ressarcimento. Em relação aos direitos difusos, a tutela de ressarcimento poderá ser buscada objetivando um pedido de dano moral coletivo.

Uma importante inovação do Estatuto foi o fato de possibilitar que os legitimados para a proposição de ação civil pública para a defesa dos direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos também o façam em relação à proteção dos direitos individuais indisponíveis do idoso, mesmo que seja para a defesa de direito de idoso único (art. 74, inciso I).

Por fim, cabe ressaltar que, no âmbito penal, o Ministério Público será o titular das ações penais públicas incondicionadas, decorrentes da prática de crimes previstos no Estatuto do Idoso (arts. 95 a 108).

3.4 Polícia Civil

A violência contra a pessoa idosa é um fato grave, complexo e ocorre sob diversas formas. O art. 19 do Estatuto elenca a autoridade policial (Polícia Civil) como um dos órgãos responsáveis pelo recebimento de notícias formuladas pelos profissionais de saúde e pela comunidade em geral, relatando casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos.

A cena que observamos no dia a dia da militância da Promotoria de Justiça do Idoso é que a polícia ainda não está preparada para enfrentar a violência contra a pessoa idosa por vários motivos: falta de treinamento, carência de pessoal, excesso de demanda em razão da grave crise de segurança que atravessa o país, não criação de delegacias especializadas etc.

No âmbito de atividade policial, é urgente que a instituição promova o treinamento dos policiais para que seja possível desenvolver melhor suas funções nos casos de violência contra a pessoa idosa, isso em delegacias especializadas.

Outrossim, os crimes previstos no Estatuto do Idoso são de ação penal pública incondicionada, e, assim, chegando ao conhecimento da autoridade policial a ocorrência de qualquer um desses delitos (art. 96 a 108) deverá proceder de ofício, ou seja, instaurar o procedimento e apurar as responsabilidades.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de conclusão, podemos dizer que temos duas possibilidades sobre a efetivação das políticas públicas prometidas aos idosos brasileiros. A primeira é: a PNI e o Estatuto do Idoso fazem parte de uma “legislação simbólica” e, na verdade, não sairão do papel, permanecendo “letra morta”, e aos idosos brasileiros caberá aceitar a triste sina de viver em um país que não os respeita e sequer cumpre as leis que cria. O conceito de *legislação simbólica*, segundo Neves (2007, p. 23), “ (...) aponta para o predomínio, ou mesmo hipertrofia, no que se refere ao sistema jurídico, da função simbólica da atividade legiferante e do seu produto, a lei, sobretudo em detrimento da função jurídico-instrumental”.

Essa legislação simbólica, no dizer desse de Neves (2007) apresenta uma tipologia cujo conteúdo pode: *i*) confirmar valores sociais; *ii*) demonstrar a capacidade de ação do Estado; e *iii*) adiar a solução de conflitos sociais através de compromissos dilatórios. No caso dos direitos fundamentais assegurados aos idosos previstos na PNI e no Estatuto do Idoso, a interpretação frente a esses

possíveis conteúdos da legislação simbólica pode ser que o reconhecimento de direitos fundamentais significa a confirmação social do respeito à pessoa idosa. Por outro lado, pode significar que frente à mobilização social dos idosos, esses direitos fundamentais (conquista legal) seja uma estratégia do Estado para demonstrar a sua capacidade de ação e, por último, um subterfúgio para calar e adiar a solução de conflitos sociais envolvendo os idosos.

A segunda possibilidade é acreditar e forçar a efetivação dessas políticas por meio do sistema de garantias de direitos e da busca incessante pela politização e engajamento dos idosos brasileiros na conquista de seus direitos. Essa segunda possibilidade, porém, esbarra na questão da Judicialização dos direitos fundamentais, implicando no desdobramento de duas outras questões. A primeira, a não efetivação do próprio sistema de garantia de direitos, ou seja, há Estados que não contam com serviços especializados para atendimento aos idosos no âmbito da Defensoria Pública, Ministério Público, polícia ou vara especializada, como previsto no Estatuto do Idoso. A segunda questão, também muito tormentosa, é a própria viabilidade ou pertinência de efetivação de políticas públicas a partir do Judiciário.

Por fazer parte do Ministério Público brasileiro e acreditar na coragem e compromisso de seus membros, fico com a segunda possibilidade, mas também acredito que a mudança virá tão somente a partir da real participação dos idosos brasileiros na conquista de seus direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

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

_____. Decreto nº 6.800, de 18 de março de 2009. Dá nova redação ao art. 2º do Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, 2009.

_____. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Gráfica do Senado Federal, 2011.

CAMARANO, Ana Amélia *et al.* **Idosos brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: PR; SDH, 2005.

_____. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 27, n. 1, jan./jun. 2010. (ISSN 0102-3098).

EGITO, Melissa Barbosa Tabosa do. Comentário ao art. 79. *In*: PINHEIRO, Naíde Maria (Org.). **Estatuto do Idoso comentado**. Campinas: LZN, 2006.

JESUS, E. Damásio (Org.). **Estatuto do Idoso anotado**. Lei 10.741/2003: aspectos civis e administrativos. São Paulo: Damásio de Jesus, 2005.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **A defesa dos interesses difusos em juízo**: meio ambiente, consumidor e outros interesses difusos e coletivos. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MINAYO, Maria Cecília. **O avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. 2. ed. Brasília: SEDH, 2005.

NEVES, Marcelo. **A Constitucionalização simbólica**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. (Coleção Justiça e Direito).

NOVAIS, Elaine Cardoso de Matos. Comentário ao parágrafo 3 do art. 15. *In*: PINHEIRO, Naíde Maria (Org.). **Estatuto do Idoso comentado**. Campinas, SP: LZN, 2006.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002.

TEIXEIRA, Solange Maria Política Social de Proteção ao Idoso: a reafirmação da cultura privacionista no trato das refrações da questão social. **Revista de Políticas Públicas**, v. 11, n.1, 2007. Universidade Federal do Maranhão. Disponível em: <http://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/download.php?id_publicacao=748>.

VIANNA, Luiz Werneck. **Judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Constituição Federal. *In*: MARQUES, Fernando de Oliveira (Org.). **Código de Defesa do Consumidor, lei de proteção à concorrência (Cade)**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento**. Tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmim Cunha. Rio de Janeiro: ONU, 2002.

A JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: A EXPERIÊNCIA DA CENTRAL JUDICIAL DO IDOSO

Paula Regina de Oliveira Ribeiro¹

1 INTRODUÇÃO

O Brasil sempre foi tido como um país jovem e de jovens. A partir da década de 1980, contudo, essa máxima mudou, e, atualmente, a população idosa é o grupo que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento, resultado da diminuição da taxa de natalidade e do aumento contínuo da esperança de vida.

O contingente dos brasileiros com idade igual ou superior a 60 anos já representa, segundo dados do Censo Demográfico 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 11% da população total, correspondente a mais de 20 milhões de pessoas idosas. Estima-se que o Brasil será o sexto país mais envelhecido do mundo, com uma proporção de um idoso para cada quatro jovens. O envelhecimento populacional brasileiro, portanto, é uma realidade inexorável.

Apesar dos números impressionantes, o envelhecimento populacional não se reduz apenas à quantidade de velhos existentes. Não se trata de uma questão numérica, mas especialmente de uma questão social relevante e um direito humano fundamental, que envolve diversos aspectos.

Consoante destacado por Ramos (2002), ao se identificar a velhice como fenômeno social, associou-se a ela imediatamente a noção de decadência. Em razão disso, até meados do século passado, o Estado, a sociedade e a família não foram capazes de tratá-la como questão social relevante. Ocuparam-se dela tão somente a partir de uma perspectiva fundada na ideia de filantropia e assistencialismo. Essa percepção decorreu, entre outros fatores, de ideários negativos acerca dessa etapa da vida, caracterizados pela imagem de declínio, perdimento, improdutividade e adoecimento. Essa perspectiva negativa da velhice trouxe como grande consequência o fato de os idosos ainda hoje não conseguirem superar a sua exclusão social e terem dificuldade de se identificar como sujeitos de direitos.

1. Defensora pública do Distrito Federal; e coordenadora do Núcleo de Defesa do Idoso e da Central Judicial do Idoso (CJI).

Essa dificuldade de reconhecimento da população idosa como segmento social prioritário impacta substancialmente nas estruturas familiares, sociais, políticas, econômicas e jurídicas, de modo que o poder público e a sociedade precisam estar preparados para as novas demandas que se apresentam. À medida que a população envelhece, é necessário que se considere o novo perfil etário e as desigualdades de acesso aos serviços públicos e privados, decorrentes das assimetrias de gênero, cor/raça, classe socioeconômica e nível educacional.

Eis aí o cerne da questão. O Brasil não está se preparando adequadamente para enfrentar esse novo paradigma social, e as iniciativas bem-sucedidas ainda são incipientes e pontuais. A implementação e a execução das mais diversas políticas públicas carecem de eficácia, continuidade, gestão e orçamento. Quando o Estado deixa de cumprir com o seu dever legal de acesso aos serviços essenciais ao bem-estar de sua população, independentemente da faixa etária, abre o precedente para que as necessidades de serviços dessa população sejam discutidas, definidas e determinadas no âmbito do Judiciário. A judicialização das políticas públicas expressa a incapacidade do Estado de assegurar a todos os cidadãos os direitos que lhes são genericamente reconhecidos nas leis.

Como o título deste capítulo é a Justiça, tomaremos como fundamento nosso arcabouço legal e a efetivação dos direitos da pessoa idosa. Este artigo está estruturado em mais quatro seções, além desta introdução. Na segunda seção, faz-se um panorama dos direitos da pessoa idosa na legislação brasileira. Na terceira, é apresentado o sistema judicial de proteção ao idoso. A quarta seção traz a experiência da Central Judicial do Idoso (CJI) quanto à adoção do princípio da não judicialização dos direitos. Na quinta seção estão algumas considerações finais.

2 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL AO ESTATUTO DO IDOSO: GARANTIA DE EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS?

2.1 Pré-Constituição Federal de 1988

Diante de um quadro em que, historicamente, os direitos humanos não foram considerados, as constituições brasileiras anteriores a de 1988 não previram o direito à velhice como direito humano fundamental de todo o cidadão brasileiro. Em razão disso, e de diversas outras questões estruturais, durante a vigência das primeiras constituições, a maior parte da população sequer chegou à velhice, pois as condições de vida no país eram as piores possíveis.

A Constituição Imperial de 1824 e a Constituição da República de 1891 não fizeram qualquer alusão à velhice como direito ou etapa da vida que merecesse especial atenção do Estado.

A Constituição de 1934 foi a primeira a instituir a obrigação da previdência social quanto à assistência médica e sanitária na velhice, mediante a contribuição igual da União, do empregador e do empregado (art. 121, § 1º, alínea h). Em que pese ter inaugurado constitucionalmente o tema da velhice, não a reconheceu como um direito de todos, mas tão somente daquela classe que contribuía para a previdência social.

A Constituição de 1937 seguiu a mesma orientação e destinou apenas um artigo à pessoa idosa, ao prever a instituição de seguros de velhice (art. 137, alínea m).

A Constituição de 1946 também não inovou nesse aspecto e reproduziu a orientação das constituições antecessoras quanto à assistência da previdência social contra as consequências da velhice (art. 157, inciso XVI). Da mesma forma, repetiu a Constituição de 1967, em seu art. 158, inciso XVI, e a Constituição de 1969, em seu art. 165, inciso XVI.

Vê-se, portanto, que o legislador brasileiro, ao longo da história do país, foi totalmente indiferente aos direitos e garantias da pessoa idosa. Outra, porém, não poderia ser a atitude do legislador da época se considerarmos que, até o início do século XX, a expectativa de vida da população brasileira era de apenas 33 anos. O envelhecimento populacional era tão insignificante e relegado ao ambiente doméstico, que sequer justificava uma postura diferente.

2.2 Pós-Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988), considerada a Constituição Cidadã, também foi aparentemente singela ao tratar especificamente da pessoa idosa, reservando-lhe poucos artigos. Em seu capítulo VII, título VIII, apesar de denominado *Da família, da criança, do adolescente e do idoso*, o texto constitucional, no tocante ao idoso, se restringe aos arts. 229 e 230, que dispõem:

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e *os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice*, carência ou enfermidade.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (Brasil, 1988, grifo nosso).

Além disso, a CF/1988 fez menção à facultatividade do voto para os maiores de 70 anos (art. 14, § 1º, II, b), à aposentadoria compulsória dos servidores públicos com 70 anos de idade (art. 40, § 1º, II) e à proteção da velhice no âmbito da assistência social.

Nada mais se falou, na atual Constituição Federal, sobre a pessoa idosa. Vê-se que sequer foi estabelecida uma uniformidade etária sobre quem viria a ser idoso no Brasil, dispondo apenas sobre a concessão de alguns direitos conforme a aquisição de determinadas idades.

Em que pese a aparente omissão, o art. 1º, inciso III, deixou expresso que um dos fundamentos da República Federativa do Brasil é a dignidade da pessoa humana. Assim, todos os direitos da pessoa idosa estão, em tese, garantidos constitucionalmente, uma vez que qualquer violação aos direitos fundamentais do idoso afrontará, invariavelmente, a dignidade da pessoa idosa.

E mais, o art. 2º estipulou, entre os objetivos fundamentais da República, a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, *idade* e quaisquer outras formas de discriminação.

Com base nesses dois artigos, muitos doutrinadores entendem que todos os direitos e garantias concedidos ao cidadão devem ser estendidos à pessoa idosa, sendo prescindível qualquer outro texto legislativo que os enumere.

Não obstante a assertiva ser verdadeira, não é essa a realidade da nossa cultura jurídica, essencialmente positivista. Assim, em que pesem as garantias constitucionais, o envelhecimento e os direitos dos idosos continuaram a ser tratados como uma questão secundária e de ordem privada.

Somente com o aumento da expectativa de vida da população, que hoje alcança em média 72 anos, e a consequente organização dos idosos, que passaram a lutar por um sistema de aposentadoria capaz de garantir-lhes dignidade, por um sistema de saúde adequado, por espaços de lazer, por leis mais duras contra atos de violência doméstica, a questão do envelhecimento e dos direitos dos idosos transformou-se em questão pública. Também contribuiu a adesão do Brasil ao Plano de Ação Internacional de Viena sobre Envelhecimento, aprovado em 1982, na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, e, posteriormente, em 1991, a adoção dos Princípios das Nações Unidas em prol das Pessoas Idosas.

Todo esse movimento interno e externo chamou a atenção dos legisladores, que se viram estimulados, bem como pressionados pela sociedade civil, a elaborar um conjunto de determinações legais, voltado a dar efetividade aos dispositivos constitucionais que garantiam a dignidade de todo ser humano, independentemente de sua idade.

Sob esse contexto, foi promulgada a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, trazendo, em seu art. 3º, uma série de preceitos assecuratórios da dignidade da pessoa humana.

Art. 3º. A Política Nacional do Idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I – a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV – o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V – as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei (Brasil, 1994).

A PNI foi o primeiro instrumento legal a estabelecer o critério cronológico ou etário para definir quem é idoso ou a partir de que idade se é considerado idoso no Brasil. A adoção legislativa deste critério seguiu a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece a idade de 60 anos para categorizar idoso nos países em desenvolvimento e 65 anos de idade para os países desenvolvidos.

Essa legislação, que já atingiu a sua maioridade, nada mais é do que uma carta de boas intenções de que cada política setorial deve desenvolver na área do idoso. Resume-se a um rol de ações programáticas que, se efetivamente implementadas, jamais daria ensejo ao Estatuto do Idoso. Ora, não é leviano afirmar que só existe hoje o Estatuto do Idoso porque a CF/1988, a PNI, seus regulamentos e algumas outras legislações esparsas não foram cumpridas. Se o fossem, não haveria a necessidade de mais um diploma legal. O Brasil peca por excesso de leis e pelo descumprimento dessas mesmas leis.

O grande legado da PNI, sem dúvida, foi a previsão de criação dos conselhos de direitos de idosos, no âmbito das três instâncias de governo. Apesar das dificuldades, que aqui não nos cabe elencar, já estão em atividade os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais de defesa dos direitos do idoso. O desafio é a implementação desses colegiados, deliberativos e paritários, em todos os municípios brasileiros, com estrutura e efetiva condição de funcionamento.

Como mencionado anteriormente, ante o não cumprimento das legislações protetivas ao idoso, mais uma lei foi criada, o Estatuto do Idoso, promulgado sob o nº 10.741, em 1º de outubro de 2003. Essa legislação é um microsistema jurídico que, até hoje, regulamenta, nas várias áreas do direito, as questões jurídicas que envolvem a pessoa idosa.

Embora não seja inovador em vários de seus dispositivos, o Estatuto do Idoso inaugura indubitavelmente uma nova era no reconhecimento dos direitos dos idosos e firmou, de uma vez por todas, o direito à velhice como uma questão social relevante, principalmente no que tange à apropriação pelos idosos do seu reconhecimento como sujeito de direitos.

É justamente em virtude desse empoderamento de boa parte dos idosos, ao menos em âmbito legal, que se abriu uma frente para a ampla judicialização dos seus direitos ante a omissão estatal.

3 SISTEMA JUDICIAL DE PROTEÇÃO AO IDOSO

O Estatuto do Idoso, em seu art. 70, previu a possibilidade de criação de varas especializadas e exclusivas para o idoso. Seguindo essa orientação legal, a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em 2006, trouxe como uma de suas deliberações a criação de todo um sistema judicial de proteção ao idoso, isto é, a criação de varas/juizados, promotorias de Justiça, defensorias públicas e delegacias especializadas na defesa da pessoa idosa.

Essas orientações desencadearam a instalação de órgãos especializados em todo o Brasil, consoante o quadro 1.

QUADRO 1

Brasil: instalação de órgãos judiciais de proteção ao idoso

	Instituições			
	Vara/juizado	Promotoria	Defensoria	Delegacia
Manaus	Sim	Não ¹	Sim	Sim
Boa Vista	Não	Não ¹	Não	Sim
Macapá	Não	Não ¹	Não	Não
Belém	Sim	Sim	Não	Sim
Rio Branco	Não	Não ¹	Sim	Não
Porto Velho	Não	Não ¹	Não	Sim
Palmas	Não	Sim	Sim	Sim
São Luís	Não	Sim	Sim	Sim
Teresina	Não	Sim	Sim	Sim
Fortaleza	Não	Sim	Sim	Sim
Natal	Não	Sim	Não	Sim
João Pessoa	Não	Não ¹	Não	Sim
Recife	Sim	Sim	Não	Sim
Maceió	Não	Sim	Sim	Não
Aracaju	Não	Não	Não	Não

(Continua)

(Continuação)

	Instituições			
	Vara/juizado	Promotoria	Defensoria	Delegacia
Salvador	Não	Não ¹	Sim	Sim
Brasília	Não	Sim	Sim	Não
Goiânia	Não	Sim	Não	Não
Cuiabá	Não	Não	Não	Sim
Campo Grande	Sim	Sim	Não	Não
Belo Horizonte	Sim	Sim	Sim	Sim
Vitória	Não	Não ¹	Não	Sim
Rio de Janeiro	Sim	Sim	Sim	Sim
São Paulo	Sim	Sim	Sim	Sim
Curitiba	Sim	Sim	Não	Não
Florianópolis	Não	Não	Não	Não
Porto Alegre	Não	Não	Não	Sim

Fonte: Informações obtidas por meio dos sítios eletrônicos dos respectivos órgãos.

Nota: ¹ Possui promotoria do cidadão, que atende a diversos segmentos vulneráveis.

A partir da análise do quadro 1, verifica-se que apenas Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte contam com a instalação de todos os órgãos especializados de defesa do idoso. Da mesma forma que três outras capitais – Macapá, Aracaju e Florianópolis – não possuem nenhum órgão do sistema de Justiça voltado especificamente para o atendimento à população idosa.

Quanto a varas ou juizados do idoso, não há uma uniformidade relativa à sua atuação. No Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Campo Grande e Curitiba, têm-se as varas de infância, juventude e idoso, cuja competência é fiscalizar, orientar e apurar irregularidades em instituições e abrigos para idosos, além de garantir medidas de proteção e atendimento ao idoso. Em Manaus, a vara é especializada em crimes contra o idoso, adolescentes e crianças. Em Belém e Recife, há juizados criminais e cíveis do idoso, com destaque para esta última capital, cujo juizado cível é especializado nas relações de consumo do idoso.

Observa-se, portanto, que apenas 30% das capitais possuem varas ou juizados especializados na pessoa idosa, sendo a maior concentração na região Sudeste.

Essa porcentagem ultrapassa 55% em relação às promotorias de Justiça de defesa do idoso, equivalente a quinze capitais. Em outras oito capitais, apesar de não existir uma promotoria específica para o atendimento aos idosos, estes são atendidos nas denominadas promotorias de defesa do cidadão ou da cidadania, juntamente com outros grupos sociais vulneráveis.

O trabalho do Ministério Público na defesa dos direitos do cidadão idoso é referência nacional e se encontra fortemente estruturado e consolidado. Exemplo disso é a existência de uma associação específica de promotores e procuradores de Justiça com atuação na temática do idoso – a Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (Ampid) –, cuja excelência da sua militância culminou com a elaboração e a apresentação de uma proposta de convenção internacional da pessoa idosa, que está sendo debatida, desde 2008, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização dos Estados Americanos (OEA).

No que tange às defensorias públicas, estas ainda apresentam dificuldades na instalação de núcleos especializados, dado o número reduzido de defensores públicos ante o de juízes e promotores. Em muitas comarcas espalhadas Brasil afora sequer existe defensor público, ficando o cidadão carente, independentemente de sua idade, desamparado na defesa dos seus direitos e na garantia de acesso à Justiça. A perspectiva é que essa realidade mude a médio e longo prazo, com a promulgação da Emenda Constitucional nº 80, de 4 de junho de 2014, que busca universalizar os serviços da Defensoria Pública em todo o território nacional e fixa um prazo de oito anos para que todas as comarcas passem a ter defensores públicos em número suficiente para atender à população carente.

Segundo dados do *Mapa da Defensoria Pública do Brasil*, publicado pela Associação Nacional dos Defensores Públicos (Anadep) em parceria com o Ipea, 72% das comarcas não possuem defensores públicos para defender os direitos da população carente e dos grupos vulneráveis; e nos estados de Goiás, Paraná e Santa Catarina, apesar da criação legal dessa instituição, ela ainda não está atuando por falta de defensores públicos concursados (Ipea, 2013).

Como exigir que a Defensoria Pública cumpra com uma deliberação advinda da I Conferência Nacional de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa se ela sequer consegue cumprir com o seu dever constitucional de prestar assistência jurídica integral e gratuita a toda a população carente do Brasil?

Mesmo diante de toda essa dificuldade, pode-se considerar que a Defensoria Pública está sensível às demandas da população idosa, essencialmente vulnerável e hipossuficiente, tanto que conta com núcleos especializados na defesa dos direitos dos idosos em doze capitais brasileiras. Se considerarmos que, em três estados, a Defensoria Pública ainda não foi devidamente instalada, pode-se afirmar que 50% das capitais brasileiras possuem defensorias especializadas no atendimento à pessoa idosa.

As delegacias de polícia, finalmente, contam com unidades especializadas em dezoito capitais, correspondendo a 67%. Merece destaque a cidade de São Paulo, que possui oito delegacias especializadas.

A implementação de delegacias especializadas, com equipe multiprofissional, é fundamental se considerarmos o crescente número de casos de violência – e consequentemente de crimes – cometidos contra a pessoa idosa. Dados do Disque Direitos Humanos, módulo idoso, mostram o aumento proporcional de denúncias, por Unidades da Federação (UFs), comparativamente entre 2013 e 2012, chegando a um incremento total, em 2013, de 65,52% em relação ao ano de 2012, consoante tabela 1.

TABELA 1
Brasil: comparativo 2012-2013 do aumento do número de denúncias por UF

UF	Anos		Aumento (%) ¹
	2012	2013	
AC	108	165	52,78
AL	358	494	37,99
AM	830	1.018	22,65
AP	57	57	0,00
BA	1.898	2.631	38,62
CE	1.208	1.793	48,43
DF	722	1.088	50,69
ES	498	789	58,43
GO	729	1.212	66,26
MA	908	1.177	29,63
MG	1.728	3.185	84,32
MS	489	722	47,65
MT	182	350	92,31
PA	658	1.010	53,50
PB	654	1.077	64,68
PE	1.247	1.531	22,77
PI	436	607	39,22
PR	1.011	1.768	74,88
RJ	3.348	6.049	80,68
RN	1.060	1.297	22,36
RO	135	225	66,67
RR	19	22	15,79
RS	1.350	2.437	80,52
SC	595	1.230	106,72
SE	192	321	67,19
SP	3.003	6.553	118,22
TO	124	160	29,03
NI ²	1	8	700,00
Total	23.548	38.976	65,52

Fonte: Secretaria de Direitos Humanos (SDH)/Disque Direitos Humanos – módulo idoso.

Notas: ¹ O percentual de aumento foi baseado na diferença entre as denúncias de 2013 e 2012, dividida pelas denúncias de 2012.

² NI significa não identificado.

Esses números mostram-se mais significativos se considerarmos o número absoluto de denúncias de violência proporcional à população idosa de cada UF. Na tabela 2, observa-se que o Distrito Federal figura como a unidade com maior número proporcional de denúncias e, mesmo assim, não dispõe de uma delegacia especializada.

TABELA 2

Brasil: número absoluto de denúncias de violência proporcional à população idosa por UF

<i>Ranking</i>	UF	Denúncias	População total	Denúncias por 100 mil habitantes
1ª	DF	1.088	197.613	550,57
2ª	AM	1.018	210.225	484,24
3ª	RN	1.297	342.890	378,26
4ª	AC	165	46.926	351,62
5ª	MS	722	239.270	301,75
6ª	RJ	6.049	2.080.608	290,73
7ª	PB	1.077	451.386	238,60
8ª	ES	789	364.745	216,32
9ª	GO	1.212	561.625	215,80
10ª	MA	1.177	568.680	206,97
11ª	RO	225	112.685	199,67
12ª	CE	1.793	909.475	197,15
13ª	PA	1.010	535.134	188,74
14ª	SC	1.230	656.913	187,24
15ª	PI	607	331.877	182,90
16ª	BA	2.631	1.451.206	181,30
17ª	AL	494	276.763	178,49
18ª	SE	321	185.957	172,62
19ª	RS	2.437	1.459.597	166,96
20ª	AP	57	34.276	166,30
21ª	PE	1.531	937.943	163,23
22ª	PR	1.768	1.170.955	150,99
23ª	MT	350	239.626	146,06
24ª	MG	3.185	2.310.564	137,85
25ª	SP	6.553	4.771.436	137,34
26ª	TO	160	117.554	136,11
27ª	RR	22	24.668	89,18
28ª	NI ¹	8		
Total		38.976	20.590.597	189,29

Fonte: SDH/Disque Direitos Humanos – módulo idoso.

Nota: ¹ NI significa não identificado.

Os gestores públicos precisam estar atentos a estes números, a fim de implementar políticas concretas de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. Os dados indicam que o número de denúncias vem crescendo consideravelmente a cada ano, e as políticas públicas de enfrentamento, se e onde implementadas, não vêm atingindo o seu intento.

Conclui-se, portanto, que o sistema de Justiça ainda precisa, e muito, se fortalecer para enfrentar as demandas da população idosa, notadamente os casos de violência contra os idosos, dado o seu contexto multifatorial.

4 CJI: O SUCESSO DA EDUCAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO, ARTICULAÇÃO E MEDIAÇÃO COMO MECANISMOS DE EFETIVAÇÃO DE DIREITOS

4.1 O perfil da população idosa do Distrito Federal

Conhecer o perfil sociodemográfico de uma população é essencial para a formulação e implementação de políticas públicas em sintonia com as necessidades de distintos grupos sociais. Com isso, é possível planejar estratégias políticas conectadas com a realidade social apresentada nesses perfis, bem como criar serviços e atendimentos especializados, conforme as demandas apresentadas pelos diversos segmentos populacionais.

No Distrito Federal, segundo dados do Censo 2010, existem 197.613 pessoas idosas (IBGE, 2010). Percentualmente, esse número absoluto representa 7,7% da sua população total; um incremento de 41% em relação ao Censo 2000, quando a população idosa do Distrito Federal representava 5,4%. As projeções para 2020 e 2030 apontam para um incremento populacional da ordem, respectivamente, de 10,4% e 15%.

O Distrito Federal conta com a maior esperança de vida do Brasil. Já em 2014, a expectativa média chegou a 77,57 anos de idade, sendo 81,01 anos para mulheres e 73,84 anos para homens. Em 2030, a previsão é que a esperança média chegue a 80,83 anos, sendo 83,92 para mulheres e 77,30 para homens. As mulheres representam 57% da população idosa, chegando a 63% no grupo etário de 80 anos ou mais. Isso se justifica, em muito, pela maior expectativa de vida do gênero feminino.

Quase 60% dos idosos estão com idade entre 60 e 69 anos, e 10,61% destes são constituídos por analfabetos. O contingente de analfabetos mais que dobra no segmento etário de 80 anos ou mais, chegando a quase 22%.

Um dado que chama a atenção é que a maior parte da população idosa do Distrito Federal, 29,97%, possui renda nominal considerada alta (mais de cinco salários mínimos), e 27,31% fazem parte da camada com renda média (de dois a cinco salários mínimos). Enquanto o rendimento nominal médio mensal brasileiro para pessoas entre 60 e 69 anos é de R\$ 1.413,65, no Distrito Federal esse rendimento é de R\$ 3.829,94, superior em mais de 170%. A previdência social cobre 77% da população idosa, e os favorecidos pelo Benefício da Prestação Continuada (BPC)

correspondem a 15,2% da população com 65 anos ou mais. Essa realidade é explicada pela alta concentração de servidores públicos na capital federal.

Como visto, o Distrito Federal conta com uma população idosa bastante peculiar: alta esperança de vida, alto poder aquisitivo e índice de analfabetismo relativamente baixo. Por essas características, essas pessoas possuem melhores condições estruturais de vida, o que está diretamente relacionado ao envelhecimento saudável e a um maior acesso aos serviços e bens sociais diversos.

Assim, ao conhecer o perfil da população idosa do Distrito Federal, torna-se mais factível e viável acompanhar a implementação ou não das políticas públicas voltadas para esse segmento populacional, consoante suas reais necessidades e, com isso, instrumentalizar os órgãos do sistema de Justiça para as devidas cobranças.

4.2 A CJI

No âmbito do sistema de Justiça, consoante quadro apresentado na seção 3, o Distrito Federal não possui vara/juizado ou delegacia especializada no idoso. Conta, porém, com núcleos especializados na defesa dos direitos do idoso na Promotoria de Justiça e na Defensoria Pública.

Não obstante a existência desses núcleos especializados, percebeu-se que os idosos não estavam sendo atendidos em sua plenitude e continuavam tendo que ir de um lado para outro para conseguir resolver suas demandas. A partir daí, surge a ideia da CJI, um serviço que pudesse concentrar os diversos órgãos do sistema de Justiça e onde as demandas de ordem legal, social ou familiar da população idosa pudessem ser atendidas, em sua complexidade, por uma equipe multiprofissional, visando, sobretudo, a resolução consensual e administrativa dos conflitos. Assim, depois de muito estudo e preparação da equipe, a CJI iniciou suas atividades em outubro de 2007, no quarto andar do Fórum de Brasília.

A CJI é um projeto pioneiro e inovador do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) e da Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF), em cooperação técnica com a Polícia Civil do Distrito Federal (PCDF) e com a Defensoria Pública da União (DPU), todos desenvolvendo um trabalho conjunto e especializado para assegurar, prioritariamente, os direitos da pessoa idosa no Distrito Federal.

Não há entre as instituições partícipes da CJI qualquer grau de hierarquia ou subordinação, muito embora a coordenação seja exercida apenas pelos representantes do TJDFT, do MPDFT e da DPDF. Todos trabalham de maneira articulada, coordenada e integrada, visando à ajuda mútua por um interesse maior, que é a promoção e a defesa dos direitos da população idosa do Distrito Federal.

O trabalho desenvolvido pela CJI possui três dimensões:

- subsidiar as autoridades do sistema judiciário – juízes do TJDF, promotores da Promotoria de Justiça do Idoso (Projid) e defensores públicos do Núcleo de Assistência Jurídica de Defesa do Idoso (Najidoso) – nos procedimentos que apuram a prática de violência e/ou violação dos direitos dos idosos;
- orientar e prevenir as situações de violência e violação dos direitos da pessoa idosa, por meio de ações educativas; e
- promover a análise multidisciplinar das situações de negligência, abandono, exploração ou qualquer outra espécie de violência a que podem estar submetidos os idosos, a fim de buscar uma solução consensual para o conflito e, quando necessário, encaminhar a demanda aos órgãos competentes.

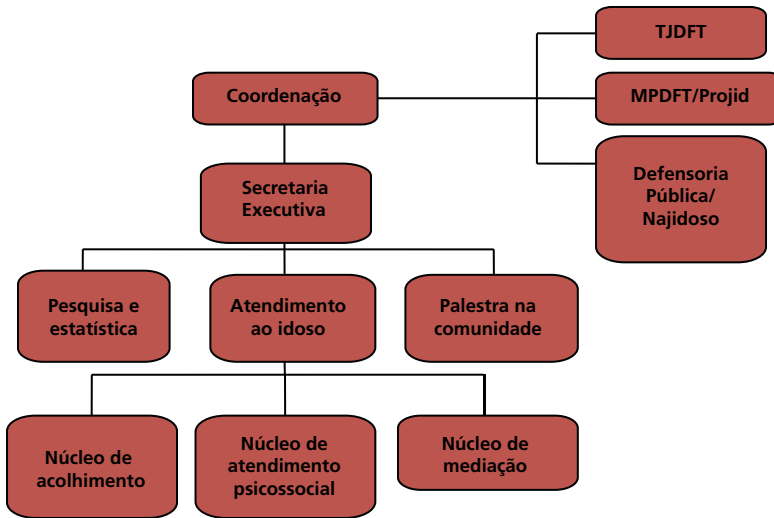
É oportuno destacar que o enfoque da atuação da CJI reside na proteção da pessoa idosa, objetivando estimular a sua participação como protagonista na defesa de seus próprios direitos, razão por que o idoso, quando capaz, participa ativamente da tomada de decisões de suas demandas.

Além disso, a CJI investe no processo de fortalecimento e articulação da rede social existente, estabelecendo uma relação de integração entre as próprias instituições governamentais e não governamentais que já desenvolvem trabalhos na área do idoso, a exemplo do Conselho dos Direitos do Idoso, da Secretaria Especial do Idoso e da Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho, por meio do Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), dos núcleos de atenção à saúde do idoso, das instituições de longa permanência para idosos (Ilpis), centros de convivências, polícias comunitárias, entre outros.

A CJI ainda realiza e fomenta pesquisas, estatísticas, seminários e fóruns que visam conhecer e avaliar a situação do idoso no Distrito Federal, a fim de que as políticas públicas sejam implementadas, quer consensual, quer judicialmente, bem como campanhas educativas que objetivem o empoderamento da pessoa idosa e a erradicação da violência e dos maus-tratos a que estão submetidas.

A CJI possui a seguinte estrutura organizacional.

FIGURA 1
Estrutura organizacional da CJI



Fonte: TJDFT.

A Secretaria Executiva é o núcleo administrativo que organiza, controla e executa os atos necessários ao funcionamento da CJI. É quem faz a articulação com a rede social de proteção ao idoso, inclusive o mapeamento desta rede. Cabe à Secretaria Executiva buscar parcerias, convênios e acordos capazes de ampliar e de aprimorar os serviços prestados pela CJI, bem como de realizar ações de promoção dos direitos do cidadão idoso, sendo este trabalho de cunho informativo/educativo junto às instituições que prestam atendimento à pessoa idosa e à própria comunidade. Compete, ainda, à secretaria executiva a coleta e a análise dos dados relativos aos atendimentos e ao perfil da população atendida, de modo a subsidiar as ações necessárias para que as políticas públicas para os idosos sejam implementadas e devidamente executadas.

O núcleo de acolhimento é a porta de entrada da CJI. É o espaço onde o usuário (idoso, família, cuidador, Iipi, rede) é acolhido, por meio de um processo individualizado de escuta ativa centrado no indivíduo, o que pressupõe uma relação de confiança entre este e os profissionais como condição básica para um atendimento de qualidade. O acolhimento é realizado por uma dupla multiprofissional; cada um dos profissionais envolvidos tem um olhar diferenciado acerca do caso: psicológico, social e jurídico. O acolhimento se dá por meio de entrevista e levantamento de dados, promovendo aos profissionais envolvidos no acolhimento avaliação prévia do caso, com a inserção do idoso no contexto dos direitos e das garantias contidas

na legislação. Após a identificação da(s) demanda(s), inicia-se o processo de articulação junto à rede social, à família e/ou às instituições governamentais e não governamentais. É a partir desse procedimento que se busca a resolução alternativa dos conflitos, por meio de sessões conjuntas com o idoso e as partes envolvidas, até que estes estejam preparados para uma mediação, para a solução administrativa do caso ou, em última hipótese, para a eventual judicialização da demanda. Este núcleo serve como uma espécie de “freio” ao processo de judicialização das demandas, pois tem como meta fortalecer o idoso para atuar como protagonista da busca pela solução pacífica e administrativa de seus mais diversos conflitos.

O núcleo de atendimento psicossocial ao idoso atende à demanda extrajudicial e judicial, advindas do TJDF, do MPDF, da DPDF e do núcleo de acolhimento, em situações de violação do Estatuto do Idoso, com vistas à elaboração de pareceres e relatórios psicossociais que possam subsidiar a autoridade competente quando da tomada de decisão. Nesse sentido, o seu objetivo é traçar o perfil psicossocial do idoso, mediante identificação da sua realidade, da sua autonomia, do contexto de sua rede de relacionamentos e da sua capacidade de superação diante do conflito. O atendimento é realizado por dupla multiprofissional, formada por um assistente social e um psicólogo, de forma a permitir uma visão ampla e fidedigna acerca da situação apresentada, garantindo, assim, a qualidade e a eficácia da abordagem psicossocial.

Por fim, quando nenhuma das medidas consensuais é suficiente para resolver as demandas apresentadas pelo idoso, aí, sim, o caso é encaminhado para o Najidoso ou para a Projid para a adoção das medidas judiciais cabíveis.

O sucesso obtido por meio da resolução alternativa dos conflitos é tão expressivo que, segundo dados estatísticos da CJI, apenas cerca de 10% das demandas precisam ser judicializadas, seja pelo Najidoso, seja pela Projid. Essas demandas tratam principalmente de questões que envolvem a interdição da pessoa idosa, a aplicação de medidas protetivas e o não respeito aos direitos dos idosos pelos planos de saúde e as instituições financeiras.

Quanto à participação da PCDF, apesar da inexistência de uma delegacia especializada, por meio do termo de cooperação técnica firmado entre os órgãos partícipes, os núcleos de polícia comunitária existentes em cada uma das delegacias devem prestar atendimento especializado às pessoas idosas, dando prioridade à apuração de suas denúncias, com o conseqüente encaminhamento do relatório do inquérito policial à CJI para que possa ser feito o devido acompanhamento. Fruto dessa parceria, cabe à CJI fazer a capacitação dos policiais civis envolvidos nesse atendimento, o que vem sendo feito regularmente ao longo desses anos.

Não obstante o sucesso dessa cooperação, cada vez mais mostra-se fundamental a criação de uma delegacia especializada, nos moldes da delegacia da mulher e da criança e do adolescente, a fim de contar com uma equipe multiprofissional

capacitada para apurar exclusivamente os crimes cometidos contra a população idosa, os quais vêm aumentando assustadoramente.

Já a cooperação com a DPU foi resultado da crescente demanda envolvendo questões previdenciárias. Por força dessa parceria, os servidores da CJI foram capacitados pela DPU, em Brasília, para que pudessem prestar as orientações pertinentes sobre direito previdenciário e já fizessem a marcação dos atendimentos junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou à própria DPU. Desta feita, quando se trata de assuntos previdenciários, o idoso também não precisa ficar andando de um lado para o outro e já sai da CJI devidamente instruído e com os respectivos agendamentos feitos no INSS ou na DPU.

Em que pese a inexistência de uma vara ou juizado especializado no Distrito Federal, com a CJI, todos os juízes do TJDFT têm também à disposição uma equipe multiprofissional integrada à rede de proteção e defesa dos idosos para subsidiá-los nos processos que envolvam a violação dos direitos desse grupo social.

Além disso, ao longo desses sete anos com a CJI, o TJDFT e todo o sistema judicial existente no Distrito Federal não sentiram a necessidade de criar uma vara ou juizado especializado, já que a metodologia de trabalho, a equipe de profissionais envolvidos e as abordagens realizadas por aquele serviço são maiores que qualquer prestação jurisdicional realizada por uma vara/juizado. É certo, todavia, que os juízes e demais servidores do Judiciário precisam ser mais bem capacitados para enfrentar a complexidade de matérias que abarcam os direitos da pessoa idosa e, para isso, a própria CJI vem sistematicamente promovendo cursos de capacitação nesse sentido.

O TJDFT tem a preocupação de construir indicadores sólidos e índices que reflitam a realidade do jurisdicionado idoso e que permitam delinear, de maneira segura, as competências legais para essa vara/juizado. Nessa vertente, a CJI se propõe a fomentar a construção de um modelo capaz de atender às demandas da população idosa do Distrito Federal, servindo de campo de pesquisa para o levantamento de indicadores que nortearão os estudos para, se for o caso, criar futuramente um juízo especializado, a fim de que não haja a disparidade de competências observada nas diversas varas/juizados existentes pelo Brasil afora.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil possui um sistema de Justiça de defesa do idoso ainda deficitário. São poucas ou até inexistentes as varas, promotorias, defensorias e delegacias especializadas no idoso nas diversas UFs.

Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo são as únicas unidades que possuem esse sistema completo e nem por isso deixam de enfrentar a crescente

judicialização das demandas da população idosa, que decorrem da falta de políticas públicas específicas para esse grupo.

No Distrito Federal, essa realidade não é diferente. Sob a peculiaridade do perfil sociodemográfico anteriormente exposto, não é exagero afirmar que grande parte dos idosos do Distrito Federal conhece os seus direitos e sabe como reivindicá-los. Todavia, é extremamente carente de políticas públicas específicas para esse segmento populacional, notadamente as previstas na PNI e no Estatuto do Idoso, quanto a assistência social, saúde, transporte, habitação e educação.

Muito embora o Distrito Federal conte com uma Política Distrital do Idoso desde 2006 e tenha sido a primeira UF a criar, em 2011, uma secretaria especial exclusiva para a população idosa, isso não foi suficiente para que houvesse uma efetiva coordenação local da política do idoso, nem que essa política fosse implementada nas mais diversas secretarias setoriais.

Em face de toda essa lacuna, surge a CJI, como um serviço que congrega todo o sistema de Justiça e de promoção e defesa da pessoa idosa, mas que visa, essencialmente, à solução alternativa dos conflitos vivenciados por essa população, seja no âmbito familiar, seja no âmbito governamental, seja no âmbito não governamental.

A conscientização pelo indivíduo do seu papel de cidadão faz com que ele lute por seus direitos e com que os segmentos marginalizados da sociedade busquem o efetivo acesso à Justiça. A CJI é, portanto, um instrumento de cidadania à disposição da população idosa do Distrito Federal, considerando que o acesso à Justiça envolve muito mais que a mera judicialização das demandas. Envolve, sobretudo, o empoderamento das pessoas idosas sobre seus direitos e sua corresponsabilidade pela busca pacífica da solução de suas disputas privadas, públicas e sociais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

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

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Mapa da Defensoria Pública do Brasil**. Brasília: Anadep; Ipea, 2013. Disponível em: <<http://www.anadep.org.br>>. Acesso em: 1º maio 2014.

RAMOS, Paulo. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: SDH, 2013.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

_____. **Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília: SEDH, 2005.

CODEPLAN – COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Distrito Federal 1991-2030**. Brasília: Codeplan, 2009. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

MPDFT – MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. **Um olhar sobre os idosos: análise do perfil populacional e levantamento de programas e serviços públicos existentes no Distrito Federal**. Brasília: MPDFT, 2013.

RIBEIRO, Paula; NUNES, Alessandra. Central judicial do idoso – uma onda diferenciada de acesso à justiça. *In*: GALVÃO, Ivânia; ROQUE, Elizângela (Coord.). **A aplicação da lei em uma perspectiva interprofissional**. Brasília: Lumen Juris, 2010.

TJDFT – TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS. **Cartilha da Central Judicial do Idoso**. Brasília: TJDFT, 2014. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br>>. Acesso em: 1º maio 2014.

O SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS SOB A ÓTICA DA ADVOCACIA

Adriana Zorub Fonte Feal¹

Devemos provocar o Estado-juiz e exigir a aplicação interna da mesma proteção de direitos humanos já alcançada externamente.

André de Carvalho Ramos

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno nacional e internacional que transformará a realidade social dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, observadas as peculiaridades e os sistemas econômicos que se aplicam a cada uma dessas diferentes realidades.

O olhar distante e parcial de uma realidade tal qual apresentada nos dias atuais inúmeras vezes favorece equívocos, como os que levam a imaginar, por exemplo, que os desafios outrora enfrentados pelos países desenvolvidos foram menores que os nossos, e que os meios para alcançar um ideal social no entorno de um segmento foram cômodos. Países como Japão, Alemanha e Estados Unidos possuem uma realidade social e uma política pública sedimentadas no tocante ao direito, à proteção e ao amparo às pessoas idosas. No entanto, não é possível olvidar os problemas, as dificuldades e as questões sociais que esses países enfrentaram ao atravessar duas grandes guerras e conflitos internos, tendo passado por reestruturação econômica e adoção de medidas para combater a fome, a miséria, a doença e o desamparo.

Dessa forma, é preciso lembrar que todos esses países que hoje reputamos por bem estruturados para enfrentar o acelerado processo de envelhecimento de suas populações nem sempre estiveram preparados.

Além disso, o mesmo fenômeno resultou em diferentes percepções e atuações dos estados. Apesar de o processo de envelhecimento dos países da América Latina e do Caribe já ter se iniciado nos anos 1980, nessas regiões os debates, as trocas

1. Advogada e presidente da Comissão dos Direitos dos Advogados Idosos da Ordem dos Advogados do Brasil Seção de São Paulo (OAB-SP), nas gestões de 2011-2012 e 2013-2015.

de experiências e as alternativas para a construção de políticas públicas específicas são mais recentes.

Na tentativa de compreender a morosidade do Estado brasileiro, uma das possíveis hipóteses a ser considerada seria a de que durante muito tempo a sociedade brasileira insistiu – e ainda insiste – em bradar sua eterna juventude, fato que é reforçado pelo discurso e pela atuação omissa do Estado. Também por isso, em termos legais, apenas com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a pessoa idosa começou a ser vista como sujeito de direitos. Tudo isso pode explicar, pelo menos em parte, o atraso na introdução do envelhecimento na agenda do Estado brasileiro, mas em nenhuma hipótese justificar a persistência desse atraso.

Assim, embora desde há muito alertado de seu envelhecimento, e diante dessa “nova” realidade, o país se vê desafiado a redimensionar urgentemente suas políticas públicas para lidar com questões sociais introduzidas ou agravadas pelo envelhecimento populacional, entre elas a formatação de um sistema de garantia de direitos eficiente e equânime, em um contexto marcado por grande diversidade cultural e fortes desigualdades sociais e de gênero.

2 BREVE ANÁLISE DA ATUAL CONJUNTURA SOCIAL

Além dos diferentes ritmos de envelhecimento pelos quais passaram os países, é importante reconhecer que em cada cultura as pessoas constroem psicossocialmente sua experiência singular de envelhecer.² Assim, deve-se pensar não em uma velhice como fase homogênea da vida, mas em velhices, no plural: diversas formas de envelhecer estão presentes em um mesmo grupo etário; e vários grupos etários cabem dentro desta única denominação genérica de velhice (Brito da Motta, 2004). As velhices, desta forma, devem ser repensadas também sócio-historicamente (Barros, 2006).

Além disso, na sociedade pós-moderna, a idade cronológica deixa de ser relevante para marcar os momentos de formação pessoal e das famílias. Observa-se uma ampla variedade nas idades do casamento, do nascimento dos filhos e nas diferenças de idade entre pais e filhos, colaborando para um distanciamento entre as gerações e para a falta de solidariedade entre elas. Ao mesmo tempo, valores individualistas e calcados no consumo e no prazer sustentam a noção de envelhecimento bem-sucedido como resultado de comportamentos adequados ao longo da vida, responsabilizando e “culpabilizando” a parcela da população idosa que evolui com algum grau de fragilidade, incapacidade e/ou dependência (Debert, 1999).

2. Para mais informações, ver capítulo 4 sobre as proposições para efetivação da Política Nacional do Idoso (PNI) na saúde.

Ressalte-se que a cultura brasileira, que reconhece na juventude um valor, reluta em aceitar o envelhecimento como uma fase natural do curso da vida (Debert, 1999). Nesse sentido, também é notável a influência dos meios de comunicação no tocante à rejeição ao envelhecimento, ao estabelecer um padrão de beleza tirânico cujo foco é, em suma, a juventude. A apologia do envelhecimento ativo de modo descontextualizado pode acirrar desigualdades sociais e ainda responsabilizar os indivíduos por sua própria miséria e sofrimento. Essa visão contribuiu para os chamados processos de reprivatização da velhice, “(...) que transformam a velhice numa responsabilidade individual – e, nesses termos, ela poderia então desaparecer do nosso leque de preocupações sociais” (Debert, 1999, p. 14). Dessa maneira, se um indivíduo não é ativo, não está envolvido em programas de convivência e atinge a velhice no isolamento e na doença, a culpa é exclusivamente dele. Pelo lado oposto, a valorização e a divulgação de modelos excepcionais de velhices também favorecem a exclusão e o sentimento de não pertencimento público (Giacomin, 2014).

Assim, quando se pretende estudar uma cultura ou uma civilização do ponto de vista normativo, é importante perguntar quais ações foram proibidas, quais foram ordenadas e quais foram permitidas, ou, em outras palavras, descobrir a direção ou as direções fundamentais em que se conduzia a vida de cada indivíduo (Bobbio, 1982). Incluir os direitos das pessoas idosas e sua temática na política do país é fazer cumprir um direito fundamental e conquistar um estágio de evolução social (Giacomin, 2014).

Ao analisar a transformação histórica e a redefinição das funções e dos valores da família moderna, Hareven (1999) propõe que elas teriam levado ao estabelecimento de fronteiras mais estritas entre família e comunidade, e à transferência das funções de bem-estar e cuidado, outrora concentradas na família e consideradas parte da obrigação desta, para as instituições especializadas, a saber: creches, escolas, hospitais e instituições asilares. Desta forma, a família deixou de ser a única fonte disponível de apoio aos seus membros dependentes, e a comunidade deixou de apoiar-se nela como principal agência de bem-estar e controle social (Hareven, 1999).

A Constituição Federal acena para a família como a principal entidade responsável pelo amparo às pessoas idosas. Entretanto, a estrutura familiar conhecida anteriormente sofreu alterações com o advento da globalização, das exigências do mercado de trabalho e do novo papel assumido pela mulher na sociedade, que modificaram, fundamentalmente, o foco de atenção da família e interferiram no amparo às crianças, aos adolescentes e às pessoas idosas. Todas essas alterações convergiram para uma forma alternativa e indireta de assistência ao idoso, visto que o amparo destinado à responsabilidade da família, por lei, passou a ser atribuído a terceiros.

Em relação ao dever da sociedade, de prestar amparo às pessoas idosas, os incentivos são tímidos e largamente insuficientes. Por isso, Lemos (2013) questiona o fato de que o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), ao criminalizar o abandono e a negligência, aponta para um modelo idealizado de família e acaba por desconsiderar a pluralidade das configurações existentes. Para o autor, a precariedade das políticas de assistência é minimizada pela centralidade da ideia de ingratidão familiar. Essa criminalização do abandono desvinculada de uma proposta de política consistente e concreta de apoio ao idoso em situação de dependência mascara a falta de comprometimento efetivo do Estado brasileiro (Lemos, 2013).

As instituições filantrópicas e as comunidades religiosas desenvolvem trabalhos assistenciais de grande valor voltados para o segmento da terceira idade, mas o acesso é restrito e os recursos empregados são escassos ante a necessidade premente de ações contundentes e expressivas que fortaleçam o comando legal, dando-lhe efetivação.

Em relação ao dever do Estado, é inegável que o segmento da pessoa idosa tem obtido atenção por parte das três esferas de governo, mas como uma preocupação a ser sanada e não como um segmento que mereça prioridade na agenda política, o que denota atraso na adoção de medidas e, como consequência, torna as ações mais onerosas e menos elaboradas.

A PNI, diploma regulatório que contém o planejamento das diretrizes e das ações governamentais voltadas para o segmento da pessoa idosa, ainda não foi posta em prática na sua totalidade, apesar da sua maioridade. O Estatuto do Idoso, lei federal especial que estabelece os direitos da pessoa idosa, segue a mesma senda: ao tempo que é um moderno instrumento jurídico de referência a outros países, não raras vezes, não possui efetivação própria, e sua execução depende da provocação da pessoa idosa e da aplicação coercitiva do Poder Judiciário a determinar que a norma legal seja cumprida.

Ambas as normas – PNI e Estatuto do Idoso – definem a necessidade de incluir a temática do envelhecimento nas escolas e criar oportunidades de educação formal para as pessoas idosas. Quanto ao aspecto educacional, se por um lado observa-se a negação do envelhecimento pela sociedade e pelo Estado, é imprescindível que, por outro, haja conteúdos pedagógicos nas escolas de ensino fundamental, médio e superior destinados a conscientizar e estimular crianças, jovens e adultos a aprender sobre o processo de envelhecimento. Isso está disposto nos arts. 22 e 24 do Estatuto do Idoso, a fim de coibir a violação de direitos cometida contra a pessoa idosa e outros atos discriminatórios. Enquanto o conteúdo desta temática restar desprezado e desconsiderado, a sociedade estará a rejeitar seu papel

educacional, ao deixar de preparar a criança, o jovem e o adulto para o exercício da cidadania e do protagonismo de seus direitos na velhice.

Na prática, sejam quais forem as inúmeras razões, o sistema de garantia dos direitos do idoso brasileiro necessita de urgente revisão, a fim de que seja instrumento hábil a produzir justiça e não apenas positividade formal, isto é, constar na lei, mas não estar materializado e acessível à população brasileira.

3 INSTRUMENTOS DE GARANTIA DE DIREITOS E DE CELERIDADE PROCESSUAL

Outro ponto sensível é a disposição legal sobre a garantia de direitos da pessoa idosa. Se partirmos da competência e do dever, vários são os dispositivos legais brasileiros que tratam da questão.

A Constituição Federal em seu art. 230 preconiza que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (Brasil, 1988).

Por sua vez, a PNI e a criação do Conselho Nacional do Idoso, na Lei nº 8.842, datada de 4 de janeiro de 1994, seis anos após a promulgação da Constituição Federal, ratificam a previsão contida no comando constitucional, estabelecendo princípios, diretrizes e ações governamentais de inserção, participação, priorização e implementação da política pública nas várias esferas de atendimento às pessoas idosas.

O Estatuto do Idoso, Lei Federal nº 10.741/2003 e infraconstitucional, foi criado com o objetivo de regular os direitos das pessoas idosas, positivando a garantia constitucional e a preservação dos direitos fundamentais inerentes a essas pessoas. Considerado de caráter assistencial, ele estabelece esses direitos especificando aqueles já consagrados pela Constituição Federal e pela PNI, tais como: direito à vida, à saúde, à liberdade, à alimentação, à educação, à cidadania, ao transporte, ao trabalho e à habitação. O estatuto inova ao estabelecer direitos à quota de vagas em estacionamentos públicos e privados; assentos reservados nos transportes coletivos urbanos; desconto de 50% na aquisição de ingressos para eventos artísticos, culturais e esportivos; bem como ao aplicar penalidades para os crimes cometidos especificamente contra a pessoa idosa. Ele também inova no tocante à prioridade de atendimento à saúde junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população, e nos processos judiciais e administrativos. Contudo, apesar de a PNI determinar que os recursos financeiros necessários à efetivação das políticas devam ser consignados nos respectivos orçamentos, a ausência de previsão e a falta de seriedade na execução orçamentária para políticas específicas não sofrem quaisquer sanções positivas ou negativas.

Outra norma de interesse para este segmento trata da prioridade da tramitação processual nos processos judiciais em que figure pessoa idosa (art. 71 do Estatuto do Idoso). Nesse quesito, o Código de Processo Civil também estabelece que seja dada tal prioridade, mediante anotação em local visível nos autos do processo, inclusive no processo digital, em que nele figure uma ou mais pessoa(s) idosa(s). No mesmo sentido, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), através da Recomendação nº 14, de 6 de novembro de 2007, interveio para unificar e pacificar o entendimento de que em todos os tribunais do país devem ser aplicadas as medidas cabíveis para priorizar esses processos. Por sua vez, o Supremo Tribunal Federal (STF) respondeu a questionamento formulado pela Comissão dos Direitos dos Advogados Idosos da OAB-SP, por intermédio do encaminhamento do Ofício nº 757/2011, que trata da adoção de medidas para a priorização do andamento processual às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. O STF confirmou que os processos recebem uma identificação específica na capa dos autos indicando tratar-se de processo com pessoas idosas, contendo uma etiqueta de identificação com a palavra idoso. Esclareceu ainda que, no processo digital eletrônico, o próprio postulante pode informar que há idosos figurando como parte, e que tal informação passa a constar do banco de dados do tribunal, ao mesmo tempo que uma lista é encaminhada a cada um dos ministros para que seja dada prioridade na tramitação dos feitos.

Apesar disso, considerando a extrema sobrecarga do sistema judiciário, dado o elevado número de processos e recursos, a celeridade processual que a lei garante e que o STF reitera não tem sido, de fato, respeitada.

Mais recentemente foi promulgada a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, Lei Brasileira de Inclusão ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, que tem por objetivo “inaugurar um sistema normativo inclusivo, que homenageia o princípio da dignidade da pessoa humana em diversos níveis” (Stolze, 2016).

Embora a pessoa idosa não seja, necessariamente, pessoa com deficiência, esta lei confere maior autonomia à tomada de decisões e às manifestações de vontade nos casos em que haja uma eventual interdição judicial da pessoa idosa, visto que, sob o ponto de vista técnico, a pessoa que possui um impedimento de longo prazo, seja ele de natureza sensorial, física ou mental, não é mais considerada civilmente incapaz.

Ora, ao que se aplica a nova lei, então? Aplica-se a conferir dignidade à pessoa que, ainda que possua impedimento de longo prazo, não mais poderá ser considerada plenamente incapaz. A interdição passa a ser a exceção e não a regra. Para isso, devem os operadores do direito ater-se ao caso concreto em detida análise, visto que a lei assegura às pessoas com deficiência o direito ao exercício da plena capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

Sendo assim, a curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial, excluindo, portanto, o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

Vejamos o que menciona a lei:

Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.

§ 3º No caso de pessoa em situação de institucionalização, ao nomear curador, o juiz deve dar preferência à pessoa que tenha vínculo de natureza familiar, afetiva ou comunitária com o curatelado (Brasil, 2015).

Vemos, desse modo, conforme acima mencionado, a importância da análise detida do caso concreto, pois o relatório e a perícia médicos deverão ser minuciosos, bem como a própria sentença que declarar a interdição da pessoa idosa, visto que a nova curatela é caso de excepcionalidade e deverá estar devidamente ajustada aos limites específicos.

Em razão da complexidade e da regulamentação que se aplicam à capacidade civil da pessoa em conjunto com a vinda dos novos procedimentos da interdição, a lei contém desdobramentos e impactos importantes que deverão ser debatidos em novas oportunidades, mas que entendemos por bem abordar neste capítulo a fim de observar os próximos passos que trarão, com esperança, igualdade e instrumentalidade a esta nova realidade.

4 PERSPECTIVAS

Seriam necessárias novas leis de proteção aos direitos da pessoa idosa? A tramitação de projetos de lei casuísticos e desnecessários em relação à matéria, e a falta de observância das leis existentes, como a própria PNI, contribuem para a violação dos direitos já consagrados, sem que políticas públicas sejam, de fato, efetivadas. Nesse sentido, faz-se necessário, primeiro, estruturar as políticas públicas já existentes para, posteriormente, adequá-las à nova realidade. Desta feita, não é possível consentir com a proposição de projetos de lei que possuam por finalidade contestar os direitos conquistados pelo segmento idoso.

A tentativa de modificação da idade para que o idoso seja sujeito de direitos e deveres no Brasil é verificada na maioria dos 116 projetos de lei voltados para esse segmento que hoje tramitam pelo Senado Federal e pela Câmara dos Deputados.

É notável a tentativa de alteração desta idade para 75 anos e, em alguns casos, até para 80 anos.

O art. 3º do Estatuto do Idoso e o art. 4º, inciso VIII, da PNI estabelecem o que se segue.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003).

Art. 4º Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso: (...)

VIII – priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família (Brasil, 1994).

A interpretação desses artigos de lei tende à mudança pois, à medida que a população envelhece e a expectativa de vida do cidadão brasileiro aumenta, os direitos desse grupo etário correm o risco de sofrer modificações com a adoção do critério da necessidade em detrimento ao da idade. Dessa forma, é possível que o critério para classificação da prioridade no atendimento ao qual se referem o art. 3º do Estatuto do Idoso e o inciso VIII do art. 4º da PNI, gradativamente, passe a ser o da necessidade.

Isso pode ser comprovado no presente, uma vez que grande parte dos idosos, apesar de possuir direito a usufruir das filas de atendimento prioritário, opta pelo atendimento das filas comuns, demonstrando que, na prática, o tempo de espera para atendimento é igual ou menor que o das filas prioritárias. Outra interpretação seria a de que os idosos negam a própria condição e evitam as filas específicas.

Todavia, esse processo de adaptação à necessidade será incorporado à vida da sociedade e trará igualdade no atendimento à população jovem, já bastante diminuída, bem como à população idosa, a exemplo do que se observa em países como Estados Unidos e Alemanha.

O art. 4º, inciso III, da PNI preconiza:

Art. 4º Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso: (...)

III – priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência (Brasil, 1994).

Essa diretriz que estabelece a prioridade do atendimento familiar em detrimento do atendimento asilar mostra-se inviável, visto que o país não oferece alternativas intermediárias de cuidado, tampouco uma política de cuidados de longa duração, que possibilite à família continuar a cuidar de seus idosos.

No Capítulo IV, o art. 10 da PNI passa a regulamentar as ações governamentais, estabelecendo o seguinte:

Art. 10. Na implementação da Política Nacional do Idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos: (...)

b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros (Brasil, 1994).

Na prática, esse comando legal sofre pela ausência de políticas suficientes de cuidados intermediários. É necessário que o envelhecimento seja reconhecido como pauta prioritária nas políticas públicas, especialmente as de educação e proteção social, e isso é o que especialistas no tema vêm alertando há décadas, mas quão pouco efeito têm surtido as cautelas anunciadas.

5 OS ACORDOS INTERNACIONAIS E SUA APLICAÇÃO

Sendo o Brasil signatário de convenções internacionais de direitos fundamentais do homem, e tendo aderido, portanto, ao entendimento de que todos são iguais perante a lei, sem distinção de idade, devem-se observar a dignidade e o valor do ser humano na igualdade de seu direito.

Para Magalhães (2001):

os direitos humanos e sua proteção constituem o cerne do direito internacional contemporâneo. Resultam da consciência da comunidade internacional de que é necessário evitar a repetição de atos e fatos que degradam a natureza humana. Foi a noção de que o direito deve atender às aspirações da humanidade, expressas em valores, princípios, normas e costumes dos mais diversos povos e civilizações que a compõem, que inspirou e inspira a multiplicidade de instrumentos legais nacionais e internacionais tendentes a resguardar os direitos fundamentais da pessoa humana, dentre os quais se incluem os que lhe asseguram a dignidade e os relativos à proteção ao meio ambiente, que procuram preservar a vida no planeta.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem pretensão de esgotar o tema, considerando que este é apenas um prisma entre tantos, concluímos que não há sociedade organizada sem o firme propósito de estruturar a política em favor da premência de seus vários segmentos.

Países como Japão, Alemanha e Estados Unidos atravessaram grandes guerras e estruturaram suas políticas de modo analítico e prático, principalmente com a motivação de construir um país justo para todos.

A segurança jurídica depende de lisura, transparência, ética e instrumentalidade que efetivem a vontade do legislador. O direito material sem o mecanismo processual apto a formalizá-lo é utopia.

Além disso, faltoso é o Estado brasileiro, que reconhece internacionalmente a necessidade de proteção de direitos, mas, ao mesmo tempo, é moroso na aplicação destes na política nacional, o que se desdobra em violação aos direitos humanos. O Estado deveria, portanto, sofrer a consequente responsabilização por sua omissão.

Outro aspecto relevante está relacionado à aplicabilidade das políticas públicas e ao repasse ou à terceirização da obrigação do Estado para a sociedade. Quando um projeto de lei estabelece um benefício ou um desconto à pessoa idosa no pagamento de determinado produto ou serviço, esta responsabilidade perpassa, com razoável frequência, do Estado para a classe empresarial. Citam-se como exemplos a aprovação da Lei Geral da Copa de 2014 e do Projeto de Lei nº 4.571/2008, que estabelecia quota de 40% de ingressos aos idosos, restringindo o disposto no art. 23 do Estatuto do Idoso, que estende o benefício a todos os idosos. Se, de um lado, o Estado terceiriza sua obrigação, de outro, há resistência por parte da classe empresarial, cuja finalidade é a obtenção de lucro. Instala-se um conflito de interesses entre os setores público e privado, ficando, assim, o idoso à mercê da disputa entre os gigantes. Ou, ainda mais grave, ele é injustamente discriminado, como se fosse dele a responsabilidade por este ônus.

Em que pesem a adoção de medidas por parte das três esferas de governo – federal, estadual/do Distrito Federal e municipal – e os avanços obtidos em relação à parcela idosa da população, ainda não é possível aduzir que as políticas públicas são suficientes para acolher as demandas desse grupo etário. Essa ausência ou essa insuficiência de ações governamentais que efetivem as políticas públicas fragilizam a população idosa, que passa a ser vista como incapaz, ainda que possua capacidade e autonomia de fato.

Apesar da vulnerabilidade do segmento idoso e da previsão da partilha constitucional do amparo a esta população, no Brasil, inexistente uma política de cuidados, o que sobrecarrega as famílias. Desse modo, a política de cuidados prevista no inciso III do art. 4º da PNI não foi implementada e permanece letra morta. Isso acaba por restringir a esfera familiar ao cuidado de seus idosos.

Além disso, a necessária regulamentação da profissão de cuidador de idosos, que se encontra em tramitação no Congresso Nacional, poderá vir a ser mais onerosa à parcela idosa da população, visto que a adoção do regime celetista aplicável ao cuidador na qualidade de empregado doméstico significará que, para cada pessoa idosa que demande cuidado integral, serão necessários pelo menos três cuidadores. Como fazê-lo? Qual será a participação do Estado nessa oferta de cuidados?

Por sua vez, os serviços de atenção e os programas voltados à pessoa idosa, com a criação de centros-dia para idosos dependentes ou semidependentes ou de casas-lares para idosos afastados do convívio familiar, a depender dos incentivos governamentais, embora previstos na Política Nacional de Assistência Social, não estão incluídos no planejamento dessa política, segundo as prioridades estabelecidas na Comissão Intergestores Tripartite para o quadriênio 2014-2017. Portanto, estes não se materializarão com a brevidade necessária para suprir as demandas – existentes e futuras.³

Ainda assim, não é possível concluir que nada foi realizado, mas admitir que o país está longe de uma realidade digna para a pessoa idosa, pelo não cumprimento das obrigações do Estado conforme a Constituição Federal, a PNI e o Estatuto do Idoso.

É necessário priorizar a política do envelhecimento, fortalecer o sistema público de saúde e inserir conteúdos sobre o processo de envelhecimento individual e populacional em todas as esferas de ensino, o que transformará e preparará as próximas gerações, gradativa e culturalmente, para a natural realidade do envelhecer.

Diminuir a desigualdade e empoderar a pessoa idosa por meio do estímulo e do respeito à sua autonomia compreendem dois aspectos: o direito ao trabalho e a valorização do aposentado e do pensionista, pois a dignidade está no contraponto da discriminação. A ausência de tais direitos retira do idoso o poder de decisão, tornando-o vulnerável, ainda que não o seja, infantilizando-o e estabelecendo ou reforçando uma pseudodependência.

A negação de efetivas políticas de cuidados retira das famílias a possibilidade de cuidar pessoalmente de seus idosos, sendo este um dos aspectos pelos quais o Estado torna-se o violador, na medida em que a sua omissão contribui para o abandono e a negligência das pessoas idosas, bem como para o sofrimento de suas famílias.

É imperioso que a dignidade da pessoa humana saia do papel, dos discursos, e que seja uma justa realidade social para a velhice que contém todas as idades. Se não é o seu presente, certamente tem tudo para ser o seu futuro.

REFERÊNCIAS

- BARROS, M. L. de. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 52, p. 109-132, 2006.
- BOBBIO, N. **O conceito de sociedade civil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 5 out. 1988.

3. Para mais informações sobre esse assunto, ver capítulo 3 deste livro.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 4 jan. 1994.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1º out. 2003.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 6 jul. 2015.

BRITTO DA MOTTA, Alda. Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. *In*: PEIXOTO, C. E. **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 1999.

GIACOMIN, K. C. R. Contradições do Estado brasileiro ante o envelhecimento do seu povo. **Argumentum**, Vitória, v. 6, n.1, p. 22-23, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/8034/5785>>.

HAREVEN, T. K. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 13, p. 11-35, 1999.

LEMONS, C. E. S. Entre o estado, as famílias e o mercado. **Sinais Sociais**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 22, p. 39-61, 2013.

MAGALHÃES, José Carlos de. Prefácio. *In*: CARVALHO RAMOS, André de. Direitos Humanos em Juízo. Comentários aos casos contenciosos e consultivos da Corte Interamericana e Direitos Humanos. São Paulo. Max Limonad, 2001.

STOLZE, Pablo. É o fim da interdição? **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 2016. (NBR 6023:2002 ABNT). Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/46409>>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

_____. **Estatuto do idoso**: avanços com contradições. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1840).

LARANJEIRA, A. C. Velhos são os trapos: do positivismo clássico à nova era. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 763-70, 2010.

TÓTORA, S. Apontamentos para uma ética do envelhecimento. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-38, 2008.

EM QUE MEDIDA A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO TEM SIDO EFETIVA?

Eduardo Camargos Couto¹

Na verdade, tudo indica que estamos concretizando o cínico presságio de Lampedusa, no famoso romance Il Gattopardo, ao explicar os objetivos da elite dominante: “se vogliamo che tutto rimanga com'è, bisogna che tutto cambi”, ou seja: se quisermos que tudo permaneça como está, basta simularmos que tudo muda.

Eros Grau

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é avaliar retrospectivamente se e em que medida a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, tem se mostrado efetiva e conseguido concretizar seus objetivos. Trata-se de uma avaliação legislativa dos efeitos dessa lei sobre a sociedade, sob a égide da ciência legística. Legística é a ciência do direito que se ocupa em estudar como elaborar “boas leis”, sendo conceituada por Soares (2007, p. 125) como:

saber jurídico que evoluiu com base em algumas das questões recorrentes na história do direito, vale dizer, a necessidade de uma legislação mais eficaz (no sentido de estar disponível e atuante para a produção de efeitos), o desafio de compatibilizar o direito codificado com os reclames da sociedade, o questionamento da lei como o instrumento exclusivo para a consecução de mudanças sociais e a necessidade de democratizar o acesso aos textos legais em todos os níveis.

Essa doutrina tem como objeto de investigação as possibilidades e os limites da elaboração e do tratamento científico da lei. Assim, a legística atua na interseção entre o direito público, a teoria do Estado e a ciência política, tendo por finalidades: a redução do número de leis e de suas modificações; e a melhoria da qualidade estilística (formação e redação) das normas e conseqüentemente do nível de sua eficácia. Uma lei é considerada eficaz quando alcança os objetivos que motivaram sua criação em virtude da sua observância pelos atores sociais (Soares, 2004).

1. Advogado; e mestre em direito pela Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Nos dias atuais, quando se tem governos como fortes atores nas soluções de conflitos e demandas de melhorias das condições sociais, a legística apresenta-se como matéria das mais relevantes. Nesse contexto, a qualidade dos atos normativos toma uma enorme dimensão como instrumento de atuação do Estado-providência, sendo definida em função de diversos fatores, inclusive: a utilidade, a capacidade de produzir os efeitos pretendidos, a harmonização com o ordenamento vigente, o equilíbrio entre custos e benefícios, e a efetividade (Mader, 1991).

Contudo, somente na segunda metade do século XX, a partir da constatação da má qualidade da legislação em geral, a criação, a elaboração e o impacto dos atos normativos sobre a sociedade começam a ter interesse científico. Em 1973, preocupado com os efeitos e os impactos da lei na vida em sociedade, Peter Noll, advogado suíço mentor dessa corrente, inova ao extrapolar os limites da legística formal para o campo da legística material. Ao afirmar que, além de produzir a lei, é fundamental imprimir os resultados pretendidos com a lei – lei no sentido amplo de atos normativos –, Noll deixa para trás o idealismo normativo, resquício do Iluminismo, e mostra que a construção de leis deveria se basear em resultados práticos.

Por sua vez, ao avaliar a lei a partir dos efeitos produzidos por uma norma que começou a ser aplicada, Mader (1991) recomenda que seja feita uma dupla comparação. Primeiramente, entre o que deveria ter acontecido – para que os objetivos fixados tivessem sido atingidos – e o que realmente aconteceu; e, posteriormente, entre a situação anterior à data da entrada em vigor da norma e a situação atual. Esta avaliação é possível somente quando, em um momento anterior à aplicação de uma lei, definem-se os objetivos e as funções desta mesma lei (Canotilho, 1996).

Assim, este capítulo se propõe a avaliar retrospectivamente a PNI (Lei nº 8.842/1994) à luz da metódica da legística, considerando o que acontece após a sua publicação e tendo por referência as reivindicações expressas pela sociedade quanto ao que está definido nessa norma.

2 AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DA PNI

Para medirmos a efetividade da PNI, faremos comparações entre as normas estabelecidas pela lei e as demandas da sociedade civil em documentos selecionados: o *Relatório de Gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – gestão 2010-2012* e as deliberações das Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPIs), com ênfase nas prioridades definidas na terceira e na quarta conferência.² Caso a norma esteja sendo respeitada, não há razão para que

2. Realizadas, respectivamente, de 23 a 25 de novembro de 2011 e de 24 a 27 de abril de 2016.

a sociedade demande sua efetivação. Nesse sentido, a demanda será uma medida indireta da não efetivação da PNI.

Inicialmente, são apresentadas no quadro 1 as 26 deliberações prioritárias construídas pelos grupos de trabalho e aprovadas pelos delegados na plenária final da III CNDPI. Em seguida, são apresentadas no quadro 2 as dezenove deliberações da IV CNDPI. Na subseção 2.1, destacamos partes do *Relatório de Gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – gestão 2010-2012*.

QUADRO 1 Deliberações prioritárias da III CNDPI

1	Alteração da legislação para: a) reduzir para 60 anos a idade para acesso ao benefício de prestação continuada (BPC) (Lei nº 8.742/1993); b) alterar a renda <i>per capita</i> do acesso ao BPC (Lei nº 8.742/1993) de inferior a um quarto do salário mínimo para até meio salário mínimo; c) não considerar, para efeito de cálculo da renda familiar, os benefícios previdenciários no valor de um salário mínimo, percebidos por outro idoso e pessoa portadora de deficiência; d) em caso de falecimento do beneficiário, que o cônjuge tenha direito ao gozo do benefício de “pensão”.
2	Efetivar e universalizar o direito da pessoa idosa, bem como sua inclusão social, por meio da descentralização das ações resultantes da intersectorialidade ou oriundas de protocolo de gestão integrada, com garantia do cofinanciamento nas três esferas de governo, respeitando a dignidade do cidadão, sua autonomia e seus talentos, favorecendo o acesso à informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária.
3	Ampliar e cofinanciar a criação de: a) Secretaria Nacional do Idoso; b) Centros de Combate à Violência e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa; c) centros de referências; d) delegacias especializadas, fortalecendo a rede de proteção e defesa das pessoas idosas em situação de violência, buscando a agilidade do Poder Judiciário, com vistas à implementação do Plano de Ação de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa.
4	Formular legislação para bancos e similares (em especial, corretoras e financeiras) referente ao endividamento global, no limite de 30% e a proteção à pessoa idosa na utilização do cartão-benefício, de forma que garanta a liberação do empréstimo somente após utilização da senha eletrônica, impressão digital e atendimento individualizado pela instituição financeira, com apresentação da declaração esclarecida da utilização do empréstimo ao idoso.
5	Garantir e ampliar o acesso a programas de prevenção, promoção da saúde, tratamento e reabilitação da pessoa idosa, conforme preconizado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, nas três esferas de gestão.
6	Implantar e implementar centros especializados de atenção à saúde da pessoa idosa de responsabilidade e financiamento das três esferas de governo, com as seguintes características: a) descentralizados e regionalizados; b) com infraestrutura adequada e equipe multidisciplinar (geriatria, nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, enfermeiro, técnico em enfermagem, educador físico, terapeuta ocupacional, odontólogo, protético, incluindo também medicina alternativa); c) que possibilite atendimento integral, humanizado e resolutivo em todos os níveis; d) com acompanhamento das pessoas idosas do ambulatório ao ambiente domiciliar; e) garantia de acesso a medicamentos, exames ou serviço de apoio diagnóstico e fluxo de referência e contrarreferência.
7	Elaborar, implantar e monitorar o Plano Nacional do Idoso, com planejamento e gestão compartilhada entre as diversas políticas públicas, de forma a efetivar programas, projetos e serviços intersetoriais, envolvendo as áreas de saúde, assistência social, habitação, educação, transporte, cultura, dentre outras.
8	Criar a Secretaria Nacional do Idoso, incentivando os estados e municípios ao mesmo procedimento, visando desenvolver a política da pessoa idosa.
9	Ampliação da política pública de educação para a inclusão da pessoa idosa em todas as fases da educação (alfabetização, ensino fundamental, médio e universitário), bem como nas universidades da terceira idade, nas escolas das redes pública e privada, garantindo: a) a educação formal, podendo ser pelo Peja [Programa de Educação de Jovens e Adultos], para pessoas a partir de 60 anos, nos três turnos; b) orientação no sistema braile e na Linguagem Brasileira de Sinais (Libras); c) em espaços adequados; d) com transporte gratuito; e) com a inserção de conteúdos sobre envelhecimento como temas transversais.
10	Garantir a inclusão no Catálogo Nacional do Ministério da Educação (MEC) do curso de orientação e formação de cuidador da pessoa idosa e institucionalizar, em nível nacional, o programa.
11	Garantir a participação efetiva da pessoa idosa no planejamento dos programas sociais nas áreas de saúde, educação e assistência social com base no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento.

(Continua)

(Continuação)

12	Divulgar e promover campanhas educativas e informativas sobre o Estatuto do Idoso e demais legislações pertinentes, com linguagem acessível, ilustrações, inclusive em braille, escrita ampliada e Libras para se enfrentar as dificuldades do envelhecimento, a discriminação e a violência, estimulando o processo intergeracional de forma ampla e sistemática, em âmbito nacional e local, principalmente na mídia (TV, em horário nobre, rádio, jornal, revistas, <i>folders</i> , <i>outdoors</i> , materiais educativos etc.).
13	Incentivar, oportunizar e capacitar as pessoas idosas nas três esferas municipal, estadual, distrital e federal do conhecimento e das formas de acesso aos direitos, aos mecanismos e instrumentos de que dispõem, para garantir a organização social e seu protagonismo.
14	Garantir e assegurar o cumprimento como preconiza o Estatuto do Idoso, nas três esferas de governo, espaços de protagonismo nas áreas de saúde, educação, assistência social, lazer, trabalho, previdência social, habitação, transporte, participação social, mídia e fóruns de deliberação, dentre outros.
15	Exigir o cumprimento da legislação vigente que garante, nas três esferas de governo, a acessibilidade às pessoas idosas, sobretudo nas áreas de transportes, infraestrutura e edificações privadas e públicas.
16	Instituir nos conselhos nacional, estaduais e distrital maior interação e participação com os conselhos municipais, no intuito de promover o fortalecimento destes últimos, através de fóruns, audiências públicas, debates, seminários, palestras e outros eventos de natureza similar que estimulem a participação social e capacitação continuada dos conselheiros, nas três esferas.
17	Criação e manutenção de um sistema de informação específico para cadastramento de todos os conselhos intersetoriais, de forma transparente e com acesso popular, para melhor integração dos mesmos, criando um plano de mídia permanente para comunicação e publicização das ações, deliberações, informações dos conselhos das três esferas; criação de um <i>site</i> oficial do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), com <i>link</i> dos conselhos estaduais e conselhos municipais da pessoa idosa.
18	Tornar todos os conselhos para pessoas idosas, nas três esferas governamentais, em deliberativos, consultivos e fiscalizadores, para decidir, opinar, acompanhar e fiscalizar as políticas públicas para as pessoas idosas, divulgando junto à população idosa suas ações e decisões, principalmente os orçamentos, cofinanciamentos, convênios e todo e qualquer recurso recebidos pelos municípios, destinados às políticas públicas para as pessoas idosas.
19	Mobilizar órgãos governamentais e não governamentais, envolvendo os conselhos, com objetivos de ampliar os orçamentos para implantação de programas, projetos e serviços, com objetivo de fortalecer e implementar a Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (Renadi).
20	Estabelecer estratégias para cumprimento e acompanhamento das deliberações das conferências nos três níveis de governo, garantindo que as mesmas sejam incorporadas nos planos para a execução da política pública da pessoa idosa, estabelecendo encaminhamento das denúncias de violação de direitos aos órgãos competentes.
21	Obrigatoriedade de criação imediata do conselho e do respectivo fundo estadual e municipal do idoso, garantindo secretaria executiva, com prazo máximo de doze meses a partir da III CNDPI, bem como a formação e capacitação permanente dos conselheiros nas três esferas de governo, melhoramento da estrutura dos conselhos existentes, sendo todos equipados com: veículo, linha telefônica, internet e outros equipamentos necessários para o seu bom atendimento/funcionamento.
22	Destinar e garantir recursos, por meio de leis orçamentárias, nas três esferas de governo, para construir, implementar, manter e/ou reformar todas as modalidades de atendimento previstas na Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Política Nacional de Assistência Social, considerando a intersetorialidade, com instalações adequadas e pessoal qualificado por meio de programas, projetos e ações para atendimento integral e integrado à pessoa idosa.
23	Alocar recursos advindos das arrecadações das loterias, percentual de 2% dos <i>royalties</i> e pré-sal, dos crimes ambientais e dos Impostos sobre Operações Financeiras (IOFs) de empréstimos contraídos por idosos, para custeio da execução de programas, projetos e ações de promoção, proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa, em especial àquela vulnerável ou em situação de risco social, assegurando a ampliação do orçamento (Constituição Federal, art. 194, parágrafo único), pela garantia da participação no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA), definindo e estabelecendo repasses fundo a fundo.
24	Promover a articulação de todas as esferas de governo e da sociedade civil para a regulamentação e implantação dos fundos municipais, estaduais, distrital e nacional do idoso, garantindo que municípios, estados, Distrito Federal e a União destinem, no mínimo, 1% da arrecadação prevista em seus respectivos orçamentos, 2% da arrecadação das loterias federais e estaduais e a totalidade dos recursos arrecadados com as multas previstas nos artigos 56 a 58 do Estatuto do Idoso para investimento com foco no envelhecimento ativo e saudável, devendo a utilização dos recursos ocorrer por deliberação dos seus respectivos conselhos, pautada pela transparência, ampla divulgação nos meios de comunicação, intensificação da divulgação de dados dos processos de elaboração dos orçamentos e planos e a prestação de contas dos recursos recebidos.
25	Estabelecer no planejamento orçamentário que se destine de 5% a 10% de todo recurso público federal repassado aos estados, Distrito Federal e municípios à execução da PNI, garantindo, dessa forma, atender o idoso nas diversas modalidades.
26	Garantir, nas três esferas de governo, recursos para instrumentalização e capacitação continuada na área de ciclo orçamentário (o PPA, a LDO e a LOA); financiamento; na elaboração de programas, projetos, serviços e no acompanhamento de políticas públicas para os membros dos conselhos de defesa dos direitos da pessoa idosa, assegurando a função fiscalizadora prevista no Estatuto do Idoso.

Fonte: Brasil (2011).

QUADRO 2

Deliberações prioritárias da IV CNDPI

1	Garantir a criação, implantação e manutenção de centros especializados de saúde para atendimento da pessoa idosa em todo o território nacional, com financiamento dos entes federativos, garantindo equipe interprofissional: com formação gerontológica, clínico, geriatra, oftalmológica, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, gerontólogo, odontólogo, profissional de educação física, equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) de acordo com a realidade loco-regional e outros.
2	Alterar a legislação do BPC (Lei nº 8.742/1993, Lei Orgânica da Assistência Social – Loas) para: a) reduzir a idade para acesso de 65 anos para 60 anos, em estrita observância ao Estatuto do Idoso; b) aumentar a renda <i>per capita</i> familiar de um quarto para meio salário mínimo; c) não considerar, para efeito de cálculo da renda familiar os benefícios da seguridade social, a renda de um salário mínimo; d) não incluir o benefício de pessoa com deficiência no cálculo da renda de famílias que possuam pessoas idosas.
3	Formular e propor mudança na legislação relacionada aos critérios para oferta de empréstimos e financiamentos bancários para coibir que terceiros efetuem empréstimos em nome de pessoas idosas, no limite da lei, vinculado ao controle e à fiscalização do Instituto Nacional de Seguridade Social e proporcionando a proteção na utilização do cartão-benefício, especificando que a liberação do empréstimo se dará com a utilização da senha eletrônica, impressão digital e atendimento individualizado pela instituição financeira, com apresentação da declaração esclarecida da utilização do empréstimo.
4	Alterar o Estatuto do Idoso (inciso I, art. 38) para ampliar o percentual de 3% para 10% de reserva das vagas das unidades habitacionais residenciais urbanas e rurais para atendimento às pessoas idosas respeitando a Lei Brasileira de Inclusão (para construção).
5	Fortalecer a política da pessoa idosa pelas bases da educação, incluindo disciplinas e conteúdos transversais e intergeracionais, relacionadas ao processo de envelhecimento nos currículos do ensino formal (fundamental e médio) e disciplinas de geriatria e gerontologia social nos cursos de nível superior de graduação, para que os alunos conheçam os direitos das pessoas idosas, de acordo com o art. 22, Capítulo V, do Estatuto do Idoso.
6	Alterar a legislação previdenciária para: a) revisar os critérios de aposentadoria rural (em regime de segurado especial) às pessoas idosas que atualmente residem na zona urbana; b) reestabelecer os direitos dos aposentados que tiveram seus valores diminuídos em razão do fator previdenciário; c) criar mecanismos para reposição dos valores das aposentadorias e pensão quando a pessoa atingir 60 anos de idade; d) revogar a obrigatoriedade das contribuições previdenciárias para aposentados e pensionistas e enviar esforços junto ao Congresso Nacional para que aprove os projetos de lei sobre a recuperação das perdas salariais dos aposentados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), corrigindo os benefícios pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), mais o índice de produtividade do ano anterior, propugnando pelo fim do fator previdenciário.
7	Alterar o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) ampliando o número de vagas gratuitas de dois para quatro nos transportes interestaduais e intermunicipais.
8	Garantir e assegurar através do Sistema Único de Saúde (SUS), a distribuição gratuita de medicamentos de uso contínuo e de alto custo às pessoas idosas com doenças degenerativas, ampliando a cota e os tipos de medicamentos disponibilizados, bem como ampliar a instalação de farmácias populares nos municípios brasileiros.
9	Garantir e financiar a capacitação, participação e qualificação dos membros dos conselhos nacional, distrital, estaduais e municipais dos direitos da pessoa idosa para o acompanhamento, a fiscalização e o controle dos investimentos sociais voltados à pessoa idosa, que utilizem recursos dos fundos nacional, distrital, estaduais e municipais do idoso.
10	Exigir da Agência Nacional de Saúde (ANS) a fiscalização dos planos de saúde para que não cobrem nenhuma taxa adicional para os usuários maiores de 60 anos, regulamentando os planos de saúde sem discriminação para a população idosa.
11	Destinar ao fundo do idoso o percentual de 2% da arrecadação das loterias estaduais e federal, dos eventos esportivos, dos shows e do IOF.
12	Equipar as porcentagens dos reajustes das aposentadorias e pensões aos reajustes do salário mínimo, visando resguardar o poder aquisitivo das aposentadorias e pensões.
13	Garantir a previsão de recursos orçamentários e financeiros no orçamento público, em todas as esferas de governo, para a implementação da política nacional de capacitação continuada para conselheiras e conselheiros, gestoras e gestores, cuidadoras e cuidadores de pessoas idosas, lideranças e profissionais que atuam na promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, possibilitando maior conhecimento na área do ciclo orçamentário – PPA, LDO e LOA – para financiamento de políticas públicas, programas e projetos.
14	Buscar a aprovação do Projeto de Lei nº 309/2012, que dispõe sobre a dedução de imposto de renda pessoa física, para os fundos das pessoas idosas, direto no ajuste do imposto de renda.

(Continua)

(Continuação)

15	Assegurar que os municípios, os estados e o Distrito Federal forneçam instalações físicas acessíveis, recursos financeiros e humanos para criação e funcionamento efetivo dos conselhos de direitos da pessoa idosa. Cada conselho deve possuir caráter deliberativo, composição paritária, exigindo a representatividade da pessoa idosa em, no mínimo, 10% da sua composição, com alternância da presidência. Os referidos colegiados devem ser obrigatoriamente, dotados de fundos próprios, sendo que a responsabilidade pela estrutura e manutenção destes será do órgão gestor da política, proporcionando a participação dos conselheiros e das conselheiras em fóruns e outras estratégias de articulação na Renadi.
16	Instituir instrumentos de promoção e participação dos conselhos de direitos da pessoa idosa (conselhos, fóruns, comissões) na elaboração do PPA, da LDO, da LOA (federal, estadual e municipal), para destinação de programas e de políticas públicas voltadas para a pessoa idosa. E ainda realizar pesquisas para possibilitar a elaboração de estatísticas e de indicadores a respeito do perfil dessa população.
17	Ampliar os mecanismos de controle social sobre o funcionamento das ouvidorias, defensorias, promotorias públicas, delegacias, juizados e varas especializadas na proteção dos direitos da pessoa idosa para uma efetiva participação da sociedade civil nas três esferas de governo, possibilitando maior transparência na destinação de recursos às pessoas idosas, por meio de um Observatório Nacional da Política Nacional do Idoso.
18	Fomentar a criação de fóruns permanentes, assegurando a discussão sobre os direitos previstos na legislação vigente, a respeito da população idosa (na área da educação, assistência social, segurança pública, direitos humanos, cultura, trabalho, habitação, previdência social, questão de gênero, saúde, justiça e Ministério Público), concentrando o resultado dessas discussões no Observatório da Política Nacional do Idoso. Utilizar dados, informações e indicadores para uso da sociedade civil e de gestoras e de gestores públicos no ciclo das políticas públicas, das campanhas publicitárias, dos materiais didáticos e de estudos, para pesquisas integradas sobre a situação de vida da pessoa idosa no Brasil.
19	Propor ao Conselho Nacional de Justiça que as penalidades previstas no Estatuto do Idoso e na Lei nº 9.099/1995 sejam destinadas aos fundos do idoso dos respectivos estados e municípios onde a penalidade foi aplicada. Garantir e ampliar a rede de combate a todo tipo de violência contra pessoa idosa, principalmente, as pessoas em situação de vulnerabilidade, promovendo ações educativas de prevenção e combate à violência, com a criação de casas de apoio para acolhimento de vítimas e Centro de Referência de Apoio à Pessoa Idosa.

Fonte: Brasil (2016).

É razoável compreender as deliberações definidas em plenária como reivindicações da sociedade endereçadas à administração pública, responsável por implementar a PNI. Afinal, os delegados participantes das conferências – legítimos representantes dos interesses da população idosa –, ao elegerem essas deliberações como prioritárias, revelam objetivos da lei ainda não cumpridos e, portanto, demandam sua efetivação. Pode-se deduzir que, quanto mais vezes o tema de uma norma aparece nas deliberações, mais carente de efetividade é a norma correspondente. Para proceder à avaliação legislativa, cada um dos artigos da lei da PNI será comparado no quadro 3 e no gráfico 1 às deliberações das conferências (quadros 1 e 2).

QUADRO 3

Comparativo entre o conteúdo da Lei nº 8.842/1994 e o teor das deliberações das III e IV CNDPIs

Lei nº 8.842/1994	III CNDPI	IV CNDPI
Art. 1ª A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.	1 a 26	1 a 19
Art. 2ª Considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.		
Art. 3ª A Política Nacional do Idoso rege-se-á pelos seguintes princípios:		
I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;		
II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;		
III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;	1 a 26	1 a 19
IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;		
V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei.		
Art. 4ª Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso:		
I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;	2	
II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;	11, 13, 15, 16, 21	9, 13, 15, 16, 17, 18
III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;		
IV - descentralização político-administrativa;	2, 7	
V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;	6, 7, 10, 18	13
VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;	12	7
VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;	12, 16, 17	2, 7
VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;	6	7
IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.	12	7
Parágrafo único. É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.		
Art. 5ª Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social a Coordenação Geral da Política Nacional do Idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso.	7, 8, 16, 17	7
Art. 6ª Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área.	11, 16, 17, 18, 20, 21, 26	9, 13, 17, 18
Art. 7ª Compete aos conselhos de que trata o art. 6ª desta lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas (Redação dada pela Lei nº 10.741, de 2003).	7, 11, 16, 17, 18, 20, 21, 26	9, 13, 16, 17, 18
Art. 8ª À União, por intermédio do ministério responsável pela assistência e promoção social, compete:		
I - coordenar as ações relativas à Política Nacional do Idoso;	7	

(Continua)

(Continuação)

Lei nº 8.842/1994	III CNDPI	IV CNDPI
II - participar na formulação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional do Idoso;	7, 11, 13	
III - promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da Política Nacional do Idoso;	2, 7	
IV - (vetado);		
V - elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso.	2, 7, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25	11, 13, 14, 15, 16, 17
Parágrafo único. Os ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a Política Nacional do Idoso.	2, 6, 7, 18, 19, 22, 23, 25	13, 15
Art. 9º (Vetado).		
Art. 10. Na implementação da Política Nacional do Idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:		
I - na área de promoção e assistência social:		
a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais;	2, 7, 10, 14, 24	
b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;	3, 6, 22	1
c) promover simpósios, seminários e encontros específicos;	11, 12, 16	18
d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;	7	16, 18
e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso.		1, 5, 9, 13
II - na área de saúde:		
a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;	5, 6, 7, 14, 22, 24	1
b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;	6, 7, 14, 22	1, 8, 10
c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;		
d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;		
e) desenvolver formas de cooperação entre as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal, e dos municípios e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;		
f) incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;		
g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e		
h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso.	6	
III - na área de educação:		
a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;	9, 14	5
b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;	14	5
c) incluir a gerontologia e a geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;	6, 14	5
d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;	12, 14	19

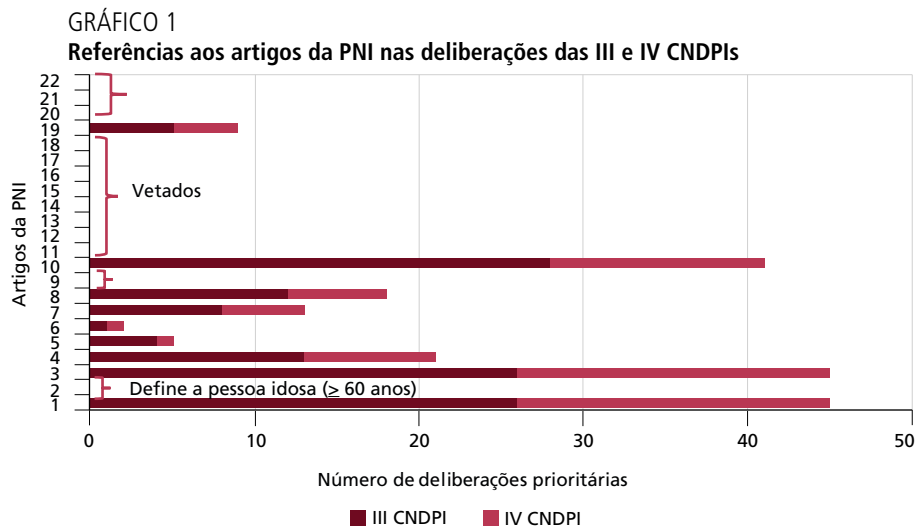
(Continua)

(Continuação)

Lei nº 8.842/1994	III CNDPI	IV CNDPI
e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso.		
f) apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber.	6, 14	
IV - na área de trabalho e previdência social:		
a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;		
b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários;		
c) criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento.		
V - na área de habitação e urbanismo:		
a) destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares;		
b) incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência de locomoção;	7, 14	4, 18
c) elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular;		
d) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas.	15	
VI - na área de justiça:		
a) promover e defender os direitos da pessoa idosa;	3, 4	
b) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.	3, 4	
VII - na área de cultura, esporte e lazer:		
a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;	7, 24	
b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;		
c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;		
d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;		
e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.	14	
§ 1º É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada.		
§ 2º Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-á nomeado curador especial em juízo.		
§ 3º Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.		
Artigos 11 a 18 vetados.		
Art. 19. Os recursos financeiros necessários à implantação das ações afetas às áreas de competência dos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais serão consignados em seus respectivos orçamentos.	22, 23, 24, 25, 26	11, 13, 14, 16
Art. 20. O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.		
Art. 21. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.		
Art. 22. Revogam-se as disposições em contrário.		

Fonte: Brasil (1994).

Obs.: A cor cinza representa os títulos ou artigos vetados; e a cor vermelha, os artigos não citados nas conferências.



A análise do gráfico 1 nos permite considerar que cada uma das 45 deliberações das duas conferências se refere direta ou indiretamente aos arts. 1^a e 3^a da lei, que traçam respectivamente os objetivos e os princípios da PNI. Além disso, as deliberações dos delegados da IV CNDPI repetem as da III CNDPI. Trata-se de uma forma democrática de reivindicar mais uma vez a realização da norma.

Assim, existe forte indicativo de que a PNI, após mais de duas décadas em vigor, ainda permanece na seara do “dever ser”, pois carece de materialização na vida real. Mais estranho é o fato de a lei estabelecer expressamente em seu art. 5^o3 que o Ministério da Assistência Social seja o responsável pela implementação da PNI, com a participação dos conselhos, diferentemente do que tem sido observado.⁴ Desde a sua criação, a coordenação da PNI tem sido nômade: já esteve no Ministério da Previdência e Assistência Social, e na Secretaria Especial de Direitos Humanos, inicialmente vinculada ao Ministério da Justiça, depois à Presidência da República e de novo ao Ministério da Justiça.

2.1 Quanto à efetividade da coordenação da PNI

As duas conferências cobram a execução das atribuições da União em relação à PNI por via de 21 deliberações. A falta de coordenação da PNI pelo órgão ministerial

3. “Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social a Coordenação Geral da Política Nacional do Idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso” (Brasil, 1994, art. 5^o).

4. Mais informações a esse respeito podem ser encontradas no capítulo 23, intitulado *O que fazer para concretizar a Política Nacional do Idoso?*, também de autoria de Eduardo Camargos Couto.

responsável pela assistência e promoção social está expressa em cinco demandas e ainda no *Relatório de Gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – gestão 2010-2012*:

no Poder Executivo, para falar da esfera federal, a política se mostra rarefeita, descoordenada e insuficiente para a magnitude que representa o envelhecimento acelerado e crescente da nação brasileira e o atendimento às demandas atuais de mais de 20 milhões de idosos (Brasil, 2012, p. 16).

Além disso, a plenária final da III CNDPI aprovou a Moção nº 12, moção de indignação dirigida à Secretaria de Direitos Humanos (SDH), por negligência, descaso e desrespeito aos direitos da pessoa idosa, e por manter, deliberadamente, acéfala a Coordenação Geral da Política Nacional do Idoso e pela falta de suporte técnico-administrativo ao CNDI. A seguir, transcreve-se tal moção:

os delegados da III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa ratificam *moção de indignação* deliberada no III Encontro Nacional dos Fóruns Permanentes da Sociedade Civil pelos Direitos da Pessoa Idosa, ocorrido na cidade de Salvador/Bahia, nos dias 17 e 18 de novembro de 2011, dirigida à Secretaria dos Direitos Humanos por manter acéfala a Coordenação da Política Nacional do Idoso por cerca de 7 (sete) meses (abril a outubro de 2011), da mesma forma que manteve o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso sem recursos humanos suficientes para o necessário apoio técnico e administrativo, inclusive com afastamento de servidores, exatamente no ano de organização e operacionalização da III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, com perdas significativas e sérias repercussões na qualidade desta conferência. Observa-se que, por ser uma Secretaria dos Direitos Humanos e responsável pela Coordenação da Política Nacional do Idoso e pelo apoio ao CNDI, estas questões acabam por configurar negligência, descaso e desrespeito aos direitos da pessoa idosa, com reflexo no CNDI, uma vez que a deliberação, defesa, fiscalização e controle social das políticas públicas voltadas para a pessoa idosa são atribuições e papéis do referido conselho nacional.⁵

Isso vem confirmar a negligência do gestor federal quanto ao seu dever de coordenação supraministerial e de articulação da PNI junto aos demais entes federados.⁶ O *Relatório de Gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – gestão 2010-2012* atesta que a coordenação da PNI esteve vacante ou sob a gestão de pessoas sem qualquer competência técnica e/ou militância na área. A falta de espaço físico e de estrutura administrativo-financeira para a política e para o conselho (Giacomin e Couto, 2010) também revela a desimportância da temática para o governo. Assim, os delegados da III CNDPI decidiram pela criação de uma Secretaria Nacional do Idoso, fato reforçado no Relatório 2010-2012.

5. Disponível em: <<http://tinyurl.com/plenariafinalIIIcndpi>>.

6. Aliás, coordenar a PNI sequer aparece entre as competências do atual gestor, a SDH (Decreto nº 7.256, de 4 de agosto de 2010).

Neste sentido, a 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa propôs como deliberação prioritária a criação de uma Secretaria Nacional do Idoso que congregue competências, que tenha como pautas exclusivas e prioritárias o envelhecimento, a defesa do segmento idoso e a preparação do país para essa nova configuração demográfica, a partir da inclusão deste tema em todas as pastas ministeriais, no parlamento brasileiro e no Judiciário (Brasil, 2012, p. 84).

A ideia de criação de um órgão específico é tratar a temática do envelhecimento com a mesma importância da questão dos direitos da mulher, da igualdade racial, entre outras. Que o envelhecimento não seja mais uma pauta dentro de um ministério, mas que seja a temática central, que tenha um gestor competente, com recursos e capacidade de diálogo com os conselhos e a população idosa (Brasil, 2012).

2.2 Quanto ao orçamento destinado à PNI

O pedido de elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e da assistência social e de submetê-la ao CNDI aparece em dezesseis deliberações. Porém, segundo o relatório de gestão, isso tampouco se verifica na prática:

chegando à metade do governo Dilma, ainda não está definido um projeto de governo claro sobre a temática do envelhecimento. Não há uma agenda social que inclua os vários ministérios envolvidos e que acolha a contribuição do próprio CNDI neste sentido. Assim, a gestão federal continua vazia de projetos, programas e ações voltados para o segmento idoso e não se sustenta sem orçamento (Brasil, 2012, p. 76).

Como reflexo e causa desse cenário está a ausência ou a insuficiência de recursos para a temática do envelhecimento no orçamento da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (Alcântara e Giacomin, 2013).⁷ Isso reforça um círculo vicioso: não há orçamento porque não há ações que concretizem a PNI; não há ações porque não há orçamento para levar a PNI a efeito.

2.3 Quanto à existência e à efetividade dos conselhos

Sobre a necessidade de se implantarem conselhos de idosos em todos os níveis de governo, há onze deliberações. Solicitando que os conselhos, existentes ou por serem criados, cumpram suas funções legais de supervisão, acompanhamento, fiscalização e avaliação da PNI são treze deliberações.

Faz-se importante lembrar que o art. 6º da PNI não deixa a menor dúvida quanto a essa força das decisões dos conselhos de idosos. O caráter deliberativo dos conselhos é reiteradamente reforçado (deliberações 17, 20 e 24 da III CNDPI, e 15 da IV CNDPI). O que permite inferir que a natureza deliberativa (vinculativa/

7. Como exemplo, de acordo com o *site* Contas Abertas, em valores correntes, dos R\$ 32,7 milhões autorizados de 2008 até 2012 para a promoção e a defesa dos direitos dos idosos, apenas R\$ 8,9 milhões foram desembolsados, menos de 30% do total. Isto é, em cinco anos, R\$ 23,8 milhões deixaram de ser gastos em ações de proteção aos direitos dos idosos. Disponível em: <<http://www.contasabertas.com.br/website/?s=secretaria+de+direitos+humanos>>.

obrigatória) das decisões dos conselhos estaria sendo desrespeitada. Vejamos o que nos informa o relatório de gestão:

outro fator que prejudicou consideravelmente o bom funcionamento da comissão [de normas] foi a própria consultoria jurídica da SDH que, extrapolando sua competência e ferindo a autonomia do conselho, realizava verdadeiro “juízo de admissibilidade”, inclusive com poder de “veto” às resoluções propostas pela comissão e aprovadas pela plenária do conselho. Esta atitude comprometeu a publicação de cinco resoluções aprovadas em plenário, sem contar o atraso na publicação de todas as demais, em razão do mesmo motivo (Brasil, 2012, p. 94).

Depreende-se desse relato que havia, à época, uma submissão administrativa do CNDI à SDH que cerceou a autonomia do conselho, já no nascedouro das deliberações. Se o CNDI não tem autonomia para publicar suas resoluções, que força vinculativa teriam suas deliberações? Essa instância de controle social constitucionalmente criada estaria sendo indevidamente controlada pelo gestor federal.

2.4 Quanto aos fundos

Embora a lei que cria fundos para conselhos de idosos seja o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), cumpre destacar que eles são citados em ambas as conferências. Fazem referência à criação ou ao fortalecimento dos fundos dos conselhos de idosos de todos os entes da Federação as deliberações 21 e 24 da III CNDPI, e 11, 14, 15 e 19 da IV CNDPI.⁸

2.5 Quanto à violência e à Renadi

Embora a violência⁹ não tenha sido citada em nenhuma deliberação final de ambas as conferências, caso bastante emblemático envolve a criação e o funcionamento da Renadi. Esta rede, tema da primeira conferência,¹⁰ traz em sua deliberação 13:

incentivar órgãos governamentais a ampliar o orçamento da política do idoso, com o objetivo de implementar a Renadi e criar meios que garantam o seu funcionamento efetivo, conforme parágrafo único do art. 8º da Política Nacional do Idoso e art. 3º, parágrafo único, inciso III, do Estatuto do Idoso.

A segunda conferência¹¹ teve como tema a Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: avanços e desafios. Porém, os anais da II CNDPI causam perplexidade, pois, das 169 páginas, não há uma avaliação sequer da Renadi. O relatório final da segunda conferência revela-se uma retórica

8. Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010, que institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos fundos municipais, estaduais e nacional do idoso.

9. “Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso” (Brasil, 1994, § 3º, art. 10).

10. Ocorrida em Brasília, no período de 23 a 26 de maio de 2006.

11. Também realizada em Brasília, de 18 a 20 de março de 2009.

totalmente inepta, com propostas para uma rede meramente potencial, sem respaldo na realidade da pessoa idosa no país.

A Renadi reaparece na III CNDPI:

19 – Mobilizar órgãos governamentais e não governamentais, envolvendo os Conselhos, com objetivos de ampliar os orçamentos para implantação de programas, projetos e serviços, com objetivo de fortalecer e implementar a Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (Renadi) (Brasil, 2011, p. 3).

E o *Relatório de Gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – gestão 2010-2012* deixa como recomendação para a próxima gestão: “apresentar propostas para financiamento de serviços que integram a Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – Renadi” (Brasil, 2012, p. 130).

Na IV CNDPI, além da demanda de efetivação dessa rede (15^a deliberação), há uma moção de repúdio, a de número 6, com o seguinte texto: “após quatro conferências não tivemos relatório do que foi aprovado –, nada sobre a Renadi – Rede de Proteção e Defesa ao Idoso –, cobramos uma imediata prestação de contas de todas as propostas que foram votadas e aprovadas”.

Percebe-se que, a não ser em tese, não há nada, nem de forma incipiente, que se possa chamar ou que pareça ser uma Renadi. O caráter emblemático que marca a criação da Renadi é exatamente a inação do Estado em relação ao cumprimento de um dever que lhe foi imposto por uma norma. Exceto pela formulação retórica de propostas inócuas, não foi relatada a criação de qualquer meio capaz de fazer com que a rede saia da letra morta das deliberações e dos anais de conferências.

A Renadi não se materializa porque não é possível pensar em uma rede criada de cima para baixo, sem que haja o trabalho coordenado e descentralizado de proteção de direitos.¹² Para acontecer a rede nacional, são necessárias as redes estaduais, distrital e municipais.

Demandam por capacitação de cuidadores de idosos duas deliberações da III CNDPI (3 e 10) e uma da IV CNDPI (11).

2.6 As múltiplas demandas

Observando a metodologia de votação nas conferências, entre as municipais e a nacional, há várias etapas de consolidação até a plenária final. Neste percurso, muitas das deliberações, embora não componham a redação final, na qual são mencionadas apenas as prioritárias, são preteridas em favor de outras. Porém, verifica-se uma ansiedade em colocar o máximo possível de “reivindicações” em

12. Mais informações a esse respeito podem ser encontradas no capítulo 14, intitulado *Da Política Nacional do Idoso ao Estatuto do Idoso: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa*, de autoria de Alexandre de Oliveira Alcântara.

cada proposta prioritária da plenária final. Assim, em uma mesma deliberação, os delegados denunciam o não cumprimento de cinco ou mais normas de diferentes naturezas, de artigos, incisos, e alíneas diferentes da lei.

2.7 A falta de menção a determinadas normas da PNI pelas deliberações

Nenhuma das deliberações das conferências menciona normas que tratam do atendimento asilar. O art. 4º da PNI, em seu inciso III e parágrafo único, traz respectivamente as seguintes normas:

Inciso III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência (...).

Parágrafo único. É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social (Brasil, 1994).

Considerando que menos de 1% dos idosos brasileiros estão institucionalizados (Camarano, 2010) e que instituições asilares públicas são exceções à regra, percebe-se que somente a família carrega toda esta responsabilidade de maneira muito desigual numa sociedade também desigual e sem o apoio do Estado. A este respeito, o CNDI se manifesta no relatório de gestão:

no art. 230 [da Constituição Federal de 1988], a família, a sociedade e o Estado dividem a responsabilidade de amparar as pessoas idosas. Porém, na prática, a pessoa idosa encontra amparo quase exclusivamente na esfera familiar, a qual cuida conforme os seus recursos ou a falta deles (Brasil, 2012, p. 16).

Quanto ao parágrafo único do art. 4º, trata-se de uma norma que não é passível de ser levada a efeito, pois a população idosa institucionalizada sabidamente é frágil e sofre de múltiplas doenças, em sua maioria crônicas e não transmissíveis, as quais não impedem a vida em coletividade. Assim, é o descumprimento desse texto que possibilita o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos (Ilpis), caso contrário, onde ficariam os idosos frágeis hoje institucionalizados? Em hospitais? Aliás, tem sido uma prática frequente idosos continuarem hospitalizados mesmo após terem recebido alta médica, pois a família não tem condições de cuidar deste idoso doente ou o idoso não tem mais família.

Também não há menção às normas do art. 10, inciso II (na área de saúde), alíneas a, b, c, d, e, f, g:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;

- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- e) desenvolver formas de cooperação entre as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal, e dos municípios e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação (Brasil, 1994).

O relatório de gestão diz sobre estas normas:

Vários dispositivos legais previstos nessa política estão sendo descumpridos, como por exemplo: (...)

Na saúde: a garantia do cuidado integral; o treinamento de equipes interprofissionais; a normatização de hospitais geriátricos; a inclusão da geriatria em concursos públicos e a criação de serviços alternativos para a pessoa idosa (art. 10, II, a, b, d, e, h) (Brasil, 2012, p. 16-17).

Também há silêncio em relação ao art. 10, inciso III (na área de educação), alínea e: “desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso” (Brasil, 1994). Talvez isto ocorra porque a metodologia pedagógica virtual ainda não seja de fácil acesso à população idosa, que carece de inclusão digital.

Ainda não há deliberação sobre o art. 10, inciso IV (na área de trabalho e previdência social), alíneas a, b e c:

- a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;
- b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários;
- c) criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento.

Tampouco sobre o art. 10, inciso V (na área de habitação e urbanismo), alíneas a e c:

- a) destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares; (...)
- c) elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular.

A Portaria nº 610, publicada no Diário Oficial da União em 27 de dezembro de 2011, estabelece que famílias com pessoas portadoras de deficiência passem a

ser prioridade na seleção. Interessante observar que esta portaria faz parecer que esse direito, em reservar 3% das unidades habitacionais para atendimento aos idosos, seria uma novidade do programa, apesar de esta obrigação corresponder a um direito que foi garantido por meio do Estatuto do Idoso de 2003.

Sobre estruturas intermediárias de cuidados, o CNDI se manifesta de forma reivindicatória, conforme o relatório da gestão 2010-2012: “na assistência social: a criação de incentivos e de alternativas ao atendimento ao idoso, como centros-dia, casas-lares” (Brasil, 2012, p. 17).

As alíneas b, c e d do inciso VII (na área de cultura, esporte e lazer) do art. 10 também não são mencionadas:

- b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;
- c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;
- d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural.

Entre as atividades culturais, as comemorações de datas, as festividades folclóricas, os lanches, os corais e os bailes da terceira idade promovidos por grupos de convivência oferecidos pelos gestores municipais são os mais comuns. Contudo, essa prática desvinculada de qualquer integração com a comunidade ou com outras gerações incorre em prática discriminatória que contribui para restringir ainda mais a vivência cidadã da pessoa idosa.

O § 1º do art. 10 contém norma que tem sido negligenciada de forma criminosa pelo Estado brasileiro: “§ 1º É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada”. As duas situações principais de ilegalidade toleradas pelo Estado brasileiro quanto a esta norma estão descritas a seguir.

O financiamento pelos idosos, com o uso de seus proventos de aposentadoria ou suas pensões, de asilos ditos filantrópicos e mesmo públicos. Assim, o idoso fica privado de dispor de seus recursos financeiros como bem lhe aprouver.

O comprometimento dos proventos, das pensões e dos benefícios dos idosos, em uma porcentagem maior que o limite legal (30%) por bancos e instituições financeiras, com a anuência e a associação para o cometimento do ilícito do INSS.

2.8 As mudanças trazidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015)

A norma do § 2º do art. 10 da PNI não foi alvo de deliberações, mas de alterações importantes na legislação pátria: “§ 2º Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-á nomeado curador especial em juízo” (Brasil, 1994).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência,¹³ nos termos do seu art. 2º, deixa de considerar absolutamente incapaz a pessoa com deficiência, aquela que, por causa transitória ou definitiva, não pode exprimir sua vontade. Agora a pessoa é tida como relativamente incapaz, na medida em que os arts. 6º e 84 do mesmo diploma deixam claro que a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa. Esta norma tem caráter inclusivo e respeitoso à autonomia de pessoas com certas incapacidades, autonomia que deve ser respeitada nas capacidades que a pessoa preserva.

Para que esta novidade legislativa seja levada a efeito, será fundamental o envolvimento do Judiciário na implantação de estrutura necessária, incluindo a criação de varas especializadas em idosos.

3 SERIA, ENTÃO, A PNI UMA LEI SIMBÓLICA?

O art. 1º da lei da PNI indica que esta norma tem caráter instrumental: “a política (...) tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 1994). Claro que nenhuma norma com o caráter programático, com fins a alterar a realidade fática, como é caso das leis que estabelecem as políticas públicas em geral, tem o condão de promover as pretensas mudanças por si só, pelo simples fato de serem promulgadas. Para que a norma seja efetiva, para que crie os resultados esperados na realidade do idoso no país, no caso da lei da PNI, há que se programarem ações de caráter público administrativo-estruturante, de fomento, de financiamento, educacionais, institucionais, sanitárias, entre outras.

Outro fator de fundamental importância é o respeito ao CNDI e aos demais conselhos estaduais, distrital e municipais, como representantes legítimos da população exercendo o seu constitucional papel de *controle social*. Ou seja, há que se criar meios para que a lei saia do papel e atinja efeitos práticos, se concretize. Neste sentido, Neves (2011, p. 31) alerta:

evidentemente, quando o legislador se restringe a formular uma pretensão de produzir normas, sem tomar nenhuma providência no sentido de criar pressupostos para eficácia, apesar de estar em condições de criá-los, há indício de legislação simbólica.

O professor Marcelo Neves¹⁴ ainda conceitua o que caracteriza o simbolismo de uma legislação:

a questão refere-se à discrepância entre a função hipertroficamente simbólica e a insuficiente concretização jurídica de diplomas constitucionais. O problema não se reduz, portanto, à discussão tradicional sobre ineficácia das normas constitucionais; por outro, procura-se analisar os efeitos sociais da legislação constitucional normativamente

13. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>.

14. Professor titular da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Pernambuco.

ineficaz. Nesse contexto, discute-se a função simbólica de textos constitucionais carentes de concretização normativo-jurídica (Neves, 2011, p. 1).

Em outra passagem, o mesmo autor observa que a vigência social de qualquer norma constitucional programática depende da existência de possibilidades estruturais para sua realização, no contexto social das expectativas e das comunicações que a norma em questão se propõe a direcionar ou reorientar.

Assim, ao se reconhecer a atividade legislativa como um momento de confluência entre os sistemas político e jurídico, trata-se de uma *legislação simbólica*, quando, em vez de exercer uma função jurídico-instrumental, a lei serve a finalidades políticas de caráter não especificamente normativo-jurídico (Neves, 2011). Em outras palavras, o legislador – sujeito político – produz texto normativo que tem maior sentido ou significado político do que o aparente sentido normativo-jurídico.

Na legislação simbólica, o Estado aparece como instituição perfeita, potente e ordenada (Neves, 2011). Kindermann (1988, p. 230 *apud* Neves, 2011) propôs um modelo tricotômico para a tipologia da legislação simbólica, cuja sistematicidade o torna teoricamente frutífero: “conteúdo de legislação simbólica pode ser: a) confirmar valores sociais, b) demonstrar a capacidade de ação do Estado e c) adiar a solução de conflitos sociais através de compromissos dilatatórios”.¹⁵

Podemos classificar a PNI como sendo uma legislação simbólica do tipo legislação-álibi, em que:

o legislador, muitas vezes sob pressão direta do público, elabora diplomas normativos para satisfazer as expectativas dos cidadãos, sem que com isso haja o mínimo de condições de efetivação das respectivas normas. Através dela o legislador procura descarregar-se de pressões políticas ou apresentar o Estado como sensível às exigências e expectativas dos cidadãos (Neves, 2011, p. 36).

Essa legislação-álibi, entre nós e especificamente entre as políticas públicas referentes ao envelhecimento, prospera e estende este caráter simbólico a outras normas, tais como o Estatuto do Idoso, que surge como resposta à ineficiência da PNI. Este ciclo legislativo perverso anima e ilude a população idosa, enquanto tudo permanece no campo das promessas. Parece, portanto, mais adequado afirmar que a legislação-álibi destina-se a criar a imagem de um Estado que responde normativamente aos problemas reais da sociedade. Ela decorre da tentativa de causar a impressão de ter encontrado uma solução aos respectivos problemas sociais ou, no mínimo, pretende convencer o público das boas intenções do legislador. Ora, os juristas Noll e Kindermann atestam que não apenas a lei simbólica deixa os problemas sem solução, mas, além disso, obstrui o caminho para que eles sejam resolvidos.¹⁶

15. A esse propósito, Neves (2011) sugere também Kindermann (1989, p. 267).

16. Para mais informações, Neves (2011) recomenda Noll (1981, p. 364) e Kindermann (1988, p. 235; 1989, p. 270).

Neves (2011, p. 123) também discorre sobre os efeitos da legislação simbólica.

Mediante a legislação simbólica, os órgãos estatais demonstrariam cenicamente seu interesse e disposição de solucionar problemas em princípio estruturalmente insolúveis. A legislação-álibi constituiria, então, um típico mecanismo de promoção da “lealdade das massas” no Estado de bem-estar.

Paradoxalmente, portanto, embora a constitucionalização simbólica, presente basicamente nos Estados periféricos, tenha ideologia de promover a confiança no Estado ou no governo (em sentido amplo), servindo-lhes como fórmula de representação retórica e álibi, ela pode converter-se, nos casos extremos de discrepância entre texto e realidade constitucionais, em um fator de promoção de desconfiança na própria figura do Estado. O que Kindermann afirma a respeito do fracasso da legislação-álibi ganha realidade principalmente nos casos de constitucionalização-álibi: partindo-se de que a atividade constituinte (e reformadora) e o texto constitucional não estão associados a uma concretização normativo-jurídica relevante, representando antes formas especiais de ação político-simbólica, o próprio direito como sistemas de regulação da conduta cai em descrédito; o público sente-se então, iludido; os atores políticos tornam-se “cínicos”.

De fato, a resolução dos problemas da sociedade depende da interferência de variáveis não normativo-jurídicas; porém, essa formulação dos problemas reforça uma crença instrumentalista nos efeitos das leis, atribuindo à legislação uma função a mais: a de solucionar os problemas da sociedade. Dito de outro modo, essa legislação-álibi constitui uma forma a mais de manipulação ou de ilusão que imuniza o sistema político contra alternativas,¹⁷ desempenhando uma função ideológica.

O autor também observa que, no plano da fundamentação político-ideológica, a constitucionalização simbólica desempenharia um papel ativo no sentido de encobrir problemas sociais, obstruindo transformações efetivas e consequentes da sociedade. Neste mesmo sentido, interessante observar que as deliberações, ou se repetem de uma conferência para a outra, desde 2006, ano da I CNDPI, ou os direitos da pessoa idosa até então não mencionados são lembrados na conferência subsequente. Demonstrando assim que nada, nenhuma deliberação fora levada a efeito desde então. Tudo fica no mero desejo, estático no papel, simplesmente na letra morta dos anais de cada conferência. Apesar da publicação da PNI, do Estatuto do Idoso e das deliberações de quatro conferências, os direitos dos idosos aparecem apenas nos relatórios, no papel.

A Constituição formal, em especial enquanto concebida como meramente programática – continente de normas que não são *normas jurídicas*, na medida em que define direitos que não garante, na medida em que esses direitos só assumem eficácia plena quando implementados pelo legislador ordinário ou por ato do Executivo –, consubstancia um instrumento retórico de dominação. Porque esse o seu perfil, ela se transforma em mito. (...)

17. Neves (2011) sugere a leitura de Noll (1981, p. 362), Kindermann (1988, p. 235) e Hengenbarth (1981, p. 202).

A Constituição, assim – isto é, o documento formal denominado “Constituição” –, desnuda-se como instrumento de dominação ideológica. É mito que acalentamos, dotado de valor referencial exemplar, na medida em que contribui eficazmente para a preservação da ordem que não se pretendia *instaurar*, mas, simplesmente, *manter* (Grau, 2005, p. 42).

Como nos lembra Eros Grau, citando Lampedusa: “se quisermos que tudo permaneça como está, basta simularmos que tudo muda”. O distanciamento em relação à realidade social pode conduzir: *i*) a um desgaste das constituições simbólicas, com a eclosão de movimentos sociais e políticos consistentes no sentido de transformações efetivas no sistema constitucional; *ii*) à apatia das massas e ao cinismo das elites; ou *iii*) à emergência de posturas autoritárias que excluam ou limitem drasticamente o espaço de crítica em relação à “realidade” do poder (Neves, 2011).

Evidentemente, as leis não são instrumentos capazes de modificar a realidade de forma direta; contudo, como lembra Faleiros (2007), ainda que a lei não reduza, por si só, a desigualdade social real, visto que também não é neutra, ela se inscreve em um processo político de correlação de forças, de protagonismo dos sujeitos, de pressão, de exercício da palavra e de condições desiguais de se impor a lei. Portanto, para uma política e um direito existirem, não basta estarem descritos na lei, eles precisam ser apropriados pelos cidadãos e democraticamente construídos (Faleiros, 2007).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS – UMA MOÇÃO DE INDIGNAÇÃO À ATUAÇÃO SIMBÓLICA DO ESTADO

Não se observa a fiscalização da atuação do Estado, tampouco o monitoramento para medir a efetivação da PNI. Executar a PNI é dever do governo, do Poder Executivo. Monitorar e pressionar a criação de ações e estruturas necessárias e suficientes é missão do Legislativo, do Ministério Público, dos conselhos de direito e das demais entidades de controle social, e dos cidadãos em geral. Os governos repetem reiteradamente a prática de desconsiderar as decisões dos conselhos de direitos dos idosos e das respectivas conferências, desrespeitando o princípio constitucional que, em seu art. 1º, estabelece:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos estados e municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos: (...)

II - a cidadania (...).

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição (Brasil, 1988).

Para fazer a PNI sair do papel e se materializar, é fundamental que o cidadão brasileiro conheça seus direitos, participe democraticamente de todas as instâncias, defenda a autonomia do controle social e se organize para cobrar do Estado a efetivação de leis como a PNI.

Todas as propostas cabíveis e as não encontradas nos anais das conferências poderiam se resumir em apenas uma frase: que o Estado brasileiro cumpra o seu dever de criar os meios e providenciar recursos suficientes para uma efetiva PNI. Isso significa parar de ludibriar a nação com conferências cujas deliberações não são respeitadas, não tolher os conselhos em suas funções, e de fato apresentar resultados concretos do cumprimento do seu dever.

Independentemente da idade, o direito à velhice digna interessa a todo cidadão. Um Estado faltoso é merecedor de procedimentos jurídicos cabíveis no sentido de implementar a PNI. Conselheiros e entidades que têm a causa do idoso em suas missões, o Ministério Público em todo o país, o Judiciário, a academia devem refletir sobre o papel de cada um e agir na conquista desse direito.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O.; GIACOMIN, K. C. Fundo Nacional do Idoso: um instrumento de fortalecimento dos conselhos e de garantia de direitos da pessoa idosa. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 143-166, mar. 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 5 out. 1988.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. **Deliberações da 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**. Brasília: SDH, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/3a-conferencia/5-deliberacoes-iii-cndpi-2011>>.

_____. **Relatório de gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – gestão 2010-2012**. Brasília: SDH, 2012. Disponível em: <<http://tinyurl.com/relatoriodegestao2010-2012>>.

_____. **Anais da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**. Brasília: Coordenação-Geral do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, 2016. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoa-idosa/deliberacoes/relatorio-final-da-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoa-idosa>>.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CANOTILHO, J. J. G. Estilo e norma constitucional. A propósito do “direito constitucional técnico”. **Legislação** – Cadernos de Ciência da Legislação, Oeiras, n. 16, p. 5-13, abr./jun. 1996.

CARNELUTTI, F. **Metodología del derecho**. Bogotá: Editorial Tenis S. A., 2011.

FALEIROS, V. de P. Cidadania e direitos da pessoa idosa. **SER Social**, Brasília, n. 20, p. 35-62, jan./jun. 2007.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. A fiscalização das Iipi: o papel dos conselhos, do ministério público e da vigilância sanitária. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

GRAU, E. R. **A ordem econômica na Constituição de 1988**. 10. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

HEGENBARTH, R. Symbolische und instrumentelle funktionen moderner gesetze. München: Beck, 1981. p. 202-204. (Zeitschrift für Rechtspolitik, 14).

KINDERMANN, H. Symbolische Gesetzgebung. *In*: GRIMM, D., MAIHOFFER, W. (org.). **Gesetzgebungstheorie und Rechtspolitik**: Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie 13. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1988. p. 222-245.

_____. Alibigesetzgebung als symbolische Gesetzgebung. *In*: VOIGT, R. (org.). **Symbole der politik, politik der symbole**. Opladen: Leske; Budrich, 1989. p. 257-273.

MADER, L. A avaliação legislativa: uma nova abordagem do direito, legislação. **Cadernos de Ciência de Legislação**, n. 1, p. 39-49, abr./jun. 1991.

NEVES, M. **A constitucionalização simbólica**. 3. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

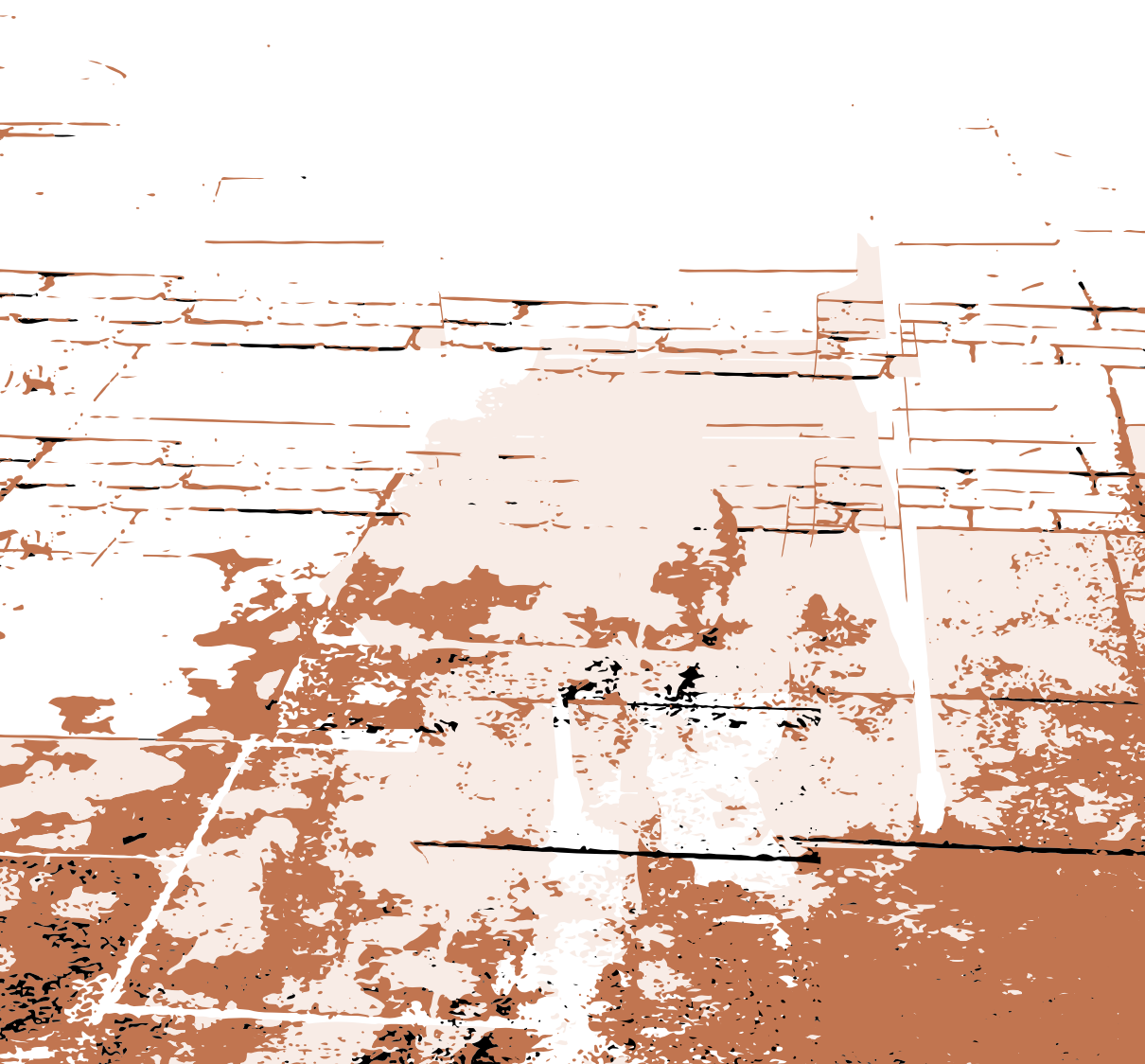
NOLL, Peter. **Symbolische gesetzgebung**. Basel: Helbing & Lichtenhahn, 1983. p. 347-364. (Zeitschrift für Schweizerisches Recht. Nova Série, 100).

SOARES, F. M. **Teoria da legislação**: produção e conhecimento da lei na idade tecnológica. Porto Alegre: Safe, 2004.

_____. Legística e desenvolvimento: a qualidade da lei no quadro da otimização de uma melhor legislação. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, n. 50, p. 124-142, jan./jul. 2007.

Novas questões

Parte 3



IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

Maria Cecília de Souza Minayo¹
Luiz Cláudio Carvalho de Almeida²

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo se organiza em torno de duas questões: apresenta um quadro sobre as principais formas de violência contra a pessoa idosa e analisa as respostas que a Política Nacional do Idoso (PNI) oferece a estes problemas, sob a perspectiva do Ministério Público. Para isso, expõe o conceito, a natureza e os tipos de violência e as suas expressões mais relevantes e persistentes no Brasil, de um lado; e de outro, analisa os principais problemas para garantir os direitos dos cidadãos acima de 60 anos.

Embora não sejam equivalentes em sua história e amplitude, neste texto, os termos violência, maus-tratos e abusos serão utilizados como sinônimos. Maus-tratos contra pessoas idosas foram descritos pela primeira vez em 1975 como “espancamento de avós” por dois pesquisadores ingleses (Baker, 1975). No Brasil, este assunto entrou na pauta apenas nas últimas décadas, pela confluência de vários motivos: o aumento exponencial desse grupo populacional no país (mais de 25 milhões atualmente); a influência das declarações das organizações internacionais sobre o envelhecimento no mundo (ONU, 1982; 1991; 1999; 2002; OMS, 2002); os movimentos nacionais que atuam com essa população; e, não menos importante, o protagonismo dos próprios idosos em suas associações de aposentados, conselhos, e movimentos por direitos. Tais ações repercutiram tanto na promulgação da PNI, em 1999, quanto na Lei federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, conhecida como Estatuto do Idoso (Brasil, 1999).

Hoje, a definição mais universal de violência contra a pessoa idosa é a adotada desde 1995 pela Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse, utilizada inclusive pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), podendo ser assim resumida: prática de ações ou omissões cometidas uma ou muitas vezes que prejudicam a integridade física e emocional da pessoa idosa,

1. Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz.

2. Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

impedem seu desempenho social e quebram sua expectativa em relação às pessoas que a cercam, sobretudo filhos, cônjuges, parentes, cuidadores e comunidade³ (Inpea, 2014; Brasil, 2001; OMS, 2002).

Na mesma linha, pode-se ler no Estatuto do Idoso, art. 19, §1º, capítulo IV, que a violência contra esse grupo social é qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. E estabelece, ainda no art. 19, que:

os casos de suspeita ou confirmação de violência, praticados contra idosos devem ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos ou privados à autoridade sanitária, bem como devem ser obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; ministério público; conselho municipal do idoso, conselho estadual do idoso; conselho nacional do idoso (Brasil, 2003).

O Estatuto define, ainda no capítulo II, art. 10, §§ 2º e 3º, no mesmo sentido, que:

o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais. E que é dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (Brasil, 2003).

Internacionalmente, a definição mais geral da violência é tratada segundo sua natureza, numa classificação hoje já considerada universal (Brasil, 2001; OMS, 2002).

- 1) Abuso físico: uso da força que pode resultar em dano, dor, lesão ou morte.
- 2) Abuso sexual: ato ou o jogo em relações hétero ou homossexuais que estimulem ou utilizem a vítima para obter excitação sexual e práticas eróticas e pornográficas, por meio de aliciamento, violência física e ameaças.
- 3) Abuso psicológico: menosprezo, desprezo, preconceito, discriminação e humilhação pelo fato de a pessoa ser idosa.
- 4) Exploração financeira ou material: uso ilegal ou impróprio dos bens e dos ativos de um idoso.
- 5) Abandono: deixar o idoso à sua própria sorte quando ele não é capaz de se cuidar.
- 6) Negligência: recusar cumprir obrigações de cuidar e proteger o idoso que necessita de amparo.

3. Para mais informações, consultar a página do Instituto Nacional de Perícias de Engenharia e Auditorias (Inpea). Disponível em: <www.inpea.net>.

- 7) Violência autoinfligida: negligência do próprio idoso em se cuidar, o que pode ameaçar sua saúde, segurança ou mesmo a vida.

Tomam-se aqui como exemplos os dados do módulo Ligue Idoso e do Disque 100 Direitos Humanos que compilam denúncias emitidas pelos próprios idosos ou por pessoas que tomam consciência dos maus-tratos e abusos sofridos por eles (Brasil, 2013). Embora não tenham significância estatística, estes dados mostram que, entre 2010 e 2012, 34% do total das queixas foram sobre violência física; 40,1%, sobre violência econômico-financeira; 59,3%, sobre abuso psicológico; e 68,7%, sobre negligências. As porcentagens não se somam porque frequentemente os atos de violência contra a mesma pessoa são cumulativos nas denúncias e na vida real.

Apesar das definições e das classificações citadas serem elucidativas sobre a violência pessoal, interpessoal e patrimonial, existem outras formas institucionais e sociais de abusos e maus-tratos evitáveis que devem ser ressaltadas a partir do quadro epidemiológico de lesões e mortes. Estas deveriam ser contempladas nas análises situacionais e nas propostas de atendimento e de proteção aos direitos individuais e coletivos da pessoa idosa.

2 VIOLÊNCIAS SOCIAIS QUE MATAM E AFETAM A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Nesta seção do texto serão tratados os dados de mortalidade e morbidade por causas violentas, com ênfase nos acidentes de trânsito e nas quedas.

2.1 Mortes e morbidades por causas violentas

Na população acima de 60 anos no Brasil, as seis primeiras causas gerais de mortalidade são, pela ordem: *i*) doenças do aparelho circulatório (35,6%); *ii*) neoplasias (16,7%); *iii*) enfermidades respiratórias (14,0%); *iv*) doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, particularmente as diabetes (7,9%); *v*) enfermidades do aparelho digestivo (4,7%); e *vi*) violências e acidentes (3,4%).

Impressiona a magnitude dos números sobre violência: 24.669 pessoas idosas morreram em 2011 (68 óbitos por dia), e 169.673 idosos deram entrada em hospital por quedas, traumas de trânsito, envenenamentos, agressões, sufocamentos, tentativas de suicídio em 2012. Internaram-se 105.737 homens (62,2%) e 64.136 mulheres (37,8%); 50,9% por quedas; 19,2% por acidentes de trânsito; 6,5% por agressões; e 0,3% por lesões autoprovocadas (Minayo, 2013).

Em 2011, a taxa de morte por violências e acidentes em homens foi de 166 por 100.000. Em mulheres, a taxa foi de 81 por 100.000, menos da metade do grupo masculino, mas ainda muito elevada. Para os dois sexos, em 2011, a taxa média de mortes por estas causas foi de 119 por 100.000 idosos (Minayo, 2013).

Desde 1996 até 2011, os dois principais motivos de mortes violentas de idosos no Brasil foram quedas e acidentes de transporte. Neste período, houve um leve decréscimo dos homicídios, de 9,7% em 1996, para 8,4% em 2011. Os suicídios, no entanto, representam hoje mais de 8% do total das mortes violentas na faixa etária em questão, mostrando tendência de crescimento ao longo do tempo. Neste caso, é também notória a sobremortalidade masculina. Estudos como os de Minayo e Cavalcante (2010) e de Cavalcante e Minayo (2012) mostram que a morte autoinfligida de pessoas idosas acaba sendo um indicador da falta de qualidade de vida: isolamento, negligências com situação social e de saúde, doenças graves, deficiências e transtornos mentais não assistidos, juntos, compõem as principais causas, seguidas de depressão, conflitos familiares e conjugais.

Pela significância na vitimização de pessoas idosas, é importante dar realce aos acidentes de transporte e às quedas, dois problemas que aumentam a partir dos 60 anos. O peso destes fatores é enorme tanto na mortalidade (uma média de 65% das causas violentas) como na morbidade – em 2012, houve 169.673 hospitalizações por violências, sendo 50,9% por quedas, e 19,2% por acidentes de trânsito, como já mencionado (Minayo, 2013).

As *quedas* constituem um problema complexo: suas causas podem provir de problemas de saúde até serem frutos de negligências, descasos e descuidos. As mulheres são as que mais morrem por este agravo. Nos grupos acima de 80 anos, a porcentagem de óbitos chega a 50,6% do total das mortes violentas. Estudos revisados por Minayo, Souza e Paula (2010) mostram que os fatores associados às quedas são múltiplos e combinados: idade avançada, demência, *deficit* visual, osteoporose, perda de equilíbrio, hipertensão arterial, tonturas recorrentes associadas a problemas auditivos, fraqueza nos membros inferiores, incontinência urinária, uso de vários medicamentos ao mesmo tempo, diagnóstico de comorbidades e comprometimento anterior da marcha e da mobilidade. No caso dos medicamentos, a maior associação com quedas foi o uso de remédios que tratam de problemas cardíacos; psicoativos (remédios que agem no sistema nervoso, alteram a função do cérebro e temporariamente mudam a percepção das coisas, o humor, o comportamento e a consciência do que se passa); e benzodiazepínicos (tranquilizantes que fazem diminuir a ansiedade, a tensão, o medo e ajudam a dormir).

O local de ocorrência mais comum dos tombos é a casa, nos horários da manhã e da noite. As quedas da própria altura apresentam maior incidência, e os traumatismos cranioencefálicos chegam a 15,1%. Apesar de mais de 27% dos lares brasileiros abrigarem pessoas idosas, não há ainda uma sensibilidade dos familiares quanto ao perigo das quedas e sobre o que se pode ser feito para evitá-las. Também os idosos que moram sozinhos têm elevada probabilidade de sofrer queda e não contar com ajuda imediata, segundo o estudo de Ribeiro *et al.* (2008), que encontrou 20% dos casos estudados nesta situação.

Entre as principais causas das quedas em casa estão pisos e tapetes escorregadios. Os locais mais comuns para os acidentes são: a beira da cama, a cozinha e o banheiro. Tombos também ocorrem porque a pessoa tenta acessar objetos em armários mais altos que a sua altura ou por ausência de iluminação suficiente em casa. Em estudo que incluiu visita domiciliar a 87 idosos e idosas que haviam sofrido queda, Ferrer, Parracini e Ramos (2004) não encontram nenhuma residência segura e livre de riscos, evidenciando desconhecimento ou negligência.

As consequências mais relevantes das quedas costumam ser: medo de cair outra vez; mudança dos hábitos de vida; tendência à repetição, pelo enfraquecimento muscular; restrição de atividades costumeiras; e diminuição do equilíbrio e da qualidade de vida em geral. Estudos da área de saúde (Coutinho, Bloch e Coeli, 2012) constatam que mais de 25% das pessoas idosas que sofreram queda grave morrem no primeiro ano depois do acidente. Uma pessoa idosa imobilizada e acamada por queda está muito mais suscetível, sobretudo, a enfermidades respiratórias e depressão, por perda da independência. Doença cardíaca, pneumonia, sangramento digestivo, septicemia, embolia pulmonar, diabetes e acidente vascular encefálico foram causas associadas aos óbitos no ano seguinte à fratura (Coutinho, Bloch e Coeli, 2012).

Os acidentes de transporte constituem a segunda causa de mortes violentas em pessoas idosas, e os índices deste tipo de agravo têm crescido em todo o mundo. Dada à vulnerabilidade desta população, os acidentes requerem muito tempo para recuperação, diminuindo a possibilidade de sobrevivência.

A ocorrência de mortes no trânsito difere conforme o aumento da idade e o sexo. Em 2011, no grupo entre 60 a 69 anos, morreram mais homens (37,2%) que mulheres (36,0%), ainda que as porcentagens se aproximem. Na faixa dos 70 aos 79 anos, as diferenças entre idosos (32,3%) e idosas (24,0%) continuaram. No grupo de 80 anos ou mais, por sua vez, a porcentagem de mortes, embora elevada, diminui muito entre homens (18,3%) e mais ainda entre mulheres (7,2%). Tais dados sugerem que os idosos e as idosas mais jovens se locomovem mais; boa parcela deles dirige seus próprios veículos, estando mais exposta à violência no trânsito (Minayo, 2013).

Entre os fatores e as variáveis relevantes que influenciam a maior fragilidade das pessoas idosas no ambiente externo, destacam-se os *deficits* visuais, auditivos, motores e cognitivos, além das condições psicológicas e sociais. Muitos sofrem comorbidades e tomam remédios que apresentam efeitos colaterais indesejáveis e simultâneos. Embora tais vulnerabilidades estejam frequentemente associadas a características típicas da faixa etária, o sistema de transportes é responsável por prover mais segurança para esta população.

No trânsito, a liberdade para ir e vir com segurança e a acessibilidade são fundamentais para a pessoa idosa. Quando envelhecem, em geral, os idosos querem desfrutar a vida fora de casa, gostam de andar a pé e utilizam o transporte público. Porém, quando ouvidos, os idosos definem o ambiente viário como inseguro e hostil (Sant'Anna, 2006), e consideram o poder público omissivo e incompetente nas respostas que propõem para aumentar sua segurança. Assim, embora a caminhada seja o meio de mobilização preferido desta população, o prazer e a autonomia de ir e vir muitas vezes são tolhidos pelo medo de cair ou de se acidentar nas calçadas esburacadas, pelo medo de ser atropelada ou de ser vítima da falta de civilidade ou imprudência dos que dirigem.

Os idosos reclamam principalmente da longa espera pelo transporte público; de os motoristas não pararem nos pontos; dos grosseiros arranques desferidos por condutores, que não os esperam se acomodarem em seus assentos; das dificuldades de acesso aos trens e aos metrô; e das sinalizações inexistentes em travessias perigosas. Reclamam dos carros que avançam sobre os pedestres ou dos sinais que se fecham muito rapidamente e não esperam que eles cheguem do outro lado das ruas e das avenidas. Para a população idosa que vive no campo, os problemas talvez sejam outros, mas também precisam ser levados em conta: a falta de transportes públicos; e, quando eles existem, as longas distâncias que têm que caminhar para acessá-los. Muitas pessoas idosas ficam isoladas em situações de emergência, precisando de socorro urgente.

2.2 Violência estrutural, institucional e familiar

Nesse item, abordam-se as formas como a sociedade atua de forma violenta contra a pessoa idosa, em suas estruturas e instituições, inclusive na instituição familiar. É preciso ressaltar que, entre todos os idosos, os que mais sofrem violência são os mais dependentes física, mental e economicamente.

2.2.1 Violência estrutural

Denomina-se violência estrutural a que se fundamenta na organização da sociedade e na cultura. No caso da pessoa idosa, são relevantes as representações do velho como uma pessoa inútil e descartável (Corte, Mercadante e Gomes 2006; Minayo, 2005; 2006), a naturalização da pobreza e dos processos de dominação oriundos da desigualdade social, da penúria, das diferenças de gênero e das discriminações. Estas atingem, sobretudo, os mais desprovidos de bens materiais (Minayo, 2013). A desigualdade não é privilégio da população idosa, mas, nesta etapa da vida, ela castiga mais. Embora o Brasil tenha reduzido os índices de pobreza na população idosa (IBGE, 2013), apenas 6% hoje estão abaixo da linha de pobreza, e somente 25% dos aposentados vivem com três salários mínimos ou mais. Portanto, a maioria é pobre. As pessoas acima de 60 anos no limite da pobreza têm muito menos

possibilidade de escapar desta situação que qualquer outra faixa etária. Ao contrário, a pobreza na idade avançada tende a aumentar a dependência. Assim, a relação entre dependência, pobreza e velhice adquire maior importância nesta altura da vida.

Desta forma, as condições de vida devem ser consideradas violentas quando elas se constituem como fator de risco, causa de conflito ou de isolamento para a pessoa idosa. Neste sentido, a aglomeração e a falta de privacidade vivenciadas em famílias intergeracionais de baixa renda constituem risco para a violência. Mesmo considerando que os abusos ocorrem quando a vítima e o agressor vivem separadamente, a probabilidade é maior quando o perpetrador mora na mesma casa. Igualmente, o isolamento na velhice pode acontecer ainda quando a pessoa vive rodeada pela família, mas não é percebida, ouvida, ou sua vontade não conta.

As mulheres são as principais vítimas da violência estrutural (Salgado, 2002). Pesquisas gerontológicas (Lima-Costa *et al.*, 2011; 2012) mostram que em idade avançada, as pessoas estão muito mais expostas à pobreza, à solidão e à viuvez, têm mais problemas de saúde e menos oportunidades de contar com um companheiro. Isto ocorre por várias razões: nunca no país houve compensação ou reconhecimento ao direito à aposentadoria para as mulheres, cujo trabalho primordialmente ocorreu no âmbito doméstico e no cuidado dos maridos e dos filhos. Existe discriminação sexual no mercado de trabalho formal, com as mulheres ganhando menos e, por este motivo, com aposentadorias mais baixas. Muitas não têm direito à pensão de seus maridos.

2.2.2 Violência institucional

Constitui um capítulo muito especial no conjunto de maus-tratos infligidos às pessoas idosas no Brasil, embora as leis para protegê-las sejam comparadas às melhores do mundo. Barroso (2001) compilou 53 leis, decretos, resoluções e portarias nos quais as pessoas idosas são mencionadas como sujeitos de direitos e objeto de proteção social. Portanto, mais que amparo legal, é necessário que a Constituição e as leis se cumpram, para o que o próprio Estado não se torne um violador dos direitos da pessoa idosa.

No nível das instituições de prestação de serviços, as de saúde, as de assistência e as de previdência são as campeãs de reclamações nos órgãos de proteção, como Defensoria, Ministério Público e delegacias de idosos. Quando ouvidas, as pessoas idosas queixam-se da pouca consideração com elas e de que os serviços são exercidos por uma burocracia impessoal que atende mal aos mais pobres, causando imenso sofrimento aos que não têm condições de optar por outros serviços (Wanderbroocke, 2012).

Apesar do reconhecido êxito da Estratégia Saúde da Família (ESF), há muitas fragilidades entre as normas e a prática social do setor em relação aos idosos. O serviço de saúde pública é o principal pesadelo deste contingente populacional,

que também é o mais penalizado pelos preços abusivos dos planos de saúde. O *deficit* é ainda maior nos centros de atenção psicossocial (Caps), que não estão preparados para atender às necessidades dos idosos. Observam-se falhas na formação dos serviços e dos profissionais de saúde, e falta também, aqui, como na maioria dos países, um sistema de referência para encaminhamento, seguimento e efetiva solução dos diferentes casos de abusos.

Uma forma de violência institucional muito frequente ocorre nas relações e nas formas de tratamentos que as instituições de longa permanência para idosos (Ilpis) dispensam às pessoas idosas lá residentes. Porto (2008) demonstrara que, numa Ilpi no Estado do Rio Grande do Sul, as pessoas idosas entrevistadas se queixaram de agressões verbais, insultos, negligências, abusos financeiros e, em menor grau, de abusos físicos. Berzins (2009), numa pesquisa sobre a mesma problemática na cidade de São Paulo, revela que as pessoas idosas se queixam da falta de escuta, da frieza, da rispidez, da desatenção e das negligências.

As idosas também são maioria nas Ilpis, sendo dependentes, portanto, do poder público ou de outrem. Muitas são abandonadas porque possuem pouco ou nenhum recurso financeiro, são solteiras ou viúvas, ou foram deixadas pelos filhos (Freitas, 2009). Sobre elas, de forma cruel, incidem os efeitos da violência estrutural e da violência simbólica, quando destituídas de suas casas, seus pertences, das relações familiares, das amizades, da vizinhança e de suas próprias histórias. Para acentuar o doloroso processo de despersonalização, as Ilpis costumam infantilizar as idosas, levando-as a omitir sua voz e os seus desejos, e a obedecer às regras que os funcionários querem lhe impor.

Outro tipo de violência institucional por omissão do Estado ocorre pelo número insignificante de equipamentos públicos de apoio social às famílias, para cuidar de seus idosos. Censo sobre as Ilpis realizado por Camarano e Kanso (2010) mostra que elas atendem hoje 84.000 pessoas idosas, o que representa menos de 0,5% da população idosa. As mulheres predominam (57,3%) nestes estabelecimentos, geralmente pequenos, com capacidade para cerca de 30 internos e funcionando em plena capacidade. Dos 109.447 leitos existentes, 91,6% estavam ocupados no momento do censo. Diante das mais de 25 milhões de pessoas idosas brasileiras, o país apresenta o número irrisório de 3.548 Ilpis. Destas, só 218 eram públicas, a maioria é filantrópica, e apenas 22% recebiam contribuição pública. Em dois terços dos municípios brasileiros, não há nenhum tipo de abrigo ou qualquer outra estratégia de apoio aos familiares de idosos. Os centros de referência de assistência social (Cras) e os centros de referência especializados de assistência social (Creas) na prática não resolvem o problema da pessoa idosa dependente, pois neles não existe um atendimento específico às suas necessidades.

Diferentes formas de violência econômica e financeira, combinadas com discriminações e maus-tratos são praticados também por empresas, sobretudo, por bancos, lojas e planos de saúde, que aplicam aumentos abusivos e frequentemente se recusam a bancar determinados serviços essenciais à saúde das pessoas idosas. Elas são também vítimas de estelionatários e de várias modalidades de abusos financeiro, cometidos por criminosos que tripudiam sobre sua vulnerabilidade física e mental, impingindo-lhes, por exemplo, modalidades de crédito consignado, com o conluio de parentes. São vítimas de roubos e furtos nas agências bancárias, nos caixas eletrônicos, nas lojas, nas ruas, nas travessias ou nos transportes. Os policiais das delegacias de proteção assinalam, com muita frequência, suas queixas sobre roubo de cartões, cheques, dinheiro e objetos de valor, de forma violenta ou sorrateira.

2.2.3 Violência intrafamiliar

A família é o maior porto seguro das pessoas idosas. No Brasil, mais de 90% delas moram com filhos, filhas, netos ou outros parentes. Uma parte vive sozinha. Mais de 27% dos lares brasileiros têm pelo menos uma pessoa idosa que faz parte de famílias intergeracionais. Nelas, 29,1% dos membros têm de 60 a 79 anos, e 4,6%, de 80 anos ou mais. Embora haja aumento do número de pessoas idosas que vivem sozinhas (cerca de sete milhões, sendo 40% mulheres), é na família que ocorre a maior parte das violências contra elas, embora a maioria não seja denunciada. Sentimentos de culpa e vergonha, medo de retaliação ou represália fazem parte das atitudes dos idosos ante os agressores. Muitos preferem conviver com maus-tratos a abrir mão de um relacionamento afetivo de toda a vida.

Pesquisas revelam que cerca de dois terços dos agressores são filhos, parentes e cônjuges. Os motivos: choque de gerações, aglomeração de pessoas nas residências, falta de condições, disponibilidade de tempo e vontade para cuidar dos idosos. Estes muitas vezes são considerados por familiares como decadentes e descartáveis (Minayo, 2005; Debert, 1999). Investigações de base populacional (Moraes, Apratto Junior e Reichenheim, 2008; Sanches, 2006) indicam que os idosos que mais sofrem são os que têm depressão, transtornos mentais, incontinência urinária e fecal, diabetes, reumatismo e comorbidades.

A maioria das pesquisas mostra sinergia entre os familiares agressores e as pessoas idosas agredidas (Menezes, 1999; Minayo, 2005; Anetzberger, 2000; Ortmann *et al.*, 2001; Wolf, Daichman e Bennett, 2002; Minayo, 2013) e um perfil típico do abusador familiar: filhos mais que filhas, noras, genros e cônjuges. A caracterização desta relação em grande parte dos estudos é coincidente: agressor e vítima vivem na mesma casa; filhos dependentes financeiramente dos pais de idade avançada; idosos e idosas dependentes dos filhos para a sobrevivência; abuso de álcool e drogas por parte dos familiares; ambiente de vínculos afetivos frouxos na

família; isolamento social dos familiares e da pessoa idosa; agressividade do idoso e da idosa com os familiares; e história de violência na família.

Muitos estudos desmistificam a ideia comum de que cuidadores familiares seriam os principais agressores das pessoas idosas em casa. Pesquisadores como Kleinschmidt (1997) e Reay e Browne (2001) constataram que esta relação só se torna violenta quando o cuidador se isola socialmente; sofre depressão ou problemas psiquiátricos; tem laços afetivos frouxos com o idoso; ou ele próprio foi vítima de violência por parte da pessoa a quem ele assiste.

3 A PNI E A DEFESA DE SEUS DIREITOS

Antes de tudo, é preciso salientar que a análise da violência contra o idoso não se resume a um estudo eminentemente criminal, como se pode ver na descrição anteriormente citada. O contexto em que a violência se desenvolve possui raízes em outros elementos, tais como falta de estrutura de apoio, conflitos familiares, ineficiência de mecanismos de acesso à justiça e outros. Portanto, a não implementação das diretrizes e dos princípios que norteiam a PNI, conforme previsão dos arts. 3º e 4º da Lei nº 8.842/1994, tem como consequência o recrudescimento do ambiente hostil, que leva à violência.

Assim, em muitas situações, sobretudo caracterizadas pelo envelhecimento dependente, a tensão que se origina das condições que cercam o idoso (família com histórico de violência e abusos ou apoio inexistente, pobreza, atuação de terceiros mal-intencionados) gera episódios de violência que retratam o efeito e não a causa do sofrimento testemunhado nos registros policiais. Neste sentido, note-se que todas as ações governamentais, e não apenas a prevista no art. 10, inciso VI, da Lei nº 8.842/1994, tem como objetivo último, ainda que indireto, a prevenção da violência contra o idoso.

Desta forma, a análise que se pretende não se resume a um escrutínio de tipos penais, mas, sim, numa visão mais ampla, que permita a percepção de que o enfrentamento da violência contra o idoso ultrapassa a análise criminal e exige a aplicação dos princípios que norteiam a política nacional, tal como balizados na Lei nº 8.842/1994.

3.1 Estatuto do Idoso: marco legal no enfrentamento da violência

Sob o ponto de vista jurídico, o marco legal no que se refere às normas de proteção ao idoso contra a violência é a Lei nº 10.741/2003, conhecida como Estatuto do Idoso, que prevê normas de natureza civil, criminal e administrativa com o intuito de prevenir e reprimir a violência perpetrada contra o idoso.

Em linhas gerais o art. 4º do estatuto define a regra geral protetiva: “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (Brasil, 2003). Em sequência a lei prevê medidas de proteção em seu art. 45, estipula sanções administrativas em seus artigos 56 a 58, e tipifica crimes nos artigos 96 a 108. Assim, procurou o legislador sancionar de maneira ampla as ofensas aos direitos da pessoa idosa, prevendo formas de punição autônomas entre si e que abarcassem as mais variadas hipóteses de violência.

Cumprir ser registrado, por oportuno, que muito embora o Estatuto do Idoso seja por excelência a norma reguladora dos direitos desse segmento populacional, ele não é o único ato normativo aplicável nas situações de violência contra o idoso, devendo ser lembrado, por exemplo, que se tratando da mulher idosa ainda tem a Lei nº 11.340/2006, nacionalmente conhecida como Lei Maria da Penha.

Consigna-se, ainda, que se optou neste momento, por uma questão metodológica, centrar-se na análise no Estatuto do Idoso, não se olvidando da existência de uma variada rede normativa incidente sobre situações que envolvam violência, destacando-se, sobretudo, a Lei nº 8.842/1994, que dispõe sobre a PNI.

Ainda que a legislação específica de proteção ao idoso não classifique os tipos de violência – como o faz, por exemplo, a Lei Maria da Penha em seu art. 7º – pode-se concluir que todas as expressões de violência são sancionadas pela norma, ainda que de forma difusa e nem sempre com base em disposições criminais. Neste contexto, cumpre ser analisada a eficácia das sanções previstas no que se refere ao seu escopo principal de prevenir a violência e reprimir a ilicitude que vitima a pessoa idosa.

3.2 As normas de proteção ao idoso conforme sua natureza

Na verdade, do ponto de vista ontológico, não existem diferenças entre as sanções impostas. Todas pressupõem uma resposta estatal ao descumprimento de uma norma cogente. As diferenças residem no grau de gravidade e no regime jurídico que irá regular a aplicação da norma.

No mais das vezes, em casos em que as vítimas integram grupos vulneráveis ou hipervulneráveis (conceito utilizado com muita propriedade pelo ministro do Superior Tribunal de Justiça Antônio Herman Benjamin no voto vencedor do Recurso Especial nº 951513/RS), a cessação da situação de risco causada pela violência não prescinde de uma atuação estatal protetiva e paralela à atuação estatal repressiva. Ou seja, não basta punir o ofensor, é preciso proteger a vítima. Este contexto, presente no direito do idoso, também caracteriza o direito da infância e da adolescência e os casos de proteção contra a violência doméstica.

3.3 O conceito de situação de risco como balizador da ação estatal protetiva

O conceito básico que autoriza a atuação protetiva estatal em relação ao idoso é o de *situação de risco*, entendida como aquela em que há lesão ou ameaça de lesão a direitos fundamentais da pessoa idosa decorrente da ação ou da omissão de agentes públicos ou não – indicados por lei como garantidores de tais direitos.

O art. 43 do Estatuto do Idoso prevê as hipóteses em que se tem a situação de risco, quais sejam: *i*) por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; *ii*) por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento; e *iii*) pela condição pessoal. *Grosso modo*, o Estatuto do Idoso possibilita a aplicação de medidas de proteção em todas as situações de violência.

Para Rossana Campos Cavalcanti Pinheiro, medidas de proteção são:

aquelas aplicadas pela autoridade competente (juiz ou representante do Ministério Público), destinadas a proteger, amparar e retirar da situação de risco em que se encontram as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sempre que os direitos destas, reconhecidos pelo Estatuto do Idoso, forem ameaçados ou violados, por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso da família, curador, ou entidade de atendimento; bem como em razão da condição pessoal do idoso (Pinheiro, 2006, p. 281).

Em seguida, em seu art. 45, o Estatuto do Idoso arrola medidas específicas de proteção que podem ser aplicadas pela via judicial (por meio de ação própria) ou pela via extrajudicial (mediante a atuação do Ministério Público). Note-se que o uso da expressão “entre outras” no *caput* do art. 45 deixa claro que o rol de medidas protetivas é meramente exemplificativo, permitindo-se a aplicação de outras ações não previstas na legislação ou previstas em outras leis, como a medida de afastamento do lar ou a proibição de aproximação prevista na Lei Maria da Penha (art. 22, incisos II e III).

Recentemente, cumpre registrar, a Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça admitiu a aplicação de medidas de proteção da Lei Maria da Penha independentemente da existência da investigação ou processo penal (recurso especial nº 1419421/GO, relatado pelo ministro Luis Felipe Salomão).

3.4 Aplicação de medidas de proteção: judicialização ou não?

A aplicação de medida de proteção sem a necessidade de processo judicial constitui um avanço na legislação, ainda que não se trate de novidade, vez que segue como referência a mesma possibilidade prevista na seara do Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 136 da Lei nº 8.069/1990). Isto porque a judicialização da demanda em certas situações compromete a celeridade exigida para a solução do caso.

Tal solução é coerente com o caminho que parece seguir o Poder Judiciário na busca da diminuição de volumes de processo. Não se trata aqui de retirar a importância das questões referentes aos direitos dos idosos, mas de reconhecer que a intervenção judicial, de acordo com as circunstâncias do caso concreto, nem sempre é a mais adequada para a solução do problema.

Contudo, nem toda medida de proteção pode ser aplicada sem a intervenção judicial. Apenas aquelas para cuja aplicação não haja restrição de direitos. Nesse rol, são exemplos: o encaminhamento à família mediante termo de responsabilidade (art. 45, inciso I, do Estatuto do Idoso); a orientação, o apoio e o acompanhamento temporários (art. 45, inciso II do Estatuto do Idoso); e o abrigo, desde que seja a pedido do próprio idoso com capacidade preservada (art. 45, incisos V e VI do Estatuto do Idoso).

Por sua vez, outras medidas de proteção só podem ser aplicadas pela via judicial, como, o afastamento compulsório do agressor da residência da pessoa idosa. Em casos como este, faz-se necessário o ajuizamento da ação própria, garantindo-se ao réu o direito à ampla defesa e ao contraditório.

É importante assinalar que, contrariando o senso comum, no contexto da violência, muitas vezes as medidas de proteção cíveis afiguram-se, em diversas situações, mais eficazes para a cessação da situação de risco que a sanção penal, de natureza mais grave.

Os variados tipos de violência perpetrados contra o idoso, embora igualmente cruéis, nem sempre encontram em sede penal o mesmo tipo de resposta punitiva. Tanto que muitas vezes caracteriza-se certa sensação de impunidade perante a sociedade (o que, aliás, não é exclusividade das normas penais relativas à proteção do idoso). A título de exemplo tenha-se em mente a violência psicológica. Sob o ponto de vista normativo, permite-se a utilização do conceito consagrado no art. 7º, inciso II da Lei Maria da Penha:

qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (Brasil, 2006).

Tratando-se de pessoa idosa, são comuns os casos de ofensas reiteradas, menosprezo e humilhações, que não raro conduzem o idoso a um estado depressivo. Considerando-se o disposto pelo art. 96, § 1º do Estatuto do Idoso, a pena para quem desdenha, humilha, menospreza ou discrimina pessoa idosa é de seis meses

a um ano de reclusão e multa, podendo ser aumentada em um terço se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agressor.

Note-se que, sob o prisma criminal, trata-se de infração de menor potencial ofensivo, que admite transação penal e outros benefícios (conforme arts. 76 e 89 da Lei nº 9.099/1995). Ou seja, a possibilidade de efetiva sanção contra o agressor é remotíssima. Porém, considerando-se a aplicação concomitante de sanções civis (medidas específicas de proteção) esta situação poderá ensejar, conforme o caso, o afastamento do agressor, a substituição de uma eventual curatela; e a condenação do agressor ao pagamento de alimentos, por exemplo.

O que se quer destacar é que as questões envolvendo a violência contra o idoso não se exaurem, no campo do direito, à incidência de normas de natureza penal, recebendo a atenção de todo um arcabouço normativo de cunho protetivo. Deve ser salientado ainda que, para a aplicação eficaz das medidas de proteção, é imprescindível a existência de estruturas de serviços e de acolhimento vinculadas à rede socioassistencial, o que, como se viu, é falha e, na maioria dos casos, inexistente.

Em muitas situações em que a violência parte da própria família, simplesmente afastar ou prender o agressor não soluciona a questão, podendo inclusive acentuar a situação de violência. Isto porque, ao afastar o agressor, a vítima pode ficar sem qualquer referência familiar e em situação de completo abandono, o que manterá a situação de risco vigente, transmutando-se apenas a espécie de violência. Esta situação fica patente, particularmente, quando o idoso que sofre maus-tratos se recusa a prestar queixa dos familiares, por medo do desamparo ou do recrudescimento de sua situação. Em casos como este, é necessária a existência de uma estrutura de acolhimento e cuidado, de responsabilidade do Estado.

3.5 Importância da rede socioassistencial

Tanto no aspecto da prevenção à violência quanto no da proteção após o episódio de abuso, a presença de uma rede socioassistencial consistente em serviços e estruturas de apoio e acolhimento é fundamental para eficácia das metas vislumbradas na PNI.

Todavia, a despeito do direito à preferência na formulação e na execução de políticas públicas, tais estruturas são insuficientes ao atendimento da demanda. Tanto assim que estudos recentes indicam que menos de 10% das Ilpis em funcionamento no Brasil são públicas (Camarano e Kanso, 2010).

Reconhecer a necessidade de uma rede estruturada de proteção não é o mesmo que reduzir o tema à construção de residências de longa permanência. Na verdade, considerada a variedade de violências, o que se demanda é também uma diversificada rede de serviços e estruturas que possa atender ao idoso nas especificidades da condição em que este se encontra. Neste contexto, assumem

relevância os serviços de apoio ao cuidador e as estruturas intermediárias, como o Centro-Dia e a Casa-Lar (art. 10, inciso I, alínea b da Lei nº 8.842/1994).

Cumprido salientar, ainda, que há violências que se concretizam dentro das instituições asilares e que estas também merecem atenção da norma. Nestes casos, além da repressão penal imposta aos agressores, o Estatuto do Idoso ainda estabelece normas sancionatórias de cunho administrativo.

3.6 Em relação à violência institucional

O Estatuto do Idoso tipifica como infração administrativa os fatos descritos em seus arts. 56, 57 e 58, e prevê um procedimento de apuração em seus artigos 59 a 63. Em relação a tais infrações administrativas, a sanção é normalmente pecuniária, mas, em caso mais graves, pode gerar a interdição da Ilpi.

Aliás, o Estatuto do Idoso arrola no art. 55 uma série de sanções específicas para entidades de atendimento que vão desde uma simples advertência até o fechamento da unidade ou a interdição do programa (no caso de entidades governamentais), ou a proibição de atendimento a idosos (no caso de entidades não governamentais).

Para apuração de irregularidades em entidade de atendimento, a qual deverá ser feita judicialmente, o Estatuto do Idoso prevê o rito descrito pelos artigos 64 a 68. Os artigos 48 a 50 servem de parâmetro geral normativo a respeito das obrigações das entidades de acolhimento em contrapartida aos direitos dos idosos institucionalizados.

3.7 Sobre a notificação compulsória

Para fins de prevenção e repressão à violência contra o idoso, o Estatuto do Idoso também se vale do dispositivo da notificação compulsória, prevista no art. 19, que impõe ao responsável pela prestação do serviço de saúde, seja público ou privado, o dever de comunicar à autoridade sanitária “qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico” (Brasil, 2003; 2011). Pela dicção do art. 19, além da autoridade sanitária, deverão ser comunicados os seguintes órgãos, de acordo com as respectivas atribuições em relação ao caso descrito: *i)* autoridade policial; *ii)* Ministério Público; *iii)* Conselho Municipal do Idoso; *iv)* Conselho Estadual do Idoso; e *v)* Conselho Nacional do Idoso.

A importância da notificação compulsória vai além da deflagração de procedimentos investigatórios, pois por meio de tais dados é que se permitirá a construção de um perfil epidemiológico que servirá de base para a construção de políticas públicas de combate à violência. Não é por outro motivo que o § 2º do art. 19 do Estatuto do Idoso faz referência à Lei nº 6.259/1975, que dispõe justamente sobre normas de vigilância epidemiológica.

Tratando-se de crime, a autoridade policial deverá ser comunicada, permitindo-se na mesma situação optar-se pelo Ministério Público. Caso vislumbre-se a adoção de medida específica de proteção, a comunicação deverá ser feita invariavelmente ao Ministério Público. E, por fim, se a partir do caso concreto relatado se alcançar a possibilidade de irregularidade em instituição ou a ineficácia ou a omissão na execução de política pública, os conselhos de direitos deverão ser instados.

De todos os órgãos listados como destinatários da comunicação, o Ministério Público é o que congrega, ainda que sem exclusividade, atribuições em todas as possibilidades de medidas de proteção, sejam criminais, cíveis ou administrativas. Para tal conclusão, basta um breve passar d'olhos no rol de atribuições previsto no art. 74 do Estatuto do Idoso. Contudo, é necessário frisar que a atuação do Ministério Público não exclui a dos demais órgãos. Ao revés, em muitas situações o Ministério Público se mobiliza no sentido de instar tais órgãos a agirem dentro de sua respectiva competência administrativa sem substituí-los. Na verdade, quanto maior o rol de órgãos com poder de fiscalização, maior a efetividade do controle sobre o cumprimento e a aplicação dos direitos corporificados na legislação de proteção ao idoso.

Por fim, cumpre ser registrado que o art. 57 do Estatuto do Idoso prevê como infração administrativa “deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento” (Brasil, 2003).

3.8 Omissões estatais e o acesso à justiça

Não se poderia deixar de registrar que nas últimas duas décadas houve avanços na qualidade de vida da população idosa. Como pontos positivos destacam-se: o benefício de prestação continuada para os maiores de 65 anos que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família (art. 20 da Lei nº 8.742/1993, com a redação que lhe foi dada pela Lei nº 12.435/2011); o incentivo à participação do idoso na cultura por meio de descontos (art. 23 da Lei nº 10.741/2003); ou o direito ao atendimento prioritário (Lei nº 10.048/2000).

Todavia, a implementação da política do idoso em sua plenitude pressupõe a sensibilidade de perceber que, diante da longevidade da população, há uma diversidade de tipos de envelhecimento que demandam estratégias específicas. Se, por um lado, para o idoso que envelhece de forma ativa, já se permite trilhar caminhos para uma maior inserção social; por outro, para aquele que decai em saúde e se torna dependente, não se vislumbra ainda uma rede de suporte adequada.

No mais das vezes, o atendimento das demandas deste segmento da população idosa, mormente se agregado à sua condição vem o estigma da pobreza, muito há o que se construir para a efetividade de direitos previstos na legislação de regência.

A falta de uma rede de abrigos, pública ou conveniada ao Sistema Único de Assistência Social (Suas), e as dificuldades de articulação no nível governamental entre as áreas de assistência social e saúde são, por exemplo, alguns dos fatores que têm dificultado o atendimento das demandas da população idosa carente e dependente, fazendo com que apenas por meio de ações judiciais, individuais ou coletivas, estes direitos sejam atendidos.

Não é por outra razão que o Estatuto do Idoso dedica um título inteiro ao acesso à justiça da população idosa, destacando-se o art. 79, o qual, antevendo a necessidade de mecanismo de coerção do Estado para implementação de direitos, estipula que:

regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de: I – acesso às ações e serviços de saúde; II – atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante; III – atendimento especializado ao idoso portador de doença infectocontagiosa; IV – serviço de assistência social visando ao amparo do idoso (Brasil, 2003).

Assim, a aplicação da norma ainda pressupõe em muitos casos a provocação do Poder Judiciário para suprimento das omissões estatais no que se refere à aplicação da PNI, sobretudo em relação às ações governamentais previstas na Lei nº 8.842/1994 (art. 10).

4 CONCLUSÃO

Prevenir a violência e promover os direitos dos idosos é fundamental para a longevidade. Estudos vêm mostrando que a população idosa vitimada por maus-tratos apresenta uma taxa de mortalidade muito mais alta que a que não sofre abuso (OMS, 2002). Por isso é difícil separar a violência visível e que mata e deixa marcas da que é relacional e intangível. No entanto, falar daquilo que é difuso e oculto, mas nem por isso menos insidioso, ajuda a sociedade a ficar atenta à magnitude e à intensidade deste problema.

É de fundamental importância o papel do Ministério Público na tarefa impostergável de fazer cumprir a PNI e, de forma muito particular, o Estatuto do Idoso. Com atuação ativa, preventiva e corretiva, essa instituição pública pode, de um lado, induzir a formação de uma rede de proteção imprescindível; e de outro, acionar os outros entes públicos, como o setor de saúde e de assistência social para que estes deem respostas efetivas aos idosos que necessitam de seus cuidados. Uma das maiores barreiras no cumprimento do Estatuto do Idoso são as deficiências do sistema público de atenção e proteção aos idosos, para atendê-los e acolhê-los adequadamente.

Mas é preciso ir além, criando-se mecanismos de proteção coletiva em áreas como transporte e moradia, tendo em vista que hoje muitos idosos morrem ou se lesionam por falta de adequação das casas às suas limitações, por necessidades e pelas deficiências das vias públicas e dos transportes.

No mesmo sentido, como já se sabe, idosos dependentes físicos, mentais, sensoriais e sociais são os que mais sofrem todos os tipos de violência – físicas, psicológicas, sexuais, financeira e patrimoniais, além de negligências e abandonos (Baltes e Smith, 2006; Barbosa *et al.*, 2011). Portanto, é preciso desenvolver ações concretas previstas no Estatuto do Idoso para este segmento, inclusive com viés de gênero (as mulheres são as principais vítimas). Ainda que a grande maioria dos idosos seja saudável e a orientação da política nacional se organize no sentido de preservar e promover ao máximo suas condições de autonomia, o país ainda carece de equipamentos públicos para acolher devidamente esta parcela da população que mais precisa de cuidados. Não se pode deixar apenas na conta das famílias a solução desse problema – em sua maioria, elas não possuem condições materiais e financeiras de oferecer os tratamentos adequados. A negligência com os idosos mais desvalidos e necessitados combina várias faces da violência social, estrutural, institucional. É importante assinalar que o cuidado com o idoso dependente é hoje uma demanda política e social no mundo inteiro.

É importante ressaltar também que os registros de morte e de internações hospitalares por violências abrangem apenas os traumas e as lesões mais graves e que chegam às unidades de saúde. Por isso, os dados estatísticos constituem apenas a ponta do *iceberg* dos problemas sociais, familiares, médicos e de segurança que os idosos têm que enfrentar, problemas estes que acabam convergindo para o setor de saúde.

Portanto, as medidas que poderiam reverter o quadro de violências têm várias dimensões.

- 1) As macrosociais devem abranger as famílias, as instituições e o Estado, com melhorias no transporte público, nas calçadas, na adaptação do ambiente doméstico; isto é, são medidas que diminuiriam as mortes e as lesões por violências no trânsito e as quedas em casa e na rua.
- 2) Serviços públicos com projeto preventivo que crie condições de prolongar a vida dos idosos com qualidade e que tenha um olhar compreensivo e adequado para suas necessidades específicas.
- 3) Talvez as mais cruciais sejam aquelas que contemplem os idosos dependentes do ponto de vista financeiro, físico, sensorial e mental, pois são as principais vítimas de maus-tratos, abusos e abandonos. Sobretudo, é fundamental apoiar as famílias que abrigam pessoas idosas vulneráveis, para que estas possam ser cuidadas adequadamente, com a competência e o afeto que merecem no final da vida.
- 4) O Estado brasileiro não pode ser omissor na criação de Ilpis devidamente credenciadas e na construção de várias outras formas de apoio às famílias que não têm condições de cuidar de seus idosos em casa. Exemplos não

faltam de países que há muito assumiram como questão pública e social criar equipamentos que respeitem e promovam a dignidade dos idosos nos diversos estágios do envelhecimento e de situação de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANETZBERGER, G. J. Caregiving: primary cause of elder abuse? **Generations**, v. 24, n. 2, p. 46-51, 2000.
- BAKER, A. A. Granny-battering. **Modern geriatrics**, v. 5, p. 24, 1975.
- BALTES, P.; SMITH, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. **A Terceira Idade**, v. 17, n. 36, p. 7-31, 2006.
- BARBOSA, A. L. *et al.* Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 12, n. 1, p. 119-129, 2011.
- BARROSO, C. T. B. **O idoso no direito positivo brasileiro**. Brasília: MJ, 2001.
- BERZINS, M. V. **Violência institucional contra a pessoa idosa: a contradição de quem cuida**. 2009. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- BRASIL. Portaria nº 1395/GM de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 dez. 1999.
- _____. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. Portaria MS/GM n. 737 de 16 maio 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 maio 2001. Seção 1.
- _____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 192, 3 out. 2003.
- _____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm>.

_____. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, 2011.

_____. **Respeito**. Direito da pessoa idosa. Responsabilidade de todos. Brasília: SEDH, 2013.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 27, n. 1, p. 2.232-2.235, 2010.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 8 p. 1.943-1.954, 2012.

CORTE, B.; MERCADANTE, E.; GOMES, M. R. Quais são as imagens dos idosos na mídia? *In*: CORTE, B. (Org.). **Velhices: reflexões contemporâneas**. São Paulo: Sesc/PUC, 2006. p. 25-46.

COUTINHO, Evandro Silva Freire; BLOCH, Katia Vergetti; COELI, Claudia Medina. One-year mortality among elderly people after hospitalization due to fall-related fractures: comparison with a control group of matched elderly. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 801-805, 2012.

DEBERT, G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 1999.

FERRER, L. P.; PARRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Prevalência de fatores ambientais associados a quedas de idosos na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 8, n. 2, p. 149-154, 2004.

FREITAS, A. V. S. **Por trás dos muros: um estudo sobre a vida de idosos em instituição de longa permanência**. 2009. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese dos indicadores de 2012 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

INPEA – INSTITUTO NACIONAL DE PERÍCIAS DE ENGENHARIA E AUDITORIAS. **Rede internacional para a prevenção de maus-tratos contra o idoso**. São José: Inpea, 2014. Disponível em: <www.inpea.net>. Acesso em: 10 jul. 2014.

KLEINSCHMIDT, K. C. Elder abuse: a review. **Annals of Emergency Medicine**, v. 30, n. 4, p. 463-472, 1997.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

_____. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). **Revista Saúde Pública**, v. 46, p. 100-107, 2012. Suplemento 1.

MENEZES, M. R. **Da violência revelada à violência silenciada**. 1999. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MINAYO, M. C. S. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: SEDH, 2005.

_____. Visão antropológica do envelhecimento humano. *In*: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Velhices: visão contemporânea**. São Paulo: PUC; Sesc, 2006. p. 47-60.

_____. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília: SDH, 2013.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; PAULA, D. R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2.709-2.718, 2010.

MORAES, C.; APRATTO JUNIOR, P. C.; REICHENHEIM, M. E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família em Niterói. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, 2008.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Geneva: WHO/Inpea, 2002.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano Internacional sobre o Envelhecimento**. *In*: ASSEMBLEIA MUNDIAL SOBRE O ENVELHECIMENTO, 1. Viena: ONU, 1982.

_____. **Princípios das nações unidas para as pessoas idosas**. Resolução nº 46/1991 da Assembleia Geral das Nações Unidas. Genebra: ONU, 16 dez. 1991.

_____. **Uma sociedade para todas as idades**. Ano Internacional dos Idosos. Genebra: ONU, 1999.

_____. **Declaração de Madrid**. *In*: ASSEMBLEIA DA ONU SOBRE O ENVELHECIMENTO, 2. Madrid: ONU, 2002.

ORTMANN, C. et al. Fatal neglect of the elderly. **Journal of Legal Medicine**, v. 114, n. 3, p. 191-193, 2001.

PINHEIRO, N. M. (Coord.). **Estatuto do Idoso comentado**. Campinas: LNZ, 2006.

PORTO, I.; KOLLER, S. H. Violência contra idosos institucionalizados. **Psic – Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 9. n.1, p. 1-9, 2008.

REAY, A. M.; BROWNE, K. D. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. **Aging Mental Health**, v. 5, p. 56-62, 2001.

RIBEIRO, A. P. *et al.* A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1.265-1.273, 2008.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANCHES, A. P. R. A. **Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo**: estudo SABE, 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANT’ANNA, R. M. **O ambiente viário na percepção de pedestres idosos**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. Disponível em: <http://www.cbtu.gov.br/estudos/pesquisa/anpet/PDF/4_168_AC.pdf> Acesso em: 10 jun. 2014.

WANDERBROOCKE, A. C. N. S. **A Violência familiar na perspectiva de idosos e profissionais no contexto da atenção primária à saúde**. 2012. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

WOLF, R.; DAICHMAN, L.; BENNETT, G. Abuso de idosos. *In*: WOLF, R.; DAICHMAN, L.; BENNETT, G. (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. p. 122-144.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CAMARANO, A. A. O novo paradigma demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3.446-3.447, 2013.

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO: AS LACUNAS DA LEI E A QUESTÃO DOS CUIDADORES

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte¹
Marília Anselmo Viana da Silva Berzins²
Karla Cristina Giacomini³

1 INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, com a redução da mortalidade infantil e das taxas de fecundidade, a sobrevivência democratizou-se em grande parte do mundo, o que contribuiu para o envelhecimento populacional dos países, inclusive no Brasil. No nosso meio, essa transição demográfica e o expressivo ganho em expectativa de vida, inclusive para a população idosa, tiveram início na metade do século XX e devem continuar a progredir. Dados recentes apontam que a esperança de vida para quem nasceu em 2013 era de 70 anos para os homens e de 79 anos para as mulheres. Aos 60 anos, os homens podiam viver mais 18,5 anos e as mulheres, 24,5 anos, havendo margem ainda para o crescimento deste indicador (Camarano, 2015).

Além disso, o ganho no tempo de vida é acompanhado pela transição epidemiológica, ou seja, pelo aumento progressivo da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis (Dant), responsáveis por uma crescente demanda por cuidados contínuos. A presença de multimorbidades (duas ou mais doenças simultâneas) é observada em quase 60% do segmento idoso, mas destaque especial deve ser dado às síndromes demenciais, consideradas a epidemia do século XXI, pois exigem cuidados prolongados e específicos (Burlá *et al.*, 2013). Em nosso meio, os cuidados a pessoas idosas portadoras de demência são oferecidos, basicamente, pelas famílias, com pouco ou nenhum apoio institucional, ou mesmo políticas específicas para este fim (Camarano, 2015).

1. Professora livre docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

2. Doutora em saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP); pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); professora convidada do Instituto Sades Sapiencial (ISS); presidente do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (Olhe); e consultora técnica em gerontologia.

3. Médica geriatra da Prefeitura de Belo Horizonte; pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (Nespe) do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz Minas Gerais (CPqRR-Fiocruz Minas).

Contudo, vale lembrar que não são apenas a idade ou as doenças, mas as condições do curso de vida individual, em um determinado contexto socioeconômico e cultural, que determinam “como uma pessoa idosa fica velha” (Augé, 2014). Daí a grande heterogeneidade do envelhecimento em todo o país, caracterizado também por importantes desigualdades sociais e de gênero, que geram demandas desiguais entre os diferentes grupos sociais.

Diante desse panorama de demandas assistenciais crescentes e de uma rede socioassistencial heterogênea e ainda precária, este capítulo busca iluminar uma questão muito relevante, mas pouco tratada no texto da Política Nacional do Idoso (PNI): quem será responsável pelo cuidado dos idosos mais dependentes?

2 CUIDADO E CUIDADORES

O cuidado deve ser compreendido como o eixo da essência humana, por isso parece razoável supor que o ato de cuidar seja uma consequência da revolução da longevidade. Trata-se de um fenômeno universal, presente na vida do ser humano desde a antiguidade e responsável por sua sobrevivência. Sem o cuidado ao longo da vida, desde o nascimento até a finitude, o homem se desestruturará, definhará. Sua vida perderá o sentido e ele morrerá. Portanto, em um mundo que envelhece progressivamente, o cuidado e o cuidar adquirem dimensões especiais.

Embora haja muitas definições e discussões propostas sobre esse tema, pode-se compreender o cuidado como um fenômeno existencial, pois ele faz parte do ser, da condição humana. Ele é também relacional, pois ocorre em relação a outro, sendo revelado na coexistência com outros indivíduos. O cuidado é também contextual, uma vez que existem variações e intensidades diversas nas formas e nas expressões de cuidar conforme o meio considerado (Pinheiro e Mattos, 2005).

Para tanto, o cuidado envolve um conjunto de atividades específicas, cultivadas pelos indivíduos para desenvolver, conservar e recuperar nossos corpos, nosso ser e nosso ambiente, ou seja, tudo o que buscamos para tecer uma rede complexa de sustentação da vida, a qual nos permite viver tão bem quanto possível. Este cuidado envolve cuidar de si mesmo (autocuidado), dos outros, e envolve a pessoa que cuida (o cuidador) assim como a pessoa que é cuidada (a pessoa idosa).

O cuidado envolve ação, sentimentos e atitude moral. Ele se concretiza por meio da ação de cuidar, que tem sempre uma conotação de prover, favorecer o bem-estar do outro. O ato de cuidar representa um movimento em direção a algo ou alguém que é inspirado por interesse ou preocupação. Trata-se de uma ação que possui direção concreta e determinada, bem como apresenta uma dimensão moral que objetiva aliviar, satisfazer, ajudar, confortar e apoiar quem necessita de cuidado (Hirata e Guimarães, 2012).

Não se restringe apenas à técnica: o cuidado diferencia-se da mera execução de um procedimento pela preocupação, pelo interesse e pela motivação expressos em uma atitude que se traduz em um impulso, uma ação voltada para fazer algo para ajudar. Esta ação é interativa, pois aproxima a pessoa que cuida da que é cuidada por meio de gestos, palavras e olhares. Há um envolvimento entre quem executa a ação e a pessoa a quem esta se destina, um ser humano que precisa de atenção e com quem se tem um compromisso e uma responsabilidade. Por isso, cuidar é sempre um compromisso entre diferentes atores envolvidos nessa ação.

O cuidado requer do cuidador responsabilidade, solidariedade, revisão dos princípios éticos, esforços que lhe permitam compreender o outro segundo suas possibilidades. Entre o cuidador e a pessoa cuidada estabelecem-se relações de cuidado, expressas pelo comportamento de cuidar e por sentimentos compartilhados entre os envolvidos, como confiança, respeito, consideração, interesse, atenção, entre outros. Nesse sentido, o cuidado somente ocorrerá de fato se a pessoa cuidada se sentir bem, reconhecida e aceita como ela é, conseguindo se expressar de forma autêntica, apesar de suas limitações. Ao cuidador cabe oferecer apoio, ajuda, informações e trocar ideias. Além disso, ele deve se responsabilizar e se comprometer com a manutenção de um clima harmônico de cuidado (ambiente de cuidado).

Ademais, cumpre lembrar que o desejo de se sentir cuidado é particularmente importante quando os problemas e as suas soluções são complexos, algo frequente na vida das pessoas idosas mais dependentes. O cuidado integral pode não suprimir o sofrimento, mas pode eliminar os seus motivos, as condições de sua produção, alterando as formas e o peso dos modos de vida de sujeitos, famílias e comunidades (Mattos, 2006).

Em toda ação de cuidado existe ou deve existir a intenção de promover o bem-estar, de manter a pessoa cuidada segura e confortável, oferecendo-lhe apoio para minimizar seus possíveis riscos e, na medida do possível, a sua vulnerabilidade. Na área da saúde, a tendência é caminhar na direção das práticas de cuidado que enfatizem o gerenciamento da saúde mais que o da doença, e que estas ocorram em redes de proteção integradas, formadas por um conjunto de serviços organizados capazes de prover um cuidado coordenado e contínuo à população necessitada.

Na perspectiva da integralidade, o cuidado consiste em uma resposta ao sofrimento da pessoa que necessita ser assistida, e não a sua redução a um aparelho ou a um sistema biológico que requer reparo. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude de todos os atores envolvidos na ação de cuidar, que devem buscar reconhecer as necessidades das pessoas para além das suas demandas explícitas (Pinheiro e Mattos, 2005).

Portanto, em se tratando da prestação de cuidados sistemáticos na rede pública, é fundamental conhecer as demandas de cuidados e os apoios com os quais se pode contar. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) evidenciam

que, no Brasil, cerca de 9 dos 26 milhões de idosos, isto é, 34,6%, necessitam de cuidados contínuos (IBGE, 2013).

Como essas pessoas estão sendo cuidadas?

3 ENVELHECIMENTO, CUIDADO E CUIDADOR

O envelhecimento é uma fase natural do desenvolvimento humano que não se restringe a um período de perdas e incapacidades. Simone de Beauvoir reconhece a velhice como resultado de um processo que envolve vários aspectos relacionados entre si e que geram mudanças contínuas no curso da vida.

Não basta, portanto, descrever de maneira analítica os diversos aspectos da velhice: cada um deles reage sobre todos os outros e é afetado por eles; é no movimento indefinido desta circularidade que é preciso apreendê-la (Beauvoir, 1990, p. 16).

Embora possam ocorrer certas limitações com o passar do tempo, elas não eliminam as potencialidades únicas e distintas dessa fase da vida. Quando estas limitações são prevenidas, compensadas e bem cuidadas, é possível uma pessoa viver com respeito, dignidade, qualidade, autonomia, dignidade e, acima de tudo, tendo seus direitos humanos preservados.

Cuidar de pessoas idosas significa um ato, uma ação, uma atitude que compreende a existência do outro. Este outro é uma pessoa com uma história, uma longa trajetória de vida e com diferentes realizações. São pessoas que contribuíram de forma significativa para a construção da sociedade atual e podem contribuir com conhecimentos e vivências peculiares advindas de sua cultura, lente através da qual elas conseguem ver o mundo.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) define o cuidador como:

a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das suas atividades de vida diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicações de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços que requeiram no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem (Brasil, 2006b).

Outra maneira de compreender o cuidador foi dada pelo Ministério da Saúde (MS), nos *Cadernos de Atenção Básica*:

cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menos grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa (Brasil, 2006a, p. 43).

Em 2007, após a realização de uma oficina em Blumenau para elaboração da proposta do curso de preparação de cuidadores de pessoas idosas com dependência

e de seus formadores, o MS definiu o que é ser cuidador. A oficina foi realizada com representantes de todo o país. Para o MS, o cuidador é:

uma pessoa que cuida de pessoas idosas com dependência, desenvolvendo ações que promovam a melhoria da sua qualidade de vida em relação a si, à família e à sociedade. Suas ações fazem interface principalmente com a saúde, a educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade, compaixão, paciência e pelo equilíbrio emocional (Duarte, 2009, p. 18).

Essa definição foi discutida pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e aprimorada.

No ano de 2014, a SBGG, preocupada com os rumos da regulamentação da profissão de cuidador, elaborou um texto para a formação daqueles que ingressam na tarefa de cuidar. Esse material, cuidadosamente preparado em oficinas pedagógicas realizadas nos congressos estaduais de São Paulo e do Rio de Janeiro, em 2013, e em Belém, em 2014, sugere alguns pressupostos para a capacitação inicial de indivíduos que buscam qualificação antes de iniciarem a tarefa de cuidar.⁴

Fala-se do cuidado cotidiano, aquele que a pessoa idosa faz no ambiente habitual para o autocuidado ou para a manutenção de sua participação social ativa. Quando, por qualquer razão – por questões físicas, mentais ou ambas –, a pessoa idosa tem dificuldades no desempenho das atividades diárias, ou não é mais capaz de executá-las de forma independente, faz-se necessário a presença de um cuidador.

Até muito recentemente, a figura do cuidador centrava-se quase exclusivamente nos elementos familiares que voluntariamente ou por ausência de opções disponibilizavam-se a auxiliar seus parentes mais idosos. Historicamente esperava-se que, por exemplo, um filho permanecesse na casa dos pais quando estes envelhecessem. Filhos únicos e mulheres solteiras eram particularmente vulneráveis a assumir esta função. Quando um cuidador familiar está disponível, a carga sobre ele pode ser muito significativa. É o caso de muitas esposas idosas, que apesar de frequentemente exercerem esta função, não se encontram fisicamente capazes de atender à demanda constante de cuidados de seus cônjuges. Além disso, embora comunguem da realidade sociocultural da pessoa idosa, a esposa exerce esse cuidado de forma intuitiva, integral (durante as 24 horas do dia) e improvisada, sem contar com qualquer formação ou apoio (Giacomin, Uchôa e Lima-Costa, 2005).

No âmbito dos serviços de saúde, em geral, a assistência prestada pela equipe é limitada apenas à pessoa idosa, enquanto o cuidador não costuma ser visto como alguém que também precisa de cuidados. Embora, este cuidador familiar acabe sendo um aliado da equipe da saúde da família e um gerente do cuidado, faz-se

4. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/educacao-para-o-cuidado-a-distancia-entre-o-pensar-e-o-agir/>>.

necessário valorizá-lo, acolhê-lo e escutá-lo, trocando informações para a melhoria do cuidado (Louvison e Rosa, 2012).

Torna-se assim importante que outras opções assistenciais sejam oferecidas às famílias, com o objetivo de adequar a assistência às necessidades dos idosos.

4 A PNI E A QUESTÃO DO CUIDADO E DOS CUIDADORES

Indubitavelmente, a criação e a publicação de uma lei voltada à garantia dos direitos sociais dos idosos devem ser consideradas grandes conquistas. Porém, mais importante que a lei é a sua concretização efetiva.

A PNI atinge a sua maioria e embora seja importante aprimorá-la em seu conjunto, trata-se de uma legislação abrangente e completa, que tem por finalidade em seu art. 1º: “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 1994). Assim colocado, compreende-se que a todos os idosos estaria garantido o direito à participação social ativa, independentemente de suas condições de saúde ou funcionalidade. A questão é: este direito definido por lei está sendo respeitado ou garantido?

No capítulo II, art. 3º, o inciso I dos princípios e das diretrizes da PNI estabelece o seguinte: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (Brasil, 1994). Observa-se aqui um tripé de “igual” responsabilidade na garantia do “melhor bem-estar” dos idosos, o qual está intimamente relacionado com a preservação da dignidade e o direito à vida. De que vida está se falando? Viver com dignidade significa, entre outras coisas, estar adequadamente assistido em suas necessidades, ou seja, o direito à vida deveria estar associado ao direito ao cuidado, sobretudo nas idades mais longevas. Esta deveria ser uma responsabilidade compartilhada pela família, pela sociedade e pelo Estado.

Infelizmente, não é isso o que acontece. Em nosso meio, ainda hoje, a principal responsável pelo cuidado da pessoa idosa é a família, e grande parte dela auxilia seus membros mais necessitados tão bem quanto pode, e pelo maior período possível. Porém, dadas as transformações que vêm ocorrendo na estrutura familiar, este recurso está se tornando cada vez mais limitado. Com base nos resultados do Censo Demográfico de 2010, as estimativas da taxa de fecundidade total mostram uma queda no número de potenciais cuidadores: o número médio de filhos por mulher, que em 2000 era de 2,38, passou para 1,90 dez anos depois (IBGE, 2010).

Quando os cuidadores familiares alegam ter chegado ao fim de todas as suas capacidades assistenciais, veem-se diante de dois desfechos possíveis: efetuar a institucionalização da pessoa cuidada; ou enfrentar a acusação de negligência e a consequente criminalização (Brasil, 2003). A sociedade e o Estado, embora bastante negligentes no cuidado à pessoa idosa, não estão sujeitos a este juízo, o que expõe uma grande injustiça.

Na PNI, cuja regulamentação foi feita pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, observa-se, em especial no seu art. 2º, parágrafo único, que o texto relativo ao Ministério da Previdência e Assistência Social enfatiza o cuidado do idoso em nível familiar em detrimento de sua transferência para uma instituição, recurso que deveria ser destinado apenas aos idosos muito pobres, abandonados ou completamente sem família.

Portanto, na lei, a mudança para uma instituição decorreria da inexistência de serviços suficientes ou eficazes para assistir as necessidades tanto dos idosos dependentes quanto as de seus familiares. Contudo, no Brasil, menos de 1% dos idosos encontra-se em instituições de longa permanência para pessoas idosas – Ilpis (Camarano, 2010).

Além disso, no Brasil, as Ilpis atuam de forma e em realidades muito distintas (Camarano, 2010). Em muitas instituições conveniadas com o poder público ou de caráter filantrópico, é bastante frequente haver residentes com graves incapacidades físicas e cognitivas. Em decorrência do processo de luta antimanicomial e da falta de apoio às famílias, também não é incomum que pessoas egressas de instituições de saúde mental sejam transferidas para as Ilpis, onde não recebem o cuidado que precisam. Além disso, a população de uma Ilpi modifica-se com o tempo, sendo esperado um agravamento da dependência funcional em razão da evolução dos quadros clínico-funcionais dos internos.

Tudo isso contraria o que está previsto na seção II das diretrizes, que em seu parágrafo único estabelece ser “vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social”. Esta redação mostra-se inadequada. Possivelmente, em uma significativa parcela das Ilpis existem idosos residentes com doenças que requerem assistência especializada, como os portadores de demência, sem que haja o quadro de recursos humanos estabelecido na legislação. Estes idosos podem já ter ingressado na instituição com esse tipo de doença mais incapacitante ou tê-la desenvolvido quando já lá residiam. O que fazer neste último caso? Mudá-lo de instituição? E o caráter residencial, onde fica? E o respeito à vontade da pessoa idosa, como preservar?

Poder-se-ia lançar mão da própria PNI para interferir nessa realidade. No capítulo IV das ações governamentais, na alínea “a” do inciso I, lê-se: “prestar serviços

e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades *básicas* do idoso mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais” (Brasil, 1994, grifo nosso). Várias são as necessidades consideradas básicas: alimentação, renda mínima, moradia, cuidado à saúde etc. Elas estão presentes tanto no ambiente familiar quanto no institucional. Uma necessidade considerada básica é fundamental para desempenhar adequadamente as atividades cotidianas, ligadas à sobrevivência, por isso denominadas atividades básicas de vida diária. Caso haja qualquer comprometimento neste desempenho, a pessoa passa a necessitar de ajuda, sendo, na maioria das vezes, assistido parcial ou totalmente por algum membro familiar, um cuidador. Este é dito informal quando cuida de alguém de modo voluntário, usualmente de um familiar, amigo ou vizinho. Denomina-se cuidador formal a pessoa que é remunerada para exercer esta função, com ou sem vínculo empregatício.

A necessidade de um cuidador surgirá em função das dificuldades físicas e ou cognitivas das pessoas idosas, que requererão assistência parcial ou total para o desempenho de suas atividades cotidianas. Assim, na prática, o cuidador surge quando as necessidades de ajuda são superiores à capacidade de autocuidado das pessoas idosas.

5 PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO DE IDOSOS

Tradicional e legalmente, a família é considerada a principal responsável pelo cuidado do idoso, juntamente com a sociedade e o Estado, conforme a Constituição Federal de 1988, a PNI e o Estatuto do Idoso. Nas últimas décadas, no entanto, ocorreram mudanças marcantes na estrutura familiar.

- 1) Queda expressiva das taxas de fecundidade. Esta mudança leva à queda da taxa de reposição populacional e, conseqüentemente, à queda no tamanho das famílias. Assim, o potencial assistencial familiar aos membros mais dependentes tenderá a ser menor. Estima-se que, dos atuais cinco potenciais cuidadores por idoso, chegaremos a 2050 com menos de dois cuidadores potenciais (IBGE, 2013).
- 2) Alterações no formato das famílias na sociedade moderna, como múltiplos casamentos, uniões homoafetivas, inseminação artificial, famílias unipessoais etc. têm impacto no futuro do cuidado.
- 3) Inserção crescente e irreversível da mulher no mercado de trabalho altera a tradição do cuidado em nossa sociedade. Entretanto, não é possível pensar na retirada da mulher do mercado de trabalho, dado o impacto econômico que isso poderia causar (Hirata e Guimarães, 2012).

Diante desse panorama de profundas transformações, resta saber como as famílias brasileiras assistiriam de fato seus membros idosos mais dependentes.

Estudo desenvolvido por Duarte, Lebrão e Lima (2005) com dados do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe) mostrou que as famílias não são capazes de suprir mais de 50% das demandas de seus membros idosos mais necessitados, independente do arranjo familiar considerado.

Embora a provisão de cuidados pela família esteja decrescendo, isto não reduz sua importância no auxílio aos idosos dependentes, mas significa uma nova divisão de trabalho e a responsabilidade partilhada entre a família, o Estado e o mercado privado (Camarano, 2015). Atualmente cerca de 3,2 milhões de idosos são cuidados por suas famílias no espaço privado do domicílio (Watanabe, 2015). Segundo Camarano (2010), até 2020, cerca de 4,5 milhões de idosos terão dificuldades para realizar suas atividades cotidianas, necessitando, portanto, de cuidado. A maior parcela deste cuidado ainda será assumida pelas famílias, mas elas também necessitarão de auxílio.

Ressalte-se que, quando um membro da família precisa de cuidados, a família também precisa. Porém, se a prioridade legal é manter o idoso no ambiente familiar, resta saber como serão feitos os cuidados com a família. O que fazer quando a família não tem meios de oferecer alimentação, higiene, medicamentos e presença adequados? Institucionalizar? Onde? (Giacomin, 2015).

Embora nos últimos anos tenha havido um crescimento importante dos programas de assistência domiciliar (AD), em especial os públicos (Melhor em Casa e Estratégia Saúde da Família – ESF), e dos planos privados de saúde – os quais têm apresentado resultados muito positivos – eles se destinam mais ao monitoramento de Dants. Importante lembrar que os programas de AD preenchem uma lacuna assistencial, pois até a sua implantação as pessoas mais dependentes possivelmente não estavam sendo assistidas, em razão de dificuldades de acesso às unidades de saúde e à residência da pessoa idosa. Porém, para que os idosos sejam incluídos nestes programas, é necessária a existência de um cuidador indicado pelas famílias, o qual será responsável pela continuidade do cuidado proposto pelas equipes de AD.

Entretanto, mesmo com o apoio dos programas de AD, muitos cuidadores sentem-se sobrecarregados, pois a eles cabe o cuidado nas múltiplas dimensões do idoso mais dependente, sem que tenham recebido preparo adequado para a função. Não é incomum que os diferentes profissionais das equipes de AD forneçam informações relacionadas ao cuidado separadamente, cabendo ao cuidador a tarefa de juntá-las, transformando-as em uma ação concreta de cuidado. Isso, por si só, além de ser altamente estressante, pode comprometer a qualidade do cuidado e ou o próprio bem-estar do cuidador.

Programas voltados para o cuidador (Cuidando do cuidador) são ainda incipientes em nosso meio. Geralmente programas e atividades orientados para o bem-estar do cuidador somente são úteis à medida que se garanta, paralela e simultaneamente, o cuidado ao idoso. Infelizmente, os programas públicos de

AD não disponibilizam recursos humanos que possam permanecer 24 horas no domicílio auxiliando o idoso em suas dificuldades. Em outros países, estes recursos existem e garantem o descanso do cuidador por tempo maior, de forma a preservá-lo (Hirata e Guimarães, 2012). Este tipo de programa deve fazer parte da discussão sobre a construção de uma política de cuidados de longa duração em nosso país.

Assim, para apoiar as pessoas mais velhas com algum grau de incapacidade e evitar a sua institucionalização, além dos cuidadores domiciliares, seria necessário disponibilizar na comunidade serviços de complexidades variáveis, em especial aqueles voltados aos idosos mais dependentes. Infelizmente, mesmo tendo passado mais de vinte anos da publicação da PNI, estas iniciativas públicas de auxílio às famílias ainda são excepcionais na maioria das cidades brasileiras.

Duas capitais mantêm programas que podem exemplificar bem o previsto nesse item da PNI: São Paulo e Belo Horizonte.

Na capital paulista, desde 2004 é desenvolvido o Programa de Acompanhantes de Idosos (Berzins e Paschoal, 2009), da Secretaria Municipal de Saúde. Trata-se essencialmente de um programa de cuidadores no qual repensa-se a assistência com base nas mudanças da sociedade. Ele faz parte do que pode ser denominado “novos” serviços ante um mundo em plena mudança. Os dez acompanhantes compõem uma equipe assistencial juntamente com um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo e um motorista, e todos são coordenados por um assistente social. Os objetivos do programa são: *i*) oferecer acompanhamento domiciliar e apoio às atividades diárias, desenvolvendo ações de cuidado e suporte a idosos em situação de dependência; *ii*) desenvolver ações de cuidado e suporte aos familiares e cuidadores; *iii*) promover a autonomia e a independência do idoso, e a sua integração social; *iv*) ampliar o acesso aos serviços de saúde; e *v*) evitar ou postergar a institucionalização e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida do idoso assistido.

Para ser incluído, é necessário que o idoso: *i*) resida na área de abrangência do programa; *ii*) tenha idade igual ou superior a 60 anos; *iii*) apresente dependência funcional para as AVDs decorrentes de agravos da saúde; *iv*) tenha mobilidade reduzida e dificuldade de acesso aos serviços de saúde; *v*) apresente insuficiência no suporte familiar ou social; e *vi*) viva em isolamento ou exclusão social e em risco de institucionalização. A equipe realiza uma avaliação multidimensional ampla do idoso, que inclui diagnósticos clínicos, medicação, avaliação da capacidade funcional, consultas, seguimentos e procedimentos, avaliação das condições de higiene pessoal e ambiental, e das condições socioeconômica e familiar, ponderação dos fatores ambientais de risco, do isolamento social e do suporte social. Após esta avaliação, conforme a complexidade da situação (baixa, média ou alta), é traçado um plano de cuidados com monitoramento sistematizado, em que conste o número

de visitas semanais dos acompanhantes, o tempo previsto em cada visita e as ações a serem desenvolvidas junto à pessoa idosa. Atualmente, existem 24 equipes que atendem 2.809 idosos.

Em Belo Horizonte, o programa Maior Cuidado destina-se ao público idoso frágil, sendo coordenado pela Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS) e cogerido pela Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso (Casai). Desde 2012, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) oferece atendimento domiciliar aos idosos frágeis em situação de semidependência e dependência funcional, e de vulnerabilidade social. Além disso, eles devem ser residentes em áreas de alto risco adstritas aos centros de referência da assistência social (Cras). O projeto Cuidador é parte do programa Maior Cuidado, uma iniciativa intersetorial coordenada pela SMAAS, com a cogestão e a participação da SMSA e o acompanhamento da Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS). Participam do projeto 53 centros de saúde e 26 Cras. Segundo dados da Casai, 127 cuidadores contratados atenderam 972 pessoas idosas (686 mulheres e 286 homens), das quais 542 semidependentes e 430 dependentes (Sartini e Correia, 2012).

Os dois programas são mantidos exclusivamente por financiamento público e representam exemplos exitosos de política pública decorrente de vontade política. Ambos, louváveis em sua iniciativa e originalidade, precisam ser apoiados, aprimorados e amplificados, para aumentar sua abrangência e eficiência. Isto estaria de acordo com o decreto de regulamentação da PNI, que define no art. 9º, inciso VIII, “desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a (...) b) estimular o autocuidado e o cuidado informal.” (Brasil, 1996).

Nesse artigo observa-se a referência ao cuidador, o qual, associado aos programas citados, deveria ser capacitado a auxiliar a pessoa idosa em suas necessidades após um programa de orientação/capacitação. Isto é reforçado de certa forma pelo art. 15 da mesma PNI, onde se lê: “compete aos Ministérios envolvidos na política nacional do Idoso, dentro das suas competências, promover a capacitação de recursos humanos voltados ao atendimento do idoso” (Brasil, 1994). Embora não esteja claramente explicitado, pode-se compreender ser uma atribuição ministerial a elaboração e a execução de programas de capacitação aos cuidadores.

Nesse sentido, diferentes iniciativas foram realizadas pelo MS, algumas em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em nível nacional, para a capacitação de cuidadores, incluindo o Programa Nacional de Cuidadores (PNCI), de 1999. No entanto, tais iniciativas foram descontinuadas, interrompidas ou tiveram seus objetivos modificados sem qualquer justificativa. Como funcionam tais programas hoje? Como está a articulação interministerial para que os cuidadores façam realmente parte de uma política de cuidados?

Para responder a essas questões é interessante discorrer brevemente sobre a evolução das políticas públicas relacionadas aos cuidadores. A primeira portaria referente aos cuidadores foi a Portaria Interministerial nº 5153, de 7 de abril de 1999, que criou o PNCI. Esse programa voltava-se à capacitação de multiplicadores em nível nacional, os quais, ao retornarem a seus locais de residência, deveriam reproduzir o treinamento recebido, formando cuidadores locais. Após o primeiro treinamento realizado, houve descontinuidade do programa e nenhuma publicação dos resultados obtidos.

Posteriormente, foi publicada a Portaria Interministerial nº 5, de 16 de junho de 2003, que instituía a Comissão Interministerial de Coordenação do PNCI. No prazo de sessenta dias, esta comissão deveria apresentar uma proposta de implementação de uma rede formal de apoio, acompanhamento e orientação de cuidadores de idosos. Esta portaria tentava introduzir, pela primeira vez, uma rede formal de apoio voltada aos cuidadores, de forma a auxiliá-los em suas necessidades e dúvidas, e acompanhar a evolução da pessoa por eles assistida, permitindo, assim, a sua interface com outros serviços necessários. Pela primeira vez se pensou na concretização de uma política de cuidados de longa duração, com o fortalecimento e o apoio dos cuidadores informais. No entanto, apesar de publicada, a portaria nunca foi executada, e tampouco houve qualquer explicação formal para isto.

De 2003 a 2007, politicamente, nada mais aconteceu em relação aos cuidadores. Em meados de 2007, por iniciativa da Área Técnica de Saúde do Idoso e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do MS, foi realizada uma oficina para elaboração de proposta de cursos de preparação de cuidadores de pessoas idosas com dependência e cursos de formação de formadores de cuidadores de pessoas idosas com dependência. Estes eventos aconteceram em Blumenau e contaram com representantes de todo o país. O objetivo da oficina foi formar um consenso em nível nacional sobre os eixos estruturantes dos cursos de capacitação de cuidadores a serem desenvolvidos em nível público, pelas (mas não apenas) escolas técnicas de saúde. Tais eixos deveriam orientar outras iniciativas nesta área, visando à profissionalização do cuidador num futuro próximo (Duarte, 2009).

Ao final da oficina, propôs-se a realização de cursos em projeto piloto em cinco estados brasileiros que, depois de executados, seriam reproduzidos em nível nacional, criando-se, em curto espaço de tempo, um número significativo de cuidadores adequadamente formados. A partir daí, poder-se-ia pensar na profissionalização da categoria.

Os cursos integrariam o Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos, de 2008, e seriam realizados como parte da Política Nacional de Formação Permanente na Saúde, sendo executados pela rede de escolas técnicas do SUS (ETSUS). Além disso, seriam incorporados ao Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) – um programa com recursos para a qualificação de

centenas de milhares de trabalhadores no país. Esta qualificação dos cuidadores, cujo requisito de acesso seria o ensino fundamental completo, se daria por meio de um “perfil de competências” desenvolvido para o programa, tendo carga horária de formação de 160 horas, das quais 120 horas seriam teórico-práticas e 40 horas, práticas.

Esse programa, denominado Mais Saúde, tinha como meta qualificar 66 mil cuidadores até 2012. Apesar do empenho de muitas pessoas, ele foi interrompido com a justificativa de que as pessoas formadas não seriam absorvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois não estavam previstas no quadro de pessoal da rede pública. A partir daí, o programa voltou a ser direcionado à capacitação de cuidadores familiares pela ESF. Isso foi, sem dúvida, um grande retrocesso ainda não superado.

Importante ressaltar que, desde 2002, a ocupação⁵ de cuidador de idosos é reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).⁶ Essa classificação funciona como um guia para formalizar os profissionais que muitas vezes já atuam no mercado, e o código correspondente ao cuidador de idosos é 5162-10. Este código confere aos trabalhadores a natureza de reconhecimento para o exercício da ocupação, incluindo-se o registro em carteira com o nome “cuidador de idosos”. A inclusão desta ocupação na CBO é extremamente importante por certificar o reconhecimento de uma atividade desenvolvida no mercado de trabalho.

Por sua vez, as profissões precisam ser normatizadas por meio de leis e normas, sendo o processo apreciado pelo Congresso Nacional (Senado e Câmara dos Deputados) e sancionado pelo Presidente da República.

O Projeto de Lei (PL) nº 6966/2006, de autoria do deputado Inocêncio de Oliveira, do Partido Republicano de Pernambuco (PR-PE), foi o primeiro a propor no Congresso Nacional a criação da profissão cuidador. Na justificativa, o projeto afirmava que “embora não reconhecida formalmente, a atividade de cuidador existe” e “cuidar do idoso ou de qualquer outra pessoa necessitada em casa não deixa de ser obrigação da família”. Entretanto, tendo em vista as condições sociais e de saúde dos cuidadores familiares, em sua maioria mulheres, sendo muitas também idosas, seria não apenas necessário, mas urgente que estas tivessem “a faculdade de dividir tais cuidados com um profissional habilitado”.⁷

Desde então, observa-se um longo período de tramitações e discussões, mas até o momento a profissão ainda não foi criada, ou seja, normatizada. Não se trata de um

5. O termo ocupação serve para identificar e classificar as diversas atividades profissionais em todas as áreas, sendo as ocupações codificadas e ordenadas por grupos.

6. A CBO é uma norma de classificação das atividades econômicas e profissionais existentes no Brasil, nos mais diferentes setores de atividade, tanto do setor público como do privado.

7. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=722692&filename=A_vulso+-PL+6966/2006>.

processo simples, pois há setores profissionais na sociedade que, historicamente, são expressamente contrários à criação da nova profissão, que substancialmente esbarra em “disputas de monopólio de mercado” atuantes com idosos (Ribeiro, 2015).

Groisman (2015) relata que em 2008 outro projeto (PL nº 2.880/2008) com objeto semelhante foi proposto pelo deputado Otávio Leite, do Partido Social da Democracia Brasileira do Rio de Janeiro (PSDB-RJ), um político identificado com o setor empresarial, porém com uma agenda associada à defesa das pessoas com deficiência. O PL nº 2.880/2008 visava regulamentar a profissão de cuidador de pessoas, mas trazia em sua redação uma compreensão distinta sobre os cuidados e a relação da atividade com as profissões da saúde. Como o primeiro, este projeto ainda não foi aprovado.

Em 2011, o Senador Waldemir Moka, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro do Mato Grosso do Sul (PMDB-MS), protocolou no Senado Federal o PL nº 284/2011, o primeiro sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso no Senado. Em sua justificativa, a casa destacou que o PL determina as condições mínimas para o exercício da profissão, e discrimina as funções principais e o campo de atuação profissional dos cuidadores de idosos oferecendo-lhes o amparo legal já concedido a outras profissões consolidadas. O PL proposto pelo senador Waldemir Moka tramitou no Senado por um período brevíssimo: protocolado em 25 de maio de 2011, em 10 de junho do mesmo ano teve a senadora Marta Suplicy, à época representante do Partido dos Trabalhadores de São Paulo (PT-SP), designada como relatora da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para analisá-lo.

Após a realização de duas audiências públicas (20 de outubro de 2011 e 1º de junho de 2012) e uma consulta pública (de 1º de dezembro de 2011 a 25 de fevereiro de 2012), o PL nº 284/2011 foi aprovado pelo Senado Federal em 12 de setembro de 2012 por comissão em decisão terminativa. Após a aprovação no Senado, foi encaminhado para a Câmara dos Deputados no dia 9 de novembro de 2012, mas, infelizmente, até o presente não foi aprovado. Segundo o *site* da Câmara dos Deputados, que informa a tramitação dos projetos de lei, desde 25 de março de 2015, o PL nº 4.702/2012 (novo número do projeto) encontra-se na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), sob a relatoria da Deputada Benedita da Silva (PT-RJ).

Ao final de 2015, o PL nº 4.702/2012 passou por uma audiência pública realizada na cidade do Rio de Janeiro. A audiência foi liderada pela própria deputada Benedita da Silva, relatora que está analisando o assunto na CSSF. A audiência contou com a participação de diversos segmentos da sociedade. Este encontro teve como novidade a discussão sobre a renomeação da profissão, de cuidador de idosos para cuidador social, uma maneira de atender a outros grupos também necessitados de cuidados, como pessoas com deficiência ou sofrimento mental. A discussão,

embora não tenha sido conclusiva, recebeu apoio de diversos participantes. Sendo assim, é necessário que o assunto continue em pauta, para avançar e efetivar a profissionalização dos cuidadores de idosos, haja vista a urgente necessidade destes profissionais do cuidado.

Importante ressaltar que a audiência pública que tratou do PL nº 4.702/2012, realizada no Rio de Janeiro, não foi oficializada no *site* da Câmara, conforme consulta realizada em abril de 2016. Até esta data, nada constava na página a respeito. Desta feita, o PL está parado nesta comissão sem dela obter nenhum pronunciamento ou parecer.

Em síntese, considerando-se a data de entrada, o PL que cria a profissão de cuidador de idosos está há pelo menos três anos na Câmara dos Deputados, segunda casa legislativa que tem a responsabilidade de aprová-lo, modificá-lo ou arquivá-lo. O Brasil tem pressa na aprovação da profissão, mas não parece ser esta a compreensão da Câmara dos Deputados.

Para Ribeiro (2015), a regulamentação da profissão de cuidador de idosos gera outras discussões importantes, como sobre condições de trabalho, esclarecimento amplo à sociedade sobre as funções, os direitos trabalhistas dos profissionais e a importância de sua inserção nas políticas públicas, tendo em vista o crescimento da população idosa no Brasil. Sem dúvida, os profissionais que já exercem a ocupação estão no mercado de trabalho desenvolvendo suas atividades com distintas habilidades e competências, e nossas casas legislativas, especialmente a Câmara dos Deputados, não parecem dar a devida importância às mudanças demográficas, ao perfil epidemiológico da população brasileira e às mudanças estruturais da família brasileira.

O diálogo está aberto com a sociedade. Os profissionais que desempenham a função de cuidador de idosos ainda não têm alcançando a devida visibilidade e representatividade.

Outra questão a ser superada diz respeito ao real número de cuidadores em nosso meio. Até o presente, tal número é desconhecido, pois muitos não são sequer registrados; outros o são como empregados domésticos, o que mascara a realidade da ocupação e conseqüentemente a necessidade de criar, no aspecto de lei, a sua existência e respeitabilidade.

Segundo Groisman (2015):

a busca pela longevidade sempre fez parte, de alguma forma, dos anseios da humanidade. À medida, entretanto, em que essa longevidade se faz real – não na utopia de uma juventude eterna, mas dentro das possibilidades que o progresso pode proporcionar, tal “realidade” inspira o debate acerca do modelo de sociedade que almejamos para acomodar aqueles que passaram a viver mais. A dificuldade em tornar

público este debate, no entanto, resvala não apenas na aproximação quanto a temas considerados “tabus”, tais como a doença, a invalidez e a morte, mas também no choque entre modelos e concepções acerca do papel que o Estado deve ter, enquanto provedor de bem-estar para a sua população.

No caso brasileiro, o olhar para o presente e para o futuro – necessário em função do tema aqui abordado – sugere que se insista na questão para que haja o avanço no debate.

6 A NECESSIDADE DE UMA POLÍTICA DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

A mais recente derivação da PNI é a discussão sobre a necessidade de se criar uma política de cuidados de longa duração para as pessoas idosas. Este tema há muito vem sendo discutido por Camarano (2010), que sugere sua inclusão como um novo pilar no sistema de seguridade social.

Parece ser consenso entre os especialistas que o melhor para os idosos mais fragilizados seria receber os cuidados de que necessitam em seus lares, dado que os custos do cuidado formal são ainda muito elevados. No entanto, há várias questões que precisam ser levantadas, pois, segundo Debert (2012), para refletir sobre um envelhecimento digno, é importante priorizar o ponto de vista dos idosos. Isto significa rever a visão dominante na gerontologia segundo a qual os velhos *desejam* ser cuidados por seus familiares.

Quando a velhice é colocada como um problema das famílias, devendo ser ajudadas pelo poder público, isto pode incorrer no risco de não reconhecer a pessoa idosa como um sujeito de direitos. Além disso, a demanda por cuidadores em países europeus envelhecidos é de tal monta que há até tráfico de pessoas para assumir a função. Assim, Debert (2012, p. 231) alerta:

apostar que o bem-estar da velhice está na reclusão do lar e que a família nessa tarefa terá o auxílio do Estado para contratar o empregado doméstico nacional ou imigrante é adiar inconsequentemente a reflexão e as propostas de práticas inovadoras para uma experiência de envelhecimento bem-sucedida.

Outro equívoco seria assumir que os cuidadores familiares, especialmente quando mulheres, não incorram em custos financeiros ou emocionais (Goldani, 2004). Quando o papel social da mulher muda, a oferta de cuidado, especialmente a familiar, pode ficar muito afetada. Como o cuidado familiar é realizado no ambiente doméstico, isso o torna socialmente invisível. Não é recompensado e não gera direitos sociais como o trabalho formal, considerado produtivo. Em geral, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho eleva a demanda por provisão de cuidado não familiar. Projeta-se uma redução de até quatro milhões de pessoas no número esperado de potenciais cuidadores familiares para os próximos dez anos (IBGE, 2010).

Em síntese, a demanda por cuidados está aumentando, e a capacidade da família brasileira para cuidar de seus membros idosos mais dependentes está reduzindo, logo é urgente pensar em políticas de cuidados de longa duração. Neste contexto, a figura do cuidador profissional passa a ser uma força complementar urgente, necessária e indispensável na assistência a estas pessoas.

A discussão sobre o tema das políticas de cuidados de longa duração pode ser considerada uma derivação da PNI, atualizada para as demandas mais recentes. Para sua implantação, é necessário pensar na “desfamiliarização”, para ressignificar o papel protetivo da família no cuidado com o idoso e ampliar as ofertas públicas de serviços (Neris, 2015).

Na esfera internacional, tem havido um consenso crescente de que os Estados têm a obrigação de fornecer cuidados de longa duração e apoio social para as pessoas deficientes. Isto tem sido considerado um direito humano básico, sendo formalizado em acordos internacionais (Muiser e Guy Carrin, 2007). No Brasil, as políticas de cuidado devem ser construídas como um direito social e não apenas como uma ação de caridade cristã ou assistência social. Elas devem ter seu embasamento nos direitos humanos e nos direitos da pessoa idosa.

O termo cuidados de longa duração é amplamente definido como um conjunto de cuidados de saúde, pessoais e de serviços sociais geralmente fornecido no decorrer de um período longo para pessoas com condições crônicas e com limitações funcionais (Kohler e Wunderlich, p. 27, 2001). Inclui também apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido, por um longo tempo, a pessoas que dele necessitam, independentemente da idade (Camarano, 2010).

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), esse tipo de cuidado constitui uma variedade de serviços requeridos por pessoas com reduzido grau de capacidade funcional, física ou cognitiva, sendo dependentes por um período longo de ajuda para as atividades de vida diária. Este cuidado pessoal é oferecido numa combinação entre cuidados de saúde de diferentes complexidades, como prevenção de agravos, reabilitação e serviços de cuidados paliativos. Os cuidados de longa duração podem, também, ser combinados com outros serviços relacionados a cuidados domésticos ou atividades instrumentais da vida diária. Oferecidos às pessoas com restrições funcionais que residem, principalmente, em seus domicílios, eles também se aplicam, em termos temporários, às instituições que oferecem apoio para o idoso continuar a viver em casa, como centros comunitários e centros-dia, e serviços de descanso do cuidador. Incluem também cuidados assistidos, adaptações e arranjos domésticos para pessoas que necessitam de ajuda de forma regular, garantindo elevado grau de autonomia e autocontrole (Watanabe, 2015).

É incontestável a necessidade de uma política transversal de cuidados de longa duração envolvendo as políticas sociais e de saúde, e que estas sejam complementadas por um conjunto de outros setores, por exemplo, habitação, previdência e educação. A vantagem de se ter uma política específica com recursos alocados para essa finalidade é que estes não podem ser direcionados para outros objetivos (Neris, 2015). Contudo, é igualmente urgente e necessária a garantia de recursos financeiros para o estabelecimento desta política derivada de marco regulatório bem definido e voltada especificamente para este fim.

A operacionalização dessa política envolve uma rede formada por: Ilpis; centros-dia; hospital-dia; centros de convivência; cuidado domiciliar formal; abrigo e residência assistida; clínicas geriátricas; leitos de cuidados prolongados; e outros “novos” serviços que atendam às “novas” demandas. Ela deve envolver diferentes sistemas que trabalham de forma complementar e integrada.

Isso não significa em absoluto que o cuidado familiar deva ser minimizado. Pelo contrário, deve-se reconhecer a importância da família cuidadora, apoiá-la e compensá-la, instituindo-se medidas de apoio e proteção ao cuidador familiar, como capacitação, descanso, benefício monetário, inclusão no sistema de seguridade social e participação em grupos de apoio, entre outros. Este tipo de apoio logístico e financeiro possibilitará um melhor cuidado à pessoa idosa e ao seu cuidador (Hirata, 2012).

Além disso, como lembra Jorge Félix, no capítulo *O idoso e o mercado de trabalho*, a atuação do Estado também deverá valorizar novas tecnologias para auxiliar os cuidados dos idosos mais velhos e mais dependentes, criando uma infraestrutura para estimular a inovação de bens e serviços em torno do *care*, incluindo-se a teleassistência (robótica). O avanço no auxílio da tecnologia para as famílias visa apoiar a mulher, que assume majoritariamente o papel de cuidadora dos membros idosos da família e é chefe de domicílio ou apoia o orçamento familiar, tendo impacto direto na sua empregabilidade e na sua manutenção no mercado de trabalho.

Por sua vez, a pessoa idosa deve ser respeitada em sua autonomia de escolher como e onde deseja ser cuidada.

O envelhecimento populacional em um contexto de indisponibilidade de provisão de cuidados pela família, sobretudo, da mulher – antes a principal provedora de cuidados às crianças, aos doentes e aos idosos no ambiente domiciliar –, justifica a existência de uma política de cuidados, incluindo-se cuidadores formais e informais, e torna imprescindível e urgente a criação de uma rede de cuidados integrada que se alie a estas novas demandas sociais.

Nesse caminho, o MS, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde da Organização Mundial de Saúde (Opas/OMS), organizou o I Seminário Internacional

sobre Políticas de Cuidado de Longa Duração para Pessoas Idosas no Brasil. O encontro ocorreu nos dias 22 e 23 de outubro de 2015 em Brasília, e reuniu 125 pessoas, entre representantes do MS, do MDS, do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (MTPS), do Ministério da Cidadania, do Poder Legislativo, da sociedade civil, do Controle Social (Conselhos Nacional de Direitos do Idoso e Conselho Nacional da Saúde), especialistas nacionais e internacionais, gestores das secretarias de saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios.

Como produto desse encontro, foi produzido o documento *Carta de Brasília*, que contém os principais pontos debatidos e, em parte, já explicitados neste capítulo. Para a construção e a implementação da política de cuidado de longa duração, é fundamental definir os seguintes aspectos (Neris, 2015):

- de que cuidado estamos falando e a quem ele se destina;
- o tipo de cuidado que queremos estabelecer e como; e
- as estratégias de como cuidar das famílias dos idosos.

É necessário garantir um sistema que contemple os tipos e as frequências de cuidados que: *i)* conheçam e se apropriem de experiências nacionais e internacionais que contribuam para a construção de um modelo único e adequado à realidade brasileira; *ii)* tenham por base um diagnóstico situacional; e *iii)* garantam o monitoramento e o acompanhamento das ações.

Além disso, recomendam-se gestão e financiamento transversais, o que constitui um importante desafio para o controle social, demandando clareza quanto a: *i)* quem deverá coordenar e executar a política de cuidados de longa duração; *ii)* como se dará o seu financiamento, uma vez que as regras e gestão dos fundos de assistência social e saúde são próprias e específicas; e *iii)* como se dará o controle social sobre a execução e o gasto público.

Por sua vez, a institucionalização também precisa receber novo significado. Ela deve passar a ser compreendida como uma “nova” opção assistencial para os que dela necessitarem ou para os que a desejarem e não mais como uma falta de opção. Para tanto, a instituição deve ser reorganizada e adequada às demandas da população idosa que necessita residir em um lar assistido.

Uma boa forma de avaliação da qualidade dos serviços institucionais é a pessoa se perguntar se aquele é um lugar onde gostaria de morar; se colocaria alguém de quem gosta muito ali residindo; ou se aquele é o cuidado de quem gostaria de receber.

Todas essas questões precisam estar na pauta de prioridades de conselhos de direitos de idosos e de conselhos e gestores da seguridade social no Brasil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil possui um vasto arcabouço legal que assegura apoio ao cuidador e à pessoa idosa que necessita de cuidados. É fundamental a efetivação das políticas de cuidados de longa duração que ainda se mostram largamente insuficientes (Giacomin, 2015). É crucial garantir a participação dos próprios idosos, que são os que mais conhecem suas próprias necessidades.

No Brasil, a Política de Cuidados de Longa Duração necessita ser urgentemente implementada, de forma a garantir aos idosos mais fragilizados a manutenção de sua dignidade e a garantia de assistência adequada e integral. Para tanto, é essencial construí-la como política de Estado e não de governo. Isso significa: definição clara quanto a sua abrangência, competência, orçamento, monitoramento, transparência e controle social, por meio de indicadores mensuráveis de forma a serem acompanhados e avaliados não apenas pelos gestores, mas, principalmente, pela própria sociedade.

Esta política será a concretização de um direito fundamental da população brasileira que interessa a pessoas de todas as idades, pois responde a uma necessidade atual e futura de nossa sociedade. Conselhos de direitos de idosos, gestores da PNI e conselhos e gestores da seguridade social no Brasil precisam incluir esta questão em suas pautas prioritárias.

REFERÊNCIAS

AUGÉ, M. **Une ethnologie de soi: le temps sans âge**. Paris: Seuil, 2014. 176 p. (ISBN. 978-2-02-110606-0.2014).

BEAUVOIR, S. Preâmbulo. *In*: _____. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. p. 15-48.

BERZINS, M. A. V. S.; PASCHOAL, S. M. P. Programa Acompanhante de Idosos. **Boletim Instituto de Saúde (BIS)**, São Paulo, v. 47, p. 53-55, 2009.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, 3 jul. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>.

_____. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 19, 2006a. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 out. 2006b.

BURLÁ, C. *et al.* Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013. (ISSN 1413-8123). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000019>>.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração à pessoa idosa: um novo risco social a ser assumido**. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

_____. Política de cuidados para a população idosa: necessidades, contradições e resistências. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS DE CUIDADO DE LONGA DURAÇÃO PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL, 1. Brasília: OPAS/OMS, 2015.

DEBERT, G. G. Imigrantes, estado e família: o cuidado do idoso e suas vicissitudes. *In*: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org.). **Cuidado e cuidadoras, as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Atlas, 2012.

DUARTE, Y. A. O. **Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas**. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. São Paulo: Fundação Padre Anchieta, 2009.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 5-6, p. 370-8, 2005.

GIACOMIN, K. C. O envelhecimento e os desafios dos cuidados de longa duração. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS DE CUIDADO DE LONGA DURAÇÃO PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL, 1. Brasília: OPAS/OMS, 2015.

GIACOMIN, K. C.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/24.pdf>>.

GOLDANI, A. M. Contratos intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? *In*: Camarano A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

GROISMAN, D. **O cuidado enquanto trabalho: envelhecimento, dependência e políticas para o bem-estar no Brasil**. 2015. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. Introdução. *In*: _____. (Org.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do *care*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 1- 11.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: características da população e dos domicílios – resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65857.pdf>>.

KOHLER, P.O.; WUNDERLICH, G. S. **Improving quality in long-term care**. Washington: National Academy Press, 2001. 326 p.

LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. C. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. *In*: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 157-179.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado da saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 41-66.

MUISER, J.; GUY CARRIN, G. **Financing long-term care programmes in health systems**: with a situation assessment in selected high, middle and low-income countries. Geneva: WHO, 2007.

NERIS, M. S. M. A pessoa idosa e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS DE CUIDADO DE LONGA DURAÇÃO PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL, 1. Brasília: OPAS/OMS, 2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: fronteiras da integralidade. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

RIBEIRO, R. N. **Cuidador de idoso**: discussão do processo de regulamentação da profissão pela análise discursiva de audiências públicas. 2015. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SARTINI, C. M.; CORREIA, A. M. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. **Pensar/BH Política Social**, n. 31, p. 10.13, mar. 2012.

WATANABE, H. A. W. Modalidades de cuidados de longa duração a pessoas idosas. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS DE CUIDADO DE LONGA DURAÇÃO PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL, 1. Brasília: OPAS/OMS, 2015.

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO BRASIL: DO QUE SE ESTÁ FALANDO?

Ana Amélia Camarano¹
Pamela Barbosa²

1 INTRODUÇÃO

Entre as alternativas não familiares para o cuidado do idoso, a mais antiga é a instituição asilar, cuja origem remonta à Grécia Antiga. Nos dias atuais, contudo, são comumente associadas a imagens negativas e preconceitos, vistas muitas vezes como depósito de idosos à espera do tempo de morrer (Christophe e Camarano, 2010; Novaes, 2003; Born, 2001; Davim *et al.*, 2004).

Duas consequências do forte estigma que envolve essa modalidade de atendimento são a baixa oferta de instituições de residência para idosos e o pequeno número de idosos que nelas vivem. Além disso, no Brasil, embora elas façam parte da rede de assistência social, em geral, surgem em razão das necessidades da comunidade (Born e Boechat, 2006) e não da implementação de uma política de cuidados de longa duração. Esta omissão do Estado dificulta e inibe a fiscalização e explica, em grande parte, os problemas na qualidade dos serviços oferecidos (Giacomin e Couto, 2010).

Para Born (2001), na sociedade brasileira, os asilos são associados a pobreza, negligência e abandono do idoso pelas famílias. Sentimentos recorrentes de culpa e fracasso são enfrentados por parentes que levam seus idosos para residir neste tipo de instituição (Camarano e Scharfstein, 2010). Como consequência, as famílias somente buscam uma instituição para seus familiares quando esgotam a sua possibilidade de cuidar (Karsch, 2003).

Ainda é comum a percepção de que a residência em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (Ilpi) significa ruptura de laços com familiares e amigos. Em geral, acaba-se atribuindo à instituição a responsabilidade por situações de abandono que, de fato, já prevaleciam antes de o idoso chegar a ela.

1. Técnica de planejamento e pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

2. Pesquisadora do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Disoc/Ipea.

Freqüentemente ignoram-se os novos laços que nelas são constituídos (Camarano e Scharfstein, 2010).

Por outro lado, a demanda por essa modalidade de cuidados tende a crescer devido ao envelhecimento da população idosa. Além disso, a oferta de cuidadores familiares já apresenta evidências de redução, dadas as mudanças na família, a redução do seu tamanho e a participação maior das mulheres no mercado de trabalho. De acordo com Camarano (2007a), quando as famílias se tornam menos disponíveis para cuidar dos seus membros dependentes, o Estado e o mercado privado devem se preparar para atendê-las.

Este capítulo tem como objetivo principal apresentar e discutir a situação das Ilpis brasileiras à luz do estabelecido na Política Nacional do Idoso (PNI). Visa, em paralelo, buscar elementos para que se possa definir mais adequadamente o que é uma instituição de longa permanência no Brasil. O trabalho foi dividido em oito seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda seção discute o que se entende por instituição de longa permanência. Na terceira, analisam-se, brevemente, os mitos e preconceitos com relação às Ilpis. Já na quarta, apresenta-se um panorama geral sobre as Ilpis brasileiras; e, na quinta, algumas características dos idosos residentes. A sexta discute se as Ilpis são um lugar para viver a última fase da vida ou morrer. A sétima considera os custos em que incorrem as instituições, bem como os recursos com que contam: humanos, fontes de financiamento e parcerias empreendidas. Considerações finais são apresentadas na oitava e última seção.

Apesar da importância da questão e dos desafios que o envelhecimento populacional acarreta, a PNI prioriza o cuidado familiar em detrimento do asilar. O Estatuto do Idoso reforça esse preceito. A PNI, no entanto, vai além disso e elenca uma ampla gama de modalidades de cuidados não familiares, cuja implementação é reduzida e insuficiente para a população idosa.

Poucas pesquisas de caráter nacional sobre as modalidades de cuidado não familiar para a população idosa têm sido realizadas. Uma iniciativa que buscou conhecer o perfil das Ilpis brasileiras foi feita pelo Ipea na pesquisa *Condições de Funcionamento e de Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil*, realizada entre 2007 e 2009, e que, aqui, neste capítulo, chamaremos simplesmente Pesquisa Ipea. A pesquisa levantou as condições físicas, a infraestrutura, os serviços oferecidos, os recursos disponíveis (humanos, financeiros e parcerias), os custos de manutenção, bem como algumas características da população residente. Não se conhece nenhuma outra iniciativa deste porte. Portanto, não se pode fazer avaliação alguma da evolução temporal dessa modalidade de serviços.

Outra fonte de informação são os censos anuais realizados pelo Sistema Unificado de Assistência Social (Suas), empreendidos desde 2010 nas unidades de acolhimento conveniadas com o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS).

O universo abrangido são as instituições filantrópicas de acolhimento de idosos e que têm convênio com o MDS por intermédio das prefeituras. As informações sobre unidades de acolhimento de idosos começaram a ser levantadas em 2012.

A Pesquisa Ipea localizou 3.548 instituições no território brasileiro, das quais 1.617 declararam serem filantrópicas e conveniadas. Em 2012, foram recenseadas 1.227 instituições pelo Suas; e em 2014, 1.451.

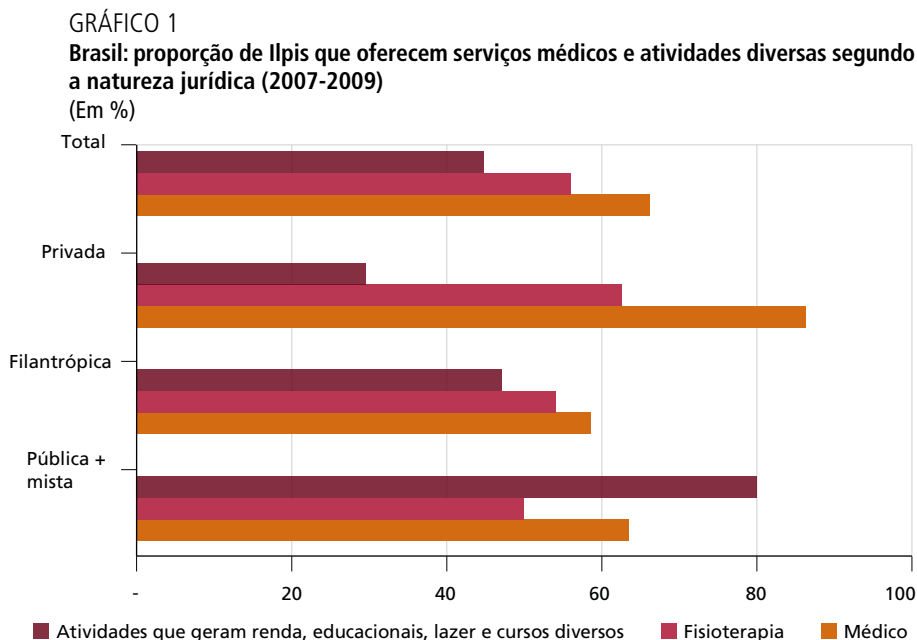
2 DEFININDO ILPI

No Brasil e no resto do mundo, embora os asilos constituam a modalidade mais antiga de atendimento ao idoso fora do convívio familiar, ainda não há um consenso sobre o que seja uma Ilpi. Inicialmente, estas instituições eram dirigidas à população carente, que necessitava de abrigo. Por esta razão, muitas instituições brasileiras se autodenominam abrigos. É o caso, por exemplo, de 6,3% das instituições identificadas pela Pesquisa Ipea. Isso justifica o fato de a carência financeira e a falta de moradia serem alguns dos motivos mais importantes para a busca de uma instituição, e explica por que 65,2% das instituições identificadas pela referida pesquisa serem filantrópicas. Também serve para esclarecer o porquê de estas instituições fazerem parte da rede de serviços da assistência social (Camarano *et al.*, 2010). Em geral, as Ilpis surgem espontaneamente, para atender às necessidades da comunidade. Contudo, dada a ausência de políticas públicas, elas podem apresentar problemas na qualidade dos serviços oferecidos, o que afeta as condições de vida dos residentes (Born e Boechat, 2006).

É muito comum associar Ilpis a estabelecimentos de saúde, pois muitos serviços ofertados pelas instituições brasileiras referem-se à saúde, mas estas instituições não são voltadas para a clínica ou a terapêutica. Os residentes, no entanto, recebem, além de moradia, alimentação e vestuário, serviços médicos e medicamentos (Groisman, 1999). Aproximadamente dois terços (66,1%) das instituições brasileiras recebem visitas médicas regulares, mas menos de 50% das instituições recebem visitas do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF) (Camarano *et al.*, 2010).

A oferta de serviços varia de acordo com a natureza jurídica das instituições, como ilustra o gráfico 1, o que sugere uma certa coerência na provisão dos serviços com o grau de dependência dos idosos, como será visto na quinta seção. A cobertura desses serviços, no entanto, não é total. Nas Ilpis privadas, cuja proporção de residentes dependentes e semidependentes é mais elevada, encontra-se serviço médico em 86,3% delas. Já nas públicas e filantrópicas, que contam com uma menor proporção de residentes dependentes, as proporções comparáveis são 63,5% e 58,6%, respectivamente. Fisioterapia e serviços de terapia ocupacional, importantes para ajudar as pessoas a manterem sua independência, sejam elas

dependentes ou independentes, são encontrados em apenas 31,3% das instituições (Camarano *et al.*, 2010).³



Fonte: Pesquisa Ipea/Secretaria Especial de Direitos Humanos (Sedh)/MDS e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Segundo Creutzberg *et al.* (2007), raramente, essas instituições oferecem programas sistemáticos de promoção da saúde dirigidos a manter a capacidade funcional dos idosos. Os serviços de saúde fornecidos pelas instituições são, em geral, centrados na cura e na reabilitação.

Em pesquisa feita em dezoito países por Stanford *et al.* (2015), sobre *nursing homes*, os autores concluíram que estas constituem uma residência coletiva, que oferece cuidados 24 horas por dia para pessoas que requerem ajuda para as atividades da vida diária (AVD) e têm as suas necessidades de saúde identificadas. Não é uma enfermaria, mas pode contar ou não com profissionais da área de saúde; em 37% dos países pesquisados, médicos visitam as instituições. Oferecem cuidados de longa duração e/ou reabilitação com o objetivo de evitar internações hospitalares e facilitar altas. Pode oferecer ou não cuidados paliativos e terminais.

A PNI, na sua seção II, art. 4º e parágrafo único proíbe a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem

3. A legislação brasileira não exige que as Ilpis tenham um profissional de saúde em sua equipe. Caso haja, a entidade deve exigir o seu registro no respectivo Conselho de Classe.

permanente em instituições asilares de caráter social. No entanto, 63,2% das instituições recenseadas pelo Suas declararam receber doentes crônicos (HIV/ Aids, câncer etc.). Aproximadamente 10% dos residentes destas instituições encontravam-se nesta condição.

Também é bastante comum associar instituições de longa permanência a instituições totais. De acordo com Debert (1999), esta associação, quase direta, é baseada na visão de Goffman (1961). O autor define instituições totais como instituições onde

todos os aspectos da vida são realizados num mesmo local e sob a mesma autoridade; cada fase da vida diária do participante é realizada na companhia de um grupo relativamente grande de outras pessoas; as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários; e toda a sequência de atividades é imposta de cima por um sistema de regras formais e um grupo de funcionários; finalmente, as atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição (Goffman, 1961 *apud* Debert, 1999).⁴

A evidência empírica, no entanto, não parece confirmar essa associação em sua plenitude. Em primeiro lugar, “o grau de totalidade” das instituições depende do grau de dependência dos residentes. Os idosos dependentes, como os acamados, têm a sua vida totalmente administrada pela instituição, o que, provavelmente, ocorreria se estivessem residindo com suas famílias. Isto se dá em razão da falta de autonomia e não necessariamente da residência em uma instituição. Camarano e Scharfstein (2010) mostraram, com base em uma pesquisa qualitativa em três instituições abertas, que idosos independentes têm total liberdade de ir e vir em todas elas, o mesmo ocorrendo com seus familiares. Em duas delas, alguns residentes trabalham fora da instituição. Além disso, a participação dos residentes nas atividades de lazer oferecidas bem como em cursos diversos, treinamentos etc. é voluntária. A família e a comunidade são também estimuladas a participar dessas atividades.

Muitas instituições tentam oferecer aos residentes um espaço que reproduza a vida em família. Algumas, por exemplo, se autodenominam lares. É o caso de aproximadamente 30% das instituições brasileiras. Muitas delas são pequenas, têm menos de dez residentes e funcionam em casas. Constituem 10,0% das instituições brasileiras (Camarano *et al.*, 2010).

Para Groisman (1999), as Ilpis cumprem duas funções: a primeira, manifesta, de abrigar e cuidar de pessoas desamparadas ou que estejam impossibilitadas de estar junto às famílias e à comunidade; e a outra, latente, de servir como *locus* socialmente aprovado de segregação de seres humanos cuja produtividade econômica e representação social foram esgotadas pelo sistema social.

4. Ver, também, Christophe e Camarano (2010).

Pergunta-se: pessoas acamadas ou em estado demencial também não estariam segregadas se estivessem com suas famílias? O que determina a segregação: o tipo de residência ou a fragilidade, seja física, mental ou econômica?

O envelhecimento populacional e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde. Foi para expressar a nova função híbrida dessas instituições que a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) sugeriu a adoção da denominação “Instituição de Longa Permanência para Idosos”. Trata-se de uma adaptação do termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde, *Long-Term Care Institution* (Costa, 2004). Na maior parte dos casos, porém, as instituições não se autodenominam Ilpis. Pergunta-se se esta foi apenas uma mudança de nomenclatura.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 2005, da Agência Nacional de Vigilância sanitária (Anvisa), definiu Ilpis como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas *com idade igual ou superior a 60 anos*, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania” (Brasil, 2005, grifo nosso). É uma definição bastante ampla, pois agrega vários tipos de instituições, sem diferenciá-las em função do grau de autonomia dos idosos. Na literatura e na legislação, também se encontram referências indiscriminadamente a Ilpis, casas de repouso e asilos (Camarano, 2007a; Camarano *et al.*, 2010). Ou seja, são domicílios coletivos que oferecem cuidados e algum tipo de serviço de saúde.

3 MITOS E PRECONCEITOS EM RELAÇÃO ÀS ILPIs

No Brasil, a busca por Ilpis é considerada uma atitude polêmica, carregada de preconceito. A valorização negativa é mais forte quando a decisão pela internação é tomada pela família (Alcântara, 2004). Parte do preconceito pode ser decorrente de que a história da institucionalização da velhice começou como uma prática assistencialista, predominando na sua implantação a caridade cristã. A institucionalização era resultado da pobreza individual e familiar, e o termo asilo cristalizou-se como sinônimo de instituição para idosos pobres (Christophe e Camarano, 2010). Além disso, na sociedade moderna, em busca da eterna juventude, parece não haver lugar para a velhice frágil (Debert, 1999), que carrega consigo o medo da morte e da finitude. O isolamento da velhice e a ocultação da morte, contudo, não são exclusividades do nosso século. Todas as sociedades, em maior ou menor grau, enfrentam essa questão do final da vida. O cinema aborda este tema, por exemplo, nos filmes *A Balada de Narayama*, de 1983 e *A Festa da Despedida*, de 2014.

Pode-se falar em duas visões em relação ao cuidado institucional. A primeira, mais tradicional, associada à ideia de instituição total, argumenta que essa modalidade de cuidado é caracterizada pela prática de restrição e controle, em que os residentes têm de obedecer a normas estritas. Alguns paradigmas em gerontologia consideram que os asilos reproduzem os abusos cometidos em outras instituições de exclusão social, como as psiquiátricas e as penitenciárias (Vieira, 2006). Ou seja, são espaços de controle e de cultura manicomial. Denúncias de violência praticada nas instituições, feitas pela mídia, reforçam os preconceitos já existentes. Deve-se reconhecer, contudo, que tanto família como asilos são instituições idealizadas, e ambas se revelam espaços de disputa de poder entre gêneros e gerações. Além disso, segundo Debert (1999), viver com os filhos não é garantia de respeito, cuidado adequado ou ausência de maus-tratos. A autora cita exemplos de denúncias de violência física contra idosos que são mais frequentes quando diferentes gerações convivem na mesma unidade doméstica.

A mídia desempenha um papel importante na “nutrição” desse preconceito, bem como é nutrida por ele. Um caso memorável de preconceito no Brasil é o da Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, onde morreram 156 idosos entre os meses de janeiro e maio de 1996 (Alves Filho, 1996). Apesar de ser sempre citada como exemplo, a instituição mencionada não era um asilo ou uma Ilpi; era um estabelecimento de saúde.⁵ Por outro lado, as denúncias de maus-tratos, abandono e mortes ocorridas nessa instituição ou em outra instituição não invalidam a existência da modalidade de cuidado institucional. Além disso, abandono, negligência e maus-tratos também são encontrados nas famílias onde a fiscalização é mais difícil.

As críticas a essa forma de cuidar deram origem a uma nova visão e prática, centrada nos direitos humanos (Redondo e Lloyd-Sherlock, 2009; Christophe e Camarano, 2010). A mídia, tanto nacional quanto internacional, já vem, há algum tempo, mudando a sua percepção sobre esse tipo de instituição. No plano internacional, podem-se citar vários filmes: *O Quarteto* (2012), *E se Vivêssemos Todos Juntos?* (2012), *O Exótico Hotel Marigold 1 e 2* (2012 e 2015) e *A Festa da Despedida* (2015).

No Brasil, a TV Globo transmitiu, no período de 5 de outubro de 2009 a 9 de abril de 2010, a novela *Cama de Gato*. Entre os seus cenários destacava-se um asilo para idosos de alta renda, apresentado como uma alternativa de moradia para idosos independentes que não queriam morar sós. O asilo foi mostrado como uma residência que propiciava integração entre os residentes, com namoro e casamento. Mostrava, também, a integração entre gerações e familiares, na figura, por exemplo, de uma neta que ia dormir com a avó. Também, em 2014, outra novela da TV

5. Para conhecer as diferenças entre um asilo ou uma Ilpi e um estabelecimento de saúde, ver Romero *et al.* (2010).

Globo, *Em Família*, mostrou um asilo como uma residência que propiciava o mesmo tipo de integração entre os residentes.

Além disso, o Jornal Nacional, em dezembro de 2006, entrevistou residentes do Abrigo Redentor e da Casa Gerontológica, ambos no Rio de Janeiro. Todos os entrevistados alegaram a vantagem de morar numa residência coletiva para não depender dos filhos. Uma reportagem do jornal O Globo, de 8 de dezembro de 2009, apontou para a necessidade de mais instituições para cuidar de um “país que envelhece”. A revista *Isto É* publicou, em 13 de março de 2010, uma reportagem sobre Ilpis brasileiras, intitulada *Como se estivéssemos em casa*.

Nos casos citados, as instituições são vistas como residências coletivas que propiciam integração social, criação de laços afetivos e não implicam, necessariamente, rompimento de laços familiares. Isso foi observado no trabalho de campo descrito por Camarano e Scharfstein (2010), bem como na pesquisa desenvolvida por Graeff (2007).

No Brasil, os dados da pesquisa empreendida pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço Social do Comércio (Sesc) sobre *Idosos Brasileiros: vivências, desafios e expectativas na 3ª idade* permitem alguma inferência sobre o grau de aceitação da residência em instituições. A população entrevistada foi dividida entre idosos e não idosos. A aceitação foi maior por parte dos não idosos comparada aos idosos (76% e 67%). Essa proporção diminuiu de forma não monotônica com a idade, e mais intensamente entre os homens. Isso pode sugerir que as gerações mais novas têm uma visão mais favorável à residência em Ilpi do que as anteriores, o que pode ser interpretado, por um lado, como uma mudança de percepção e, por outro, sob o aspecto de que esses indivíduos se encontram mais distantes da possibilidade de necessitarem de cuidados permanentes, o que pode torná-los mais propensos a aceitar esse tipo de residência (Camarano, 2007b; Camarano, 2008a; Camarano 2008b; Camarano, 2008c; Camarano *et al.*, 2010).

4 AS ILPIs

4.1 Visão geral das Ilpis

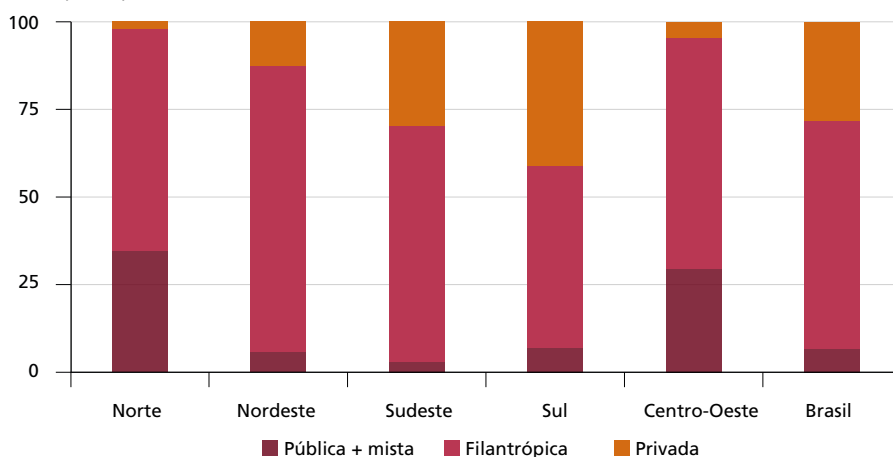
De acordo com a Pesquisa Ipea, a grande maioria das instituições brasileiras é filantrópica, 65,2%, incluindo neste conjunto, as religiosas e leigas, como mostra o gráfico 2. As privadas constituem 28,2% do total. Apenas 6,6% das instituições brasileiras são públicas ou mistas, predominando as municipais. Isto significa 218 instituições, número bem menor que o total de instituições religiosas vicentinas, aproximadamente 700 em 2010. O governo federal mantém apenas duas instituições, o Abrigo Cristo Redentor, que abriga 298 idosos pobres, e a Casa

Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes, restrita a trabalhadores e familiares da Aeronáutica.

GRÁFICO 2

Brasil: distribuição proporcional das Iapis de acordo com a natureza jurídica, segundo regiões (2007-2009)

(Em %)



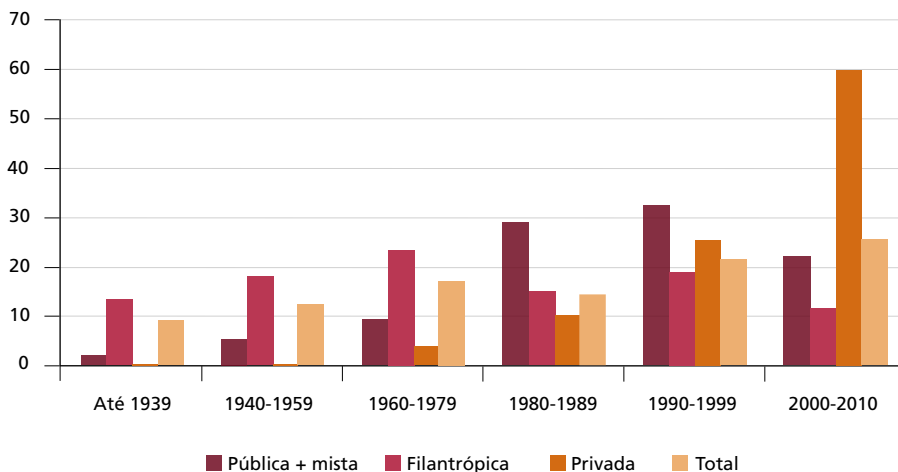
Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Como a pesquisa refere-se a apenas um ponto no tempo, é difícil saber como o número de instituições tem variado ao longo dele, ou seja, se tem crescido para acompanhar o aumento da demanda. Uma inferência é feita utilizando-se as informações sobre o ano de início das atividades das instituições pesquisadas. Esta informação refere-se apenas às instituições existentes no momento da pesquisa. É possível que muitas tenham sido abertas e fechadas ao longo do período. Nesse caso, isso deve ocorrer com mais frequência entre as instituições privadas. O gráfico 3 mostra que a maior parte (61,4%) das instituições existentes no momento da pesquisa foi criada a partir de 1980. Na última década, 25,4% das instituições existentes iniciaram suas atividades.

Observa-se, nas últimas décadas, um crescimento acentuado das instituições privadas com fins lucrativos. Na primeira década deste século, elas representaram 64,2% das instituições criadas. Isso pode refletir uma diminuição de preconceitos em relação a essa modalidade de cuidados, dado o aumento da demanda, bem como a reduzida atenção que essa alternativa de serviços tem recebido das políticas públicas em geral. Não se sabe se essas instituições têm preenchido os requisitos legais para seu funcionamento.

GRÁFICO 3

Brasil: distribuição proporcional das Ilpis por natureza jurídica segundo o ano de início de funcionamento (2007-2009)
(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

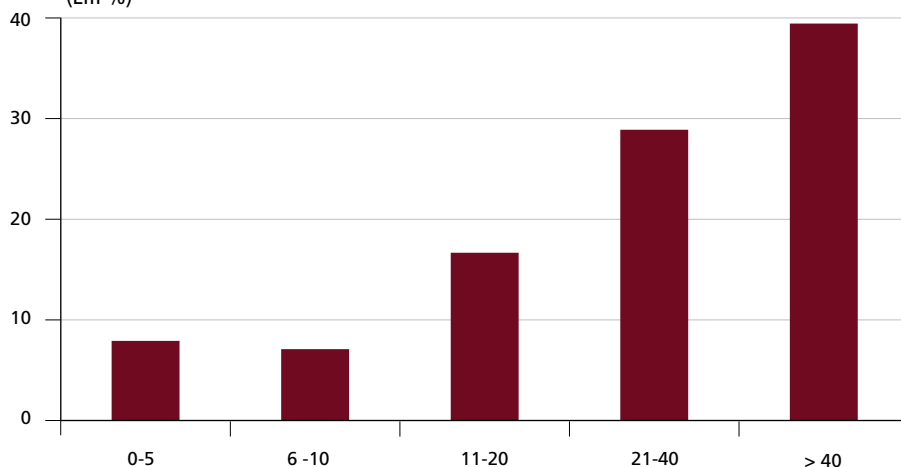
Em 2012, 1.227 instituições responderam ao Censo Suas. Este número passou para 1.451 em 2014, o que pode ser explicado por um crescimento no número destas instituições, por um maior credenciamento pelo Suas e/ou por uma maior resposta ao Censo. Uma inferência sobre o crescimento ou não das Ilpis credenciadas, também, pode ser obtida pela sua distribuição percentual por tempo de implementação, conforme mostra o gráfico 4. Pode-se observar que grande parte, 39,4%, tem mais de 40 anos de funcionamento. É possível que estas instituições sejam mais resistentes a fechar do que as instituições privadas com fins lucrativos. Apenas 7,9% foram implantadas nos últimos cinco anos anteriores ao censo. Isso sugere um crescimento reduzido deste tipo de instituição e/ou falta de esforço governamental em ajudar na sua criação.

A Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informou que, tanto em 2009 quanto em 2013, instituições de acolhimento para idosos existiam apenas em cerca de 20% dos municípios. As 3.548 instituições localizadas pela Pesquisa Ipea cobrem apenas 28,9% dos municípios brasileiros.

GRÁFICO 4

Brasil: distribuição proporcional das Ilpis credenciadas no Suas por tempo de implementação (2014)

(Em %)



Fonte: MDS/Censo Suas de 2014.

4.2 Localização espacial

A tabela 1 apresenta o número de instituições identificadas pelas pesquisas Ipea e Suas, segundo as regiões brasileiras. Pode-se observar que, para todos os tipos de instituição, aproximadamente dois terços delas estão localizados na região Sudeste do país. Este é um resultado esperado, dado que a maior proporção da população idosa está localizada na região. A distribuição das Ilpis que responderam ao Censo Suas apresenta-se ligeiramente menos concentrada do que na Pesquisa Ipea. Na região Sudeste, encontram-se 57,6% das instituições. Em ambos os casos, a região Sul é a segunda maior em absorção das Ilpis; é onde se encontram 20% do total das instituições e cerca de 17% das filantrópicas conveniadas. Em relação à pesquisa Ipea, as instituições filantrópicas das regiões Centro-Oeste e Norte apresentam-se super-representadas.

TABELA 1

Brasil: número de Ilpis por região

	Total ¹	Pesquisa Ipea (2009)		Censo Suas (2014)
		Filantrópicas conveniadas	Filantrópicas não conveniadas	Filantrópicas conveniadas
Norte	49	18	12	35
Nordeste	301	180	62	180
Sudeste	2.034	1.027	322	836
Sul	663	275	64	242
Centro-Oeste	245	117	44	158
Brasil	3.292	1.617	504	1.451

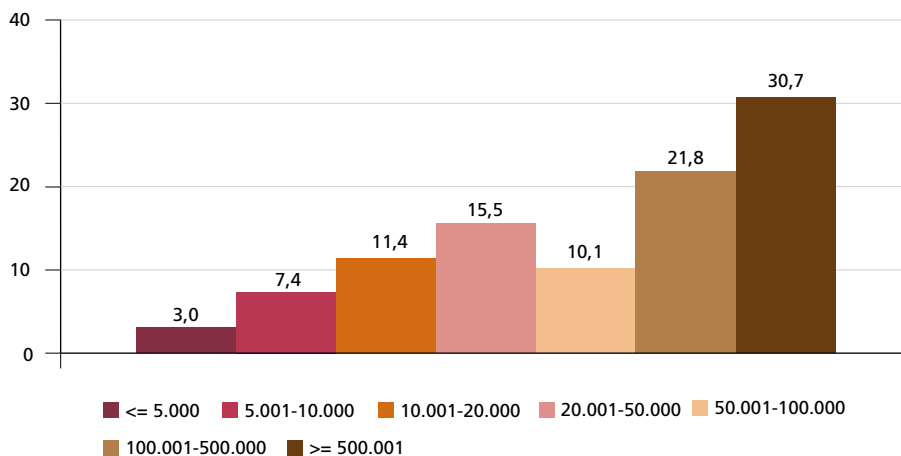
Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq e MDS/Censo Suas (2014).

Nota: ¹ Refere-se a todas as instituições que responderam a Pesquisa Ipea, incluindo as instituições de natureza pública, filantrópica, privada e mista.

Verificou-se, também, uma concentração das instituições nos municípios de grande porte. Aproximadamente 71% dos municípios brasileiros não contam com nenhuma instituição de acordo com a Pesquisa Ipea. O gráfico 5 apresenta a distribuição de instituições por tamanho de municípios (definido pelo número de habitantes). Aproximadamente 30% das instituições brasileiras estão localizadas nos municípios com mais de 500 mil habitantes. Nos pequenos, com menos de 10 mil habitantes, encontram-se 10,4% das instituições. Essa discrepância na distribuição espacial fica nítida na tabela 2, que apresenta o número médio de instituições por município de acordo com a população. Enquanto nos municípios com menos de 5 mil habitantes o número médio foi de 0,08, nos municípios com mais de 500 mil habitantes alcançou aproximadamente 28.

GRÁFICO 5

Brasil: proporção de municípios com pelo menos uma Iipi identificada, segundo o tamanho (2007-2009)
(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

TABELA 2

Brasil: número de Iipis identificadas segundo o tamanho dos municípios (2007-2009)

	Municípios	Municípios com Iipis	Iipis identificadas	Municípios com Iipis (%)	Número médio de Iipis
<= 5.000	1.282	104	108	3,0	0,08
5.001-10.000	1.283	254	261	7,4	0,20
10.001-20.000	1.363	373	404	11,4	0,30
20.001-50.000	1.050	432	551	15,5	0,52
50.001-100.000	317	211	360	10,1	1,14
100.001-500.000	230	209	774	21,8	3,37
>= 500.001	39	38	1.090	30,7	27,95
Total	5.564	1.621	3.548	100,0	0,64

Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Chega-se à mesma conclusão sobre a concentração das instituições nos municípios de grande porte quando se compara a distribuição das Ilpis credenciadas pelo Suas, pelo tamanho dos municípios (tabela 3). A classificação dos municípios por tamanho é diferente da anterior, por isto estão apresentadas em tabelas diferentes. Enquanto os municípios de pequeno porte têm 0,1 Ilpi por município, as metrópoles têm, em média, oito instituições por município.

TABELA 3
Brasil: número de Ilpis por município segundo seu tamanho (2010)

Número de habitantes	Ilpis	Municípios	Ilpi/Município
<= 20.000	379	3.914	0,10
20.001-50.000	330	1.043	0,32
50.001-100.000	204	325	0,63
100.001-900.000	402	266	1,51
>= 900.001	136	17	8,00
Total	1.451	5.565	0,26

Fonte: MDS/Censo Suas de 2014 e IBGE/Censo Demográfico de 2010.

Obs.: Municípios de pequeno porte I: até 20.000 habitantes; municípios de pequeno porte II: de 20.001 a 50.000 habitantes; municípios de médio porte: de 50.001 a 100.000 habitantes; municípios de grande porte: de 100.001 a 900.000 habitantes; metrópole: municípios de mais de 900.000 habitantes.

O quadro 1 apresenta um perfil das instituições brasileiras por natureza jurídica. Para esta caracterização, aplicou-se um modelo de regressão logística multinomial aos dados da Pesquisa Ipea, a fim de verificar fatores associados à natureza das instituições (pública, privada e filantrópica).⁶ Pode-se observar que as instituições públicas predominam na região Centro-Oeste. São pequenas, com até vinte leitos, e, entre os residentes, predominam os homens. O regime de funcionamento é aberto ou semiaberto. As instituições oferecem serviços médicos, dentários e psicológicos. Os idosos, quando necessitam de cuidados mais intensivos, recorrem a hospitais públicos.

Predominantes na região Sudeste, as filantrópicas são instituições maiores, com mais de vinte residentes, em que até 70% dos idosos são considerados dependentes, e o regime de funcionamento é fechado. Oferecem serviço médico e dentário e possuem convênio com órgãos públicos. Para atendimentos mais complexos, os residentes são encaminhados a hospitais públicos.

6. Para mais detalhes sobre a metodologia, ver o apêndice.

QUADRO 1

Perfil das Ilpis brasileiras segundo a natureza jurídica

	Pública	Filantrópica	Privada
Região	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Regime de funcionamento	Aberto/semiaberto	Fechado	Aberto/semiaberto
Parceria ou convênio	–	Sim	Não
Unidade de saúde onde os residentes são atendidos	Sistema Único de Saúde (SUS)/hospital público	SUS/hospital público	Serviços particulares
Serviço médico	Sim	Sim	Sim
Serviço dentário	Sim	Sim	Não
Atendimento psicológico	Sim	Não	Não
Quantidade de idosos	Até 20	Mais de 20	Até 20
Percentual de mulheres	Menos de 50%	–	Mais de 50%
Percentual de idosos dependentes	–	Até 70%	Mais de 70%
Quantidade de leitos	Até 20	–	–

Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

São as instituições privadas com fins lucrativos, que operam em regime aberto ou semiaberto e possuem até vinte idosos residentes, predominam na região Sul. Oferecem apenas serviços médicos, e os idosos, quando necessitados de atendimentos mais complexos, são atendidos em hospitais privados.

4.3 Tamanho das instituições

A RDC nº 283 da Anvisa definiu normas de funcionamento para as Ilpis. No que se refere à infraestrutura física, a Ilpi deve atender aos requisitos previstos na própria RDC, bem como em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e nas normas específicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (Giacomin e Couto, 2010).

Para caracterizar o tamanho das Ilpis brasileiras, foram considerados três indicadores de infraestrutura física: área total e construída; espaços disponíveis e número de leitos por quarto (ocupados e vagos). Todos os indicadores foram obtidos com as informações da Pesquisa Ipea. No que se refere aos dois primeiros, pode-se dizer que as instituições brasileiras ocupam amplos terrenos. A tabela 4 mostra que, em média, elas estão localizadas em áreas de 6.860 m², com área média construída de 1.210 m². A variabilidade, no entanto, é grande, como se pode observar pelos valores máximos e mínimos.

Em média, cada Ilpi brasileira abriga 30,4 residentes, o que leva a se inferir que são instituições pequenas. No conjunto, predominam as instituições com menos de vinte residentes, responsáveis por 38,0% do total, seguidas das que contam com vinte a 29 residentes (24,0%) e as de trinta a 49 residentes (23,0%).

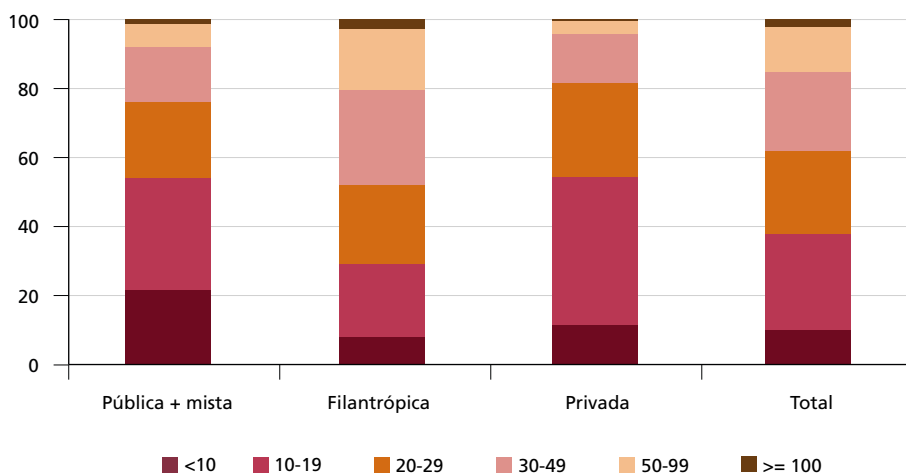
Aproximadamente 15% podem ser consideradas grandes, pois abrigam cinquenta residentes ou mais (gráfico 6). Analisando esta informação por natureza jurídica, observam-se algumas diferenças. A proporção de instituições que contam com mais de cinquenta residentes é mais elevada entre as filantrópicas que nas demais, 20,5%. Entre as privadas, a proporção é de apenas 4,1%. Já as instituições com menos de vinte residentes representam a maioria das públicas (54,1%) e privadas (54,4%), enquanto entre as filantrópicas, a proporção é inferior a 30%.

TABELA 4
Brasil: estatísticas da área física e construída das Ilpis (2007-2009)
 (Em m²)

	Área física total	Área construída
Média	6.859,45	1.208,41
Mínimo	100,00	30,00
Máximo	192.565,00	42.278,00
Ilpis respondentes	2.573	2.591

Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

GRÁFICO 6
Brasil: distribuição proporcional das Ilpis por tamanho, segundo a natureza jurídica (2007-2009)
 (Em %)



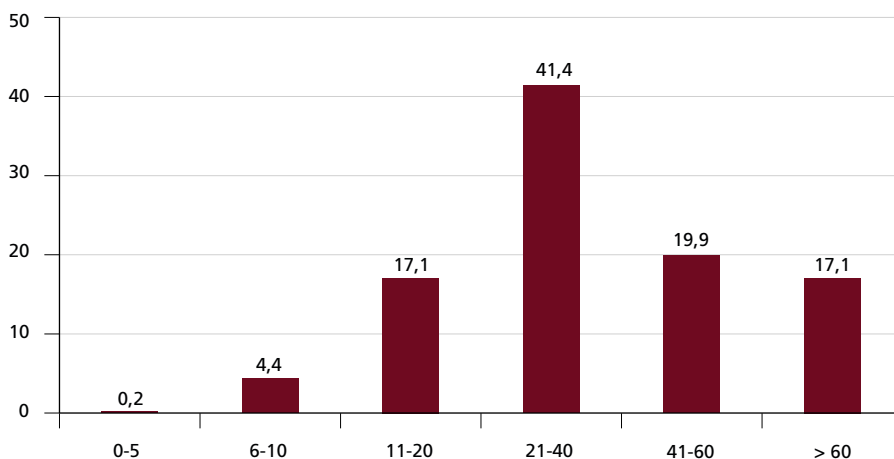
Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Entre as instituições conveniadas com o Suas, predominam as de médio porte, ou seja, que recebem entre 21 a quarenta pessoas, 41,4% (gráfico 7). Em segundo lugar, situam-se instituições que oferecem de 41 a sessenta vagas, que são

responsáveis por cerca de 20% do total de instituições conveniadas. Cerca de 17% dessas instituições oferecem mais de sessenta leitos.

GRÁFICO 7

Brasil: distribuição proporcional das unidades de acolhimento de idosos do Suas, segundo a sua capacidade máxima, por número de vagas da unidade (2014)
(Em %)



Fonte: MDS/Censo Suas (2014).

No conjunto das instituições pesquisadas pelo Ipea, dos 109.447 leitos declarados, aproximadamente 90% estão ocupados. Ou seja, pode-se falar que as instituições estão operando com quase toda a sua capacidade. Romero *et al.* (2010) e Pollo e Assis (2008) apontam para uma demanda por Ilpis não atendida no município do Rio de Janeiro. Os autores mostram que o tempo de internação de idosos nos hospitais públicos tem se prolongado pela falta de alternativas de moradia para os pacientes em condições de alta. Isso significa um atendimento não adequado para esses idosos, além de bloqueio de vagas que poderiam ser utilizadas para pacientes agudos e custos mais elevados para o Estado.

Pelos registros da Secretaria Extraordinária de Qualidade de Vida da Prefeitura do Rio de Janeiro, Pollo e Assis (2008) observaram um crescimento na solicitação de vagas em Ilpis, com uma demanda de trinta a quarenta pedidos por mês, em sua maioria vindos de pessoas sem condições financeiras. Os pedidos provêm de atendimentos sociais e de órgãos como a Promotoria do Idoso do Ministério Público; do Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa; da Delegacia do Idoso; das Unidades de Saúde; da Central de Recepção de Adultos e Família, que acolhem pessoas moradoras de rua; e da Vigilância Sanitária, por ocasião de interdições com indicação de retirada dos idosos de Ilpis. As autoras salientam que moradores de rua são geralmente homens independentes para a realização das AVDs.

Quanto às condições de acessibilidade das instituições, apenas o Censo Suas levantou esta questão e encontrou mais de 90% das instituições com banheiro adaptado para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, rota acessível ao banheiro, aos dormitórios e ao espaço de uso coletivo. Também o acesso principal é adaptado com rampas e rotas acessíveis desde a calçada até o interior da unidade.

5 OS IDOSOS RESIDENTES

Assume-se que os residentes das Ilpis são pessoas que nunca tiveram ou perderam familiares próximos, que experimentam conflitos familiares e/ou que não têm condições físicas ou mentais de administrar o seu cotidiano nem de garantir o seu sustento. Homens e mulheres vivendo sós apresentam uma probabilidade maior de viver em uma instituição, especialmente mulheres. As razões para isto não são muito claras, mas a maior probabilidade de uma mulher residir em uma instituição pode ser devido ao fato de elas serem mais velhas, terem piores condições de saúde e de capacidade funcional além de uma posição desfavorecida nos arranjos familiares. Além disso, como já apontado pela literatura, homens têm chance maior do que as mulheres de serem cuidados pelos respectivos cônjuges e, com isso, permanecer mais tempo com a família.⁷

Nas 3.294 instituições que responderam à Pesquisa Ipea, foram encontrados 100.251 residentes, dos quais 11,9% não eram idosos, se adotado o corte etário definido pela PNI, de 60 anos ou mais. O Censo Suas apontou 53.643 residentes nas suas instituições credenciadas, dos quais 7,4% não eram idosos.

Uma estimativa⁸ feita com base nos dados dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 apontou 103 mil idosos residentes em domicílios coletivos⁹ em 2000 e 117 mil em 2010, o que se considerou serem Ilpis. O número de residentes cresceu, mas em ritmo inferior (13%) ao da população idosa (46%). Com isso, os residentes passaram a constituir apenas 0,6% da população idosa brasileira, indicando que a cobertura dessa modalidade de atendimento é bastante baixa, se comparada aos padrões internacionais. Isso pode ser reflexo do baixo número de instituições, da qualidade dos serviços prestados e/ou do preconceito com relação a essa modalidade de cuidados, o que afeta a expansão da sua oferta.

O gráfico 8 compara a distribuição por idade dos residentes nas instituições consideradas como Ilpis nos dois censos. De uma maneira geral, esses dados confirmam os achados da literatura: predomínio de mulheres e de pessoas mais idosas. A mudança observada no período reforçou a tendência

7. Ver Duarte *et al.* (2010) e Camarano e Kanso (2010).

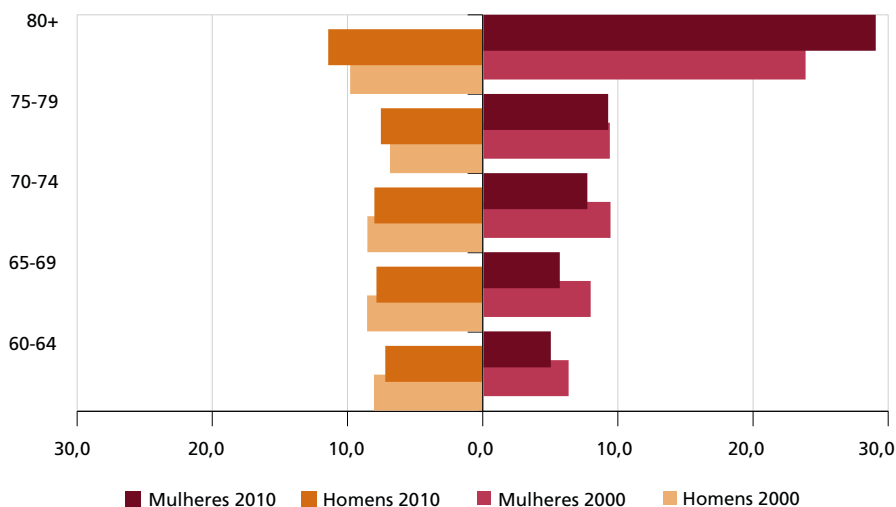
8. Ver Camarano (2005) e Camarano *et al.* (2010).

9. Além das Ilpis, nessas informações estão incluídos residentes em prisões, hotéis, conventos, seminários etc. Não podem ser apresentadas desagregadas. Isso pode explicar o menor número de pessoas encontradas nas Ilpis pela pesquisa Ipea.

do envelhecimento deste grupo populacional, mas a razão de sexos ficou aproximadamente constante, em torno de 74. Ou seja, para cada cem mulheres residentes, havia 74 homens.

GRÁFICO 8

Brasil: distribuição da população idosa que reside em domicílios coletivos na condição de "individual", por idade e sexo, que não trabalha e nem procura emprego (Em %)

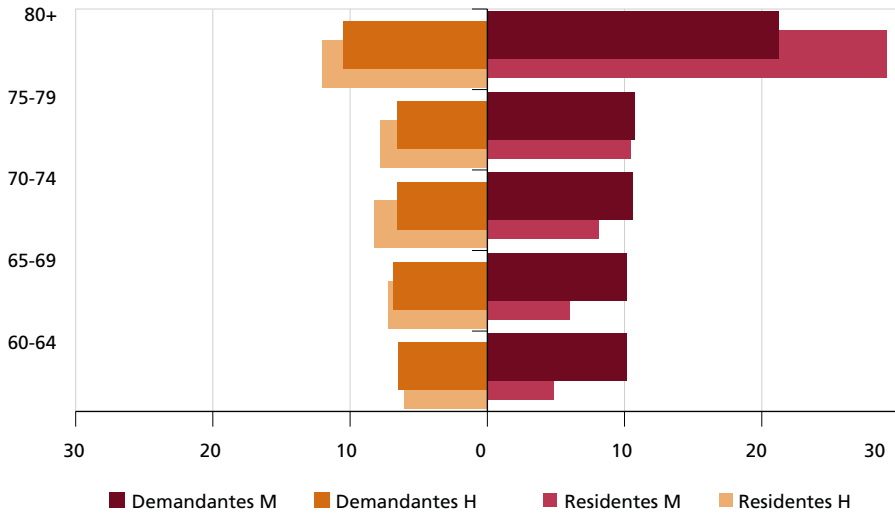


Fonte: IBGE/Censos demográficos de 2000 e 2010.

Assumindo que a população que demanda cuidados é a que tem dificuldades para as AVDs, o gráfico 9 compara a distribuição proporcional de idosos residindo em domicílios particulares com dificuldades para a vida diária, chamados demandantes de cuidados, com a de idosos residindo nas Ilpis pesquisadas. Em ambas as situações, a proporção de idosos cresce com a idade, e de forma mais acentuada entre as mulheres. Como salientado na literatura, as mulheres predominam nas instituições, especialmente as muito idosas, como acontece com as demandantes de cuidados. Observa-se que a primeira distribuição é mais jovem que a segunda, o que sugere um grau de dependência maior entre os residentes.

GRÁFICO 9

Brasil: distribuição proporcional da população de idosos residentes nas Ilpis e de idosos com dificuldades para as AVDs (2007-2009)
(Em %)

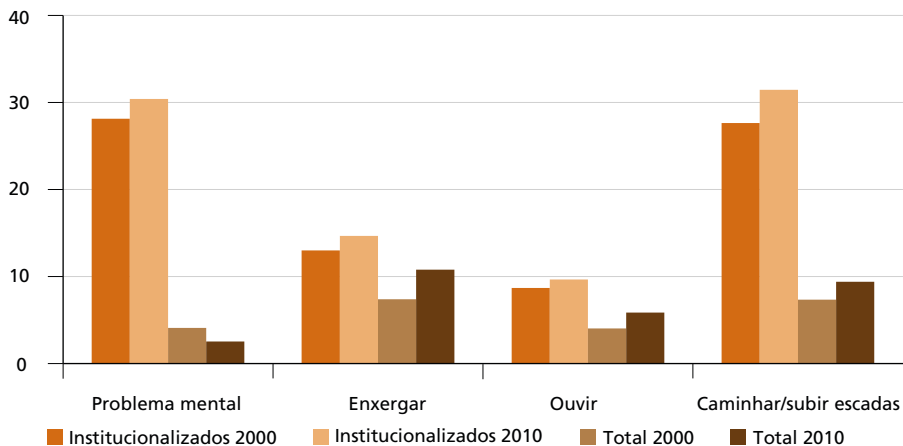


Fonte: IBGE/Pnad de 2008 e Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Os gráficos 10 e 11 comparam a proporção de idosos residentes com algum tipo de deficiência com a de idosos não residentes, por tipo de deficiência, homens e mulheres, respectivamente. Pode-se observar nos dois gráficos mencionados que tanto os homens quanto as mulheres residentes apresentam uma proporção mais elevada de deficiências mencionadas do que os não residentes. As maiores diferenças dizem respeito a problema mental e a caminhar e/ou subir escadas, tanto para homens quanto para mulheres. Relativamente, todos os residentes, independentemente do sexo, apresentaram uma proporção mais elevada de todas as deficiências pesquisadas, à exceção da deficiência para ouvir. O mesmo aconteceu entre os não residentes, à exceção da deficiência mental, cuja proporção diminuiu no período. O aumento observado nas várias proporções pode estar refletindo um envelhecimento do grupo etário.

GRÁFICO 10

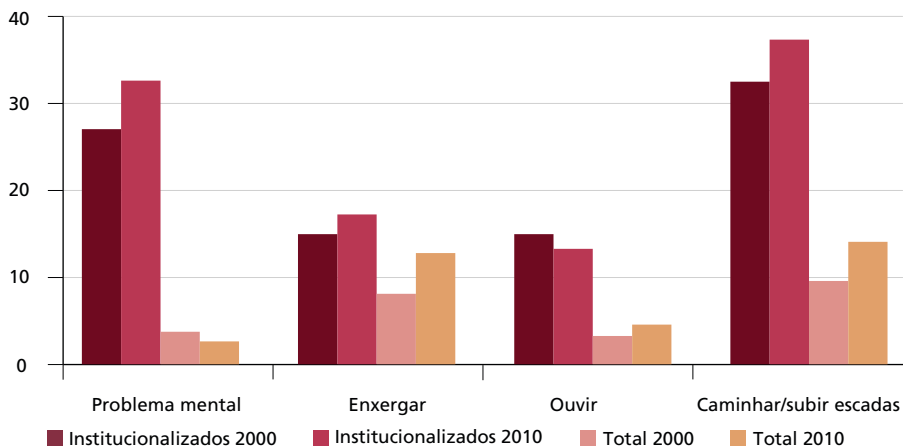
Brasil: proporção de idosos do sexo masculino que reportaram algum tipo de deficiência por tipo de moradia
(Em %)



Fonte: IBGE/Censos demográficos de 2000 e 2010.

GRÁFICO 11

Brasil: proporção de idosas do sexo feminino que reportaram algum tipo de deficiência por tipo de moradia
(Em %)



Fonte: IBGE/Censos demográficos de 2000 e 2010.

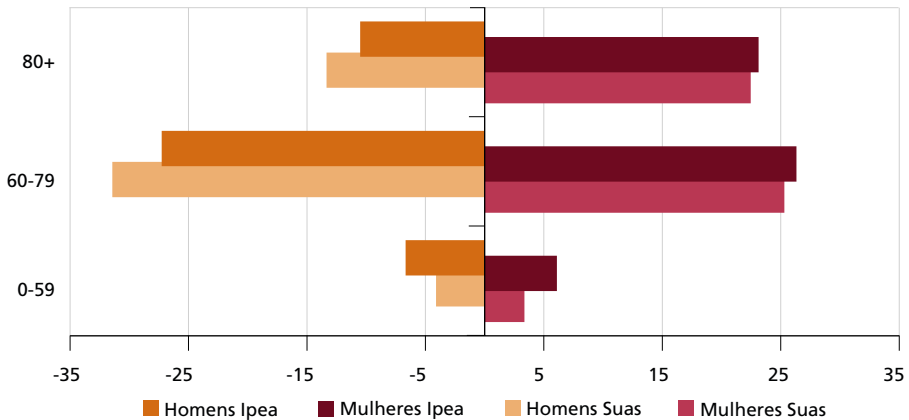
A comparação dos residentes nas unidades de acolhimento de idosos cadastrados no Suas aponta para um crescimento de 45,5 mil para 53,6 mil entre 2012 e 2014, o que é coerente com o aumento do número de instituições recenseadas. No gráfico 12,

sua estrutura etária por sexo é comparada com a distribuição dos residentes nas instituições filantrópicas pesquisadas pelo Ipea. Entre os acolhidos nas unidades de abrigo do Suas, pode-se encontrar uma proporção relativamente maior de homens, que são mais velhos do que os residentes nas instituições pesquisadas pelo Ipea. O contrário acontece com as mulheres.

GRÁFICO 12

Brasil: distribuição da população acolhida nas instituições conveniadas com o Suas, por idade e sexo (2010 e 2014)

(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq e MDS/Censo Suas de 2014.

O gráfico 13 compara a distribuição proporcional da população idosa residente nas Ilpis públicas e filantrópicas com os residentes nas Ilpis privadas, por sexo e idade. Todas as informações foram extraídas da Pesquisa Ipea. Embora se observe o predomínio de mulheres nas duas modalidades de instituição, ele é mais acentuado nas instituições privadas com fins lucrativos. O mesmo acontece com a população muito idosa. Isso sugere que a busca pela moradia numa Ilpi privada se dá, principalmente, por pessoas dependentes que não podem contar com um cuidador familiar. Por outro lado, nas Ilpis públicas e privadas, questões de ordem financeira também devem fazer parte dos fatores que levam à procura de uma instituição para moradia.

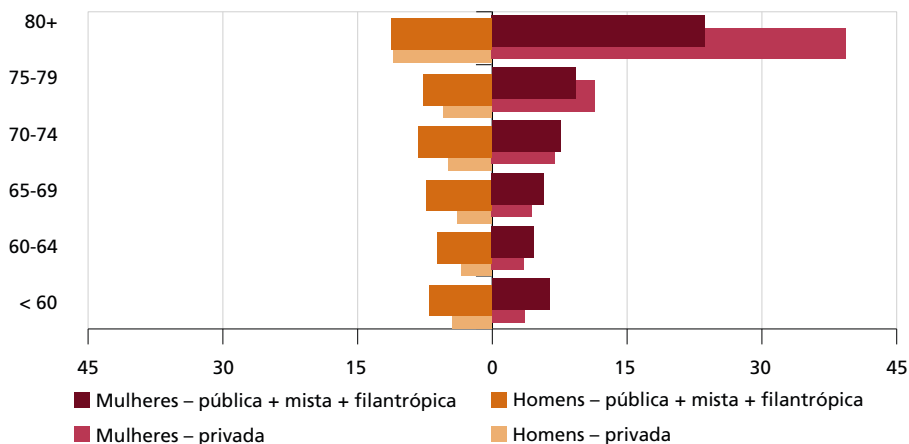
A Pesquisa Ipea também coletou informações sobre o grau de dependência dos residentes em Ilpis. O grau de dependência é uma variável importante para se definir a adequação dos serviços de uma instituição. Assim, uma instituição com idosos independentes deveria contar com uma ampla oferta de serviços voltados para atividades que estimulem a geração de renda e a participação social por parte dos idosos, bem como atividades de lazer, leitura, teatro, cursos diversos. Além disso, é importante que ofereçam serviços e atividades que busquem promover a autonomia do idoso e/ou retardar o aparecimento de incapacidades. Por outro

lado, naquelas com idosos fragilizados, espera-se uma oferta de serviços de saúde mais complexa.

GRÁFICO 13

Brasil: distribuição proporcional dos residentes em Ilpis por idade e sexo segundo a natureza jurídica (2007-2009)

(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

A classificação utilizada na pesquisa leva em conta o número de AVDs¹⁰ que o residente tem habilidade para efetuar. As categorias são: independentes, refere-se a quem não necessita de auxílio para realizar as AVDs; semidependentes, quem necessita de ajuda em até três dessas atividades; e dependentes, aqueles que precisam de ajuda para realizar as atividades de autocuidado. Essas informações referem-se ao total de residentes.

Variações expressivas na proporção de idosos dependentes são encontradas quando se considera a natureza jurídica da instituição. O gráfico 14 apresenta a distribuição proporcional dos residentes das Ilpis pelo grau de dependência segundo a sua natureza jurídica. Para o conjunto das instituições, observa-se uma distribuição homogênea pelos três graus de dependência. A maior parte dos residentes foi classificada como independente (34,9%) e a menor (31,9%) como semidependente. Nas instituições privadas, a maior parcela é dependente, 38,8%, reforçando o que já foi sugerido: que é provavelmente pela dificuldade de cuidado na família que esses idosos optam pela residência na Ilpi. Menciona-se, também, a falta de estruturas intermediárias de cuidado previstas na PNI, que poderiam auxiliar as famílias a cuidar por mais tempo dos familiares com comprometimento funcional.

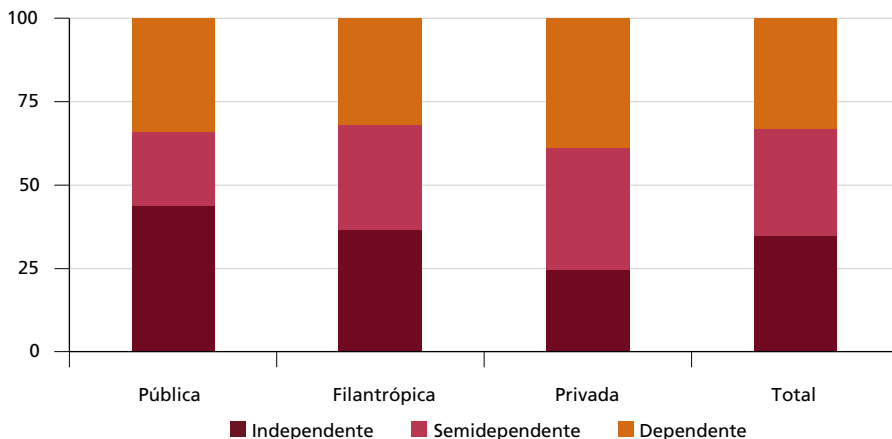
10. As atividades são: fazer higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se ou locomover-se.

Nas Ilpis públicas mistas e filantrópicas, observa-se o contrário. A maior parte dos residentes é independente, 43,9% e 36,7%, respectivamente. Nesse caso, como já apontado, carência de renda e falta de moradia podem figurar entre os principais motivos que levam à busca por uma residência institucional. Salienta-se, também, outra possibilidade, que seria a mortalidade “precoce” dos idosos residentes nessas Ilpis. Ou seja, essas unidades não conseguem oferecer os cuidados necessários que permitiriam a sobrevivência de idosos muito frágeis.

Além disso, são pouquíssimas as instituições que contam com público exclusivo de idosos dependentes ou independentes, 2,6% e 2,3%, respectivamente. Pode-se sugerir que existe uma evolução para a dependência dentro das Ilpis: os idosos entram nas instituições com relativa autonomia e, à medida que a idade avança ou por falta de cuidados adequados, têm a autonomia comprometida. Apesar de ser mais fácil administrar uma instituição onde residem apenas pessoas dependentes ou independentes, os especialistas são unânimes em dizer que não é bom para um indivíduo ser transferido de uma instituição para outra, pois há quebra de vínculos. O Estatuto do Idoso, no seu art. 49, § 3º, afirma que o idoso deve ser mantido na mesma instituição, salvo em caso de força maior.

GRÁFICO 14

Brasil: distribuição proporcional dos residentes nas Ilpis por grau de dependência, segundo a natureza jurídica das instituições (2007-2009)
(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Os dados da pesquisa Suas não permitem uma comparação com os dados da Pesquisa Ipea. O que se pode observar nos dados levantados pelo Suas é que, do total de 53.643 residentes nessas instituições, 23,2% declararam ter deficiência sensorial (visão, audição); 21,1% declararam ter deficiência mental; e 19,4%

alegaram transtorno mental. Além disto, 19,4% requerem assistência para todas as atividades de autocuidado.¹¹

6 ILPIs: LUGAR PARA MORRER OU PARA VIVER A ÚLTIMA FASE DA VIDA?

As Ilpis são comumente associadas a imagens negativas e preconceitos e, ainda, muitas vezes vistas como depósito de idosos à espera do tempo de morrer (Davim *et al.*, 2004; Novaes, 2003; Born, 2001). Em geral, o ingresso em uma instituição não vem acompanhado de um projeto de retorno à comunidade e à família. Não é comemorado como o é a saída de casa dos filhos adultos.

Estimativas feitas com dados da Pesquisa Ipea¹² apontam que os homens passam em média 5,9 anos, e as mulheres, 6,7 anos morando em uma instituição. Os dados da pesquisa Suas apontam que 48,8% dos residentes nestas instituições vivem lá há mais de quatro anos. Estes dados chamam a atenção para a necessidade de um projeto de vida para essas pessoas, além obviamente de um projeto de cuidados.

Dadas as informações disponíveis, dois indicadores podem ser obtidos com os dados da Pesquisa Ipea que permitem inferir sobre a existência de algum projeto nas instituições com a função de “preencher” a vida desses indivíduos, ajudando-os a exercer um papel social. Um deles é a disponibilidade de outros espaços além dos quartos, o que está mostrado no gráfico 15. Observa-se que mais de 90% das Ilpis brasileiras declararam possuir refeitório, jardim/pátio/quintal e sala de TV/vídeo, sendo o refeitório o espaço mais frequente. Isso sugere a possibilidade de áreas para refeição, lazer, descanso ou atividades ao ar livre dos residentes, o que permite algum grau de integração entre eles. Aproximadamente 50% das instituições reportaram dispor de sala ecumênica e/ou capela, o que, como esperado, é mais comum nas instituições religiosas. Por outro lado, biblioteca ou sala de leitura são encontradas em apenas 15% das instituições que responderam à pesquisa.

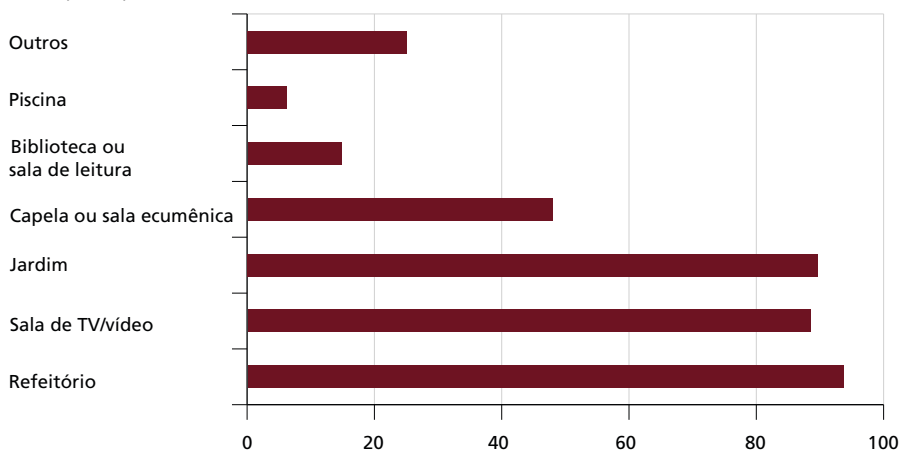
A oferta de atividades que geram renda, de lazer e/ou de cursos diversos é menor que a de serviços médicos: 45,4% e 66,1%, respectivamente (gráfico 1). O papel dessas atividades é estimular algum grau de integração entre os residentes. Diferenças relevantes também são observadas entre a oferta de atividades pela natureza jurídica das instituições. Aproximadamente 30% das instituições privadas com fins lucrativos oferecem atividades que geram renda, de lazer e cursos diversos. A proporção comparável nas filantrópicas é 47,2%. Nas públicas, a proporção chega a 80,0%. A baixa oferta verificada nas instituições privadas reflete, provavelmente, a condição de dependência funcional de grande parte de seus residentes (Camarano *et al.*, 2010).

11. É provável que haja uma sobreposição nas pessoas que reportaram cada tipo de deficiência.

12. Estes dados dizem respeito apenas aos residentes nas Ilpis localizadas nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul.

GRÁFICO 15

Brasil: proporção de Ilpis que declararam dispor de espaços, por tipo (2007-2009)
(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

7 CUSTOS, FINANCIAMENTOS E PARCERIAS

Segundo a Pesquisa Ipea, cada instituição gasta mensalmente, em média, R\$ 744,10 por residente.¹³ Esse gasto varia de acordo com a natureza jurídica das instituições e reflete também a oferta de serviços e o tipo de apoio com que elas contam. A maioria das instituições brasileiras é filantrópica, o que lhes assegura isenções de taxas e de alguns impostos, além de serem propensas a receber doações e a contar com pessoal voluntário e/ou cedido dos governos estaduais ou municipais e, ainda, a obter alguma ajuda monetária. Nas instituições públicas, o gasto médio *per capita* é maior, R\$ 909,92, o que parece ser devido ao maior gasto com pessoal. Nas instituições privadas filantrópicas ou com fins lucrativos, os valores são bastante semelhantes, R\$ 738,18 e R\$ 724,52, respectivamente (tabela 5). Nessas duas modalidades de instituição, encontram-se aproximadamente 95% dos residentes.

Os números apresentados na tabela 5 são valores médios, que apresentam uma grande variabilidade. A Iipi que reportou um custo médio *per capita* mais elevado é uma instituição privada, localizada em São Paulo. O custo médio declarado é de R\$ 9.230,77. Já a que reportou o custo mais baixo é uma filantrópica-religiosa e situa-se no estado de Alagoas. O custo mensal foi de R\$ 92,62. Como esta é uma instituição religiosa, doações não monetárias e trabalho voluntário devem desempenhar um papel muito importante na redução dos seus custos.

13. Saliencia-se que esta é uma estimativa aproximada dos custos monetários, dada a dificuldade de quantificar vários itens, tais como roupas, alimentos, medicamentos, por exemplo, que são obtidos por meio de doações. O mesmo se verifica com o item recursos humanos, que são obtidos em parte por meio de cessão de funcionários dos governos estaduais e municipais, convênios para estágios e voluntários oriundos da comunidade.

TABELA 5

Brasil: distribuição proporcional de residentes nas Ilpis e custo médio mensal *per capita* segundo a natureza jurídica (2007-2009)

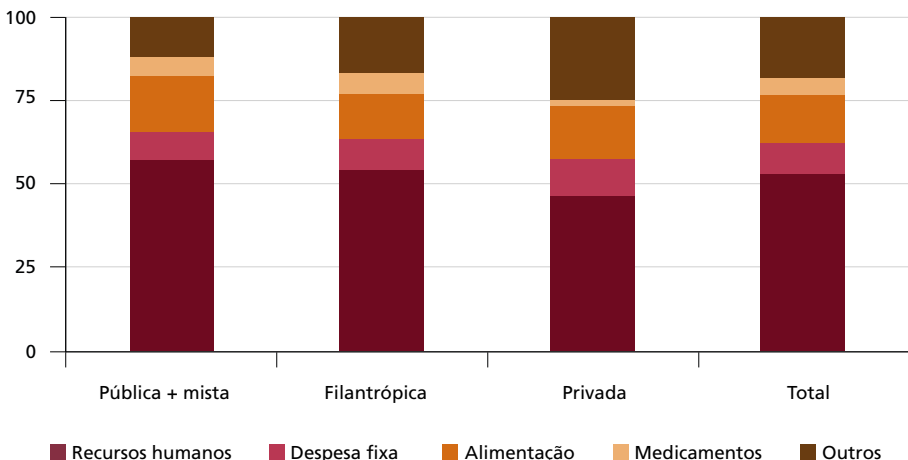
	Residentes (%)	Custo médio <i>per capita</i> (R\$)	Desvio-padrão do custo médio <i>per capita</i> (R\$)
Pública + mista	5,5	909,92	448,17
Filantrópica	76,8	738,18	156,47
Privada	17,8	724,52	300,95
Total	100,0	744,10	164,08

Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

A composição dos gastos das instituições pesquisadas pelo Ipea, segundo vários itens, está apresentada no gráfico 16. A maior parcela dos recursos é destinada ao pagamento dos funcionários que nelas trabalham ou prestam serviços. Isso ocorre em todas elas, independentemente de sua natureza, mas com importância diferenciada. Essa rubrica responde por 52,9% do total dos gastos das Ilpis brasileiras. Cerca de 14% dos gastos são destinados à alimentação e 9,5% ao pagamento de despesas fixas (telefone, luz, gás, água). Medicamentos são responsáveis por uma parcela relativamente baixa dos gastos das Ilpis, em torno de 5%. Isso é explicado, em parte, pelo fato de muitas vezes, estas despesas ficarem a cargo dos familiares ou advirem de doações. Os outros 18,0% são referentes a despesas com aluguel, pequenos consertos, combustível, manutenção da casa e/ou aquisição de material de escritório.

GRÁFICO 16

Brasil: composição percentual dos gastos das Ilpis por natureza jurídica (2007-2009)
(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Os gastos com pessoal variam de 57,2% do total de gastos das instituições públicas a 46,5% das instituições privadas com fins lucrativos, como mostra o gráfico 16. Gastos com alimentação também são mais elevados nas públicas e mais baixos nas filantrópicas. As referidas proporções são, respectivamente, 16,8% e 13,7%. A variabilidade relativa nas despesas com medicamentos é, também, elevada. Absorve 6,2% das despesas das instituições filantrópicas e 1,9% das instituições privadas, o que reflete, sem dúvida, a oferta (ou não) de medicamentos por parte das instituições. Por outro lado, as instituições privadas apresentam gastos mais elevados que as demais na categoria *outros*.¹⁴

As instituições brasileiras vivem principalmente do recurso aportado pelos residentes e/ou familiares, mesmo as filantrópicas que recebem financiamento público. Nesse caso, o aporte é chamado de contribuição. Embora a Ilpi seja uma modalidade de abrigo sob a égide da política de assistência social, constitucionalmente não contributiva, o Estatuto do Idoso abre uma possibilidade de que até 70% do valor do benefício do idoso seja utilizado no custeio da sua residência, incluindo o Benefício de Prestação Continuada (BPC).¹⁵ Esta aparente contradição pode ser explicada pela natureza jurídica das instituições. Elas são privadas, mas sem fins lucrativos e, por isso, recebem aportes do Estado e, também, da sociedade. Mas não são públicas, onde a cobrança de uma contribuição, em qualquer forma, é proibida. Já as instituições privadas cobram uma mensalidade, cujo valor depende das condições de mercado e de seus custos. Considerando o conjunto das instituições, aproximadamente 57% das receitas são oriundas de contribuição ou mensalidade pagas pelos residentes e/ou familiares, como mostra o gráfico 17. Esta contribuição varia de 95,7% nas instituições privadas com fins lucrativos a 24,7% nas públicas, que, pelo Estatuto, não poderiam receber.

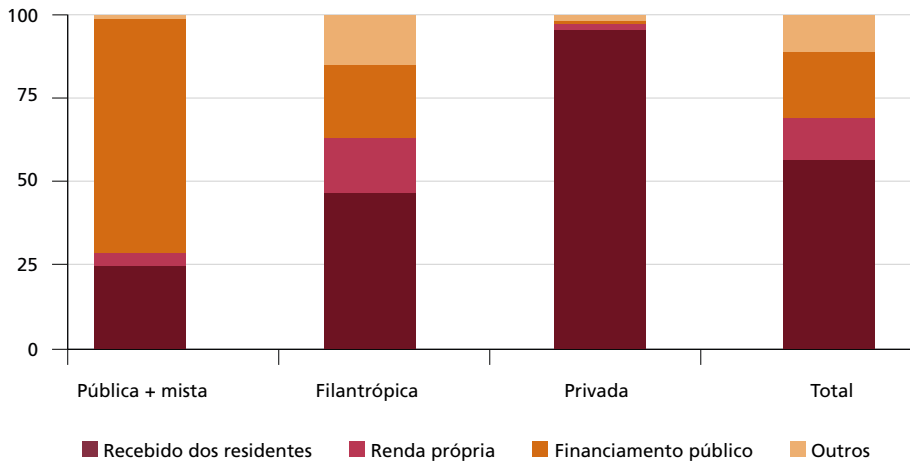
A segunda fonte de renda em importância é oriunda do financiamento público (federal, estadual ou municipal), que está em torno de 20%. Como esperado, a maior proporção de financiamento público é encontrada nas instituições públicas e alcança 70,0%. Nas filantrópicas, a proporção é de 21,8% e nas privadas de 0,8%. As instituições, em geral, contam também com recursos próprios, que compõem 12,6% do total do financiamento e é mais elevada nas filantrópicas. Constitui 16,7% do total das suas receitas.

14. Outros gastos incluem aluguel, produtos de limpeza, vestuário e higiene pessoal, reparos na casa, combustível e outros (por exemplo, material para escritório).

15. O art. 35 do Estatuto do Idoso atribui ao Conselho Municipal do Idoso ou ao Conselho Municipal da Assistência Social a responsabilidade por definir a forma de participação do idoso no custeio da entidade. As instituições públicas não podem cobrar nenhum tipo de contribuição e ainda devem fornecer vestuário adequado e alimentação suficiente, de acordo com o art. 50. Também neste artigo fica definido que as instituições devem manter um arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento.

GRÁFICO 17

Brasil: composição percentual do financiamento das Ilpis por natureza jurídica (2007-2009)
(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Como se pode observar, a contribuição explícita do financiamento público é muito inexpressiva. Com a implementação do Suas, o valor repassado para as instituições depende da decisão municipal de como repartir o fundo da assistência social. Ou seja, não há mais um valor fixo para todas as instituições. Nas instituições privadas, as mensalidades respondem por 95,7% do seu total de recursos. Pode-se concluir que as instituições vivem, principalmente, do recurso aportado pelos residentes e, no caso das filantrópicas, da ação solidária da comunidade e da contribuição do setor público. Já foi constatado em vários trabalhos que a renda do idoso origina-se basicamente do benefício social. Ou seja, há que se considerar que esta é, também, uma maneira indireta de o Estado financiar as instituições. Além disso, outras formas de contribuição do setor público aparecem na modalidade de parcerias, o que ocorre também com o setor privado. Nesse caso, encontram-se o Sistema S,¹⁶ as associações religiosas e as universidades. No caso do setor público, a contribuição se expressa, entre outras modalidades, pelo fornecimento de medicamentos e serviços médicos pelo SUS. Já com as universidades, sob a forma de estágio supervisionado (Camarano *et al.*, 2010). A sociedade participa na forma de ações de voluntariado, campanhas e doações.

16. Sistema S é o nome pelo qual ficou convencionado chamar o conjunto de instituições de interesse de categorias profissionais: Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (Senar); Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac); Serviço Social do Comércio (Sesc); Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (Sescoop); Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai); Serviço Social da Indústria (Sesi); Serviço Social de Transporte (Sest); Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (Senat); e Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae).

Portanto, o financiamento das instituições filantrópicas é rateado entre o residente, a sociedade e o Estado, mas sem muita transparência. Isso mereceria um olhar crítico sobre a aplicação dos recursos públicos e privados, que não são monitorados. A sociedade participa do financiamento em três dimensões: por meio dos tributos que custeiam o Suas e o SUS; dos rendimentos ou benefícios sociais dos residentes e familiares; e das doações. Pergunta-se: existe controle social sobre esse montante?

A opção do Estado em oferecer financiamento para colaborar com as Ilpis deve-se à maior facilidade que ele encontra em transferir renda em vez de oferecer serviços. Seria necessário que o Suas estabelecesse mecanismos de maior controle da gestão dos recursos aplicados nas instituições. Se, por um lado, a filantropia alivia as demandas da comunidade, por outro, ela impede a construção de uma política pública adequada de cuidados e o reconhecimento do cuidado como um direito social.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, buscou-se apresentar algumas características das Ilpis brasileiras, bem como a de seus residentes, a partir dos dados da pesquisa *Condições de Funcionamento e de Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil*, realizada pelo Ipea entre 2007 e 2009 e do Censo Suas de 2014.

A Pesquisa Ipea identificou 3.548 instituições, sendo a maior parte delas filantrópica, refletindo a sua origem. As instituições privadas constituem aproximadamente um quarto do total. Embora, atualmente, elas cresçam em menor proporção, o aumento do número de instituições observado nas últimas décadas se deve particularmente a elas. Poucas são as instituições públicas ou mistas, 6,6% do total. As instituições brasileiras são pequenas: 38,0% abrigam menos de vinte residentes. Apenas 15,1% contam com cinquenta ou mais. As instituições recenseadas pelo Censo Suas são de porte relativamente mais elevado. Quase 50% abrigam de vinte a quarenta residentes.

Segundo as duas pesquisas, as instituições brasileiras não constituem residência apenas para idosos, ainda que legalmente devam ser. Na Pesquisa Ipea, foram encontradas 100.251 pessoas em instituições, sendo 12% não idosos. Outro aspecto observado é que, à exceção das regiões Norte e Centro-Oeste, as instituições são um espaço predominantemente feminino, o que se acentua à medida que a idade aumenta; no conjunto de residentes, 57,6% são mulheres. Os homens, por sua vez, predominam nas instituições públicas; e as mulheres nas instituições privadas. No Censo Suas, a proporção de não idosos corresponde a aproximadamente 8% dos residentes e também se verifica uma proporção maior de mulheres.

Os residentes constituem menos de 1% da população idosa brasileira, o que caracteriza essa modalidade de atendimento como de cobertura muito baixa. A comparação entre os anos de 2000 e 2010, quanto ao número de residentes em domicílios coletivos, aponta uma diminuição relativa. Além disso, inferiu-se que as instituições estão operando na sua capacidade total, o que tem feito com que hospitais públicos estejam se constituindo em espaços de abrigo e exigido que famílias que não têm condições de cuidar assumam o cuidado de seus membros idosos frágeis, com maior risco de violência e negligência.

A condição de autonomia dos residentes é diversa, são tanto independentes quanto dependentes, mas esta composição varia segundo a natureza jurídica das instituições. No conjunto, aproximadamente 35% dos residentes são independentes. Nas públicas e filantrópicas, predominam residentes independentes. Nas instituições conveniadas com o Suas, cerca de 10% dos residentes precisavam de ajuda para as atividades de autocuidado. O contrário ocorre, no entanto, entre as instituições privadas. A proporção de residentes independentes é bem inferior, 24,5%. Nelas prevalecem os residentes dependentes, sendo, também, elevada a proporção de semidependentes.

O perfil diferenciado dos residentes, de acordo com a natureza jurídica, parece refletir os motivos que levam à busca de moradia em uma instituição, bem como aos serviços ofertados. De modo geral, é bastante elevada a proporção de instituições que relatam oferecer serviço médico e de fisioterapia. Isso ocorre em todos os tipos de instituições. Somando-se aos demais serviços de saúde, pode-se dizer que o viés de saúde prevalece entre as instituições brasileiras. Isso é ainda mais marcante entre as instituições privadas, nas quais essa proporção é de 86,3%. Já entre as públicas, que apresentam elevada proporção de residentes independentes, é maior a proporção de atividades que geram renda, de lazer e/ou cursos diversos: 80,0% delas ofertam atividades desse tipo. Chama atenção, no entanto, que essas atividades são mais voltadas para o público feminino, e 55,8% dos residentes nas instituições públicas são homens.

A partir desse panorama, pergunta-se como se pode definir uma instituição de longa permanência no Brasil e qual seria o seu papel? Pelo que foi visto, parece que se pode falar que elas cumprem dois papéis. Fornecem abrigo para idosos pobres, o que deve estar associado à sua origem; e cuidados para idosos frágeis. Isso, porém, não caracteriza exatamente os dois tipos de instituições, muito embora o perfil dos residentes varie segundo a natureza jurídica. São poucas as instituições que contam só com idosos independentes ou só com idosos dependentes. Não há um consenso entre os especialistas se a instituição deveria aceitar apenas idosos com o mesmo grau de dependência.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. Campinas: Alínea, 2004.

ALVES FILHO, F. Tragédia no depósito de velhos. **Revista ISTO É**, n. 1393, p. 108-115, 1996.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Diário Oficial da União**, 27 set. 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em: 23 maio 2016.

BORN, T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? Considerações sobre a família, asilo, (im)previdência social e outras coisas mais. **Revista Kairós – gerontologia**, v. 4, n. 2, p. 135-148, 2001.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. *et al.* (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1131-1141.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Idosos brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República; Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005. v. 1. 144 p.

_____. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: NÉRI, A. (Org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; SESC, 2007a. p. 169-190.

_____. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – região Norte**. Brasília: Ipea; Presidência da República, 2007b.

_____. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – região Nordeste**. Brasília: Ipea; Presidência da República, 2008a.

_____. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – região Centro-Oeste**. Brasília: Ipea; Presidência da República, 2008b.

_____. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – região Sul**. Brasília: Ipea; Presidência da República, 2008c.

CAMARANO, A. A. *et al.* As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A., KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO A. A.; SCHARFSTEIN, E. A. Instituições de Longa Permanência para Idosos: abrigo ou retiro? *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CHRISTOPHE, M., CAMARANO, A. A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

COSTA, E. F. de A. **Análise de soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idosos residentes em asilos no município de Goiânia-GO**. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2004.

CREUTZBERG, M. *et al.* Long-term care institutions for elders and the health system. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1144-1149, nov./dec. 2007.

DAVIM, R. M. B. *et al.* Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, 2004.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

DUARTE, Y. A. O. *et al.* Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. A fiscalização das ILPIs: o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da vigilância sanitária. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GRAEFF, L. Instituições totais e a questão asilar: uma abordagem compreensiva. **Revista do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 11, p. 7-25, 2007.

GROISMAN D. Asilos de velhos: passado e presente. **Revista do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 2, p. 67-87, 1999.

KARSCH, U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

NOVAES, R. H. L. **Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro** – repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos. 2003. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. de. Instituições de longa permanência para idosos – ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2008.

REDONDO, N.; LLOYD-SHERLOCK, P. **Institutional care for older people in developing countries: repressing rights or promoting autonomy?** The case of Buenos Aires, Argentina. Anglia: The School of International Development; University of East Anglia, 2009. (DEV Working Paper Series, n. 13).

ROMERO, D. E. *et al.* Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do sus no rio de janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

STANFORD, A. M. *et al.*, An International Definition for “Nursing Home”. **JAMDA**, n. 16, p. 181-184, 2015.

VIEIRA, E. B. Instituições de longa permanência. *In*: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Org.). **Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. p. 340-343.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003.

APÊNDICE

METODOLOGIA

Por meio dos dados obtidos da pesquisa Ipea que analisou as características das Ilpis no Brasil, utilizou-se o modelo de regressão logística multinomial a fim de verificar fatores associados à natureza das instituições.

Neste estudo, a variável resposta natureza da instituição possui três categorias: pública, privada e filantrópica. Para a estimação, é necessário definir uma das três possíveis categorias de resposta como base, e foi definida a categoria filantrópica, ou seja, as probabilidades das outras duas categorias serão estimadas com relação à categoria filantrópica.

Dessa forma, o modelo de regressão logística multinomial é definido por:

$$\ln\left(\frac{\theta_j}{\theta_3}\right) = \mu + \beta_{1j} + \beta_{2j} + \dots + \beta_{kj}, j = 1, 2, \text{ com } k = 1, \dots, K.$$

Onde:

- θ_j é a probabilidade de a instituição pertencer à categoria j em função das variáveis explicativas;
- β_{kj} é o efeito da k -ésima variável explicativa referente à categoria j ; e
- K é o número de variáveis explicativas.

As variáveis explicativas que inicialmente foram utilizadas no modelo são:

- região (categorias: norte/nordeste, sudeste, sul e centro-oeste);
- regime de funcionamento (categorias: aberto/semiaberto e fechado);
- se possui alguma parceria ou convênio (categorias: sim e não);
- se os residentes que precisam de cuidados médicos são atendidos em rede SUS/posto de saúde/hospital público (categorias: sim e não);
- se os residentes que precisam de cuidados médicos são atendidos em serviços particulares (inclui plano de saúde) (categorias: sim e não);
- se os residentes que precisam de cuidados médicos são atendidos em serviços próprios da instituição (categorias: sim e não);
- se tem serviço médico (categorias: sim e não);
- se tem serviço dentário (categorias: sim e não);
- se tem serviço psicológico (categorias: sim e não);

- se tem serviço de fisioterapia (categorias: sim e não);
- se tem serviço de terapia ocupacional (categorias: sim e não);
- se tem serviço de fonoaudiologia (categorias: sim e não);
- se tem serviço de atividade educacional (categorias: sim e não);
- valor das fontes de financiamento (categorias: até R\$ 15 mil e mais de R\$ 15 mil);
- gasto mensal (categorias: até R\$ 10 mil; de R\$ 10 mil a R\$ 20 mil; e mais de R\$ 20 mil);
- número de idosos (categorias: até 20 idosos e mais de 20 idosos);
- número de não idosos (categorias: até 5; de 5 a 10; e mais de 10);
- número de idosos com mais de 80 anos (categorias: até 5; de 5 a 10; e mais de 10);
- proporção de mulheres (categorias: menos de 50%; 50%; e mais de 50%);
- proporção de idosos com alguma dependência (categorias: até 70% e mais de 70%); e
- quantidade de leitos (categorias: até 20; de 20 a 50; e mais de 50).

Inicialmente foram ajustados 21 modelos individuais, cada um considerando a variável resposta e uma das 21 variáveis explicativas, e todas as variáveis foram significativas (valor $p < 0,05$). Assim, foi ajustado o modelo com todas as variáveis explicativas, e o critério para a permanência das variáveis foi ter valor $p < 0,05$. O modelo final ficou com dezesseis variáveis mantidas suas categorias, são elas:

- região;
- regime de funcionamento;
- se possui alguma parceria ou convênio;
- se os residentes que precisam de cuidados médicos são atendidos em rede SUS/posto de saúde/hospital público;
- se os residentes que precisam de cuidados médicos são atendidos em serviços particulares (inclui plano de saúde);
- se tem serviço médico;
- se tem serviço dentário;
- se tem serviço psicológico;
- se tem serviço de terapia ocupacional;

- se tem serviço de fonoaudiologia;
- se tem serviço de atividade educacional;
- valor das fontes de financiamento;
- número de idosos;
- proporção de mulheres;
- proporção de idosos com alguma dependência; e
- quantidade de leitos

A análise dos dados foi feita utilizando o *software* SPSS versão 15.

Os resultados do modelo foram apresentados como probabilidades para as categorias da variável resposta estudada levando em consideração as características das Ilpis, ou seja, para todas as combinações possíveis dessas características, podendo, assim, construir um perfil dessas Ilpis segundo sua natureza.

OS DILEMAS DA DEMOCRACIA NOS CONSELHOS DE IDOSOS

Guita Grin Debert¹
Gláucia S. Destro de Oliveira²

1 INTRODUÇÃO

O Decreto nº 8.243,³ baixado pela Presidência da República em 23 de maio de 2014, que instituiu a Política Nacional de Participação Social e o Sistema Nacional de Participação Social, ascendeu os debates em torno dos significados da democracia no mundo contemporâneo e da participação democrática nos processos de decisão da administração pública. Nessas discussões, estão em pauta os dilemas envolvidos na ampliação do protagonismo da sociedade civil e um dos focos centrais são os conselhos.

Para alguns autores, os conselhos representam um avanço nos dispositivos democráticos de uma sociedade, dado que são compostos por representantes estatais, representantes da sociedade civil e representantes de prestadores de serviços de interesse público. Essa composição torna o processo decisório mais permeável aos diversos interesses implicados na elaboração e na execução das políticas públicas, favorecendo decisões mais justas e legítimas e ampliando a fiscalização do Estado pela sociedade. Considerando que, quanto maior for a participação popular, mais qualificadas e próximas dos anseios da população serão as políticas públicas, os conselhos contribuiriam para a ampliação da cidadania de todos os atores sociais, reconhecendo, inclusive, novas formas de participação social.⁴

Para outros autores, pelo contrário, o decreto constitui um risco para a democracia, porque esvaziaria a função básica do Congresso, que é a representação da sociedade. Os conselhos são percebidos como uma tentativa de aparelhamento

1. Professora titular do Departamento de Antropologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); e pesquisadora do Núcleo de Estudos de Gênero Pagu da Unicamp, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

2. Professora de ciências sociais da Universidade do Oeste do Paraná (Unioeste).

3. Para a leitura do decreto na íntegra, acessar: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm>.

4. Sobre o tema, ver o *Manifesto de juristas, acadêmicos, intelectuais e movimentos sociais, em favor da Política Nacional de Participação Social*, que foi assinado por Dalmo Dallari, Fábio Konder Comparato, José Geraldo de Souza Júnior e Cezar Brito, entre outras personalidades do mundo jurídico. Disponível em: <<http://pad.org.br/content/manifesto-de-juristas-acad-micos-intelectuais-e-movimentos-sociais-em-favor-da-pol-tica-naci>>.

ideológico das instâncias de representação e tomada de decisões de políticas públicas, próprias de sistemas ditatoriais, uma cópia do modelo de governo cubano e bolivariano. Contra a visão de que os conselhos reforçam os mecanismos democráticos e traduzem o espírito republicano da Constituição Federal brasileira, ao reconhecer mecanismos e espaços de participação direta da sociedade na gestão pública federal, argumenta-se que os conselhos são uma afronta aos ideais republicanos, porque são facilmente capturados por interesses partidários, governamentais ou empresariais.⁵

O fato é que o Brasil conta atualmente com mais de 10 mil conselhos.⁶ Como mostram Almeida e Tatagiba (2012), em 2001, mais de 90% dos municípios brasileiros já registravam a presença de conselhos nas áreas de saúde, assistência e atenção à criança e ao adolescente. Na esfera estadual, a pesquisa realizada pelas autoras identificou um total de 541 em funcionamento, com uma média de vinte por estado. Oito conselhos atingiram uma cobertura de 100%: alimentação escolar, assistência social, criança e adolescente, educação, saúde, meio ambiente, idoso e segurança alimentar. Outros também atingiram uma cobertura muito significativa, como no caso dos conselhos de cultura (presentes em 92% dos estados), da pessoa com deficiência (88%), de desenvolvimento agrário (88%), antidrogas, da mulher (77%) e de cidades (70%). As autoras registram ainda que as duas últimas gestões do governo federal têm se destacado pelo forte ritmo de criação de conselhos num conjunto muito diversificado de áreas de políticas, com impactos também sobre os demais níveis da Federação, e concluem que, tendo em vista esse mapa da arquitetura da participação, podemos hoje falar num exército de conselheiros espalhados pelos quatro cantos do Brasil.

O objetivo deste capítulo não é o de tomar uma posição de um dos lados desse debate. Tendo como base pesquisas realizadas sobre conselhos de idosos, nosso interesse é apontar os entraves identificados para a realização do potencial democratizante que se espera desta instituição política. Com essa finalidade, apresentaremos de início um balanço sucinto das conclusões das pesquisas realizadas sobre os significados e as dinâmicas de funcionamento de diferentes tipos de conselhos criados nas últimas décadas no país. Depois, a partir dos resultados de pesquisas em diferentes tipos de conselhos de idosos, apontaremos alguns dos obstáculos ao ideal democrático que configura a nova institucionalidade. Interessa particularmente apontar a frágil ancoragem institucional e societária

5. Sobre o tema ver, por exemplo, os artigos de Martins (2014) e de Nóbrega (2014).

6. A fundação dos conselhos não deixou de ser pautada por dificuldades. O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), por exemplo, apesar de ter sido previsto na Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994, foi vetado e instaurado apenas nos anos seguintes. Nas palavras da ex-presidente, o CNDI "foi criado em 1994, no texto da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994). Porém, com o veto à sua criação nesta lei, somente veio a ser criado de fato e de direito em 2002 por decreto presidencial do então presidente da República, Sr. Fernando Henrique Cardoso (Decreto nº 4.227/2002, revogado pelo Decreto nº 5.109, de 2004). Além disso, a promulgação em 1º de outubro de 2003 do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) serviu de estímulo e de instrumento para a atuação do CNDI e dos demais conselhos de idosos em todo o país" (Giacomin, 2013, p. 175).

dos conselhos; a burocratização de sua rotina, em que as pautas de discussão se voltam mais para a dinâmica organizacional das atividades do que para propostas de políticas públicas e temas relacionados com o controle social ou prioridades no investimento público; e, por fim, as narrativas muito distintas sobre o que é a velhice, suas necessidades e desejos – o que cria uma ambiguidade na própria noção de representação da população idosa que fundamenta os conselhos e agiganta as ações por eles propostas. À guisa de conclusão, é discutido o tipo de solução que tem sido dada para a superação desses entraves e como elas desafiam o próprio sentido dos conselhos.

2 SIGNIFICADO DOS CONSELHOS

Não são poucos os pesquisadores que se debruçaram sobre os conselhos para avaliar o funcionamento desses equipamentos que são tidos como avanços nos dispositivos democráticos de uma sociedade.⁷ Em pesquisa da produção acadêmica sobre os conselhos gestores de políticas, Almeida e Cayres (2012) identificaram, por meio de dados coletados nos bancos de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e o do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), que de 2005 a 2011 foram defendidas 260 dissertações de mestrado e 62 teses de doutorado, e que foram publicados 74 artigos na base do Scientific Electronic Library Online (SciELO) no Brasil sobre essa temática. Essas pesquisas procuraram descrever o perfil social dos conselheiros e discutir o caráter da sua participação nas tomadas de decisão do governo, bem como as formas de controle social acionadas em cada caso. Os estudos oferecem ainda descrições sobre infraestrutura e organização dos diferentes conselhos.

Pode-se dizer que há um acordo entre os autores das pesquisas e dos artigos na consideração de que tais instâncias representam um dos avanços mais significativos da democracia brasileira, posto que possibilitam o aumento da influência da sociedade civil institucionalizada sobre o Estado na elaboração de políticas públicas, a ampliação da inclusão social, o aumento do controle público e a supervisão dos serviços prestados pelo Estado. A essas vantagens se somam a estrutura horizontalizada de tomada de decisões e a existência de câmaras técnicas e de planos anuais de governo.⁸

Ernesto Isunza Vera e Adrian Gurza Lavalle, em *Arquitetura da participação e controles democráticos no Brasil e no México*, analisam qualitativamente experiências

7. Sobre esse tema, ver especialmente Abranches e Azevedo (2004); Almeida (2009); Almeida e Tatagiba (2012); Avritzer (2007); Cunha (2011); Fuks e Perissinotto (2006); Gurza Lavalle, Houtzager e Castello (2006); Gurza Lavalle e Figueiredo (2012); Labra e Figueiredo (2002); Lüchmann (2007); Mateos (2011); Santos Júnior, Azevedo e Ribeiro (2004); Tatagiba (2002; 2004; 2005; 2007; 2011); Tatagiba e Teixeira (2007); Tótor e Chaia (2004); Isunza Vera e Gurza Lavalle (2012); Vidal (2011).

8. Desenvolvemos um balanço dessa literatura em Debert e Destro de Oliveira (2013).

participativas visando ao controle social das políticas públicas nos dois países da América Latina para decifrar, em uma perspectiva mais ampla, o caráter dessas inovações na construção do regime democrático. Segundo os autores, o conselho é marcado pelo predomínio de consensos (Isunza Vera e Gurza Lavalle, 2012). Sua estrutura possibilita a participação de diferentes atores nos diversos níveis e nas diferentes instâncias, permitindo efeitos de controle, direto e indireto, por meio de sua dinâmica, e também dos fóruns e das conferências realizados periodicamente. Nesse sentido, sinergias entre dispositivos de controle democráticos transversais, horizontais, sociais e internos seriam possibilitadas, sinergias estas que os autores consideram raras em outros contextos como no caso mexicano.

Outros elementos significativos para consolidar avanços democráticos na sociedade brasileira, realçados por Isunza Vera e Gurza Lavalle (2012), são: a federalização e a municipalização combinadas entre si como um importante aspecto inovador no controle democrático no Brasil;⁹ a institucionalização estatal ou a incorporação da questão dos controles democráticos sociais na agenda do Estado; a presença de agentes estatais de diferentes instâncias atuando no controle horizontal; a densidade organizacional da sociedade civil; e a articulação entre agendas do Estado e da sociedade civil. Esses elementos tornam os controles democráticos sociais mais amplos, policêntricos, capilares e horizontais. É nesse sentido que os autores acreditam que a experiência da democracia brasileira seja bastante exitosa, mas apontam para o risco da hipertrofia dos chamados efeitos e fatores múltiplos.¹⁰

Nessa direção de identificar os riscos e os problemas no funcionamento dos conselhos, outras pesquisas têm chamado atenção e apontado os limites que restringem os potenciais democráticos dessas novas formas de participação. Elas o fazem particularmente no que diz respeito ao perfil social dos conselheiros; ao modo como são escolhidos; à baixa capacidade para incidir nas correlações de força que conformam o jogo político em suas áreas específicas; à frágil ancoragem institucional e societária dessas instâncias; e ao fato das disputas travadas no interior dos conselhos não extrapolarem suas fronteiras, de modo a repercutir no ambiente político-societal e político-institucional de forma mais ampla.

9. A estrutura conselhistas opera com lógica federativa, replicando sua estrutura em cada nível da Federação. A adoção dos conselhos no nível municipal, em alguns casos, foi estimulada por meio de transferências condicionadas por recursos federais. Isunza Vera e Gurza Lavalle (2012) argumentam que, se as transferências obedecem a uma lógica de coordenação que vai das definições federais para a implementação municipal – “de cima para baixo” –, a configuração da legitimação e da representação dos conselheiros civis opera no interior de cada nível federativo e, eventualmente, “de baixo para cima”.

10. Segundo Isunza Vera e Gurza Lavalle (2012, p. 107-108), “no Brasil, o panorama das instâncias de participação local se assemelha a uma ‘selva institucional’, na qual a multiplicação dos espaços com orientação subsetorial e trans-setorial parece ser a regra. Por exemplo, no município de São Paulo ou em um município vizinho como o de Guarulhos, com uma população quase cinco vezes menor que a do primeiro, desconsiderando-se as instâncias submunicipais de participação – i.e., por distritos administrativos ou por subprefeituras –, existem no mínimo 35 conselhos, câmaras e comissões de âmbito municipal, dentre os quais a maioria esmagadora é de criação voluntária da prefeitura ou não obrigatória por lei, como o Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual, o Conselho de Proteção e Defesa dos Animais, o Conselho Municipal de Participação da Comunidade Nordestina e o Conselho Municipal de Turismo, entre outros”.

Maria Eliana Labra e Jorge St. Aubyn de Figueiredo, em *Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde*, tratam do Conselho de Saúde do Rio de Janeiro, apontando o perfil dos conselheiros marcado pelas seguintes características: predominância de homens na meia-idade que estão ou estiveram inseridos no mercado formal de trabalho e, entre os quais, quase a metade (43,3%) possui curso superior completo ou incompleto. Para os autores, esses dados indicam que as associações escolhem pessoas mais velhas, melhor capacitadas e que façam parte da cúpula dirigente da organização que representam (Labra e Figueiredo, 2002). Ou seja, ressaltam que há uma tendência à elitização e à profissionalização dos conselheiros.

Nos estudos feitos sobre conselhos gestores do Paraná publicados na coletânea *Democracia e Participação: os conselhos gestores do Paraná*, organizada por Fuks, Perissinotto e Souza (2004), fica evidente que o perfil dos conselheiros está muito acima da média nacional no que se refere à renda, à escolaridade e ao engajamento político-partidário: em sua maioria são brancos, com leve preponderância das mulheres, têm mais de 30 anos, casados, de religião católica, com alta escolaridade, sendo predominantes aqueles com nível superior. Estão inseridos no mercado formal de trabalho, ganham mensalmente cinco salários mínimos ou mais, e mesmo aqueles que representam no conselho o segmento da sociedade civil estão empregados no serviço público municipal. Trata-se, portanto, de um perfil muito próximo ao apresentado por Labra e Figueiredo (2002) e por eles considerado elitista.

Outros autores, no entanto, tendem a ver como alguns dos maiores problemas dos conselhos o baixo nível educacional e a falta de capacidade técnica do corpo de conselheiros representantes da sociedade civil, o que os impede de exercer um protagonismo ativo nas tomadas de decisão. Almeida e Tatagiba (2012) realçam que os conselhos não estão cumprindo sua vocação deliberativa, em razão da centralidade estatal na elaboração das pautas de discussão e da falta de capacidade técnica dos conselheiros, particularmente no que diz respeito ao orçamento, ao conhecimento da legislação, ao funcionamento da máquina estatal, entre outros temas que exigem competências técnicas. Apontam, ainda, para questões relacionadas com a representatividade, a dificuldade em lidar com a pluralidade de interesses, a manutenção de padrões clientelistas na relação com o Estado, a fragilidade deliberativa dos conselhos, a ambígua inserção no conjunto de institucionalidades – debates e negociações que levam à imposição unilateral dos interesses temáticos do Estado. As autoras ressaltam o alcance limitado das questões e das disputas travadas nas assembleias, e a dinâmica própria do funcionamento da burocracia que institucionaliza a luta política, afastando-a assim dos movimentos sociais. O conselho é ainda marcado por decisões tomadas por consensos com poucas discussões e enfrentamentos, e foi observada a tendência a deslocar encaminhamentos que lhe são próprios para outras instâncias governamentais e não governamentais.

Fuks e Perissinotto, no artigo *Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba*, desenvolvem uma análise sobre os conselhos municipais de saúde e assistência social de Curitiba e apontam problemas semelhantes na sua dinâmica de funcionamento. Comparando essas duas instituições municipais, os autores notam a existência de arenas alternativas e paralelas às institucionais e de interferências do governo na eleição dos representantes não governamentais. Concluem, então, que há mais interação e complementaridade do que oposição entre sociedade civil e Estado, e que constrangimentos socioeconômicos, simbólicos e políticos podem funcionar como poderosos obstáculos à participação ou até mesmo aprofundar a desigualdade política. Fuks e Perissinotto (2006) afirmam ainda que a existência de conselhos representa uma conquista política, na medida em que se abriram espaços para novos atores nos processos de tomada de decisão, que antes estavam limitados à burocracia estatal. O artigo apresenta pontos positivos e negativos, mas os autores parecem estar pouco convencidos da efetividade do sucesso dos conselhos.

Nesse sentido, é possível afirmar que análises e interpretações sobre os conselhos são pouco consensuais. Ainda que os dados levantados em diferentes pesquisas possam coincidir, a forma de apresentá-los já implica modos distintos de interpretação. Se, por um lado, alguns autores apontaram o perfil elitizado dos conselheiros, por outro, alguns identificaram sua pouca habilidade com procedimentos burocráticos e sua falta de conhecimentos técnicos como empecilhos para a participação efetiva da sociedade civil. Enquanto a diversidade no perfil sociológico dos conselheiros é vista por alguns analistas como um ganho democrático, na opinião de outros ela acarretaria constrangimentos simbólicos e políticos para os menos favorecidos, impedindo uma participação plena de todos os envolvidos.

Os conselhos de direitos do idoso foram criados para dinamizar as reivindicações da pessoa idosa e são formados por um colegiado de representantes do poder público e da sociedade civil. Essa nova institucionalidade é fruto do pressuposto de que a universalidade dos direitos só pode ser conquistada se a luta pela democratização da sociedade contemplar a particularidade das formas de opressão que caracterizam as experiências de cada um dos diferentes grupos desprivilegiados. Trata-se de um espaço criado especialmente para deliberar e definir diretrizes de políticas sociais voltadas para o segmento idoso da população; fiscalizar serviços e atendimentos de entidades públicas e privadas; e articular projetos e atividades que possam contribuir para a solução de problemas que afetam essa parcela da população.

Pensar nesses conselhos é, portanto, rever a consideração de Lenoir (1979) de que uma das características das demandas de políticas públicas voltadas para os mais velhos está no fato de esse segmento da população não ter meios de acesso à expressão política e por isso precisar de especialistas como os gerontólogos ou

de militantes identificados com os dramas da velhice. Os conselhos podem ser entendidos como entidades que foram criadas para oferecer esse acesso por meio da representação em seus quadros de pessoas com 60 anos ou mais.

São poucas as pesquisas sobre os conselhos de idosos,¹¹ e a tendência desses trabalhos é considerar que estes são espaços que em princípio possibilitam a participação dos mais velhos na definição das políticas públicas, dando a eles autonomia e autoridade para definir seus problemas e a forma de solucioná-los, enquanto oferecem, ao mesmo tempo, visibilidade à questão que passa a fazer parte da pauta pública. Contudo, todas as pesquisas tendem a indicar a fragilidade do funcionamento dessas instituições, e é justamente o caráter de alguns dos entraves importantes para a compreensão dos dilemas envolvidos nas práticas dos conselhos que interessa apontar neste capítulo.

3 ENTRAVES À ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE IDOSOS

Esses entraves, presentes em graus distintos em todos os conselhos (Almeida e Tatagiba, 2012), poderiam ser subsumidos em quatro ordens de problemas, como foi dito na introdução deste texto: *i*) a sua frágil ancoragem institucional; *ii*) a sua frágil ancoragem societária; *iii*) a burocratização de suas rotinas de trabalho; e *iv*) a coexistência de narrativas muito distintas sobre os problemas da velhice e suas soluções.

A frágil ancoragem institucional diz respeito, em primeiro lugar, ao fato de que políticas voltadas para a população idosa podem ser implementadas sem a participação do próprio conselho. O interesse que a questão da velhice assumiu nos últimos anos, a urgência de soluções demandadas principalmente pela mídia, que periodicamente denuncia o descaso do país com a velhice, e o fato de que serviços implantados passam a ser uma moeda política importante fazem com que o ritmo relativamente lento dos conselhos seja atropelado por iniciativas de diferentes organismos estatais.

Para dar um único exemplo, cita-se o Grupo Técnico de Trabalho de Política Pública para o Idoso (GTTTPI), em Santos, no estado de São Paulo, que existiu durante o ano de 2012. Contando com um representante de cada pasta do governo municipal, o grupo composto apenas por agentes do poder público esteve empenhado em traçar novas perspectivas para melhorar as condições de vida do idoso na cidade, por meio de ações envolvendo parcerias entre secretarias de governo. Era ainda seu interesse obter para Santos o selo de “cidade amiga do idoso”, que é

11. Entre elas, citam-se: Agenda Pública (*s.d.*); Bredemeier (2002; 2003); Hagen (2011); Paz (2001); Pereira, Santos e Silva (2007); e Ribeiro (2011).

atribuído às cidades que adotam medidas para a inclusão social desse segmento.¹² Destro de Oliveira (2015) relata que um conselheiro do Conselho Municipal do Idoso (CMI) de Santos com mais de 60 anos demonstrou interesse em participar e teve seu pedido negado, com o argumento de que se tratava de um coletivo do poder público. Ele então levou seu objetivo ao promotor de Justiça especializado em temas em torno da velhice, que também recusou o pedido, com o argumento de que era preciso preservar o caráter governamental do grupo convocado pela prefeitura municipal.

Em segundo lugar, além do Executivo, outras instâncias do poder do Estado se voltam para a questão da velhice. Não apenas o Ministério Público, mas também o Legislativo tem o tema em sua pauta de ação. A Comissão Extraordinária Permanente do Idoso da Câmara Municipal de São Paulo é um exemplo nessa direção. Composta por vereadores de diferentes partidos políticos, ela tem, entre outras atribuições, a de promover a defesa dos idosos, bem como o acompanhamento e o desenvolvimento das políticas públicas voltadas para esse segmento da população. A relação dessa comissão com o Grande Conselho Municipal do Idoso (GCMI) de São Paulo foi muito estreita. As assembleias mensais do GCMI aconteciam em um dos salões da câmara e contavam com a presença constante de vereadores. Como observou Destro de Oliveira em sua pesquisa, as resoluções de caráter mais técnico de interesse dos conselheiros idosos eram orientadas pelos vereadores, como foi o caso da alteração do regimento interno do GCMI. Aos parlamentares pode assim ser atribuído um poder sobre as ações e as propostas do conselho, o que indica a dependência técnica dessas instituições, que obviamente também pode se traduzir num atrelamento político.

Em terceiro lugar, a fragilidade da ancoragem institucional se revela na pouca repercussão que os conselhos e as decisões neles tomadas têm nas políticas estatais. Karla Giacomini, presidente do CNDI de 2010 a 2012, no artigo *Panorama dos 10 anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso*, chama atenção para a pouca cooperação do Estado com o CNDI e elenca de maneira incisiva as dificuldades enfrentadas. Como exemplos, ela aponta: a troca constante do gestor federal da política do idoso (em dez anos foram feitas quatro mudanças no órgão de vinculação

12. Programa de visibilidade internacional, idealizado por Alexandre Kalache, médico brasileiro que foi diretor do Programa Global de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS).

estatal do CNDI);¹³ a pouca visibilidade desse conselho nacional; a descontinuidade da política do idoso, pois não há entendimento sobre o que e a quem compete a gestão dessa política; e a precariedade administrativa e legal no CNDI, por este não possuir uma lei de criação e, por essa razão, ser totalmente dependente da estrutura da instituição gestora da política para ter seu funcionamento garantido (Giacomin, 2013).¹⁴ Na mesma direção, Hagen (2011) mostra que o próprio Estado comete transgressões aos seus dispositivos legais, pois há casos de conselhos que não dispõem nem ao menos de uma linha telefônica.

No que diz respeito à ancoragem societária, o segundo entrave à atuação dos conselhos de idosos, a fragilidade é também muito evidente. Os conselhos têm uma composição híbrida, particularmente no que diz respeito àqueles que são tidos como representantes da sociedade civil, o que inclui seu segmento idoso. Nesse bloco entendido aprioristicamente como homogêneo no que concerne aos seus interesses, são atribuídos sentidos distintos à forma como se dará a sua representação. No GCMI de São Paulo, trata-se de moradores da cidade com 60 anos ou mais. No CMI de Santos, sociedade civil refere-se aos representantes de instituições que oferecem serviço à população envelhecida e a um terceiro grupo, que são os idosos, representados por pessoas com 60 anos ou mais. No Conselho Estadual do Idoso (CEI) de São Paulo e no CNDI, o sentido de sociedade civil tem o mesmo teor do CMI de Santos, posto que sua composição resume-se às duas categorias: poder público e sociedade civil.¹⁵

Hagen (2011), em sua pesquisa sobre os CEIs feita por meio de questionários enviados e respondidos em 26 estados e no Distrito Federal, mostra que a metade dos conselhos não possui estratégias para atrair a participação da pessoa idosa nas assembleias; cerca de 15,0% deles relataram não possuir idosos como conselheiros; e 44,5% não divulgam as ações realizadas. Outros autores, como também mostra Giacomin (2013), assinalam a relação tênue dos laços entre os conselheiros e os

13. Nas palavras da autora, a PNI "nasce sob a coordenação do Ministério da Previdência e Assistência Social, mas o desmembramento daquele ministério em dois, uma da Previdência Social e outro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome coloca a política do idoso sob a coordenação desse último. Em 2009, a Política Nacional do Idoso muda de mãos e é repassada ao Ministério da Justiça, junto à Secretaria Especial de Direitos Humanos, hoje Secretaria de Direitos Humanos, órgão diretamente ligado à Presidência da República. Esta mudança, justificada pela abrangência dos direitos da pessoa idosa que ultrapassam uma única política, não vem acompanhada da estruturação necessária para que a secretaria possa agir a contento na defesa dos direitos dos idosos, tampouco o organograma e o regimento interno da secretaria construído em 2010 incluem, entre as competências daquele órgão, coordenar a Política Nacional do Idoso" (Giacomin, 2013, p. 176).

14. Segundo Giacomin (2013, p. 177), "o CNDI depende para funcionar da estrutura administrativa que lhe oferece o órgão gestor da política que ele deve fiscalizar, o que reduz consideravelmente a capacidade de atuação e a autonomia do conselho. Prova disso, é que conselho delibera, mas há uma lentidão na publicação de resoluções que compromete a eficiência do conselho, como se a capacidade de resolução do conselho ficasse submissa ao gestor, o que fere frontalmente o papel de controle democrático reservado ao conselho. Para corrigir essas distorções, a lei de criação do conselho deveria assegurar sua autonomia plena com garantia de estrutura administrativa e técnica própria para atuar em consonância com os interesses do conselho e da pessoa idosa".

15. Sobre os objetivos e a composição desses conselhos, ver Debert e Destro de Oliveira (2013).

movimentos sociais. A forma como a eleição dos conselheiros é feita expõe a questão com clareza. A escolha dos agentes que representam a sociedade civil – e o segmento idoso no caso do CMI de Santos –, como mostra Destro de Oliveira (2015), foi feita durante a Conferência Municipal do Idoso, realizada na cidade em 2012. Os interessados subiam ao palco para se apresentar e relatar suas propostas para o conselho, e a eleição era feita por meio da votação dos participantes da conferência. Os que não eram eleitos para uma determinada vaga candidatavam-se para outras similares,¹⁶ e, ao longo desse processo, o esforço dos organizadores foi o de incluir todos os interessados de modo que não sobrassem lugares vagos e que todos os candidatos fossem contemplados com um cargo no conselho.¹⁷

No GCMI de São Paulo, os candidatos a conselheiros da sociedade civil deveriam residir em uma das cinco macrorregiões em que a cidade é dividida e ter mais de 60 anos. Para cada uma destas macrorregiões, seriam eleitos seis titulares e três vices, em função do número de votos. Esses candidatos não tinham necessariamente vinculação com entidades, como ocorreu em outros conselhos pesquisados. O processo eleitoral em 2012 durou aproximadamente três meses entre a inscrição dos interessados, os encontros regionais para a apresentação dos candidatos e de suas propostas à comunidade e a eleição propriamente dita. A votação foi realizada nas subprefeituras num sábado e era aberta aos munícipes com 60 anos ou mais, que colocavam os votos em uma urna, a qual foi aberta e apurada na Coordenadoria do Idoso da cidade, órgão gestor de política para a população mais velha do município. O processo eleitoral foi organizado e acompanhado por conselheiros do poder público e por aqueles que não poderiam se recandidatar,¹⁸ além de funcionários da coordenadoria. Com um total de cerca de setecentos votos,¹⁹ o número de eleitores por região foi variado. A região sul, por exemplo, era composta por oito postos de votação, sendo que um deles contou com 195 eleitores e outro, com dezesseis.

16. No caso do CMI de Santos, as vagas da sociedade civil eram predefinidas nas seguintes categorias: uma vaga para entidade que atenda idosos em regime de longa permanência; uma para entidade que atenda idosos em regime de casa-dia (também conhecida como centro-dia, esta entidade recebe idosos para passar o dia e eles voltam para casa à noite); uma para entidade sindical de trabalhadores aposentados e pensionistas; duas para entidade de ensino superior de Santos, com cursos específicos na área do idoso; duas para organizações de defesa e apoio ao idoso; uma para associação, federação ou confederação de idosos; duas para entidade que mantenha atividades esportivas, sociais e culturais voltadas à terceira idade; duas para entidade de apoio a idosos com deficiências; e uma para a Pastoral do Idoso da Diocese de Santos. Para o segmento idoso, eram sete vagas destinadas aos que participaram das pré-conferências e seis aos que participaram da Conferência Municipal do Idoso.

17. Os conselheiros representantes do poder público em todos os casos são indicados pelo próprio poder público.

18. Sobre essas eleições, ver Destro de Oliveira (2015). No GCMI de São Paulo, o idoso só pode participar de duas gestões consecutivas. Para continuar o trabalho, o interessado deve esperar dois anos acompanhando o trabalho do GCMI como morador da cidade para se candidatar novamente.

19. A população com mais de 60 anos da cidade de São Paulo foi estimada, no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000, em quase 1 milhão, o que representa o município com o maior número absoluto do país (IBGE, 2002).

Sob outra configuração, o CEI de São Paulo recebeu inscrições dos interessados via correio. Para que se tornassem candidatos, estes precisariam ser considerados aprovados na análise de documentos. O critério era estar vinculado a uma instituição que oferecesse serviços à população idosa em geral. A eleição ocorreu num evento fechado, apenas com a participação dos aprovados – respeitando o máximo de nove por região²⁰ – e dos então conselheiros. Ou seja, os próprios candidatos foram os eleitores e a eleição foi antecedida pela apresentação de cada um deles. Em alguns casos, havia apenas um representante, que foi o eleito. Mas na maioria havia mais de dois; nesses casos, o mais votado ficou como titular e o segundo lugar como o vice da região. Os outros candidatos foram classificados de acordo com o número de votos e ficaram na condição de uma espécie de substituto, para o caso de os mais votados abandonarem o mandato.

No CNDI, os candidatos interessados também enviavam à sede do conselho em Brasília a documentação de inscrição. A exigência era que fossem indicados por entidades com atuação no campo da promoção e da defesa dos direitos da pessoa idosa que tenham filiais organizadas em, pelo menos, cinco Unidades da Federação, distribuídas em três regiões do país.²¹

No desenho da definição dos conselheiros da sociedade civil, fica evidente, por um lado – como mostra Destro de Oliveira (2015) –, que não há uma competição acirrada para integrar conselhos e que há um interesse em contemplar com um cargo todos os interessados em defender os direitos dos idosos, cujo número, supõe-se, é relativamente pequeno. Por outro lado, também fica claro que a eleição exige o acionamento de uma rede de pessoas com um conhecimento prévio sobre o funcionamento dos conselhos, além dos prazos e dos critérios para a inscrição das candidaturas.

A unidade da sociedade civil presente nos conselhos, como mostra ainda Destro de Oliveira (2015), deve ser entendida como ficcional, posto que é preciso levar em conta a diversidade de opiniões, valores e ideologias no que diz respeito,

20. O estado de São Paulo foi dividido em termos administrativos do seguinte modo: região de São José dos Campos, região de Marília, região de São José do Rio Preto, região metropolitana de São Paulo, região da Baixada Santista e Registro, região de Baurur, região de Campinas, região de Araraquara, região de Ribeirão Preto, região de Presidente Prudente e região de Araçatuba.

21. As vagas da sociedade civil do CNDI, dispostas no Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004, eram estruturadas do seguinte modo: uma para organizações de trabalhadores; uma para organizações de empregadores; uma para órgãos fiscalizadores de exercício profissional; uma para organizações de aposentados; duas para organizações da comunidade científica; duas para organizações de educação, lazer, cultura, esporte ou turismo; três para organizações de defesa de direitos; e mais três para organizações de assistência social. No que diz respeito aos representantes do poder público, era uma vaga de titular para cada uma das pastas: Secretaria dos Direitos Humanos, da Presidência da República; Ministério das Relações Exteriores; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério da Educação; Ministério da Saúde; Ministério da Cultura; Ministério do Esporte; Ministério da Justiça; Ministério da Previdência Social; Ministério da Ciência e Tecnologia; Ministério do Turismo; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e Ministério das Cidades. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5109.htm>.

sobretudo, às clivagens socioeconômicas que caracterizam a cidadania. Ou ainda, como lembram Almeida e Tatagiba (2012, p. 75), aqueles que representam a sociedade civil não são portadores de uma “racionalidade imparcial” como se encarnassem, em si, o “bem comum” ou o “interesse público”; eles são, ao contrário, portadores de concepções “situadas” e “parciais”, e às vezes conflitantes do que deve ser o bem comum.

Da mesma forma, o fato de ter 60 anos não leva a uma racionalidade imparcial ou a uma homogeneidade de visões sobre a velhice. A existência de clivagens socioeconômicas entre os conselheiros representantes da sociedade impõe mecanismos de diferenciação entre os participantes, que acabam por fazer com que uma das demandas recorrentes também nos conselhos de idosos seja a de oferecer aos conselheiros cursos de formação em política e de conhecimentos sobre a legislação relativa à terceira idade. Outra parte, entretanto, como mostra Destro de Oliveira (2015), considerava importante privilegiar a heterogeneidade das experiências da população envelhecida, de modo a evitar que os conselheiros sejam representantes da elite econômica do país.

Contudo, apesar das diferenças socioeconômicas existentes entre os conselheiros, é impressionante o fato de que, na grande maioria das assembleias observadas pela pesquisadora, as decisões foram tomadas de forma consensual. Dissensos raramente aparecem e, quando ocorrem, tendem a ser vistos como consequência de interesses escusos ou da chatice de certos conselheiros, sendo perceptíveis também quando da afirmação reiterada de conselheiros de que “aqui o ego é muito forte”. Essa categoria acusatória é acionada em situações em que o acusado reclama, enfrenta e defende posição contrária àquela que está sendo proposta. Os enfrentamentos, que são pouco frequentes, geram, porém, um repertório de categorias acusatórias que revelam a impaciência do grupo com “o excesso de vaidade” entre os conselheiros ou a ignorância de alguns. Em outras palavras, a suposta homogeneidade que o avanço da idade acarretaria na definição do que é bom para a velhice e do que são as necessidades dos velhos é dissolvida ou então explicada por meio de referências ao *deficit* de caráter moral ou do baixo nível educacional dos conselheiros.

A afirmação da importância da relação entre Estado e sociedade civil que caracterizaria os conselhos encobre a fragilidade da ancoragem institucional e o fato de que propostas de políticas públicas e ações voltadas para garantir qualidade de vida para a velhice é um espaço disputado por outras instâncias também legítimas. Dessa forma, um fosso é estabelecido entre o modo como os conselhos deveriam funcionar e as condições que têm para dinamizar sua atuação.

A tendência do governo de centralizar as decisões e os debates, como a bibliografia a respeito já aponta, fez eco nos casos analisados. Dizer que as categorias de representação nos conselhos têm um caráter ficcional – como governo e sociedade

civil enquanto blocos homogêneos – é também apontar para a diversidade de posições entre os representantes do poder público. A suposta unidade da categoria embaça a pluralidade de interesses e explicita o fato de que os representantes das secretarias de governo têm sensibilidades diferenciadas em relação ao tema, da mesma forma que a problemática mobiliza ações distintas de cada uma dessas agências governamentais.

O terceiro entrave tem a ver com a burocratização das rotinas de trabalho dos conselhos. Em todas as reuniões e as assembleias observadas, uma boa parte do tempo é dedicada à discussão de questões voltadas para a garantia do funcionamento do próprio conselho e da organização de sua rotina burocrática. Isso pode ser definido como um conjunto de atividades e procedimentos que devem ser obedecidos para sua manutenção, como a forma de comunicação a ser adotada entre os conselheiros; o tipo de armazenamento dos documentos produzidos pelos seus membros e das denúncias encaminhadas; a produção das atas e dos relatórios; a maneira como o contato com outros conselhos e outras instituições deve ser feito para tirar dúvidas; a organização de conferências e outros eventos; as alterações no regimento interno; a preparação de eleições da nova gestão; a elaboração e a implementação do Fundo do Idoso; e, ainda, o tempo de apreciação e aprovação das atas das reuniões anteriores. Ou seja, boa parte das discussões e das ações propostas nas assembleias e outras reuniões dos conselheiros têm a ver com a gestão interna dos conselhos.

Obviamente, são debatidas questões relativas aos serviços voltados para a população idosa por meio de palestras de especialistas que são acompanhadas de perguntas e comentários por parte dos conselheiros. Os eventos também são uma oportunidade para produzir sugestões a fim de aprimorar e otimizar: a fiscalização das instituições de longa permanência para idosos; as propostas de solução para o problema dos transportes urbanos e de moradias para idosos carentes; as formas de agilizar a divulgação de ações empreendidas que beneficiam a população mais velha; a apuração de denúncias e a cobrança de ações dos representantes dos órgãos estatais; e os informes dos grupos de trabalho dos conselheiros.

Contudo, impressiona o tempo gasto nas reuniões e nas assembleias para a gestão dos próprios conselhos. A análise realizada por Destro de Oliveira (2015) dos temas debatidos nas assembleias observadas mostra que o principal tema sobre o qual os conselheiros se debruçavam diz respeito à sua própria dinâmica interna e que os temas mais relacionados ao controle social, ao desenho da política pública ou às prioridades de investimento público, apesar de importantes, eram menos presentes nas pautas de discussão. Esse é um problema presente em boa parte dos conselhos, não sendo exclusivo dos de idosos. Não é sem razão que Almeida e Tatagiba (2012, p. 107) consideram que é necessário rever as suas rotinas.

Precisamos de mudanças na prática cotidiana dos conselhos que confirmem maior centralidade ao exercício da política, em lugar da rotina burocrática da gestão. (...) É preciso restituir o lugar desse tipo de ação na agenda dos conselhos para que eles possam funcionar como instâncias de democratização da gestão pública, e não restritamente como espaço de disputa entre interesses corporativos das comunidades de política, o que hoje parece ser a regra. (...) Houve um grande investimento dos movimentos, das ONGs [organizações não governamentais], das universidades e do governo no sentido de que os conselhos completassem seu processo de institucionalização com a elaboração das suas regras internas, e isso refletiu no predomínio desses temas. No contexto dos anos 1990, isso era esperado, visto que se tratava de criar a própria estrutura participativa. O problema é que essa tendência a uma atuação voltada para dentro parece não ter sido superada nas décadas seguintes. (...) Conselheiros da sociedade civil registram, fiscalizam entidades, avaliam projetos, fazem parecer, enviam relatórios, pedem e avaliam prestações de contas. Aprovam e rejeitam pedidos. O exercício dessa função, sem uma estrutura de trabalho adequada, exige um considerável trabalho extra dos conselheiros e muitas vezes mantém os conselhos presos a um interminável ciclo que envolve aprovação e revisão dos registros concedidos, principalmente em cidades de médio e grande porte.

O quarto entrave que dificulta a ação dos conselhos, como já foi dito, refere-se à pluralidade de imagens da velhice acionadas, posto que sua referência é ora a de um idoso ativo que reivindica seus direitos, ora a de um ser frágil, passivo e dependente, vítima do desdém e dos preconceitos que marcam a sociedade brasileira. Cada uma destas imagens remete a propostas de ações muito distintas.

Pensar na qualidade de vida do idoso ativo é propor ações voltadas para o combate aos preconceitos e para a criação de espaços de lazer como os grupos de convivência de idosos, os bailes, os espaços direcionados a exercícios físicos ou ao turismo. É também proporcionar oportunidades para a expressão dos saberes acumulados pela população mais velha ao longo dos anos ou para novos aprendizados, como são as universidades da terceira idade. De acordo com a segunda visão, que aborda o idoso dependente, é preciso criar instituições capazes de abrigar com dignidade os mais velhos, bem como criar uma infraestrutura urbana que permita a circulação segura da velhice dependente de cuidados especiais, vítima de perdas e vulnerabilidades maiores. Levar em conta as situações de dependência requer políticas que têm um custo muito mais alto e exige um leque de profissionais de diferentes especialidades. O desafio dos conselheiros é propor políticas capazes de responder a essas imagens diversas do que seja o desejo dos velhos e a conquista de qualidade de vida para segmentos da população com níveis de autonomia funcional muito distintos e cujos direitos merecem ser contemplados de forma diferencial.

O perfil socioeconômico dos conselheiros representantes dos idosos é bastante diversificado e, como já foi dito, a idade cronológica não garante uma identidade ideológica ou uma visão homogênea dos problemas que afetam os diferentes

segmentos da população e os deveres do Estado. Contudo, apesar destas diferenças, esses conselheiros, de uma maneira geral, têm uma participação intensa, dinamizam a luta a favor desse segmento, produzem discursos muito bem articulados em torno do debate sobre as fronteiras, as delimitações e as definições de envelhecer. Têm, portanto, um desempenho e um perfil que contrastam com a imagem da velhice como uma situação de perdas físicas e sociais.²² Estar no conselho é ora representar seus próprios interesses como pessoa idosa a ser beneficiada por políticas específicas, ora tratar dos interesses de um outro que é mais pobre e requer serviços gratuitos, ou de um outro que vive num estágio mais avançado do envelhecimento e numa situação em que a participação em conselhos fica indiscutivelmente barrada.

Para dar um exemplo, quando as academias foram instaladas nas praças de São Paulo, os conselheiros idosos reivindicavam monitores para auxiliarem nos exercícios físicos tanto nas regiões mais empobrecidas como nos bairros considerados mais centrais e nobres. Uma conselheira explicava que muitos dos moradores destas regiões mais abastadas são idosos que envelheceram em apartamentos, seus filhos foram embora e hoje são aposentados. Apesar de estarem em bairros mais ricos, não teriam como bancar uma atividade física. A praça equipada com orientação adequada também seria importante para eles.

No caso dos conselheiros representantes dos idosos que visitavam instituições de longa permanência, eles definiam seu trabalho como uma luta em prol de condições dignas para “os velhinhos”, expressão usada para caracterizar esse outro, o objeto de sua ação. Esses conselheiros também se propunham a defender interesses dos que terão que zelar pelos cuidados dos idosos gravemente fragilizados, como são os cuidadores no mercado formal ou familiares que prestam esse tipo de serviço.

A noção de representação do segmento idoso da população é central para os conselhos, porque o suposto é de que os mais velhos sabem o que é melhor para a velhice ou, como fica explícito na fala da conselheira da Secretaria Municipal de Saúde do GCMÍ de São Paulo, quando se refere aos representantes desse segmento da sociedade civil, em reunião sobre as eleições: “cada conselheiro representa a população idosa da cidade de São Paulo, o que ela necessita e deseja”.

Essa dupla condição – ter 60 anos ou mais e ter plena autonomia funcional, de modo a encarnar o ideal do idoso ativo e contemplar seus interesses, ao mesmo tempo que representa o idoso dependente e suas necessidades e desejos – certamente amplia a gama de ações a serem propostas. Entretanto, essa duplicidade é fundamental para garantir a própria existência dos conselhos. Em outras palavras, a sua existência depende, por um lado, da identificação de um setor particular da população como vítima de opressão, discriminação e vulnerabilidade, o qual,

22. Sobre as diferentes imagens da velhice, ver Debert (1999).

portanto, por ser um problema social, merece uma atenção diferenciada. Por outro lado, os conselhos têm que se apresentar como resposta a uma reivindicação desse setor que se constituiu em sujeitos de direitos e, nessa posição, são convidados para propor políticas públicas e fiscalizar a ação do Estado e das organizações de interesse público. É essa condição de vítima e sujeito que legitima o conselho, e é essa relação proposta entre sociedade civil e Estado que caracteriza a dinâmica de suas ações, bem como as políticas públicas formuladas.

4 CONCLUSÃO

Apesar das diferenças de concepção, prática e modo de organização dos conselhos de direitos do idoso, as pesquisas constataam que boa parte dos problemas neles identificados estão presentes em outras instituições, particularmente no que diz respeito à relação de interdependência com o poder público na obtenção de recursos e à dificuldade na manutenção da sua autonomia. Também nesses casos, os conselhos correm o risco de estar atrelados às demandas e aos interesses do governo ou aos entraves no funcionamento da burocracia.

Esses obstáculos são reconhecidos por boa parte dos integrantes quando se trata de avaliar o desempenho dos conselhos. A pesquisa realizada pelo Ipea em 2010 acerca da visão dos conselheiros sobre o CNDI concluiu que um dos pontos positivos por eles realçado foi a importância do conselho nacional para o aumento da visibilidade conferida à temática da promoção dos direitos dos idosos e para o incentivo ao protagonismo político de pessoas nesta faixa etária, assim como para o fortalecimento da democracia e do controle social (Ipea, 2012). Pode-se dizer que essa avaliação está presente entre os conselheiros nas outras esferas estaduais e municipais e também na conclusão de boa parte das pesquisas sobre o tema.

Entre as principais dificuldades observadas pelos conselheiros pesquisados pelo Ipea, estão: a baixa prioridade política dada ao conselho por parte da Secretaria-Geral da Presidência da República, à qual o CNDI já estava vinculado em 2010; a influência limitada do CNDI sobre decisões tomadas em outras instâncias, notadamente sobre a agenda do Congresso Nacional e sobre outros ministérios; o pouco tempo para as discussões nas reuniões do conselho; a pouca frequência com que ocorrem; e a percepção de que existe uma baixa participação dos conselheiros do poder público, cuja atuação teve tendencialmente uma avaliação negativa. Aqui também é possível dizer que haveria um acordo entre os conselheiros na identificação do problema se substituíssemos a Federação pela referência ao município ou ao estado.

As sugestões feitas pelos conselheiros no sentido de melhoria do processo participativo dentro do CNDI foram arroladas no relatório final do Ipea em cinco itens: melhorar os meios de comunicação; divulgar o trabalho do conselho; aperfeiçoar as reuniões e as questões administrativas de modo a otimizar o trabalho

do CNDI; buscar mecanismos de incentivo a uma maior participação de certos segmentos; e ampliar a articulação com outros conselhos nos diferentes níveis da Federação. Aqui também é possível dizer que haveria praticamente um consenso entre os conselheiros estaduais e municipais de que essas são sugestões interessantes e bem-vindas.

O que parece dar uma especificidade aos conselhos, sobretudo aos municipais, é a solicitação de uma orientação mais objetiva do que lhes cabe fazer e dos meios de realizar esses feitos. Essa solicitação tem entusiasmado as agências estatais federais ou estaduais voltadas para o tema, que aplaudem a ideia de que o Conselho Nacional deveria oferecer um programa de orientação para os outros conselhos. Essa ideia ganha cada vez mais adeptos entre os conselheiros, particularmente quando vem acompanhada da crença de que haverá um repasse da agência federal de recursos financeiros para aprimorar o desempenho dos conselhos.

Essa demanda, cuja realização ganha concretude com o Fundo Nacional do Idoso, merece ser analisada com atenção. Seria realmente uma pena que esse verdadeiro exército de conselheiros espalhados pelos quatro cantos do país tivesse sua atuação canalizada numa direção predeterminada e perdesse a oportunidade para a reflexão e a criação de iniciativas inovadoras capazes de fomentar uma sociedade mais solidária e acolhedora da velhice, que é o destino de todos nós.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, Mônica; AZEVEDO, Sergio. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? *In*: SANTOS JÚNIOR, Orlando A.; AZEVEDO, Sergio; RIBEIRO, Luiz Cesar Q. (Org.). **Governança democrática e poder local**: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan; Fase, 2004.

AGENDA PÚBLICA – AGÊNCIA DE ANÁLISE E COOPERAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS. **Caracterização dos conselhos de direitos e de cidadania do estado de São Paulo**: diagnóstico institucional. São Paulo: Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, [s.d.]. (Conselho Estadual do Idoso – CEI, v. 4).

ALMEIDA, Carla. Conselhos gestores e regulação: a assistência social em tempos de transição. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 8, n. 15, p. 251-269, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2009v8n15p251/11045>>.

ALMEIDA, Carla; CAYRES, Domitila Costa. Perfil da produção acadêmica sobre os conselhos gestores de políticas. *In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS*, 36., 2012, Águas de Lindóia, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Anpocs, 2012. Disponível em: <portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=7867&Itemid=217>.

ALMEIDA, Carla; TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100005&lng=en&nrm=iso>.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimação da ação. **Dados – Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 443-464, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582007000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

BREDEMEIER, Sônia M. L. O espaço público e o idoso: possibilidades através de um conselho municipal. **Revista Virtual Textos & Contextos**, ano I, n. 1, nov. 2002. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/938/718>>.

_____. Conselho do idoso como espaço público. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, 2003.

CUNHA, Eleonora S. M. Metamorfose da representação política: lições práticas dos conselhos municipais de Saúde no Brasil. *In: AVRITZER, Leonardo (Org.). A dinâmica da participação local no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2011.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp; Fapesp, 1999.

DEBERT, Guita Grin; DESTRO DE OLIVEIRA, Gláucia S. Os conselhos e as narrativas sobre a velhice. *In: MULLER, Neusa; PARADA, Adriana (Org.). Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso*: repertórios e implicações de um processo democrático. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2013.

DESTRO DE OLIVEIRA, Gláucia S. **Os velhos como sujeitos de direitos**: uma análise da gestão de velhice nos conselhos de idosos. 2015. 282 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000953554>>.

FUKS, Mario; PERISSINOTTO, Renato. Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, 2006, v. 21, n. 60, p. 67-81.

FUKS, Mario; PERISSINOTTO, Renato; SOUZA, Nelson R. (Org.). **Democracia e participação**: os gestores do Paraná. Curitiba: UFPR, 2004.

GIACOMIN, Karla. Panorama dos 10 anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. *In*: MULLER, Neusa P.; PARADA, Adriana (Org.). **Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso**: repertórios e implicações de um processo democrático. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013.

GURZA LAVALLE, Adrián; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn. Arquitetura da participação e controles democráticos no Brasil e no México. **Novos Estudos** – Cebrap, São Paulo, n. 92, mar. 2012.

GURZA LAVALLE, Adrián; HOUTZAGER, Peter P.; CASTELLO, Graziela. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. **Lua Nova**, São Paulo, v. 67, n. 67, p. 49-103, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452006000200004&lng=pt&nrm=iso&ctlng=pt>.

HAGEN, Suleica Iara. **Políticas públicas para o envelhecimento**: atuação dos conselhos de direitos da pessoa idosa. 2011. Dissertação (Mestrado em Assistência Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil** – 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. (Estudos e Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, n. 9). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv929.pdf>>.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso na visão de seus conselheiros**. (Relatório de Pesquisa, Projeto Conselhos Nacionais: perfis e atuação dos conselheiros). Brasília: Ipea, 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/120409_relatorio_direitos_idoso.pdf>.

ISUNZA VERA, Ernesto; GURZA LAVALLE, Adrián. Arquitetura da participação e controles democráticos no Brasil e no México. **Novos estudos** – Cebrap, São Paulo, n. 92, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100007&lng=en&nrm=iso>.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v7n3/13030.pdf>>.

LENOIR, Rémi. L'invention du "troisième âge": constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, v. 26-27, p. 57-82, mars-avr. 1979. (Classes d'âge et classes sociales).

LÜCHMANN, Ligia Helena. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, São Paulo, n. 70, p. 139-170, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452007000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

MARTINS, Ives Gandra S. Vocação bolivariana. **Estado de S. Paulo**, 22 jul. 2014. Disponível em: <<http://opinioao.estadao.com.br/noticias/geral,vocacao-bolivariana-imp-,1532220>>.

MATEOS, Simone B. A construção da democracia participativa. **Desafios do Desenvolvimento**, Brasília, ano 8, n. 65, p. 18-33, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2493&catid=28&Itemid=39>.

NÓBREGA, Mailson da. O decreto de Dilma: um teste para as instituições. **Veja**, 11 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.mailsondanobrega.com.br/artigos/20-o-decreto-de-dilma:-um-teste-para-as-instituicoes>>.

PAZ, Serafim. **Dramas, cenas e tramas**: a (situa)ção de fóruns e conselhos de idosos no Rio de Janeiro. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

PEREIRA, Joici Aparecida; SANTOS, Larissa Silva dos; SILVA, Marysia Alves da. Os conselhos do idoso: um estudo do período de 1991 a 2006. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 17, n. 3-4, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/283/227>>.

RIBEIRO, Maria Aparecida. A política e os conselhos de idosos: uma questão de cidadania. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 22, n. 51, jul. 2011.

SANTOS JÚNIOR, Orlando A.; AZEVEDO, Sergio; RIBEIRO, Luiz Cesar Q. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. *In*: _____. (Org.). **Governança democrática e poder local**: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. *In*: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

_____. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. *In*: AVRITZER, Leonardo (Org.). **A participação em São Paulo**. São Paulo: Unesp, 2004.

_____. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 25, nov. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782005000200017>>.

_____. O papel do CMDCA na política de atendimento à criança e ao adolescente em São Paulo. *In*: SANTOS, Agnaldo dos.; TATAGIBA, Luciana. **Criança e adolescente: controle social e política pública**. São Paulo: Pólis; PUC-SP, jun. 2007. (Série Observatório dos Direitos do Cidadão, v. 28). Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/875/875.pdf>>.

_____. A questão dos atores, seus repertórios de ação e implicações para o processo participativo. *In*: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, 2011. v. 7. p. 171-186. TATAGIBA, Luciana; TEIXEIRA, Ana Cláudia C. **O papel do Comas na política de assistência social em São Paulo**. São Paulo: Pólis; PUC-SP, 2007.

TÓTORA, Silvana Maria C.; CHAIA, Vera. Conselhos municipais e a institucionalização da participação política: a região metropolitana de São Paulo. *In*: SANTOS JÚNIOR, Orlando; AZEVEDO, Sergio; RIBEIRO, Luiz Cesar Q. (Org.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan; Fase, 2004.

VIDAL, Luciana de Fátima. **A prática conselhistas e a representação política: um estudo de caso sobre o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BIGGS, Simon. Toward critical narrativity: stories of aging in contemporary social policy. **Journal of Aging Studies**, Amsterdam, v. 15, n. 4, p. 303-316, 2001.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil e sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. *In*: _____. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 279-301.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

HEREIDA, Beatriz M. A. *et al.* **Política, governo e participação popular: conselhos, orçamento participativo e outras experiências**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2012.

NEILSON, Brett. Globalization and the Biopolitics of Aging. **The Centennial Review**, v. 3, n. 2, summer 2003.

TATAGIBA, Luciana. **Participação, cultura política e modelos de gestão: a democracia gerencial e suas ambivalências**. 2003. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000296170>>.

A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO EM QUESTÃO: PASSOS E IMPASSES NA EFETIVAÇÃO DA CIDADANIA

Vicente de Paula Faleiros¹

1 INTRODUÇÃO

O Brasil já se aproxima do perfil demográfico de países da Europa. Já contava com 12,1% de idosos na população em 2011. Segundo o IBGE (2012), a população de pessoas com 60 anos ou mais passou de 15,5 milhões, em 2001, para 23,5 milhões, em 2011, com uma taxa de crescimento anual de 3,7%, comparando os dados contabilizados, sem a população rural de alguns estados do Norte. De acordo com Borges, Campos e Silva (2015), as taxas de crescimento previstas são de mais de 4,0% ao ano, no período de 2012 a 2022. Os autores preveem que a população com 60 anos ou mais alcance 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Segundo eles, a cada ano da próxima década deve haver incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos. Para essa situação contribuem tanto a queda da fecundidade como a queda da mortalidade.

Há um descompasso entre esse envelhecimento rápido da população e a implementação de políticas concretas, embora tenha havido um marco legal para defini-las, sem a esperada e necessária proatividade do poder público, assim acentuando-se a responsabilização da família e do próprio idoso por seu bem-estar. Apesar dos textos legais pós-Constituição Federal de 1988 (CF/1988), principalmente da Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994 e do Estatuto do Idoso de 2003, vale acentuar que as formas de atenção à pessoa idosa vêm sofrendo incursões e modificações, no entanto a configuração de uma política articulada, abrangente e eficiente para essa população ainda se mostra incipiente (Faleiros, 2012).

Neste capítulo, abordamos a formulação da política para a pessoa idosa na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, bem como no Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, com ênfase na questão do protagonismo e da cidadania. O Estatuto do Idoso de 2003 retoma os princípios e as diretrizes da Lei nº 8.842/1994, mas estabelece sanções ao descumprimento das normas, o que não ocorreu na lei de 1994. Enfatizamos o protagonismo dessa faixa etária, destacando também as

1. Professor emérito da Universidade de Brasília (UnB); e docente na Universidade Católica de Brasília (UCB).

deliberações das três conferências nacionais dos direitos da pessoa idosa (CNDPIs). O foco do trabalho é assinalar as contradições e as repercussões da legislação e da mobilização de idosos no processo de *cidadanização* num contexto de desigualdade do capitalismo globalizado.

Na segunda seção do capítulo, após esta introdução, definimos o conceito de cidadania. Na terceira, abordamos quatro paradigmas de políticas para os idosos – a filantropia, o seguro, a seguridade e o envelhecimento ativo – para, na quarta, considerar a PNI, sua significação e seu retrocesso. Posteriormente, na quinta seção, consideramos a relação entre protagonismo e diferentes políticas, as mobilizações de idosos e as decisões das três CNDPIs, em suas proposituras, pois expressam as críticas e as sugestões desse segmento. Conclui-se, na sexta seção, com um balanço da PNI em termos de críticas e proposições.

2 A CIDADANIA

A cidadania moderna está associada às conquistas expressas tanto pela Revolução Burguesa, conforme a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, resultante da Revolução Francesa de 1789, como pelas leis decorrentes das lutas dos trabalhadores, das pressões de suas organizações (Faleiros, 2012). A construção da cidadania se inscreve, ao longo desse processo histórico de pactuação e reconhecimento de direitos e deveres, na correlação de forças e no estabelecimento de direitos e garantias para sua execução. Faz parte da estrutura jurídico-política, articulada ao processo econômico e social, levando ao paradoxo de se estabelecerem direitos iguais numa sociedade desigual, questão permanente na democracia.

Nesse processo de cidadania é que se foi construindo um *jus singulare* para pessoas idosas, correlacionado à cidadania em geral, sem a qual não teria sentido a busca de direitos para “sujeitos especiais” de direitos, na perspectiva da equidade. A equidade é a busca de oportunidades numa relação de desigualdade para modificar e tornar essa relação mais equivalente. A construção desses direitos não leva em conta apenas a especificidade da condição, mas a criação de oportunidades para o envelhecimento com qualidade (OMS, 2005).

Com efeito, os direitos de cidadania são um dos eixos centrais para a definição de bem-estar social, como afirma Dean (2002, p. 3, tradução nossa): “os direitos são centrais para a política social, não só porque dizem respeito às titularidades substantivas que o processo de realização da política faz emergir, mas porque eles proveem a base para os reclamos teóricos que levam a debates e lutas sobre o bem-estar”. Acrescentamos: não só reclamos teóricos, mas também reclamos pela garantia de direitos.

Na dinâmica de cidadanização, combinam-se a configuração e o reconhecimento de direitos num Estado de direito com a democracia, que implica o voto e o processo de participação e de protagonismo na vida política, social, cultural e econômica

do cidadão. Essa configuração e combinação não são lineares, por isso é necessário contextualizá-las no capitalismo. O protagonismo e o reconhecimento de direitos não têm uma relação de causa e efeito a partir de uma lei, mas se configuram no contexto legal, econômico, social e cultural. As leis se constroem na dinâmica complexa da história (Faleiros, 2012). Nessa perspectiva, foi com a CF/1988 que se estabeleceu um arcabouço de direitos de cidadania, inclusive com especificidade para as pessoas idosas, conforme veremos. Esse arcabouço ou superestrutura jurídica se situa, por sua vez, no contexto capitalista, pressuposto que será exposto a seguir.

2.1 Capitalismo, liberalismo, neoliberalismo e direitos das pessoas idosas

Considerar o envelhecer no contexto do capitalismo contemporâneo e na ótica do neoliberalismo implica analisar as contradições da constituição de direitos e da sua implementação, pois o Estado, em articulação com o mercado, busca reduzir direitos e benefícios, afetando todos os segmentos, inclusive o das pessoas idosas. Em cada país, as políticas se configuram diferentemente, conforme seu processo histórico-social, cultural, econômico, político e sua integração regional, como acontece na Europa (Caradec, 2008; Faleiros, 2008; Ferrera *et al.*, 2000; Esping-Andersen, 1996; Flora e Heidenheimer, 1990; Aureliano e Draibe, 1989).

Na história dos direitos da pessoa idosa, a conquista da previdência social foi um dos acontecimentos mais relevantes, pois foi reconhecido o direito a uma remuneração quando da perda da capacidade laborativa. Isto é financiado pelas contribuições dos trabalhadores e dos empregadores, normalmente com os custos transferidos aos consumidores. A disputa pela construção de uma remuneração de caráter não contributivo, ou de um fundo público para idosos fora do mercado formal, opunha os liberais e os reformistas (Faleiros, 2008). Os primeiros colocavam ênfase na contribuição privada e os segundos, na contribuição para o fundo público no contexto do liberalismo. Diante da crise capitalista dos anos 1930, as pessoas idosas formavam um exército de miseráveis nas ruas e não contavam com condições de sobrevivência (Esping-Andersen, 1996).

A proposta de John Maynard Keynes, no bojo da crise de 1930, de considerar os idosos como uma massa de consumidores com renda estável levou à formulação, por parte de Beveridge, durante a Segunda Guerra Mundial, de um projeto de seguridade social, com descontos para um fundo público, e de atenção do Estado com os mais pobres. A seguridade social inglesa propunha o seguro social e a assistência social, rompendo com a antiga Lei dos Pobres. Na Inglaterra, já havia uma legislação de aposentadoria desde 1908, que exigia, além do trabalho industrial, a assiduidade e a poupança. Na Alemanha, desde 1883, havia um regime de pensões que surgiu para enfraquecer a luta socialista. Na França, desde 1910, havia uma lei de aposentadoria voluntária. Nesses países, os seguros sociais só foram implementados a partir de uma contribuição compulsória (Esping-Andersen, 1996).

O período posterior à Segunda Guerra Mundial tem sido chamado de Anos Dourados (Golden Age), quando foram implementados os sistemas de proteção após a grande crise de 1930 (Esping-Andersen, 1996). O mundo viveu, então, um ciclo de aumento da produção, com recuperação econômica. Esse ciclo foi internacionalizado com um maior intercâmbio entre Estados Unidos, Europa (Plano Marshall) e Japão, e com a articulação de zonas periféricas dessas economias com países da América Latina, da Ásia e da África, ficando o Leste Europeu sob a égide da União Soviética.

Vários modos e modelos de organização da provisão do bem-estar social foram sendo desenvolvidos na história e no contexto dos diferentes países e das relações de mundialização do capital. No contexto socialdemocrata, predominou a provisão institucional-universal. No contexto liberal de mercado, predominou a provisão de serviços privados controlados pelo Estado. No contexto de Estados, sociedades e economias menos articulados por uma superestrutura jurídica de direitos, podem predominar formas filantrópicas e de suporte familiar da provisão de serviços sociais. Segundo Jessop (2013), não há uma forma geral de Estado para além do que seria uma forma geral de capitalismo. Diferentes tipos de regimes capitalistas estão associados a diferentes tipos de Estados, e essa junção e evolução conjunta dependem não apenas de fatores internos e domésticos, mas também de suas inclusões no mercado mundial. As mudanças no Estado de bem-estar social implicam a autoinserção no mercado de trabalho (*workfare*) e a desresponsabilização do Estado.

Nos anos 1970, o neoliberalismo ganha força com a crise do petróleo e a ocupação de governos pelas forças políticas neoliberais que combatiam a preeminência do Estado na economia, a partir das ideias de Hayek, expostas em seu livro *O Caminho da Servidão*, publicado originalmente em 1944. O autor faz uma defesa radical do liberalismo, da escolha individual, da “mão invisível” do mercado, contra a intervenção do Estado e do planejamento estatal (Hayek, 2010).

As ideias de Hayek são retomadas por Milton Friedman, em *Capitalismo e Liberdade*, de 1962, que também rebate as ideias de planejamento e “santifica” o mercado. Friedman foi conselheiro de Nixon, Ford e Reagan. Este implementou nos Estados Unidos, em seu mandato presidencial de 1981 a 1989, a política neoliberal de redução das políticas sociais e de impostos para os mais ricos, assim como Thatcher enquanto primeira-ministra da Inglaterra de 1979 a 1990. No Chile, as ideias de Friedman foram orientadoras do governo Pinochet e, no Brasil, nas políticas de reforma do Estado de Fernando Collor, Fernando Henrique Cardoso e em parte do governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, quando Antônio Palocci comandava a economia (Brasil, 2003b; Faleiros, 2004). Esse confronto entre o chamado *welfare State* e as políticas neoliberais se reflete nas discussões e nas formulações das políticas sociais, inclusive nas políticas referentes à velhice e ao idoso.

O formato de políticas sociais presente na CF/1988 se aproxima da articulação de uma provisão estatal ou social e de uma provisão de mercado. A saúde é um direito universal, embora haja planos de saúde regulados pela Agência Nacional de Saúde e pela medicina privada. A previdência social tem um regime público contributivo, com um teto de benefícios, e existem fundos privados. A assistência social garante uma renda mínima para os que não conseguiram um histórico de contribuição e oferece serviços e parcerias com entidades filantrópicas. Atribuiu-se à família um papel significativo no cuidado dos idosos dependentes. A previdência é uma das formas de assegurar direitos ao trabalhador por um fundo público, mas não é o único paradigma politicamente desenvolvido para as pessoas idosas; ela se combina com a filantropia e a proposta de envelhecimento ativo, como veremos, em sua relação com a cidadania.

3 QUATRO PARADIGMAS DAS POLÍTICAS PARA O ENVELHECIMENTO: FILANTROPIA, SEGURO, SEGURIDADE E ENVELHECIMENTO ATIVO

Para situar a construção da cidadanização da velhice, destacam-se quatro paradigmas de políticas elaborados a partir da história social e política: o filantrópico, o securitário, o da seguridade e o do envelhecimento ativo. O tipo filantrópico de atenção a pessoas idosas por meio de asilos para os pobres, a exemplo da Sociedade de São Vicente de Paulo, pautava-se pelo *compassionate ageism*, ou seja, pela caridade, com apoio religioso.

A construção da cidadania moderna rompe com o modelo filantrópico de cuidado asilar. Com a industrialização, a política dominante para a velhice pressupõe o mercado e a articulação do Estado com as exigências do trabalho no capitalismo. Assim se estrutura a política do seguro pré-pago por meio de contribuições obrigatórias. Os seguros foram formas de extrair a poupança para um fundo público ou privado que mantivesse a renda na velhice, o que só foi possível com o assalariamento e o seguro obrigatório, objeto de debates na perspectiva do liberalismo (Faleiros, 2008). A seguridade social, a partir de 1988, integra e articula a saúde (universal e não contributiva) com a previdência (contributiva) e a assistência social (inclusiva, para quem dela necessitar). O paradigma do envelhecimento ativo e participativo se explicita no Estatuto do Idoso de 2003 e torna-se, em 2013, uma proposta de política pública nacional.

No Brasil, houve um processo político complexo de mudança do Estado denominado liberal dos anos 1920 para um Estado de proteção restrita, sem inclusão dos trabalhadores rurais (1930-1945), que prosseguiu até 1971. Com Vargas, o seguro previdenciário foi sendo implantado por categorias profissionais, com contribuições dos trabalhadores, dos patrões e do Estado. É o modelo securitário da velhice.

Durante a Ditadura Militar, foram implementados a Renda Mensal Vitalícia, para os muito pobres, e o Fundo de Previdência Rural (Funrural), para os trabalhadores rurais. O valor de ambos os benefícios era de meio salário mínimo (SM). Isto vigorou até 1988, quando a Constituição implementou o paradigma da seguridade social (previdência pré-paga, saúde universal e assistência social a quem dela necessitar) e também o acesso universal à educação fundamental.

Por sua vez, o Serviço Social do Comércio (Sesc), entidade patronal financiada pelos trabalhadores e consumidores, introduziu no país, a partir de 1963, atividades de centros de convivência voltados para trabalhadores do comércio, abertos a idosos e fora do âmbito filantrópico, religioso ou estatal. As atividades físicas para idosos iniciaram-se em 1974, em Campinas, São Paulo, contrariando preconceitos (Sesc-SP, 2003). O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1975, passou a apoiar os centros de convivência para idosos previdenciários, nos postos de atendimento desse instituto. O primeiro encontro estadual de idosos em São Paulo, em 1979, contou com 750 participantes das unidades do Sesc, com trocas de experiência. Essas iniciativas mostram as dinâmicas institucionais para a inclusão das pessoas idosas.

No contexto da democratização dos anos 1980, com a mobilização contra a ditadura imposta em 1964, houve ampla expressão das lutas pelos direitos, inclusive pelas eleições diretas. Organizações de idosos também se mobilizaram, como assinala Haddad (1993), com destaque para uma concentração de aposentados e pensionistas na Praça da Sé, em São Paulo, em 1989, que combatia o arrocho nos benefícios, em articulação com o movimento sindical. A União dos Aposentados do Brasil se organizou nos anos 1960, e em 1985 foi criada a Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (Cobap). No governo Collor, houve manifestação pública de idosos por meio de movimentos sociais, como na luta pelos 147% de reajuste nas aposentadorias. As organizações sociais vinculadas aos idosos passaram a implementar fóruns, conselhos e manifestações.

A discussão da formulação de uma lei para a PNI se insere nesse contexto de manifestações de pessoas idosas nas ruas, instituições voltadas para o envelhecimento ativo e o envolvimento da academia. Deve-se salientar que a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) foi fundada como sociedade médica em 1961, incluindo-se a gerontologia em 1965, o que foi formalizado em 1968, em reação aos preconceitos sobre a inclusão da velhice na temática social, política e acadêmica (Lopes, 2000).

No início do século XXI, passa a ter visibilidade a perspectiva interdisciplinar no estudo da velhice, que desponta como uma questão crucial para a saúde pública. Passa-se a considerar a velhice, na visão gerontológica crítica, não como fase terminal da vida, ou como segmento isolado, mas como processo e resultado da

vida sociocultural, laborativa e individual e de suas desigualdades nas relações e nas práticas estruturadas na dinâmica de correlação de forças.

No contexto do capitalismo e considerando-se a mudança demográfica, as experiências participativas e a pressão de forças sociais, propõem-se políticas orientadas para a atividade e a manutenção da vida saudável por mais tempo, o que pode reduzir os gastos da seguridade social, melhorando a qualidade de vida no envelhecimento e mantendo a força de trabalho ativa e contribuinte. Esse paradigma de envelhecimento ativo entrou na agenda pública no contexto das mudanças políticas e econômicas relativas à redução do número de contribuintes em comparação ao de aposentados, considerando-se o aumento da longevidade. As políticas para a velhice passam a estimular as atividades físicas e os cuidados com o estilo de vida que reduzem a incidência precoce de doenças.

No Brasil, somente no final de 2013, quase vinte anos após a PNI, é que ocorreu a primeira reunião da Comissão Interministerial do Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo. O colegiado, criado por meio do Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013, tem como objetivo mapear e planejar as políticas públicas voltadas ao atendimento da população idosa no país, com termos de compromisso a serem assinados pelos governadores. Vejamos, na próxima seção, como os direitos da pessoa idosa foram estabelecidos na Lei nº 8.842/1994 (PNI) e a sua relação com os tipos de políticas assinalados.

4 A PNI: PROPOSTA E RESTRIÇÃO DE DIREITOS NA REGULAMENTAÇÃO

O surgimento da PNI, em 1994, coincide com as discussões da chamada falência do financiamento da previdência social e com a mobilização dos idosos para a construção de uma articulação política que atenda às demandas de uma sociedade que envelhece. Em 1993, a Lei nº 8.742, conhecida como a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), já havia regulamentado os benefícios assistenciais para o idoso, com a implantação do benefício de prestação continuada (BPC), e os benefícios eventuais, conforme disposto nos arts. 203 e 204 da CF/1988.

A Lei nº 8.842/1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996, coloca a questão do envelhecimento e da velhice numa ótica transversal que diz respeito a vários ministérios, à família e à sociedade. Segundo Rodrigues (2001), esse decreto foi construído por representantes governamentais e não governamentais, ou seja, com a participação da sociedade.

Foram vetados, na promulgação da Lei nº 8.842/1994, por proposta do Ministério da Fazenda, o inciso IV do art. 8º e o art. 9º, porque levariam à interpretação de que estados e municípios não seriam responsabilizados pelo cofinanciamento da política, o que aumentaria os gastos federais. Os artigos de 11 a 18, que estruturavam o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI),

foram vetados pelo Ministério da Justiça, porque seriam contrários à competência privativa do presidente da República para atribuições de órgãos da administração pública, vetando-se assim a organização de um sistema participativo e evitando-se gastos governamentais.

A PNI constitui uma inovação na formulação de um paradigma de política para a pessoa idosa, definindo princípios que contribuem para a mudança da cultura e da superestrutura jurídico-política, conforme a CF/1988. Entre os princípios da lei, está estabelecido que:

- a família, a sociedade e o Estado devem assegurar ao idoso todos os seus direitos à cidadania com participação na comunidade e defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida, conforme o art. 230, da CF/1988;
- o envelhecimento diz respeito à sociedade em geral;
- a discriminação de qualquer natureza contra o idoso deve ser combatida;
- a pessoa idosa deve se tornar protagonista na proposição e na destinação de políticas específicas; e
- as diferenças sociais, econômicas e regionais devem ser consideradas na aplicação da política (Brasil, 1994).

Segundo esses princípios, combinam-se as dimensões de se assegurarem direitos e de se exercer o protagonismo ou a participação na definição de políticas de envelhecimento. No entanto, esse protagonismo que se exerce nos conselhos de direitos foi boicotado por um veto na própria lei, ou seja, ao mesmo tempo temos avanços e recuos. A força política da mobilização se defronta com a força burocrática e a força das restrições orçamentárias.

A PNI foi publicada no governo Itamar Franco e regulamentada pelo Decreto nº 1.948 dois anos e meio depois de sua promulgação, no governo Fernando Henrique Cardoso, já na ótica da reforma do Estado. Esta reforma já estava avançada por meio do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado por Bresser-Pereira a convite do ex-presidente Fernando Henrique (Bresser-Pereira, 2000). A ênfase do plano era a visão gerencial e a redução do Estado, com meta e organização por resultado, causando muitas polêmicas.

No Decreto nº 1.948/1996, são estabelecidas as funções de cada órgão implicado na política social do idoso numa ótica de competências gerenciais, cabendo ao então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) coordenar essa política (Brasil, 1996). Ao Ministério da Saúde estava determinado garantir a assistência integral à saúde do idoso, inclusive domiciliar, em articulação com os estados e os municípios, além de propiciar medicamentos e realizar a prevenção. O Ministério da Educação deveria viabilizar programa educacional voltado para

o idoso, inclusive na universidade. O Ministério do Trabalho deveria combater a discriminação do idoso no trabalho. O Ministério da Cultura deveria garantir ao idoso tanto a produção como a fruição dos bens culturais, com preços reduzidos. Por fim, ao Ministério da Justiça caberia encaminhar denúncias e combater abusos e lesões aos direitos da pessoa idosa. As viabilizações de direitos são fragmentadas em competências burocráticas de programas a serem definidos por área.

O Decreto nº 1.948/1996 esvazia, de certo modo, importantes diretrizes de participação previstas na PNI, como se destaca a seguir, assinalando-se aquelas presentes na lei e não contempladas no referido decreto:

- a participação do idoso e a integração intergeracional (o decreto menciona apenas o estímulo ao ingresso na universidade);
- a participação do idoso, de sua família e de entidades na formulação de políticas (o decreto menciona apenas o estímulo à participação do idoso no controle social dos conselhos de saúde);
- a descentralização político-administrativa;
- a adequação de currículos (o decreto menciona apenas a inclusão de disciplinas de gerontologia e geriatria nos currículos dos cursos superiores);
- a implementação de um sistema de informação para divulgar a política para idosos; e
- a implementação dos conselhos do idoso (o decreto remete-se apenas ao Conselho Nacional da Seguridade Social e aos conselhos setoriais, aos quais compete, no âmbito da seguridade, a formulação, a coordenação, a supervisão e a avaliação da PNI).

Assim, o decreto foi, de certa forma, um retrocesso à lei de 1994. Ele, contudo, distingue a modalidade asilar e a não asilar de atendimento, legitimando o paradigma filantrópico ao afirmar que o idoso que não tenha meios de prover a sua própria subsistência, que não tenha família ou cuja família não tenha condições de prover sua manutenção terá assegurada a assistência asilar pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, na forma da lei. Na Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, do MPAS e da Secretaria de Estado de Assistência Social (Seas), sobre as normas de funcionamento de serviços de atenção aos idosos no Brasil, há uma definição de serviços a serem prestados aos idosos, mas sem previsão orçamentária para sua execução.

No governo Fernando Henrique Cardoso, priorizou-se na área de assistência o projeto Alvorada,² que propõe reforçar e intensificar o gerenciamento de ações

2. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/relocrys/alvorada/apresentacao.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

com impacto nas condições de vida em alguns estados, bem como nas microrregiões e nos municípios que apresentem Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,500, com critérios de focalização e gerenciamento das ações integrantes. O BPC foi implantado, em 1996, para pessoas com 67 anos ou mais, o que foi modificado pelo Estatuto do Idoso para 65 anos.

No relatório da Secretaria Nacional de Assistência Social, enfatiza-se que o apoio à pessoa idosa é feito por meio de ações asilares e não asilares, destacando-se a realização de 1.918 convênios, que beneficiavam 265.759 idosos (Brasil, 1997). Foi anunciado apenas um “protocolo de intenção” para a implantação de programas de educação em gerontologia social com o Ministério do Trabalho, por meio do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), e a formulação de um plano integrado de ação governamental, mas como proposta da PNI.

A estratégia adotada pelo governo, no Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (1996), era apoiar, seja com orientação técnica, seja com ajuda financeira, “os programas e projetos de forma descentralizada via estados e municípios, com execução dos serviços por intermédio de entidades governamentais e não governamentais, estabelecendo amplo sistema de parceria e articulação”. A execução da política para a pessoa idosa via entidades não governamentais se ancora também na pressão que estas exercem para realizar ações privadas com verba pública. Embora elas possam contribuir para atender a uma parcela da população, o acesso a esses serviços se caracteriza pela destituição (*desentitlement*) de direitos, pois os critérios e as seleções são definidos em cada entidade, mesmo havendo uma norma pública de benefícios para os pobres.

A Secretaria Nacional de Assistência Social criou uma gerência de projetos de atenção à pessoa idosa, devendo-se considerar que, em 2000, a secretaria havia assessorado a constituição de dezoito conselhos estaduais e oito conselhos municipais. Nesse mesmo ano, uma mobilização de idosos também se articulou em cinco fóruns regionais e em 24 fóruns estaduais. Oito estados instituíram sua respectiva política do idoso. No entanto, além do BPC, analisado em outro capítulo deste livro, continuava a política de repasse para serviços de ações continuadas tanto na modalidade asilar como na não asilar. A Portaria nº 2.874, de 30 de agosto de 2000, instituiu modalidades de atendimento para a pessoa idosa, incluindo residência com família acolhedora, residência em casa-lar, residência em república, atendimento em centro-dia e atendimento em centro de convivência. Alguns estados implementaram programas de disque-idoso e de combate à violência intrafamiliar. O Ministério da Saúde implantou a campanha de vacinação contra a gripe e a capacitação de cuidadores, ampliando-se a discussão do Estatuto do Idoso.

Durante o primeiro governo Lula, manteve-se a orientação do ajuste fiscal expresso no documento do Ministério da Fazenda, de 2003, que afirma: “o novo

governo tem como *primeiro compromisso* da política econômica a resolução dos graves problemas que caracterizam nossa história econômica, ou seja, a promoção de um ajuste definitivo das contas públicas” (Brasil, 2003b, p. 8, grifo nosso). Nesse governo, apesar da aprovação do Estatuto do Idoso, também de 2003, a prioridade foi para a redução da pobreza, continuando-se, no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a política de convênios.³

Uma das demandas mais fortes na execução do estatuto foi a regulamentação para o acesso gratuito ou o desconto no valor das passagens interestaduais (arts. 39 e 40), o que foi encaminhado com a emissão da Carteira do Idoso para pessoas com até 2 SMs, conforme cadastro único do MDS. O cadastro também foi regulamentado pela Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT), mas apenas em 26 de outubro de 2006, com a Resolução nº 1.692, garantindo a reserva de duas vagas gratuitas em cada veículo.

A transição da coordenação da PNI do MDS para a Secretaria de Direitos Humanos (SDH) tornou-se objeto de discussão no governo Lula, levando seis anos para ser resolvida oficialmente em 2009. Permanece, contudo, a dicotomia de gestão da política: enquanto os conselhos ficaram na SDH, a coordenação da PNI ficou inicialmente no MDS. Em 2010, foi criado o Fundo Nacional do Idoso, pela Lei nº 12.213. A criação de um fundo dos direitos da pessoa idosa da PNI levou dezesseis anos. Os recursos para a implementação da política eram transferidos aos fundos de assistência social dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, definidos por critérios de prioridade aprovados pelo Conselho Nacional de Assistência Social (Cnas).

A proteção social se coloca como direito e garantia da longevidade e da dignidade, mas entra em contradição com o desmonte neoliberal do Estado de direito. A adequação das instituições à realidade do envelhecimento está ocorrendo de forma muito lenta e ainda faltam condições para a aplicação da legislação. Essa legislação possibilita a consciência da cidadania em todas as idades, mas precisa ser efetivada no pacto federativo e na intersetorialidade, com trabalhos em rede.

Dentro da PNI, a SDH, logo depois da aprovação do Estatuto do Idoso, desenvolveu ações para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, realizando, em abril de 2004, o Seminário Nacional para Formulação de um Plano Nacional, com a participação de vários ministérios. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por sua vez, promulgou a Resolução de Diretoria

3. Convênio é um instrumento específico que disciplina as transferências de recursos públicos que tenham como partícipes, de um lado, a União (representada pelo MDS) e, do outro, municípios, estados ou o Distrito Federal, visando à realização de programas, projetos, atividades ou eventos com duração certa, com objeto definido, de interesse recíproco e em regime de mútua cooperação. Disponível em: <<http://transparencia.gov.br/convenios/ConveniosListaEstados.asp?UF=&Estado=&CodMunicipio=&Municipio=undefined&CodOrgao=55000&Orgao=MINISTERIO+DO+DESENV%2E+SOCIAL+E+COMBATE+A+FOME&TipoConsulta=1&Periodo=>>>.

Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005, a qual define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos (Ilpis) e serve como parâmetro para a fiscalização destas.

Ao se atribuir à SDH a coordenação da PNI, propôs-se também a articulação de rede nacional de proteção dos direitos da pessoa idosa, o apoio à capacitação de pessoal, o encaminhamento de denúncias de violência e o zelo, junto com o conselho, pela aplicação de normas de proteção ao idoso (Decreto nº 6.800, de 18 de março de 2009).

5 O PROTAGONISMO DAS PESSOAS IDOSAS

Por pressão social, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Deputados deu apoio à tramitação do Estatuto do Idoso em 2001. Em primeiro lugar, é preciso salientar que esse estatuto, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, estabelece que o objetivo da lei “é regular os direitos assegurados” (Brasil, 2003a, art. 1º). Em outras palavras, tem como foco a cidadanização, a ruptura com os paradigmas filantrópico e securitário, adotando a combinação do paradigma da seguridade com o do envelhecimento ativo. Aliás, no seu art. 8º, estabelece que o envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção é social, não desvinculando a singularidade da sociedade. O estatuto considera a velhice no contexto dos direitos fundamentais da pessoa humana, salientando a dignidade. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu art. 1º, já assinalava: “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (Unesco, 1998).

O conceito de dignidade é cultural e ético, no respeito aos valores e à consideração devidos à pessoa humana no seu desenvolvimento e *status* humano, portanto, destinada a viver em liberdade, autonomia, proteção e participação. Os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas – adotados pela Resolução nº 46, de 16 de dezembro de 1991, da Assembleia-Geral das Nações Unidas, levando em consideração o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento de 1982, aprovado na I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento – destacavam como diretriz assegurar a independência, a participação, a assistência e a realização pessoal das pessoas idosas.

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento de 2002, resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, amplia as diretrizes do plano de 1982, ao enfatizar a necessidade de um ambiente propício e favorável às pessoas idosas, do combate à violência e de serviços adequados, tendo como tema 1 a participação ativa dessa faixa etária na sociedade e no desenvolvimento. Dentro deste tema, o primeiro objetivo é o reconhecimento da contribuição social, cultural, econômica e política das pessoas idosas; e o segundo, a participação de idosos nos processos de tomada de decisão em todos os níveis, incluindo, portanto, a família, as organizações e as políticas.

Faleiros (2013b, p. 36) afirma que: “autonomia significa consciência, capacidade e possibilidade relacional para tomar decisões a respeito de si e da sua relação com o mundo, de forma interdependente, num contexto sociopolítico-cultural e como sujeito social e político, com expressão de sua voz e respeito por ela”. Nesse sentido, a autonomia implica reflexão e poder de agir com dispositivos e oportunidades de intervir no contexto. Participação implica poder. Poder é uma relação de forças.

A discussão da participação faz com que o direito seja reconhecido e exercido, garantindo-se a palavra e seu respeito. O art. 10 do Estatuto do Idoso coloca a participação na vida familiar, comunitária e política como uma dimensão do direito à liberdade, mas é preciso considerar que a experiência e o exercício da política implicam o direito de votar e de ser votado, de ser politicamente ativo, de intervir nas organizações e nas manifestações políticas.

O estatuto tornou muito mais clara e operacional a descentralização das políticas para o envelhecimento, com maior peso para as municipalidades, inclusive na criação dos conselhos de direitos da pessoa idosa. Este é um lugar de exercício da palavra do idoso, mas nem sempre é composto majoritariamente por esse segmento da sociedade.

A cidadania pressupõe instituições e redes que estabeleçam relações e efetivação de direitos. Uma das instituições de democracia participativa mais importantes, de controle democrático das políticas públicas, são os conselhos de direitos, denominados de controle social, enquanto exercem a função de zelar pelas políticas e direitos das pessoas idosas, com a participação do Estado e da sociedade. Com os vetos à Lei nº 8.842/1994, o CNDI só veio a ser criado no final de 2002, pelo Decreto nº 4.227, ainda na gestão de Fernando Henrique Cardoso, então sob a égide do Ministério da Justiça, com dez representantes do Estado e dez da sociedade civil.

No primeiro semestre de 2003, realizou-se a primeira reunião do CNDI. Muitos estados se anteciparam ao governo federal e, em abril de 2004, existiam dezenove conselhos estaduais do idoso. Em 2006, houve o IV Encontro Nacional de Conselhos de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa,⁴ e a região Sudeste realizou seu VIII Fórum Permanente da Política Nacional do Idoso. A implantação e a organização dos conselhos estão articuladas à mobilização social.

No art. 53, o Estatuto do Idoso dá nova redação ao art. 7º da Lei nº 8.842/1994, assinalando que “compete aos conselhos de que trata o art. 6º desta lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas” (Brasil, 2003a). Faltou ao legislador estabelecer, nessa lei, o caráter deliberativo desses conselhos,

4. Para mais informações sobre o evento, ver Brasil (2006).

não apenas na sua função de zelo pelos direitos das pessoas idosas, mas também na formulação de diretrizes e normas que se tornem obrigatórias, o que veio a ser corrigido pelo Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004, integrante da estrutura básica da SDH. Porém, lamentavelmente, nas três esferas de governo, o poder público tem desrespeitado esse caráter deliberativo.

Essa mobilização se solidificou com as conferências municipais, estaduais e nacionais dos direitos da pessoa idosa, que envolveram a sociedade, ou seja, a instituição do conselho tornou-se uma oportunidade de ser também instituinte da mobilização, variando de cidade para cidade. Algumas já haviam criado os fóruns de direitos da pessoa idosa. No século XXI, aumenta-se a perspectiva de pressão pelos direitos e por sua efetivação, tornando a cidadania mais presente para essa faixa etária.

As três CNDPIs destacadas neste estudo (2006, 2009 e 2011) contaram com a participação de representantes de todo o país e com recomendações em várias áreas do envelhecimento. Na terceira houve priorização, na relação com as políticas públicas, da necessidade de pactuar a intersectorialidade com a gestão integrada. Houve também a recomendação de ampliar o acesso à educação e assegurar a participação efetiva da pessoa idosa no planejamento dos programas sociais para a defesa dos seus direitos. Além disso, deliberou-se pela criação da Secretaria Nacional do Idoso e pela garantia de programas de prevenção para a qualidade de vida. No entanto, contrariando a deliberação desta CNDPI, tal secretaria ainda não foi criada, nem provida de recursos suficientes e de pessoal competente para coordenar a PNI.

Segundo a pesquisa de Néri (2007), a participação dos idosos na vida política é pequena, tornando-se a política assunto de interesse para apenas 13% dos idosos. O tempo de lazer é, para a maioria, o de ver televisão, anotando-se que 93% assistem televisão em casa e 72% disseram ter preferência pelas atividades desenvolvidas em casa. Do ponto de vista da saúde, como será assinalado a seguir, apenas um quarto dos idosos pratica atividades físicas. Essas atividades também dependem da acessibilidade, das condições do território.

5.1 A efetivação dos direitos: trabalho e previdência

Nas sociedades capitalistas, o trabalho é condição da vida, configurando-se, conforme Marx (1983), em trabalho objetivo e trabalho vivo, resultantes em mercadorias e na sobrevivência e manutenção da força de trabalho, também mercadoria para o capital. O trabalho significa, igualmente, um lugar social de identidade e de trocas, de organização e de sofrimento.

Os idosos passaram por uma história de trabalho e uma boa parte deles continua trabalhando, com uma taxa de ocupação que chegou a 27% para as

pessoas de 60 anos ou mais em 2011, um total de 23.449.000 (IBGE, 2012). Vale salientar que 15,4% das pessoas de 60 anos ou mais se encontravam aposentadas e ocupadas. Na faixa de 70 anos ou mais, 33,8% das pessoas, mesmo ocupadas, tinham rendimento do trabalho nulo (IBGE, 2012, p. 43). Na faixa etária de 60 anos ou mais, a proporção de ocupados com rendimento nulo pontuava 21,0%.

O trabalho é diversificado, salientando Cerqueira *et al.* (2011) que, em São Paulo, os idosos que trabalham na rua se configuram como plaqueiros, engraxates, carregadores, carroceiros, “*office-velhos*”, cartomantes, escritores, feirantes, entregadores, controladores de acesso, não raramente com trabalho intermediado por agências. O trabalho voluntário em igrejas, nas comunidades ou em organizações não governamentais (ONGs) possibilita tanto a continuidade de práticas como a sua mudança, conforme o contexto de condições e de possibilidades.

O trabalho ou ocupação é *habitus* (Bourdieu e Wacquant, 1992) incorporado ao longo da vida, nem sempre exercido com dignidade, muitas vezes, de forma rotativa e informal. No entanto, a aposentadoria por idade pode refletir a precarização do trabalho, incluindo o exercício do trabalho informal para sobreviver.

Em 2014, no Brasil, segundo pesquisa encomendada pelo Instituto para Desenvolvimento do Varejo, havia aproximadamente 40% de trabalhadores na informalidade, o que também dificulta ou impede, inclusive pela baixa remuneração, a contribuição.⁵ A aposentadoria por idade só é alcançada por idosos com 65 anos de idade e por idosas com 60 anos e quinze anos de contribuição. Mais da metade dos beneficiários tem 65 anos ou mais e o maior estoque de benefícios, no caso das mulheres, é o de aposentadorias por idade, enquanto para os homens é o de tempo de contribuição.

A efetivação dos direitos é um processo histórico que tem garantias e custos. É preciso destacar que, por meio da seguridade social, estabelecem-se as condições de participação na vida social, econômica, cultural e política. A disponibilidade de rendimento é primordial – sendo a previdência social a mais crucial e uma das mais polemizadas políticas para a pessoa idosa, para a manutenção da renda e a redução da pobreza –, garantindo autonomia financeira (embora limitada), identidade social, possibilidade de trocas e solidariedade familiar.

A ampliação da cobertura e da arrecadação da previdência, no contexto de redução do trabalho assalariado, facilitou a inclusão dos autônomos (Lei nº 10.666, de 8/5/2003) e dos trabalhadores de baixa renda que trabalhem em atividades em sua residência (Emenda Constitucional nº 47, de 5/7/2005). Provocou também redução da alíquota de 20% para 11% sobre o SM para trabalhadores que prestem

5. Disponível em: <http://www.idv.org.br/docs/Diagnostico-da-informalidade_2014_resumo-livro-IDV-vfinal.pdf>.

serviços para pessoas físicas, sem direito à aposentadoria por tempo de contribuição (Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006).

A desigualdade no trabalho e na previdência persiste, apesar da queda da pobreza entre idosos. Segundo dados do Ipea (2014), a proporção de pessoas com mais de 65 anos na extrema pobreza caiu de 8,0%, em 1990, para 0,7%, em 2012. Mas a maioria relativa desse segmento (49,0%) continua com rendimentos de até 1 SM e 72,4% têm rendimentos de até 2 SMs.

O BPC, estabelecido pela Loas de 1993, não é contributivo e atende a pessoas com 65 anos ou mais cuja renda *per capita* familiar não ultrapassa um quarto do SM vigente, ou seja, os muito pobres. Quanto menor a renda, mais desprotegido fica o trabalhador, sendo de 100% a desproteção para aqueles que ganham menos de 1 SM por falta de capacidade contributiva, alcançando, em 2008, mais de 13 milhões de trabalhadores (Barbieri, Ansiliero e Costanzi, 2009). Ainda, segundo os autores, os brancos (70,8%) têm mais proteção que os negros (63,5%) e os indígenas (60,8%).

Os movimentos de aposentados não restritos a maiores de 60 anos, de modo especial a Cobap, têm se posicionado contrários às reformas e às mudanças na previdência social, aliados a vários sindicatos e centrais sindicais. A Associação Democrática dos Metalúrgicos Aposentados e Pensionistas de São José dos Campos foi fundada em agosto de 1999 e edita o *site* Voz do Aposentado. Está filiada à Central Sindical Conlutas.

Funcionários públicos se mobilizam pelos direitos dos aposentados, destacando-se o Movimento dos Servidores Públicos Aposentados e Pensionistas (Mosap), com início em 1992, mas registrado em 1999. Esse movimento aglutina diversas agremiações de servidores ativos, aposentados e pensionistas, pagos pelo Tesouro, em níveis federal, estadual e municipal, sem pessoas físicas no seu quadro de filiados. Tem apoio do Sindicato dos Auditores Fiscais da Receita Federal (Unafisco).

A Confederação dos Trabalhadores da Agricultura (Contag) criou a Secretaria da Terceira Idade, que realiza plenárias, seminários, encontros e reuniões para levar informações, debater e preparar a população idosa rural para um processo permanente de busca de um envelhecimento saudável e ativo no campo. Além dessa bandeira de luta, seguem outras, voltando-se para as condições de aposentadoria, saúde, acesso à terra, educação, combate à violência. Os sindicatos mantêm como associados os aposentados, com plena possibilidade de participação nas assembleias e diretorias.

Continua aberto para as pessoas idosas o mercado de consumo, que se ampliou pelo acesso ao crédito, principalmente ao crédito consignado. Isto acentua

o comprometimento da renda dos aposentados.⁶ Segundo dados disponíveis do INSS, observa-se que:

dos 1.046.291 de empréstimos concedidos em março de 2014 [correspondentes a R\$ 3,543 bilhões], 921.484 foram parcelados entre 49 e 60 meses. A maior parte dos segurados que realizou operações de crédito em março estava na faixa etária de 60 a 69 anos: 418.224 pessoas. Em seguida, a faixa com mais contratos ficou entre 70 e 79 anos, responsável por 264.640 segurados (Operações..., 2014).

Não raramente, o crédito serve às necessidades da família e não à dos próprios idosos.

5.2 Protagonismo e saúde

A saúde, direito universal, juntamente com a disponibilidade de renda, é condição fundamental de protagonismo, pressupondo a participação e a integração dos serviços. O declínio nas condições de funcionalidade e de saúde está associado ao processo e às condições sociais (U.S. National Institute of Aging e WHO, 2011), o que dificulta o protagonismo e exige mais cidadanização.

No Brasil, apesar das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o fornecimento de medicamentos (nas unidades básicas de saúde e via Farmácia Popular), a atuação na forma de governança em redes para garantir o acesso e a qualidade do cuidado ainda deixa muito a desejar. Esta pressupõe a construção democrática de uma teia de compromissos para realizar o trabalho público, com parcerias, alinhamento de processos, diversificação das escolhas na perspectiva do cidadão, inclusive com uso da tecnologia (Goldsmith e Eggers, 2006). Essa gestão implica compreender a multidimensionalidade da ação, a interdisciplinaridade e a totalidade das relações no contexto, com participação dos sujeitos e do público.

Estima-se que 75% dos idosos recorrem ao SUS para a atenção à saúde (Fernandes e Soares, 2012). O SUS, por sua vez, atende às demandas com demora e, muitas vezes, sem a infraestrutura necessária, recaindo sobre a família o cuidado dos idosos dependentes, embora a legislação, como vimos, preveja várias alternativas de serviços.

6. Em 13 de julho de 2015, medida provisória publicada no Diário Oficial da União aumentou o limite do crédito consignado – descontado mensalmente da folha de pagamento do trabalhador, aposentado ou pensionista – de 30% da renda para 35%. Essa porcentagem a mais, de 5%, somente poderá ser usada para bancar as despesas com cartão de crédito. Ou seja, além de o trabalhador poder pedir um crédito ao banco equivalente a até 30% do que ganha por mês, como antes, ele também poderá comprometer mais 5% do seu salário para pagar suas dívidas com cartão de crédito, que tem taxas de juros muito mais altas. No mesmo dia, foi divulgada pesquisa da Serasa Experian, que aponta que 7,0 milhões de idosos estão inadimplentes, representando 12,4% dos 56,7 milhões de brasileiros inadimplentes. Uma das explicações para o crescimento da fatia de idosos inadimplentes estaria relacionada com o crédito consignado. Como esse tipo de financiamento é mais acessível aos aposentados, em momentos de alta da inflação e aumento do desemprego, muitos deles são levados a solicitar este tipo de crédito para socorrer as contas da casa.

Em 2002, foram propostas redes estaduais de assistência à saúde do idoso (Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002, do Ministério da Saúde), com normas para centros de referência em atenção à saúde do idoso (Portaria nº 249, de 16 de abril de 2002, também do Ministério da Saúde). Estes centros, porém, continuam em número insuficiente e atuam de forma independente e desarticulada da atenção primária e secundária na maior parte do país.

É de se salientar, nessa perspectiva, que tais normativas do Ministério da Saúde estabeleceram uma política de atendimento domiciliar, tanto pela ESF como pelo incentivo à implementação de serviços domiciliares, em parceria com estados e municípios, conforme a Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS, em articulação com o Serviço de Assistência Médica de Urgência (Samu). Além disso, essas iniciativas contemplam a população idosa, mas não reconhecem sua especificidade e sua heterogeneidade.

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é muito insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a efetivação de direitos dos idosos, a ampliação da ESF, que revelou a presença de idosos e famílias frágeis, em situação de grande vulnerabilidade social, e a inserção ainda incipiente das redes estaduais de assistência à saúde do idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), conforme Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Tal política estabeleceu a centralidade da ação da saúde na promoção do envelhecimento ativo, da capacidade funcional do idoso, da atenção integral, integrada e de qualidade da participação social.

Nos anos 2000, foram publicados três documentos de relevância para a atuação do SUS na área do envelhecimento: o Pacto de Gestão (2005), o Pacto pela Saúde (2005) e o Pacto pela Vida (2006). Em todos, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, torna-se incontornável, e mesmo crucial, para a discussão e a formulação de estratégias de ação que abranjam todo o país.

A atuação em rede é novamente mencionada na Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde, que formalizou o Pacto pela Saúde. Dessa maneira, tornou-se imprescindível a revisão das portarias nºs 702/2002 e 249/2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

Essa rede, na prática, ainda depende de contatos pessoais, e seus fluxos ainda estão pouco institucionalizados (Faleiros e Rapozo, 2011). Há iniciativas municipais diversas, tanto no sentido de promover o envelhecimento ativo, como na atenção hospitalar, quanto no de articular serviços no território (Rosa, Barroso e Louvison, 2013).

As estratégias propostas no âmbito da saúde ainda não são capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas. O Pacto pela Vida (2006), que define a pessoa idosa como alvo prioritário de ações em saúde, não estabeleceu quaisquer metas para o gestor de saúde quanto à população idosa, a não ser a redução em 2% das internações por fratura de fêmur e a cobertura vacinal, que foram incluídas como metas, mas sem qualquer sanção positiva ou negativa quanto ao seu cumprimento.

No âmbito do abrigo ou de Ilpis, há que se salientar que a maioria dessas instituições está sob a égide da filantropia, o que mostra a presença do já mencionado paradigma filantrópico. De todas as instituições pesquisadas por Camarano (2010), apenas 5,2% eram públicas. Estas comportam um número reduzido de pessoas idosas, em torno de 1% (Camarano, 2010), recaindo o cuidado sobre a família. No entanto, conforme permitido pelo Estatuto do Idoso (art. 35), 70% dos benefícios das pessoas idosas abrigadas são utilizados para pagamento das Ilpis. Não são raros os conflitos familiares com idosos institucionalizados, referentes à própria institucionalização (Faleiros e Morano, 2009) e à apropriação da renda dos idosos. Porto e Koller (2008) afirmam, a partir de pesquisa com pessoas idosas institucionalizadas, que uma das queixas mais frequentes referia-se à indisponibilidade por parte da família de recursos da própria pessoa idosa.

Em suma, a saúde é condição fundamental para se envelhecer bem, sua falta é percebida na perda da capacidade funcional e se torna a principal queixa do envelhecimento (Faleiros e Afonso, 2008).

5.3 Protagonismo e estilo de vida

Há interação entre as condições sociais, ambientais, culturais, de gênero e o processo participativo e de cidadania. O envelhecimento ativo implica ser participativo. O documento da OMS (2005) salienta que o envelhecimento ativo é a otimização de oportunidades para a qualidade de vida, mas existe o viés de que essa otimização seja feita pelo esforço dos sujeitos, com a confusão entre protagonismo e voluntarismo ou autocuidado. O protagonismo recai sobre o indivíduo, sem que se priorizem as oportunidades.

Há iniciativas municipais de diferentes tipos (Rosa, Barroso e Louvison, 2013), inspiradas muitas vezes na proposta de cidade amiga do idoso, lançada em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual culminou anos depois no lançamento do *Guia Global: cidade amiga do idoso* (OMS, 2008).

Os municípios necessitam de um plano estratégico para a população idosa, mas iniciativas são bastante diversificadas, incluindo centros de convivência, programas de caminhada, prevenção, informação, cinema, inclusão digital, danças,

atividades físicas, entre outras. Esse despertar dos municípios pode proporcionar mais protagonismo e cidadanização.

A mudança no estilo de vida é uma questão complexa que envolve as condições objetivas e subjetivas. Objetivamente, os pobres não podem fazer dieta mediterrânea, frequentar academias, tomar vinho tinto, como recomendam certos geriatras. O estilo de vida que promove o envelhecimento ativo depende das condições de renda, escolaridade, moradia, suporte familiar e políticas públicas, entre outras. Está aumentando o número de idosos que fazem atividade física regular, mas em 2000 eram apenas 26,5% segundo dados da cidade de São Paulo (Duarte, Lebrão e Lima, 2005).

5.4 Protagonismo e educação

A educação e a escolarização são condições para o protagonismo, sendo a política de escolarização para os idosos uma das maiores deficiências na implementação da cidadania, na efetivação de direitos e na participação. Com efeito, é por meio da escolaridade que se aumentam as chances de adesão a medicamentos, exercícios, saúde bucal, redução da violência (Faleiros, 2007). Mascarenhas *et al.* (2012) constatam que as notificações de violência no sistema de saúde são de 87,5% para pessoas com oito anos de estudo ou menos e de 12,5% para pessoas com nove anos ou mais de estudo. Botoni *et al.* (2014, p. 11) dizem que “o envelhecimento bem-sucedido pode ser privilégio de classes mais favorecidas”. No tocante ao direito à educação, pode-se constatar que ele foi negado à boa parte da população idosa ao longo de sua trajetória de vida, reduzindo sua *cidadanização*.

Uma das iniciativas em matéria de educação foram as universidades da terceira idade. Na França, já se esboçava tal universidade, com a primeira instituição estabelecida em 1973, em Toulouse, e se considerava a velhice como uma etapa de transformação das suas condições e não de estagnação, cunhando-se o termo terceira idade ou velhice bem-sucedida. No Brasil, essa iniciativa existe na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) desde 1983 e na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no Rio Grande do Sul, desde 1985, ampliando-se na década de 1990 (Palma, 2000). A Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ) foi formalizada, em 1993, como centro de convivência e de formação (Veras e Caldas, 2004).

O acesso à educação pela atual coorte de idosos foi muito precário e reduzido, bastando lembrar a falta de escolas e a vida rural de uma boa parte dessa geração. Em 2011, a média de anos de estudo na população com 60 anos ou mais ainda era de apenas 4,4 anos, e 32% desta população era “sem instrução” ou tinha menos de um ano de estudo (IBGE, 2012). Essa porcentagem dos sem instrução chega a 51,2% no Nordeste, sendo mais acentuada entre mulheres. É razoável pensar que

essa proporção vá diminuir, pois as coortes mais jovens são mais educadas, mas tampouco tem havido uma política consistente de escolaridade para essa população. Sem escolaridade, torna-se mais difícil a comunicação e o enfrentamento da vida contemporânea e da violência.

Ao longo do processo de envelhecimento, as pessoas idosas estão buscando a formação e são necessárias mais condições para isso, por exemplo, o fortalecimento da educação de jovens e adultos (EJA). Segundo o IBGE (2012), do total de 1.241.000 pessoas que frequentavam a EJA em 2011, apenas 3,7% tinham 60 anos ou mais, ou seja, 45.917 pessoas numa coorte de 23,5 milhões de pessoas. Várias iniciativas têm sido feitas em centros-dia pelo Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos (Mova), pelas bibliotecas e por ONGs para a inclusão escolar de pessoas idosas.

5.5 Protagonismo por cor, raça e gênero

As pessoas envelhecem nas condições econômicas e sociais em que viveram, sendo mais reduzida a escolaridade entre as pessoas de cor preta. Seguindo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e com dados da pesquisa de Néri (2007), os idosos de cor branca no Brasil correspondem a 54% (a maioria); da cor preta, a 12%; parda, a 16%; amarela, a 2%; os indígenas, a 4%; os morenos, a 6%; e 4% se declaram de outra cor. No entanto, entre os que ganham mais de 5 SMs, 70% são brancos e 6,6% são negros, o que reflete a desigualdade racial do país.

Entre os idosos de cor preta, há mais homens (52%) que mulheres (48%), contrapondo-se à divisão sexual descrita de maioria de mulheres. Há maior proporção de negros idosos no mercado de trabalho (28%) que a média geral dos idosos (23%). Entre os que não foram à escola, a proporção de negros (24%) é superior à média dos idosos (18%), sendo que 30% não sabem ler e escrever, enquanto a proporção de brancos que não frequentou a escola é de 23%. Entre os de cor preta, 17% estão aposentados e trabalhando, o que acontece para 9% dos brancos. Esses dados mostram a desigualdade social de raça e cor existente no Brasil, que permanece na velhice.

5.6 Protagonismo e família

Diante das limitações das políticas sociais e de sua deficiência em garantir os direitos estabelecidos, grande parte da atenção à pessoa idosa recai sobre a família, que também tem suas limitações pela redução do número de filhos, pela inserção de seus membros no trabalho ou no estudo, pelo desemprego. Mudanças na família brasileira vêm ocorrendo de maneira expressiva em razão da transformação das condições de trabalho, principalmente do trabalho da mulher e da estrutura do mercado, acrescentando-se a queda da fecundidade e os novos arranjos de convivência, inclusive com a facilitação do divórcio.

Na população em geral, a proporção de casais sem filhos passou de 13,8%, em 2001, para 18,5%, em 2011 (IBGE, 2012); e a proporção de unidades unipessoais, de 9,2% para 12,4% no mesmo período, variando de 8,0%, no Amazonas, a 17,1%, no Rio de Janeiro. Nas famílias com pessoas de 60 anos ou mais em 2009, existiam 13,8% de arranjos unipessoais, 23,8% de casais sem filhos, 10,5% morando com outras pessoas e sem a presença de filhos, e 43,2% morando com filhos, sendo que este tipo de família é mais prevalente no Norte e no Nordeste.

Dados do IBGE de 2011 mostram que havia 3,4 milhões de idosos de 60 anos ou mais de idade (14,4%) vivendo em domicílios unipessoais (IBGE, 2012, p. 41). Conforme a mesma fonte, no total de arranjos unipessoais, havia 42,3% de arranjo unipessoal na faixa etária de 60 anos ou mais, mostrando que as pessoas idosas estão vivendo sós.

A condição de alguns domicílios ainda é precária, pois o acesso simultâneo a energia elétrica e saneamento ainda deixa de fora 30,6% deles, alcançando 69,4% do total de domicílios. Ou seja, morar em família não assegura, *per se*, a cidadania, mas propicia o afeto, a avosidade, as trocas de reconhecimento, se houver acolhida da família a seus membros. As condições dos domicílios urbanos não são cidadãs. Aqueles com rendimento mensal domiciliar *per capita* de até meio SM só alcançavam 10,8% na simultaneidade de iluminação elétrica, computador, televisão em cores e máquina de lavar (IBGE, 2012).

Quanto à autonomia financeira, Néri (2007) mostra que 71% dos idosos em geral têm controle total do seu dinheiro; 14% têm controle parcial; e 5% não têm controle algum. Porém, na faixa acima dos 80 anos, 62% dos idosos não controlam seu dinheiro. A pesquisa apura, ainda, que 8% não possuem renda.

Apesar das mudanças na família, as pessoas idosas com 60 anos ou mais ainda são pessoas de referência em 64,1% dos domicílios, sendo cônjuges em 23,8% e em outra condição em 12,1% (IBGE, 2010). Contudo, as mudanças na família implicam conflitos de cuidado e de orçamento do conjunto do grupo familiar. Nessas relações familiares, há o conflito entre a autonomia, como valorização da decisão do idoso, e a interferência de novas gerações que têm interesses pessoais, sem envolver os idosos.

Conforme o projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Sabe), em São Paulo, os arranjos familiares foram os que mais supriram as demandas assistenciais, inclusive com arranjos trigeracionais (Duarte, Lebrão e Lima, 2005). O Estado que estabelece obrigações de cuidado para a família se mostra, por sua vez, precário. Por exemplo, quais serviços estão assegurados para uma pessoa idosa dependente que não tem familiares e tem por renda apenas 1 SM?

Por sua vez, a vida mais longa junto à família e os novos papéis a serem exercidos pelos seus membros implicam maior atenção à fragilidade e à dependência do segmento idoso, e também podem trazer estresse aos cuidadores. Assim, as famílias se apresentam com menos possibilidade de cuidado, em contradição às expectativas dos textos legais.

Além disso, um maior número de idosos é levado a cuidar de idosos. Tendo em vista que o papel de cuidador implica uma questão de gênero (Faleiros, 2013a) e que a proporção de mulheres sozinhas (em 2003, de 10,95%) é maior que a de homens (em 2003, de 1,94%), exige-se uma discussão da necessidade de suporte familiar para o cuidado, da sobrecarga da mulher e do suporte das políticas públicas, hoje muito limitadas no atendimento domiciliar.

Finalmente, uma das dimensões implicadas nas relações intergeracionais é a avosidade, com relações diversificadas que vão de obrigação, até mesmo por prisão ou trabalho dos genitores, a encontros livres. Esses encontros são decididos em acordo com os avós para mútua satisfação. A satisfação entre netos e avós é também uma aprendizagem.

5.7 Violação de direitos: negação da cidadania, da discriminação e do protagonismo das denúncias

A violação de direitos das pessoas idosas é cotidiana, persistente e difundida na sociedade e na família, configurando uma violação da cidadania. Nos anos pós-PNI, o combate à violência contra a pessoa idosa foi articulado pelo Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, de 2004, além da criação de alguns centros vinculados ao âmbito dos direitos humanos. Com a implantação de centros de referência especializados em assistência social (Creas) e a ação do Ministério Público, passaram a existir serviços como ações judiciais para, respectivamente, a defesa dos idosos e a atenção às denúncias de violência. No Disque 100 – transformado em Disque Direitos Humanos –, há uma opção para denúncias de violência contra as pessoas idosas desde 2011. Em 2012, houve 25.523 denúncias, um aumento de 186,17% em relação ao ano anterior. Em alguns estados, há disque-denúncias desde os anos 1990, mas não há uniformização de critérios de classificação das denúncias (Faleiros, 2007).

Em julho de 2011, foi promulgada a Lei nº 12.461, que altera o art. 19 do Estatuto do Idoso, tornando compulsória a notificação pelos serviços de saúde públicos e privados às autoridades de suspeitas ou da confirmação de atos de violência praticados contra idosos. As autoridades são as seguintes: Ministério Público; conselho municipal da pessoa idosa; conselho estadual; e autoridade policial. Já se salientou que existe um Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa desde 2004, mas há uma operacionalização desse

enfrentamento tanto em alguns centros vinculados ao âmbito dos direitos humanos como em outros vinculados à assistência social, os Creas. Também o Ministério Público oferece serviços, inclusive a propositura de ações judiciais, para a defesa de direitos dos idosos.

A violência contra a pessoa idosa tem uma expressão estrutural nas condições de vida e na discriminação, uma expressão intrafamiliar com violência psicológica, financeira e física, cada uma com, aproximadamente, 30% de incidência, segundo Faleiros (2007). Ainda segundo o autor, em ampla pesquisa nas 27 capitais brasileiras, constatou-se que a violência tem uma incidência diferenciada, atingindo mais as mulheres (60% das vítimas) e tendo como agressores filhos e filhas (54%). A prevalência da violência contra a pessoa idosa foi indigitada na pesquisa de Néri (2007), que revelou que 15% dos idosos de 60 anos ou mais relataram ter sofrido violência.

O combate à violência pressupõe que se tenha como horizonte da cidadanização uma sociedade para todas as gerações, a efetivação dos direitos, um ambiente amigável e adaptado, a formação de profissionais e de cuidadores, o envelhecimento participativo na sociedade, e ativo física e socialmente.

5.8 Conselhos, conferências, centros de referência

A implantação de conselhos de direitos da pessoa idosa foi uma oportunidade de expressão organizada das demandas do envelhecimento, de protagonismo, de incidência em políticas. Segundo Pogrebinski (2012), as conferências nacionais são uma das formas importantes de protagonismo e participação. De 2006 a 2012, foram realizadas três CNDPIs. Está prevista para 2016 a quarta conferência sobre o protagonismo das pessoas idosas. A primeira conferência teve oito eixos de discussão, como segue:

- ações para efetivação dos direitos da pessoa idosa (46 deliberações);
- violência contra idosos (18 deliberações);
- saúde da pessoa idosa (86 deliberações);
- previdência social (30 deliberações);
- assistência social à pessoa idosa (25 deliberações);
- financiamento e orçamento público (26 deliberações);
- educação, cultura, esporte e lazer (38 deliberações); e
- controle democrático: o papel dos conselhos (21 deliberações).

A palavra protagonismo aparece nas deliberações da primeira CNDPI relativamente aos programas de mídia, e a expressão participação de pessoas idosas

aparece no sentido de promover fóruns, de sensibilizar a sociedade, de participação no lazer e nos jogos, no orçamento, na elaboração de planos, nos conselhos de políticas públicas e na previdência.

A segunda CNDPI, realizada em março de 2009, mobilizou, aproximadamente, 61 mil pessoas, em 1.154 municípios, por meio de reuniões ou encontros prévios municipais, regionais e estaduais, sob a coordenação da então SDH, com representantes governamentais e não governamentais (Brasil, 2010). Teve como tema as redes sociais, com nove eixos temáticos:

- efetivação de direitos (50 deliberações);
- enfrentamento à violência (16 deliberações);
- atenção à saúde (63 deliberações);
- previdência social (23 deliberações);
- assistência social (44 deliberações);
- educação, cultura, esporte, lazer (26 deliberações);
- transportes, cidade e meio ambiente (18 deliberações);
- gestão, participação e controle democráticos (28 deliberações); e
- financiamento (38 deliberações).

As deliberações enfatizaram a necessidade de implantação dos serviços, do fortalecimento das organizações e da valorização da pessoa idosa. Entre as deliberações, está a promoção do fortalecimento dos fóruns de participação da sociedade civil, dos idosos, dos profissionais e dos interessados em questões referentes ao segmento idoso, para incentivar a organização do movimento social e o exercício da cidadania (Pogrebinschi, 2012).

A terceira CNDPI, realizada de 23 a 25 de novembro de 2011, aprovou 26 deliberações em quatro eixos:

- envelhecimento e políticas de Estado – pactuar caminhos intersetoriais (10 deliberações);
- protagonismo da pessoa idosa na conquista e na efetivação dos seus direitos (5 deliberações);
- fortalecimento e integração dos conselhos – existir, participar, estar ao alcance, comprometer-se com a defesa dos direitos dos idosos (6 deliberações); e
- diretrizes orçamentárias, plano integrado e orçamento público da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios – conhecer para exigir, exigir para incluir, fiscalizar (5 deliberações).

Destaca-se a preocupação em implantar o Sistema de Garantia de Direitos da Pessoa idosa com delegacias, centros, promotorias, serviços em rede dentro de um plano nacional. Uma das deliberações diz: “garantir a participação efetiva da pessoa idosa no planejamento dos programas sociais nas áreas de saúde, educação e assistência social com base no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento” (Brasil, 2011, p. 2).

A terceira conferência nacional acentua a necessidade de fortalecer os conselhos e de garantir orçamentos para a consolidação da institucionalidade. Aprovou uma opção para repor as perdas dos aposentados que ganham mais de 1 SM e a ampliação do BPC para as pessoas com 60 anos ou mais.

Na perspectiva do instituinte, a implantação de fóruns é fundamental para mobilizar as pessoas idosas e a sociedade para a questão da velhice. Segundo informações do *site* do Fórum Nacional Permanente da Sociedade Civil pelos Direitos da Pessoa Idosa, este fórum:

criado em 25 de novembro de 2010, é uma articulação nacional de fóruns estaduais permanentes, coordenados exclusivamente pela sociedade civil, (...) de caráter permanente, organizado como espaços públicos legítimos de representação, mobilização, participação social e protagonismo no processo de conquista e defesa de direitos da pessoa idosa.⁷

O fórum já realizou seu sexto encontro em 2014. Em 2015, manifestou-se contra o Projeto de Lei (PL) nº 262, de 2 de setembro de 2014, que objetiva alterar a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, “a fim de dispor sobre o tempo de mandato, a posse e a época de realização de eleição dos representantes das organizações da sociedade civil atuantes na promoção e defesa de direitos da pessoa idosa e sobre posse dos conselheiros representantes do poder público”,⁸ considerando que esta unificação é uma interferência na autonomia das instâncias federativas e na participação da sociedade.

Os centros de referência em direitos humanos, centros de referência da pessoa idosa e centros de convivência, existentes em níveis federal, estadual e municipal, dão oportunidade de trocas sociais e de prestação de serviços.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da cidadania como reconhecimento de direitos e deveres de todos implica uma superestrutura jurídico-política do Estado enquanto poder normalizador e pactuante num território determinado. A construção de pactos federativos no Brasil, em favor das pessoas idosas, é um processo que se traduziu formalmente, no Estatuto do Idoso de 2003, na trilha da PNI.

A visão filantrópica do velho coitado, ou *compassionate ageism*, e do cuidado familiar foi sendo modificada ao longo da história, ainda que presente na oferta

7. Disponível em: <<http://forumnacional.net.br/cartaprincipios.php>>.

8. PL disponível para consulta em: <<http://www12.senado.leg.br/cidadania/visualizacaomateria?id=118534>>.

de serviços institucionais. A previdência social possibilitou um seguro-velhice. A formulação da PNI, em 1994, superou uma visão apenas securitária da velhice, vinculada às contribuições prévias para um fundo de benefícios. A previdência social representou uma garantia de renda para as pessoas idosas, mas foi implantada no Brasil de forma segmentada por categoria profissional, o que configurou uma cidadania trabalhista industrial vinculada ao projeto de industrialização da Era Vargas. A CF/1988 rompeu com a visão securitária da velhice e configurou a seguridade social, articulando previdência, assistência social e saúde, além de colocar o envelhecimento nas relações familiares, na sociedade e na esfera do Estado.

A PNI deu expressão às experiências diversificadas da atenção à velhice e ao envelhecimento, e à pressão de movimentos sociais. Diante do aumento da expectativa de vida, a política colocou em pauta o paradigma do envelhecimento ativo, incentivando o autocuidado e seguindo padrões internacionais, mas no contexto neoliberal de reduzir custos do Estado.

O Decreto nº 1.948/1996, elaborado no contexto de uma política neoliberal de reforma do Estado, com foco na gestão de resultados, reduziu as competências dos diferentes setores e a participação dos idosos na formulação das políticas, bem como estabeleceu a focalização da política social. De certa forma, a PNI estabeleceu uma visão setorial (aparentemente intersetorial) da política para o envelhecimento, abrindo o leque das políticas públicas. Ao definir uma forma “asilar” e outra “não asilar” de política de atendimento, ainda se reforça o modelo denominado “asilar”, em geral destinado aos pobres, dentro do paradigma filantrópico.

Com o Estatuto do Idoso de 2003, consolida-se o paradigma de velhice como direito personalíssimo, com uma visão articulada das políticas em rede, enfatizando-se o envelhecimento ativo e participativo. A velhice se representa de forma multidimensional e multideterminada, e o direito ao envelhecimento é reconhecido pelo estatuto. Seu protagonismo precisa ser mais reconhecido não como objeto de cuidado ou de funcionalidade (como em algumas propostas de envelhecimento ativo) e sim como sujeito participante da sociedade, cidadão e dotado de autonomia.

Vários pactos de políticas para o envelhecimento que consideram a política na atenção em rede foram formulados na saúde, no enfrentamento da violência, na assistência social e no processo de inclusão nas cidades. A política de educação para pessoas idosas, no entanto, permaneceu muito limitada, seja às universidades, seja a experiências isoladas. A constituição dos conselhos da pessoa idosa (2002) e dos fundos correspondentes (2010) andou a passos lentos.

Novos desafios estão surgindo diante da política do neoliberalismo, da transição demográfica, do aumento da longevidade, da incidência de doenças degenerativas e da mudança na família. Hoje não se vivem somente novas fronteiras da idade, mas se colocam em questão a sociedade e os mitos sobre a idade avançada (Lefrançois,

2004). Essas fronteiras são, ao mesmo tempo, societárias e pessoais, salientando Guillemard (2010) que o envelhecimento traz desafios na relação entre gerações, na repartição dos tempos sociais, na formulação de políticas públicas, na dinâmica do envelhecimento demográfico e no sentido que a velhice tem para as pessoas.

O protagonismo da pessoa idosa implica o fortalecimento das instâncias participativas na defesa dos direitos desse segmento, pois o envelhecimento e a velhice são uma conquista da humanidade, necessitando-se desconstruir a velhice como categoria social somente de perdas ou de doenças (Faleiros e Rebouças, 2006). Sem suporte social adequado e eficaz, o sujeito que envelhece não dá conta das demandas. Embora na pesquisa de Fontes *et al.* (2011), baseada em dados do projeto Fibrá-Campinas, 90% dos idosos dizem ter com quem contar em caso de necessidade, há 10% que não têm ninguém. A maioria conta com filhos e noras; e 20%, com vizinhos e/ou amigos. A rede pessoal e primária das pessoas idosas é fundamental para o cuidado, mas precisa estar articulada à rede secundária de serviços, que, aliás, precisa funcionar como rede compartilhada de responsabilidades.

As relações concentradoras de poder e de exclusão social têm por consequência a produção de um “*deficit* de cidadania”, isto é, resultam na redução ou no impedimento da participação, da autonomia, da garantia de condições de vida e da construção democrática do Estado e da sociedade. As formas de bem-estar social, implantadas no contexto da globalização, da redução do Estado, da precarização do trabalho e da valorização do mercado, têm profundo impacto nas políticas para a pessoa idosa, que, além disso, sofrem as consequências da profunda transição demográfica.

A diversidade e a heterogeneidade do envelhecimento se articulam às condições em que se envelhece e aos estilos de envelhecer de forma inseparável, mas a universalização dos direitos fundamentais é que vai favorecer, paradoxalmente, a singularidade das pessoas, não se podendo uniformizar os maiores de 60 anos numa categoria genérica chamada velhice.

REFERÊNCIAS

AURELIANO, L.; DRAIBE, S. M. A especificidade do welfare State brasileiro. *In*: MPAS – MINISTÉRIO DA ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL; CEPAL – COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (Ed.). **A política social em tempo de crise**: articulação institucional e descentralização. Brasília: Cepal, 1989.

BARBIERI, C. V.; ANSILIERO, G.; COSTANZI, R. N. A expansão da cobertura previdenciária. *In*: BRASIL (Org.). **Previdência Social**: reflexões e desafios. 1. ed. Brasília: MPS, 2009. p. 69-111. (Coleção Previdência Social – Série Estudos, v. 30).

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; SILVA, L. G. de C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidade para a sociedade nas próximas décadas. *In*: IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Org.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. n. 3.

BOTONI, A. L. de A. S. *et al.* Envelhecimento bem-sucedido e capacidade funcional em idosos. **Revista Geriatria & Gerontologia**, v. 8, n. 1, p.11-18, jan./mar. 2014.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. **Réponses**. Paris: Seuil, 1992.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 12277, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Assistência social 1997**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1997.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integral de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1997.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 dez. 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. **Política econômica e reformas estruturais**. Brasília: Ministério da Fazenda, 2003b.

_____. **Anais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**: construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – Renadi. Brasília: SEDH, 2006. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/1a-conferencia/8-anais-i_-cndpi-2006>.

_____. **Anais da II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa** – avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: avanços e desafios. Brasília: SDH, 2010.

_____. Deliberações 3ª CNDPI. Brasília: SDH, 2011. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/3a-conferencia/5-deliberacoes-iii-cndpi-2011>>.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 7-26, jul./ago. 2000.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CARADEC, V. **Sociologie de la vieillesse et du vieillissement**. Paris: Armand Colin, 2008.

CERQUEIRA, M. B. *et al.* Envelheço na cidade: sobre cotidianos do envelhecer na região central de São Paulo. *In*: TRENCH, B.; ROSA, T. E. da C. (Org.). **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. p. 159-182.

DEAN, H. **Welfare rights and social policy**. Harlow: Prentice Hall, 2002.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos familiares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 5-6, p. 370-378, 2005.

ESPING-ANDERSEN, G. After the Gold Age? Welfare State dilemmas in a global economy. *In*: _____. (Ed.). **Welfare States in transition: national adaptations in global economies**. London: Sage Publications; UNRISD, 1996.

FALEIROS, V. de P. A reforma do estado no período FHC e as propostas do governo Lula. *In*: ROHA, D.; BERNARDO, M. (Org.). **A era FHC e o governo Lula**. Brasília: Inesc, p. 33-64, 2004. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/livros/a-era-fhc-e-o-governo-lula>>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. **Violência contra a pessoa idosa – ocorrências, vítimas e agressores**. Brasília: Universa, 2007.

_____. **A política social do Estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. A pessoa idosa e seus direitos: sociedade política e constituição. *In*: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 46-66.

_____. Desafios de cuidar em serviço social: uma perspectiva crítica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. especial, p. 83-91, 2013a.

_____. Autonomia relacional e cidadania protegida: paradigmas para envelhecer bem. *In*: CARVALHO, M. I. de (Org.). **Serviço social no envelhecimento**. Lisboa: Pactor, 2013b. p. 35-48.

FALEIROS, V. de P.; AFONSO, K. A. Representações sociais da qualidade de vida na velhice para um grupo de idosos do projeto Geração de Ouro da Universidade Católica de Brasília. **Serviço Social & Realidade**, v. 17, n. 1, p. 39-46, 2008.

FALEIROS, V. de P.; MORANO, T. Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8, p. 319-338, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527165008>>. Acesso em: 30 out. 2012.

FALEIROS, V. de P.; RAPOZO, J. M. T. Efetividade da rede de atenção à saúde e à assistência social à pessoa idosa na expressão de usuários e gestores – o caso de Boa Vista/RR. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 356-370, ago./dez. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/viewFile/8483/7326>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

FALEIROS, V. de P.; REBOUÇAS, M. Gestão social por sujeito/idade na velhice; a experiência do IDADI. In: FALEIROS, V. P.; LOUREIRA, A. M. (Org.). **Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz**. Brasília: Universa, 2006.

FERNANDES, M. T. de O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, dez. 2012.

FERRERA, M. *et al.* **O futuro da Europa social**. Oeiras: Celta Editora, 2000.

FLORA, P.; HEIDENHEIMER, A. (Org.). **The development of Welfare States in Europe and America**. New Brunswick; London: Transaction Publishers, 1990.

FONTES, A. P. *et al.* Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. (Org.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo Fibra-Campinas**. Campinas: Alínea, 2011. p. 55-74.

GOLDSMITH, S.; EGGERS, W. D. **Governar em rede: o novo formato do setor público**. Brasília: Enap, 2006.

GUILLEMARD, A. M. **Les défis du vieillissement: âge, retraite, perspectives internationales**. Paris: Armand Colin, 2010.

HADDAD, E. G. M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

HAYEK, F. A. **O caminho da servidão**. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. (Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>>.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. (Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 29). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv62715.pdf>>.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Coord.). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2014.

JESSOP, B. Política social, Estado e sociedade. **SER Social**, Brasília, v. 15, n. 33, p. 261-384, jul./dez. 2013.

LEFRANÇOIS, R. **Les nouvelles frontières de l'âge**. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2004.

LOPES, A. Os desafios da gerontologia no Brasil. Campinas: Alínea, 2000.

MARX, K. **Introdução à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

NÉRI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Sesc; FPA, 2007. 288 p.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Opas, 2005. 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>.

_____. **Guia global**: cidade amiga do idoso. Brasília: OMS, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>>.

OPERAÇÕES de empréstimo consignado somam R\$ 3,5 bilhões. **Portal Brasil**, Brasília, 25 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/04/operacoes-de-emprestimo-consignado-somam-r-3-5-bilhoes>>.

PALMA, L. T. S. **Educação permanente e qualidade de vida** – indicativos para uma velhice bem-sucedida. Passo Fundo: UPF Editora, 2000.

POGREBINSCHI, T. **Conferências nacionais e políticas públicas para grupos minoritários**. Rio de Janeiro: Ipea, 2012. (Texto para Discussão, n. 1741).

PORTO, I.; KOLLER, S. H. Violência contra idosos institucionalizados. **A Psic** – Revista de Psicologia da Vetor Editora, São Paulo, v. 9, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2015.

RODRIGUES, N. da C. Política nacional do idoso – retrospectiva histórica. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 3, p. 149-158, 2001.

ROSA, T. E. da C.; BARROSO, A. E. S.; LOUVISON, M. C. P. **Velhices**: experiências nas políticas do envelhecimento ativo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

SESC-SP – SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO EM SÃO PAULO. **O século da terceira idade**. São Paulo: Sesc, 2003.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração universal dos direitos humanos** – adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Brasília: Unesco, 1998. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>.

U.S. NATIONAL INSTITUTE OF AGING; WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health and aging. Geneva: U.S. National Institute of Aging, WHO, Oct. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf>.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

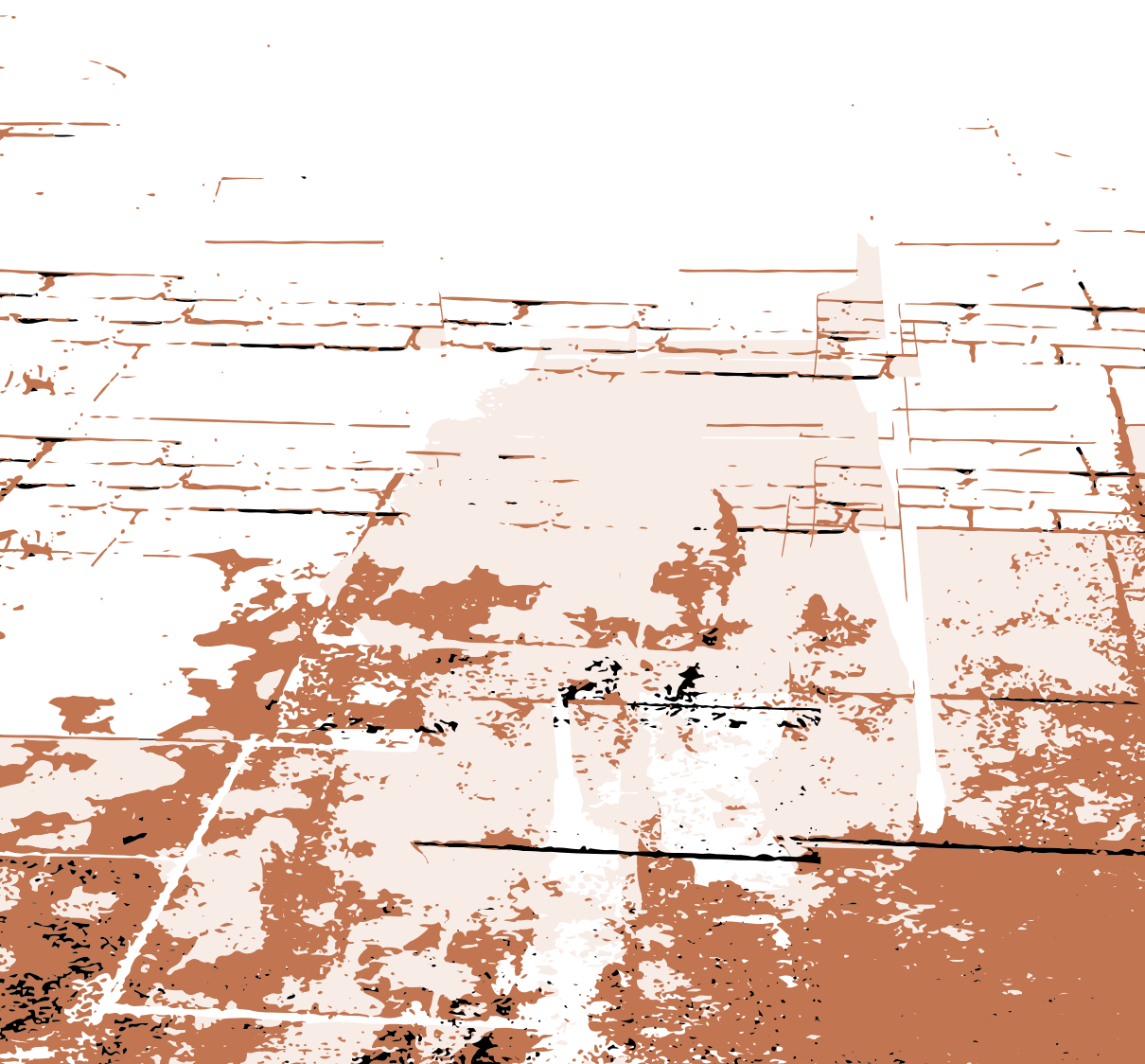
BRASIL. Mensagem nº 3. Brasília: Ministério da Fazenda, 4 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/anterior_98/VEP-LEI-8842-1994.pdf>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 19).

_____. **Caderno SUAS Financiamento da Assistência Social no Brasil**. Brasília: MDS; Snas, 2007. v. 2.

Perspectivas para a PNI

Parte 4



O QUE FAZER PARA CONCRETIZAR A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO?

Eduardo Camargos Couto¹

O trabalho, que é uma espécie de porvir, se resolve no emprego dos meios para atingir um fim. A coincidência do seu resultado com o propósito depende da adequação dos meios aos fins; em outras palavras, de escolhê-los bem e utilizá-los com habilidade. Caso se possua tal qualidade, a ação é útil e frutífera, ou inútil e infrutífera. Tal coincidência é o que é chamado de êxito.²

Francesco Carnelutti

1 INTRODUÇÃO

A julgar por vários dos capítulos deste livro, em especial o que avalia a efetividade da Política Nacional do Idoso (PNI), conclui-se que esta política ainda não existe plenamente no plano real, material, tal como idealizaram seus redatores na lei que a dispôs – Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

O norte da PNI é a conquista de uma velhice melhor para todo cidadão brasileiro, com mais autonomia, saúde, maior participação no mercado de trabalho, melhores condições de vida, mais felicidade. Contudo, para que a PNI seja levada a efeito, são necessárias ações complementares para efetivar valores da sociedade instrumentalizados na lei, de modo que os cidadãos desfrutem com qualidade os anos a mais advindos com o aumento da expectativa de vida.

Quais seriam essas ações? Este texto discorrerá sobre algumas providências importantes, como o emprego da legística, ciência do direito que orienta todo o ciclo de efetivação de uma lei, desde o seu planejamento, os meios necessários para a sua implantação, a medição dos seus possíveis impactos na sociedade antes mesmo de a lei entrar em vigor, até o monitoramento de sua execução e de seus

1. Advogado; e mestre em direito pela Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

2. "El obrar que es una especie de devenir se resuelve en el empleo de los medios para alcanzar un fin. La coincidencia de su resultado con el propósito depende de la adecuación de los medios al fin; en otros términos, de escogerlos bien y de usarlos diestramente. Según se posea tal cualidad, la acción es útil y fecunda o inútil e infecunda. Tal coincidencia es lo que suele llamarse éxito" (Carnelutti, 2011, p. 1, tradução nossa).

efeitos. As etapas de construção da lei propostas e defendidas por Caupers (2003) possibilitam uma sistematização prática do processo de construção da lei – sendo este também o exercício que balizou este artigo.

Traçaremos, além disso, considerações sobre a necessidade da participação daqueles que sofrerão os impactos da lei, os cidadãos, em todas as etapas do ciclo de vigência da lei, citado anteriormente. Participação por meio da legítima e constitucional representação dos conselhos, que exercem o papel de controle social sobre as ações governamentais. Outro importante papel nesse processo de construção da lei cabe ao Ministério Público, guardião do cumprimento da lei tanto pelo Estado quanto pelo cidadão, exigindo que a PNI seja respeitada e efetivada.

2 O INTERESSE DA LEGÍSTICA

O jurista Carnelutti (2011) sintetiza de forma brilhante o sentido das normas em termos gerais, em especial o daquelas que regem as políticas públicas: construir o que “deve ser”, o desejado, a evolução de uma situação objetiva atual para uma situação futura melhor. O autor nos lembra que atingir a situação-objetivo é resultado de uma construção, de um processo, e que a lei, na sua formalidade, serve apenas como orientação, expressando a intenção, o planejamento, o valor que a sociedade quer ver concretizado no mundo real. Dizer que a materialização de um valor é resultado do emprego dos meios adequados, utilizados, trata-se de uma verdade inquestionável, por ser de uma lógica transparente. No presente caso, isso passa por utilizar as ferramentas da legística, ciência jurídica que define as precondições e as metodologias necessárias para que as legislações em geral, em especial as de políticas públicas, como a PNI, sejam levadas a efeito.

A legística é um saber jurídico composto por princípios, métodos e técnicas que visam melhorar a eficácia da legislação e a comunicação legislativa por meio de instrumentos, tais como avaliação legislativa e técnicas para melhor compreensão e aplicação dos textos legislativos (Soares, 2004). Esta doutrina da legislação investiga as possibilidades e os limites de uma elaboração e de um tratamento científico da legislação. Por isso, seu âmbito de atuação situa-se na interseção entre o direito público, a teoria do Estado e a ciência política. Sua finalidade é melhorar o nível de eficácia das leis, que devem ser mais bem redigidas, resultando em um menor número de normas e de modificações (Soares, 2004). Para fins da legística, a eficácia da lei é medida pelo alcance dos objetivos que motivaram a sua criação, uma avaliação em que se mede o grau de cumprimento da norma pelos atores sociais.

Segundo Delley (2004, p. 1), um dos grandes princípios dessa ciência é: “antes de redigir a lei é preciso pensar a lei”. Este autor propõe uma metodologia de problematização do impulso legiferante que consiste na definição dos seguintes aspectos.

- 1) Natureza: em que consiste o problema?
- 2) Causas: a quem atribuir o problema? Em que condições ele surgiu e quais são suas causas?
- 3) Duração: o problema é permanente ou temporário?
- 4) Dinâmica: pode-se observar uma evolução do problema (ciclos, regularidade, agravamento)?
- 5) Meios envolvidos: quem é afetado pelo problema e de que maneira, direta ou indiretamente?
- 6) Consequências: o que ocorreria caso os atores e os setores envolvidos se omitissem?

A título de exemplo, o Relatório Mandelkern (2000) oferece ao mundo o que alguns denominam carta de princípios da legística.

O princípio da necessidade determina que um ato normativo só deve ser adotado se for absolutamente essencial para a aplicação de uma nova política.

O princípio da proporcionalidade estabelece que qualquer ato normativo deve basear-se num equilíbrio entre as vantagens que oferece e os condicionamentos que impõe.

O princípio da transparência determina que todo o processo conducente à adoção de certa legislação deve poder ser de conhecimento público.

O princípio da responsabilidade diz respeito à preocupação que deve existir com a aplicabilidade dos atos normativos.

O princípio da inteligibilidade determina que a legislação deve ser coerente, compreensível e acessível àqueles a quem se destina.

O princípio da simplicidade determina que os atos normativos devem ser tão pormenorizados quanto necessário, e tão simples quanto possível.

Uma boa lei, que produza os efeitos desejados, pressupõe políticas e diretrizes claras, e a criação de um ambiente favorável. Portanto, uma estrutura administrativo-organizacional condizente com a capacidade de executar o serviço passa a ser pré-condição para que a lei seja efetivamente observada. Isto confirma o pressuposto de que é comum haver relação entre a ciência da legislação – aqui tratada como legística – e a ciência da administração, uma vez que a lei é também um instrumento de realização de políticas, de concretização de planos, de prossecução de objetivos (Caupers, 2003).

Quando um problema é abordado sob poucas perspectivas e/ou por poucas pessoas, há mais chances de faltar bom senso na busca legislativa de soluções a problemas sociais. O embate saudável de interesses, principalmente observado em reuniões de trabalhos, traz para o processo de construção coletiva de uma lei

a lógica dos *pesos e contrapesos*, os quais tendem a equilibrar e dotar as soluções, a serem resolvidas por normas legisladas, com forte caráter de razoabilidade. Ou seja, as normas construídas coletivamente, por todos os interessados e afetados futuros pela norma, são as que têm maiores chances de surtirem bons impactos e solucionarem os problemas a que se propõem.

Uma lei como decisão administrativa é cada vez menos uma manifestação unilateral do poder, e sua aprovação passa por complexas negociações e transações, dentro e fora das esferas de poder. Por isso mesmo, a elaboração da lei deve sempre, em maior ou menor medida, refletir uma composição equilibrada de interesses públicos e privados (Caupers, 2003).

No processo de elaboração de uma lei, deve-se procurar uma convergência de interesses na prossecução dos interesses públicos e privados, selando, ao final, o que se define como *pactuação*, ou seja, o resultado de uma ampla e profícua negociação (Rivera, 2006). Portanto, frise-se, a orientação dos cientistas da legística é envolver o público-alvo da legislação na elaboração da lei. Caupers (2003, p. 34) observa: “a proximidade do autor do ato normativo relativamente aos destinatários do mesmo é um fator a tomar em consideração”.

Uma vez vencida a fase da redação da lei, que se enquadra no âmbito da *técnica legística*, com o texto da lei pronto – também chamado de minuta da lei ou anteprojeto –, é momento de se perguntar: a lei produzirá os efeitos desejados? Ou produzirá alguns efeitos perversos, piorando a situação que se verificava antes de sua entrada em vigor?

Antecipar as consequências da aplicação da lei é a chamada *avaliação prospectiva* (anterior à vigência da lei). Esta tenta calcular as hipóteses de êxito da intervenção, as resistências previsíveis, os efeitos perversos que ela pode acarretar, e refere-se, portanto, à análise do custo-benefício – vantagens e desvantagens decorrentes da medida legislativa (Morand, 1999).

Ressalva-se: a entrada em vigor da lei não é suficiente para produzir os efeitos pretendidos por ela. Há necessidade de prever recursos administrativos (estrutura organizacional) e financeiros para aquisição de instrumentos ou capacitação dos funcionários responsáveis.

Assim, após este percurso de construção legislativa orientado pela legística, passa-se à fase da aplicação da lei. Neste ponto, devem-se criar instrumentos de vigilância das normas estabelecidas, de modo a estabelecer um sistema de monitorização.

Outros movimentos necessários para implementar a lei são a sua ampla divulgação junto aos seus destinatários e o fomento ao controle social, na busca da efetivação de direitos a que a nova lei se propõe.

3 A QUESTÃO DO CONTROLE SOCIAL

O papel do controle social no resultado ou não de políticas públicas é de relevante importância. Ao tratar as formas de exercer o poder e a democracia, a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) introduz a participação cidadã como uma forma de controlar a ação dos governos. Maués (1998, p. 183) assim argumenta:

portanto, as formas pelas quais o povo pode controlar o governo, seu grau e qualidade, tornam-se os aspectos centrais no exame do caráter democrático de um regime político (...). A partir disso, poderíamos estabelecer uma escala da participação, em que o grau máximo estaria na tomada de decisões políticas pelo povo, e o grau mínimo, na eleição periódica de representantes como a única decisão tomada pelo povo.

Como o sanitarista Paulo Fortes, partimos do princípio de que o controle social se efetua no exercício da vontade autônoma da coletividade, partilhando-se o poder de decidir questões públicas (Fortes, 2006). Lembra-nos o autor que, em um contexto de múltiplos e divergentes interesses, a presença de diversos segmentos da sociedade nas decisões do aparelho de Estado constitui uma forma de garantir o direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública.

No caso da PNI, o *Relatório de Gestão do Conselho Nacional de Direitos do Idoso* (gestão 2010-2012) descreve assim o cenário interno do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) (Brasil, 2012, p. 20).

O CNDI atua na função de controle democrático e de representante do interesse de toda a população brasileira, pessoas idosas e não idosas que trilham o mesmo caminho que resulta da duração da vida: envelhecem.

Portanto, ao CNDI cabe insistir e exigir o reconhecimento do Estado e da sociedade sobre todas as questões afetas ao envelhecimento e à velhice. Para alcançar sua visão/missão, o CNDI necessita relacionar-se com seus públicos de interesse, diretamente por meio de iniciativas e ações que garantam sua efetividade, tanto no ambiente interno (plenário, comissões, secretaria e colaboradores) quanto no ambiente externo (ministérios, conselhos, Ministério Público, poderes Legislativo e Judiciário).

A seguir, o relatório denuncia a insuficiente estrutura do CNDI, o que compromete o funcionamento do conselho no cumprimento de suas competências e atribuições legais no que tange ao controle social do Poder Executivo.

Atualmente, a secretaria do CNDI é vinculada à SDH [Secretaria dos Direitos Humanos] e conta com apenas dois funcionários: uma secretária executiva/coordenadora geral do CNDI, em cargo comissionado, e uma auxiliar administrativo, cedida pelo Ministério da Justiça. Cabe a essa secretaria executar o que o CNDI determina, conforme art. 40, I do Regimento Interno do Conselho.

No cenário interno do CNDI, dado o tamanho e a abrangência de sua responsabilidade, chama atenção a extrema fragilidade organizacional e operacional deste conselho para lidar com os múltiplos destinatários das políticas públicas (Brasil, 2012, p. 20-21).

Quanto à falta de autonomia administrativa e financeira do CNDI, o relatório explicita:

neste momento, fica claro que o CNDI está subordinado à SDH e não tem autonomia para manter pessoas que consideram mais capacitadas para seu quadro funcional, nem para destituir as pessoas incompetentes para o cargo (Brasil, 2012, p. 64).

Ao tratar do planejamento estratégico da entidade, além de fazer considerações sobre as dificuldades de relacionamento com a SDH e os diversos empecilhos governamentais para a realização de seus trabalhos, o relatório traz como exemplo a dificuldade para se organizar a terceira conferência. Assim, o texto deixa evidente que o governo cerceia as ações do conselho, desconsidera seu caráter deliberativo, em tudo para indicar o firme propósito de impedir a fiscalização e a participação da população no processo de concretização da PNI.³

Conforme temido e anunciado pelo CNDI, após a saída do secretário executivo do CNDI e da sua substituição por pessoas da confiança da SDH, o clima era de grande tensão entre o CNDI e a SDH, posto que a pessoa que o substituiu entre abril de 2011 e agosto de 2011 não acompanhava as reuniões da comissão organizadora da terceira conferência, não encaminhava as decisões dessa comissão dentro da própria SDH e não acatava as determinações do CNDI, deixando explícito o seu papel de defesa dos interesses do gestor federal. As informações para os conselheiros eram difíceis, comprometendo o funcionamento do CNDI (*idem, ibidem*).

Outras providências governamentais com o fito de impossibilitar ou regular o funcionamento do CNDI foram: *i*) adiar ou mesmo não publicar as resoluções do conselho; *ii*) mudar a “subordinação” deste a vários órgãos governamentais diferentes durante toda a sua existência, em desrespeito ao princípio da continuidade que pauta a administração pública; e *iii*) mudar o gestor, cargo administrativo que deveria ser de escolha do próprio conselho, estando a ele subordinado. Na prática, o gestor é escolhido pela SDH, sendo subordinado ao gestor desta secretaria, o que confirma a falta de autonomia do CNDI. O propósito de tudo é provocar a descontinuidade dos processos e das articulações do CNDI.

Desde a publicação da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994), a gestão federal da política já esteve no Ministério da Previdência e Assistência Social, no Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no Ministério da Justiça/Secretaria Especial de Direitos Humanos e, desde março de 2009, encontra-se sob a coordenação da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (Decreto nº 6.800/2009). É importante compreender que tal troca não se deveu a uma disputa ministerial pela política ou pela causa da pessoa idosa, e sim à dificuldade de vinculação da defesa do interesse do segmento idoso nas pastas por que passou, em que sempre figurou como uma política marginal (Brasil, 2012, p. 73).

3. Tantos boicotes por parte do governo para anular o controle social mereceram um título especial no relatório de gestão: *As pedras no caminho* (sugerimos que esta parte seja lida no próprio relatório).

Em outro trecho:

o gestor ao qual se vincula a Coordenação da Política/Direitos do Idoso também mudou três vezes e a cada mudança a promessa de que haveria apoio para a defesa dos direitos da pessoa idosa, porém, sem atuação próxima ao conselho e sem realizar a articulação interministerial prevista.

Outro fato a ser registrado é o espaço físico destinado ao CNDI. Diferentemente do que se poderia esperar para um conselho que tem finalidades tão relevantes para o povo brasileiro, o CNDI tem funcionado em espaços inadequados e incompatíveis com suas funções.

Finalmente, ao longo destes dois anos, e mais especialmente em 2012, o CNDI trabalhou sem que houvesse a degravação dos registros das plenárias, em razão de descontinuidade dos convênios da SDH com as empresas que realizam este serviço. Isso impediu a publicação de atas e dificultou o seguimento das pautas pelo conselho (Brasil, 2012, p. 65).

O relatório continua elencando uma série de desrespeitos por parte dos governos federal, estaduais e municipais, e do Distrito Federal às normas da PNI. Portanto, os documentos analisados não deixam dúvidas de que a PNI em muitos dos seus artigos esteja funcionando como letra morta, ou seja, existe formalmente, mas não é cumprida.

Ademais, no caso brasileiro, a participação dos cidadãos em conselhos ainda é muito incipiente. Elias (2002, p. 96) salienta:

o Brasil não conta com a tradição de participação da sociedade, (...) dos segmentos populares, trabalhando para o Estado, ou substituindo o Estado, no sentido de prestarem serviços voluntários. Os movimentos sociais no Brasil caracterizam-se por serem reivindicativos junto ao Estado, demandando serviços ou acessos a bens de consumo coletivos. (...) Mesmo nos casos em que a participação nessas instâncias colegiadas tem o caráter deliberativo, há resistência por parte dos representantes dos movimentos populares em assumir a corresponsabilidade junto com o poder público: esta continua sendo uma tarefa do “governo”, no geral personalizado no prefeito, no secretário de saúde, no diretor ou no chefe do serviço.

Na prática, a participação popular ainda é muito tímida. Os idosos de hoje ainda trazem a marca do silêncio imposto pela ditadura, são relativamente pouco contestadores e reivindicativos em seus direitos. Da mesma maneira, os conselhos de idosos são frágeis: estão operacional e paradoxalmente vinculados aos gestores da política pública, a quem deveriam fiscalizar, e agem de modo desarticulado, interna e externamente. Mesmo quando o assunto é de seu total interesse, como as instituições de longa permanência (Ilpis), não interagem com outros conselhos gestores (habitação, assistência social, saúde, direitos das pessoas com deficiências etc.) para incluir este tema e o envelhecimento populacional nas pautas e nas agendas políticas dos gestores.

Obviamente, o processo de fortalecimento e emancipação dos conselhos de idosos está apenas no princípio. Há muito por fazer, a começar pela mobilização de entidades e movimentos de trabalhadores, idosos, aposentados e pensionistas, para participar e exigir respeito aos direitos dos idosos. É preciso não se fiar no cansativo discurso da falta de orçamento ou verbas para o segmento, nem no da ineficiência da administração pública. Devem-se criar conselhos de idosos onde estes ainda não existam,⁴ com a autonomia financeira e a infraestrutura administrativa – recursos humanos e físicos – necessárias para seu ótimo funcionamento.

4 A ANÁLISE DA PNI UTILIZANDO-SE COMO CRITÉRIO AS RECOMENDAÇÕES DA CIÊNCIA JURÍDICA “METÓDICA LEGÍSTICA”

A metódica legística recomenda fazer uma pesquisa para se conhecerem os efeitos de uma lei no mundo fático, desde o início da sua vigência até os dias atuais. Ou seja, por meio de uma pesquisa retrospectiva, procura-se saber o grau de efetividade de uma legislação.⁵ A pergunta a ser respondida é: quais os efeitos dessa lei? Esta questão envolve duas perspectivas: a processual e a de resultados. Delas decorrem os seguintes objetivos: *i*) identificar que processos, meios, estruturas e organização foram implantados para alcançar os efeitos desejados da lei; e *ii*) verificar os seus resultados e efeitos.

Para o professor português Canotilho (1996), a parte mais significativa do objetivo da metódica da legislação está justamente na avaliação retrospectiva da lei, aquela que é feita após algum tempo de vigência e aplicação desta. Como dito, a avaliação legislativa assenta-se na pesquisa científica dos efeitos da lei sobre a sociedade. Segundo Issalys (2004), a lei leva o plano político e administrativo à discussão jurídica, sendo seu objetivo principal a melhoria da ação do Estado no sentido de uma eficácia maior, de uma melhor eficiência ou de atenuação de seus efeitos negativos.

Políticas públicas nos Estados ocidentais só acontecem amparadas por lei, em obediência ao princípio da legalidade. Assim, no que diz respeito tanto aos aspectos metodológicos como às funções no processo de decisão política, não há diferença fundamental entre a avaliação legislativa e a avaliação das políticas públicas. É, pois, mais uma mera diferença terminológica a expressão de tradições e de interesses específicos da ciência jurídica e a das ciências política e administrativa.

Todavia, atribuir uma relação de causalidade entre o ato normativo e os seus efeitos ou impactos no domínio das ciências sociais é algo complexo, se comparado com o que ocorre nas ciências naturais. Nas ciências sociais, sobre as relações de causalidade, pode-se falar mais em probabilidades que em certezas, pois estamos no

4. Ver orientações em Brasil (2013).

5. O capítulo 17 deste livro é inteiramente dedicado a esta tarefa.

campo do comportamento humano e suas complexas relações sociais. Nas palavras de Mader (1991):

a maior dificuldade da avaliação retrospectiva da lei está no isolamento, entre todos os fatores que poderiam ter contribuído para a alteração de comportamentos ocorrida, daqueles que se não teriam verificado se não tivesse sido a existência da lei.

Apesar das limitações incontestáveis do instrumento, esta complexidade não nos deve, em contrapartida, levar a pô-lo de lado.

Para minimizar esta complexidade, Mader sugere que a avaliação parta dos objetivos do legislador e tente examinar se estes foram alcançados. Podem-se definir critérios para avaliar uma série de efeitos diferentes:

- intencionais ou não intencionais;
- previstos ou imprevistos;
- benéficos ou perversos;
- diretos ou indiretos;
- imediatos ou diferidos;
- concretos ou simbólicos; e
- efeitos de antecipação ou de retroação.

Essa avaliação dos atos normativos permitirá programar correções e modificações nos próprios atos normativos, nas estruturas administrativas, nos orçamentos dos governos, na capacitação de pessoas, para lhes garantir maior efetividade e eficácia.

Tendo por referência Mader, é importante lembrar que, para compreender e explicar o fenômeno legislativo, a ciência jurídica também deve necessariamente interessar-se pelo processo de criação das normas, por sua aplicação e seus efeitos, considerando a legislação como um processo dinâmico e reiterativo de interação entre a sociedade civil e o sistema político-administrativo, no decurso do qual diversos atores sociais ou políticos equacionam problemas e formulam expectativas em relação ao Estado.

Portanto, cumprir as etapas preconizadas pela ciência jurídica que estuda a feitura de boas leis (como diz a professora portuguesa Marta Tavares) é condição inarredável para se elaborar uma lei que seja observada na prática, seja eficaz, que produza os efeitos desejados e seja efetiva. A pergunta que se faz aqui é: em que medida a PNI observou ou tem observado a metódica legística?

Caupers (2003) criou uma disciplina para estudar a “metódica da legislação”, estabelecendo como primeira etapa do percurso para se fazer uma boa lei a “análise

da situação de fato que é problematizada como um caso de falta, insuficiência ou desatualização da lei”. Neste sentido, são inquestionáveis tanto a necessidade quanto a oportunidade da PNI, posto que o Brasil experimenta um acelerado e intenso processo de envelhecimento populacional que desafia a sociedade e as políticas públicas a responderem às demandas dele decorrentes.

Além disso, Camarano (2013, p. 23) nos lembra que:

no caso de sociedades como a brasileira, às novas demandas trazidas pelo processo de envelhecimento se somam as necessidades sociais básicas não resolvidas como educação, saúde e segurança para o conjunto da população.

Contudo, do histórico da construção da lei da PNI registrado, percebe-se o envolvimento de alguns setores científicos e administrativos, bem como de movimentos sociais, mas inexistem registros para afirmarmos se a análise prospectiva (feita antes da lei entrar em vigor) da PNI foi realizada. Pela falta desta tradição legislativa no país, podemos afirmar que a construção da PNI não passou por esta importante etapa de construção legislativa. Esta análise pressupõe o conhecimento da realidade antes da entrada em vigor da lei, e, para tanto, todos os recursos de informação disponíveis à época deveriam ter sido utilizados. As condições necessárias à produção dos efeitos desejados deveriam ter sido previamente avaliadas, bem como a potencial reação dos destinatários da lei.

Outro ponto da PNI que diverge indiscutivelmente da orientação da legística é a falta de previsão financeira para a sua aplicação, questão que é apontada como um dos grandes gargalos para a efetivação desta política. Nas palavras da pesquisadora do Ipea Ana Amélia Camarano, referindo-se ao Estatuto do Idoso, um dos instrumentos legais da PNI:

muito embora as leis aprovadas no estatuto signifiquem grandes avanços no sentido de políticas sociais de inclusão dos idosos, não foram estabelecidas prioridades para a sua implementação (Mendonça, 2005) nem fontes para o seu financiamento (Camarano, 2013, p. 7).

Além disso, como política de estado, a PNI tem dificuldades de estabelecer e criar identidade. Basta lembrar que reiteradas vezes ela tem sido transferida de gestor federal, sem, contudo, ganhar em efetividade.

A última mudança resultou na sua transferência para a SDH, por meio de um decreto presidencial. Preliminarmente, observamos que o art. 1º do Decreto nº 6.800/2009⁶ transfere a coordenação da PNI para a SDH, *contrariando* a lei que determina, em seus arts. 5º e 8º:

6. Este decreto dá nova redação ao art. 2º do Decreto nº 1.948, que regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a PNI e cria o Conselho Nacional do Idoso (Brasil, 2009).

Art. 5º – Competirá ao *órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social* a coordenação geral da política nacional do idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso.

Art. 8º – À União, por intermédio do *ministério responsável pela assistência e promoção social*, compete:

I – coordenar as ações relativas à política nacional do idoso.

O art. 24 da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, dispõe sobre as competências da SDH.

À Secretaria de Direitos Humanos compete assessorar direta e imediatamente o presidente da República na formulação de políticas e diretrizes voltadas à promoção dos direitos da cidadania, da criança, do adolescente, do idoso e das minorias e à defesa dos direitos das pessoas com deficiência e promoção da sua integração à vida comunitária, bem como coordenar a política nacional de direitos humanos, em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), articular iniciativas e apoiar projetos voltados para a proteção e promoção dos direitos humanos em âmbito nacional, tanto por organismos governamentais, incluindo os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, quanto por organizações da sociedade, e exercer as funções de ouvidoria nacional de direitos humanos, da criança, do adolescente, do idoso e das minorias.

§ 1º Compete ainda à Secretaria de Direitos Humanos, sem prejuízo das atribuições dos órgãos integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), atuar em favor da ressocialização e da proteção dos dependentes químicos.

§ 2º A Secretaria de Direitos Humanos tem como estrutura básica o Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, o Gabinete, a Secretaria Executiva, o Departamento de Ouvidoria Nacional e até 4 (quatro) secretarias (Brasil, 2003a).

Este decreto é ilegal por ferir os limites da sua competência regulamentar, contrariando a lei e criando o que os juristas chamam de direito novo. Um decreto não pode modificar o que uma lei determina, mas surpreendentemente esta ilegalidade está vigendo e, até o presente, não foi questionada por nenhuma entidade jurídica do país.

Portanto, fica claro que o Estado não assumiu a PNI como prioridade, uma vez que o orçamento público não garante os recursos específicos estabelecidos em lei; e não respeita o controle social legalmente instituído no que se refere a esta política. Tudo isso aumenta a responsabilidade do Ministério Público em exercer seu papel de guardião de direitos deste país, funcionando simultaneamente como um defensor da sociedade e um fiscal da lei, a fortalecer os mecanismos de controle

social no país (Pereira, 1961). Ele pode e deve atuar nas três searas: cível, criminal e política, obrigatoriamente na defesa dos direitos e dos interesses da lei.

5 O PAPEL E A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO SEGUNDO A CF/1988

A promotora Iadya Gama Maio, em sua tese de doutorado, constata que os órgãos do Ministério Público, nas suas 27 unidades estaduais e na do Distrito Federal, relegam a questão da defesa dos direitos do idoso, numa lista de nove propostas, à sua última prioridade (Maio, 2016, p.131). Isso é fundamentado por outro resultado da pesquisa: a representação social da velhice, entre os promotores entrevistados, reproduz a da sociedade, ou seja, estes concebem a velhice como uma etapa da vida na qual o investimento para promover melhorias não se justifica. Assim, como na sociedade brasileira, a velhice sofre discriminação, e as pessoas resistem a tratar o tema. Uma das propostas da pesquisadora é fortalecer a atuação extrajudicial do Ministério Público; caso não consiga induzir as instituições à adequação às normas, esta não pode abrir mão de provocar o Judiciário, sob pena de perder sua competência. Além disso, o próprio Judiciário também precisa evoluir no sentido de se especializar no cuidado dos direitos da pessoa idosa, à semelhança do que já ocorreu com as varas de infância e juventude, de família, de meio ambiente, por exemplo.

No seu art. 27, a CF/1988 inova ao tratar o Ministério Público como órgão autônomo da administração pública e competente para “defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis” (Brasil, 1988). Sua função institucional é, segundo o art. 129, II: “zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia” (Brasil, 1988).

Novas leis e novas causas têm fortalecido o papel do Ministério Público. Foi o caso do Estatuto do Idoso, o qual, à semelhança do que um dia ocorreu com a defesa do meio ambiente, do consumidor, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, instrumentaliza o Ministério Público para exercer a tutela jurídica das pessoas idosas e a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso (artigos 73 a 92 do Estatuto do Idoso). Para o público não familiarizado com o direito, esclarece-se o sentido jurídico de cada um destes interesses a seguir.

O interesse é difuso quando os titulares do direito são todas as pessoas da coletividade que poderiam, podem ou poderão (inclusive gerações futuras) entrar em contato com risco que ameace ou desrespeite os seus direitos. Ou o perigo afeta todos ou não afeta ninguém; os sujeitos são indeterminados e indetermináveis. É como a contaminação da água de um rio: ela é indivisível porque a coletividade inteira estará exposta aos seus efeitos nocivos à saúde. Se evitado, porém, toda a coletividade ficará livre do perigo, não sendo possível identificar individualmente

aqueles que estarão a ele expostos. Não poluir a água é uma obrigação, expressa em lei ambiental, de saúde pública e no Código Penal.⁷

Os interesses coletivos em sentido estrito⁸ são aqueles cujos titulares são determináveis, mas o interesse coletivo é diferente da soma do interesse individual dos envolvidos. Por exemplo, se houver uma cláusula abusiva no contrato entre as Ilpis e os idosos nelas residentes, cada um destes, individualmente considerado, poderia propor ação própria para discutir a cláusula em juízo. Entretanto, há o interesse coletivo dos idosos residentes naquela Ilpi, o qual a lei considera indivisível. Assim, a decisão judicial ou beneficia todos os que se encontram na situação jurídica base, ou não beneficia ninguém.

Interesses individuais indisponíveis são interesses que, embora digam respeito a alguém em particular, referem-se a valores ou direitos cuja proteção interessa à coletividade como um todo. Não cabe escolha (indisponível). Por exemplo, por ser a vida e a sua preservação um valor caro à sociedade, qualquer tentativa de homicídio ou homicídio será obrigatoriamente apurado pelo Estado, sendo os responsáveis penalizados, independentemente do desejo da família ou da vítima em fazê-lo.

Interesses individuais homogêneos são interesses individuais agrupados por origem comum, que, por isso mesmo, podem ser objeto de tutela coletiva. Por exemplo, se determinado fornecedor divulga na mídia um produto farmacêutico que não contém o princípio ativo indicado no rótulo, e se este causar danos ao consumidor, haverá interesse difuso (indivisível e entre pessoas não identificadas) de todos aqueles que potencialmente foram expostos à propaganda. Entretanto, haverá interesse individual homogêneo daqueles que, tendo adquirido o produto, sofreram danos de fato (Gonçalves, 2012, p. 21).

6 OS INSTRUMENTOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA DEFESA DE DIREITOS DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

São cinco os instrumentos do MP.

- 1) Ação Civil Pública (Lei nº 7.347/1985) – visa proteger, entre outros, os interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, dispostos no art. 129 da CF/1988. O Ministério Público deverá estar presente como autor ou interveniente em qualquer ação deste tipo quando o assunto versar sobre interesses difusos ou coletivos dos idosos.

7. No interesse difuso há um *vínculo fático* comum entre as pessoas cujos direitos são desrespeitados. Não há uma relação jurídica comum entre os poluidores e os consumidores da água, apenas o *fato* de estarem potencialmente expostos ao risco.

8. No art. 81, parágrafo único, inciso II do Código do Consumidor: “transindividuais, de natureza indivisível de que seja titular grupo, categoria ou classe de *pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base*”, como um contrato de prestação de serviços, por exemplo (Brasil, 1990, grifo nosso).

- 2) Notificações recomendatórias – alertam o responsável pelo gerenciamento da atividade quanto à necessidade de adequação legal de sua conduta ante a constatação da ofensa a princípios constitucionais ou a norma positiva específica. Geralmente é estabelecido um prazo para adequação e, findo este período, caso a situação persista, opta-se pela via judicial.
- 3) Medida de proteção – estabelecida no art. 45 do Estatuto do Idoso, permite ao Ministério Público dar agilidade aos casos que muitas vezes não podem esperar até a apreciação judicial. Segundo os artigos 56 a 60 do mesmo estatuto, o representante do Ministério Público, ao verificar ameaças ou violações ao direito do idoso, poderá determinar: *i)* o seu encaminhamento à família ou ao curador, mediante termo de responsabilidade; *ii)* orientar o idoso, apoiá-lo e acompanhá-lo temporariamente; *iii)* expedir requisições para tratamento de sua saúde; *iv)* incluir o próprio idoso ou a pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas; *v)* abrigar em definitivo ou temporariamente o idoso em entidade; *vi)* redigir recomendações, instaurar inquérito civil e termo de ajustamento de condutas (TAC); *vii)* fiscalizar as entidades de atendimento; e *viii)* instituir medidas administrativas (Brasil, 2003b).
- 4) TAC – documento extrajudicial em que estão colocados os termos acordados entre o Ministério Público e as partes, com previsão de multa revertida aos fundos de financiamento das políticas públicas em caso de não cumprimento de alguma determinação.
- 5) Transações relativas a alimentos⁹ – segundo o art. 14 do Estatuto do Idoso, trata-se de um termo de compromisso assinado entre o Ministério Público e as partes, o qual passará a ter efeito de título executivo extrajudicial. Não tendo condições econômicas de o idoso, ou os seus familiares, promover o seu sustento, será imposto ao poder público este ônus, no âmbito da assistência social (Brasil, 2003b).

Quando alguma entidade cometer infração que coloque em risco os direitos assegurados pela PNI ou pelo Estatuto do Idoso, compete ao Ministério Público tomar as providências cabíveis (advertir e multar¹⁰, no caso de entidade privada, e recomendar o afastamento provisório ou definitivo do dirigente da entidade), bem

9. *Alimentos* é a denominação de um instituto jurídico que vai além do significado comum da palavra; juridicamente, alimentos significa sustento. Os alimentos/sustento serão prestados ao idoso como estabelecido nos artigos 1.694 a 1.710 do Código Civil e nos artigos 528 a 533, V, do Código de Processo Civil.

10. A multa só é cabível para os entes privados. No caso de a lpi ser pública, são elaborados relatórios solicitando ao ente público que aplique as mesmas sanções aos responsáveis pela conduta ilícita, sob pena de o Ministério Público denunciá-los à Justiça ou propor uma Ação Civil Pública. Outra opção viável é firmar um TAC, recurso muito utilizado.

como promover, sem a necessidade de processo judicial, a *suspensão das atividades ou a dissolução da entidade*, com a proibição de atendimento aos idosos a bem do interesse público.

Outra intervenção importante e disponível ao MP, mas ainda pouco utilizada, é a *responsabilização civil do Estado* na sua forma *subjéctiva e objectiva*.

O art. 37, § 6º da CF/1988 consagra a responsabilidade *objectiva* das entidades de direito público; das entidades de direito privado prestadoras de serviços públicos integrantes da administração; das sociedades de economia mista, quando prestadoras de serviços públicos; e das sociedades jurídicas não integrantes da administração indireta (particulares delegados do Estado, como as empresas concessionárias, permissionárias e autorizatórias de serviços públicos). A responsabilidade civil objectiva do Estado decorre de ato positivo do Estado ou do agente que causa dano a terceiro.

A responsabilidade civil do Estado na forma *subjéctiva* decorre da omissão estatal, principalmente na *faute du service*. Esta ocorre quando o Estado não cumpre a sua função de evitar o risco, ou seja, quando ele se omite de seu dever jurídico de agir para impedir o evento danoso. Neste caso, deve-se demonstrar a culpa administrativa ou a falta do serviço, como acontece com acidentes causados por fenômenos da natureza (por exemplo: um alagamento por acúmulo indevido de águas pluviais causado pela falta do serviço, pois não houve limpeza dos bueiros de escoamento e das galerias), ou com o comportamento inadequado de terceiros (por exemplo: furto ou roubo realizado na presença de policiais inertes), entre outras inúmeras situações.

Observe-se que a teoria da *faute du service* tem ampla aplicação no direito brasileiro, mesmo porque a legislação afirma que o Estado responderá por sua inércia, omissão ou falha na prestação de serviço público essencial, desde que devidamente caracterizadas. Este era e continua sendo o entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF) a partir do caso julgado relatado pelo ministro Temístocles Cavalcanti em 1968, quando este decidiu que “a administração pública responde civilmente pela inércia em atender a uma situação que exigia a sua presença para evitar a ocorrência danosa”.¹¹

A doutrina de Mello (2010, p. 1013) resume a questão sob o ângulo da licitude, afirmando:

a responsabilidade por omissão é responsabilidade por comportamento ilícito. E é responsabilidade subjéctiva, porquanto supõe dolo ou culpa em suas modalidades de

11. STF – 2ª Turma – RE – Relator Temístocles Cavalcanti – j. 29 de maio de 1968 – RDA 97/177. Disponível em: <

negligência, imperícia ou imprudência, embora possa tratar-se de uma culpa não individualizável na pessoa de tal ou qual funcionário, mas atribuída ao serviço estatal genericamente. É a culpa anônima ou por falta de serviço. É dispensável localizar-se, no Estado, quem especificamente descumpriu o dever de agir, omitindo-se propositadamente ou apenas por imperícia, por imprudência, ao negligenciar a obrigação e atuar tempestivamente. Cumpre tão só que o Estado estivesse obrigado a certa prestação e faltasse a ela.

Por fim, assevere-se que a suma do art. 37, § 6º da CF/1988 cria duas relações de responsabilidade: *i*) a do Estado e a de seus delegados na prestação de serviços públicos perante a vítima do dano, de natureza objetiva (em regra – teoria do risco administrativo), baseada no nexo causal, e de natureza subjetiva (só nos casos de omissão, segundo entendimento doutrinário prevalente – teoria da *faute du service*), calcada na culpa administrativa; *ii*) a do agente público causador direto do dano perante o Estado ou o delegado na prestação de serviço público, de caráter exclusivamente subjetivo, com base na culpa ou no dolo. É o que consta no art. 37, § 6º da CF/1988:

as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa (Brasil, 1988).

É bom lembrar que o princípio da eficiência deve ser objetivamente observado pela administração pública dos entes federados (municípios, estados, Distrito Federal e União). Ele está expressamente previsto no artigo 37 da CF/1988:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos poderes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte (Brasil, 1988).

Portanto, não há como os governos escusarem-se da obrigação de executarem qualquer política com eficiência comprovada por indicadores auferíveis e publicizados. Neste caso, não cabe o argumento de que os executivos (governos) têm a discricionariedade em fazer acontecer as políticas públicas. No caso da PNI, este argumento se mostra ainda mais débil, na medida em que ela chega ao cúmulo de nem mesmo existir na prática. Ou seja, não há discricionariedade por nenhum governo no Brasil em não promover as políticas públicas. A lei obriga todos os governos a serem eficientes na concretização das políticas públicas.

Ainda em relação à PNI, também chama atenção o fato de a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), até o presente, não ter feito uso de sua prerrogativa para ajuizar alguma ação civil pública com o intuito de cobrar do Estado o seu dever.

Concluindo, para que a PNI saia da formalidade do texto da lei e promova e assegure os valores e os anseios dos cidadãos por uma velhice boa e digna, é imprescindível o uso de metodologia recomendada pela legística, para planejar, executar, monitorar,

corrigir e melhorar a lei. É necessário também que a administração pública cumpra o dever constitucional de apresentar meios eficazes para promoção da PNI. Os cidadãos, exercendo de fato um controle social sobre os governos, por intermédio dos conselhos constitucionais, devem participar das decisões da administração pública em todas as fases orientadas pela legística, além de fiscalizar e exigir que os governos cumpram com eficiência o que lhes é de obrigação. Por fim, o Ministério Público e a OAB devem empreender ativa atuação sobre entidades e Estado, para que se faça cumprir a vontade formalizada na PNI, pressionando o Estado no seu dever de criar meios suficientes para garantir o funcionamento efetivo desta política.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 4 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

_____. Código de Defesa do Consumidor. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>.

_____. Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 maio 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.683.htm>.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003b.

_____. Decreto nº 6.800, de 18 de março de 2009. Dá nova redação ao art. 2º do Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 mar. 2009.

_____. **Relatório de gestão do Conselho Nacional de Direitos Humanos (gestão 2010-2012)**. Brasília: CNDI, 2012. Disponível em: <http://www.mpgp.br/portal/arquivos/2013/04/26/15_35_24_362_Relat%C3%B3rio_de_Gest%C3%A3o_Conselho_Nacional_dos_Direitos_do_Idoso_Gest%C3%A3o_2010_2012.pdf>.

_____. **Quer um conselho?** Guia prático para a criação de conselhos e fundos estaduais e municipais de defesa dos direitos da pessoa idosa. Brasília: SEDHPR, 2013. Disponível em: <<http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2015/04/cartilha-guia-prtico1.pdf>>.

CAMARANO, A. A. **Estatuto do Idoso**: avanços com contradições. Rio de Janeiro: Ipea, jun. 2013. (Texto para Discussão, n. 1840).

CANOTILHO, J. J. G. Estilo e norma constitucional. A propósito do direito constitucional técnico. **Instituto Nacional de Administração (INA)**, Oeiras, n. 16, p. 5-13, abr./jun. 1996.

CARNELUTTI, F. **Metodología del derecho**. Bogotá: Editorial Tenis S. A., 2011.

CAUPERS, J. Relatório sobre o programa, conteúdo e métodos de uma disciplina metódica da legislação. **Legislação** – Caderno de Ciências da Legislação, Oeiras, n. 35, p. 1-61, out./dez. 2003.

DELLEY, Jean-Daniel. Pensar a lei. Introdução a um procedimento metódico. **Cadernos da Escolado Legislativo**, Belo Horizonte, v. 7, n. 12, p. 101-143, jan./jun. 2004.

ELIAS, P. E. Reforma ou contrarreforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil. *In*: ARANHA, M. I.; TOJAL, S. B. de B. (Org.). **Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal** – manual conceitual. Brasília: UnB; Fiocruz, 2002.

FORTES, P. A. C. Vigilância sanitária, ética e construção da cidadania. *In*: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, G. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 61-70.

GONÇALVES, M. V. R. **Tutela de interesses difusos e coletivos**. São Paulo: Saraiva, 2012.

ISSALYS, P. **Langage et système des lois**: analyse critique du cadre législatif d'une institution administrative québécoise – rapport final du projet Morel présenté au Conseil de la Langue Française. Québec: Éditeur Officiel, 2004.

MADER, L. A avaliação legislativa: uma nova abordagem do direito, legislação. **Legislação** – Cadernos de Ciência de Legislação, n. 1, p. 39-49, abr./jun. 1991.

MAIO, I. G. **Pessoa idosa dependente**: políticas públicas de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público. Curitiba: Juruá Editora, 2016.

MAUÉS, A. G. M. **Poder e democracia**: o pluralismo político na constituição de 1988. 1998. Tese (Doutorado) – Departamento de Filosofia e Teoria Geral do Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

MELLO, C. A. B. **Curso de direito administrativo**. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

MORAND, C. A. Formes et fonctions de l'évaluation législative. **Législation d'aujourd'hui**, n. 2, p. 79-104, 1999.

PEREIRA, C. M. da S. Parecer nº D-20, datado de 15 de junho de 1961. **Diário Oficial**, 20 jun. 1961.

RELATÓRIO MANDELKERN sobre a melhoria da qualidade legislativa. **Cadernos de Ciência de Legislação**, Lisboa, n. 29, out./dez., 2000.

RIVERA, F. J. U. Negociação gerencial e liderança. *In*: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, G. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária**: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 71-88.

SOARES, F. M. **Teoria da legislação**: produção e conhecimento da lei na idade tecnológica. Porto Alegre: Safe, 2004.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

MELLO, C. A. B. Formes et fonctions de l'évaluation législative. **Législation d'aujourd'hui**, n. 2, p. 79-104, 1999.

MORAND, C. A. Para uma metodologia da comunicação legislativa. **Cadernos de Ciência de Legislação**, n. 11, p. 19-34, out./dez. 1994.

CONSIDERAÇÕES FINAIS¹

Karla Cristina Giacomin²

Art. 1º – A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

1 INTRODUÇÃO

Embora se reconheçam inegáveis avanços na ampliação de direitos desde a Constituição Federal de 1988, os desafios da plena efetivação da Política Nacional do Idoso (PNI) apontados nesta obra ainda são enormes, estando em descompasso com o acelerado ritmo das mudanças demográficas e epidemiológicas por que passa o país.

Certamente, o direito a envelhecer com dignidade não se inicia nem termina aos 60 anos; portanto, sua efetivação necessita da existência de políticas públicas ao longo de toda a vida, mas tampouco se restringe a isso.

Como demonstrado por Camarano, Kanso e Fernandes no capítulo 2, no último século, a sobrevivência democratizou-se, sendo a esperança de vida de uma criança ao nascer no Brasil de 70,1 anos para os homens e 77,5 anos para as mulheres. Aos 60 anos, a expectativa de vida alcança valores de 19,2 anos para os homens e 22,7 anos para as mulheres, um indicador que ainda pode crescer. É com essa realidade já colocada que o país precisa lidar cotidianamente.

1. Agradeço às professoras Elizabeth Uchôa e Josélia Oliveira Araújo Firmo pela partilha de instrumentos e conhecimentos antropológicos na compreensão do processo saúde-doença e do envelhecer neste país tão desigual; e à aluna Janaína de Souza Aredes, pelas reflexões e pela aprendizagem compartilhadas; ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, da Fundação Oswaldo Cruz (Nespe – Fiocruz/UFMG), na pessoa de sua coordenadora professora Maria Fernanda Lima-Costa, pelo estímulo à pesquisa na temática do envelhecimento e pela complementaridade dos métodos epidemiológicos e antropológicos; e à Professora Maria Lúcia Lebrão (*in memoriam*) e aos idosos brasileiros, pelo esforço de transformar uma utopia em realidade.

2. Médica geriatra da Prefeitura de Belo Horizonte; e pesquisadora do Nespe, do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) da Fiocruz Minas.

Além disso, como signatário de vários pactos internacionais, o Brasil se compromete a garantir a segurança econômica e social da população idosa, bem como a identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento do país, por meio da sua inclusão na agenda de políticas públicas (ver a introdução deste livro).

Para tanto, seria necessário que os gestores das políticas públicas, nos três níveis de governo, fossem estimulados a priorizar de fato a formulação de políticas para as pessoas idosas e a alocação de recursos para tal. Contudo, diferentemente de outras populações que possuem metas estabelecidas e encontram guias e condutas já sistematizadas, no caso da pessoa idosa, uma das fragilidades do Estado brasileiro diz respeito à falta de conhecimentos acumulados de gestão especificamente para este segmento.

Além disso, o delineamento de políticas públicas voltadas a essa população deve considerar também a sua autonomia, inclusive quanto à maneira como deseja ou não ser cuidada, abandonando velhas práticas de tutela da pessoa idosa.

Dada a multiplicidade de cenários em que a PNI precisa atuar, este texto objetiva refletir sobre problemas comuns e propor alternativas de otimização dos recursos já existentes em favor do envelhecimento com dignidade em nosso país.

2 O ATRASO NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA UMA POPULAÇÃO MUITO HETEROGÊNEA

A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.

A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.

A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.

A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados. A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo. A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

Celina Souza³

3. Souza, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul./dez. 2006. p. 36-37.

A PNI busca assegurar direitos, apresentar princípios e criar condições para a autonomia e a integração social da pessoa idosa.

Uma justificativa frequente para a falta de políticas para idosos é o argumento de que o Brasil envelhece rapidamente e antes de ter condições econômicas satisfatórias, não sendo possível copiar modelos europeus, canadenses ou japoneses, que seriam onerosos e inadequados à nossa realidade. Contudo, esta situação está posta, não se modificará e precisa ser enfrentada. A população brasileira continuará envelhecendo de maneira irreversível e demandará a atuação responsável do Estado. Como mudar o comportamento passivo e, em certa medida, negligente de todos os atores, Estado e sociedade?

Conforme registrado no relatório de gestão de 2010-2012 do Conselho Nacional de Diretos dos Idosos (CNDI), observa-se um grande hiato entre a constatação histórica, demográfica e social do envelhecimento brasileiro e os seus reflexos em termos de organização do Estado para tratar desta nova realidade:

apesar de alertado nos últimos quarenta anos por organismos internacionais e nacionais sobre o acelerado e intenso processo de envelhecimento populacional em curso no país, o Estado brasileiro ainda se encontra em um processo incipiente e descoordenado de incorporação de suas responsabilidades na formulação de políticas voltadas para este público (Brasil, 2012, p. 10).

No campo das ciências sociais, Minayo (2011), estudiosa da violência no ciclo da vida, denuncia que a ideia de que os velhos constituem um problema social vem sendo construída pelo Estado brasileiro em suas políticas, diretrizes e formulações. De um lado, o Estado formula e publica leis que asseguram direitos sociais aos idosos, especificando as condições necessárias para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade – conforme discutido na segunda parte deste livro, *A implementação da PNI*. De outro lado, promove um imaginário que aterroriza os idosos, pois os coloca como responsáveis pelos desequilíbrios da Previdência, das políticas sociais e de saúde (Minayo, 2011). Além disso, o próprio Estado é grande violador de direitos sociais.

O Relatório de Gestão do CNDI denuncia essa prática como uma forma de violência institucional:

a violência contra a pessoa idosa, tanto no espaço doméstico quanto institucional, e aquela produzida pela ação ou falta de ação do próprio Estado estão de certo modo banalizadas, em um país que se recusa a envelhecer e para o qual ser velho é ser decadente, doente, sem valor. Diante disso e talvez por isso, apesar de o envelhecimento da população exigir um redimensionamento de todas as políticas do país, este processo não tem sido considerado como elemento estruturante do planejamento e, conseqüentemente tem ficado de fora do orçamento do atual governo e de seus antecessores (Brasil, 2012, p.10).

Assim, é preciso compreender o que explica essa inoperância do Estado. Será por falta de leis que o obriguem a intervir?

A resposta é negativa. Falta a materialização das leis existentes, inclusive da própria PNI, como visto em vários capítulos deste livro (especialmente o 14, o 17 e o 23), e as políticas públicas de Educação (capítulo 6, que revela os reflexos da sua omissão no Plano Nacional de Educação) e proteção social (capítulos 3, 4, 10 e 19) não consideram o envelhecimento populacional em perspectiva mais realista e solidária, fato absolutamente indispensável em um país tão desigual como o Brasil (Couto, 2015).

Embora a população idosa seja sabidamente grande usuária de serviços públicos de saúde, assistência social, previdência social, transporte, justiça, cultura, entre outros – diferentemente de outros públicos que contam com programas e ações concretos e estabelecidos – este segmento ainda precisa ser notado na sua especificidade.

O que explicaria essa invisibilidade?

Aqui adentramos uma questão de fundo: a resistência velada da sociedade brasileira ao envelhecimento.

2.1 A cultura e o envelhecimento

Assumindo-se cultura como um universo de símbolos e significados que permite aos sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiarem suas ações (Geertz, 1989), os sinais que marcam o envelhecimento fazem também parte do universo cultural de uma coletividade, sendo apropriados e elaborados simbolicamente por todas as sociedades e pelos próprios sujeitos em rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social (Minayo e Coimbra Júnior, 2002).

Envelhecer como um ribeirinho da Amazônia, um sertanejo nordestino, um morador de rua da metrópole ou um gaúcho dos Pampas são experiências muito diversas, que demandam respostas diferentes das políticas públicas. Como experiência corporal, a velhice varia com o gênero e a etnia e se transforma em uma experiência social, na qual as perdas se materializam na vida real e são reforçadas pela existência de barreiras físicas, econômicas e culturais (OMS e DGS, 2004).

Além disso, em um país onde a juventude deixou de ser uma etapa da vida para se tornar um valor a ser perseguido (Debert, 2010), a palavra *velho* está quase proscrita, compreendida como uma ofensa. Existe uma multiplicidade de discursos em torno da velhice e neles surgem eufemismos para nomeá-la: terceira idade, melhor idade, idoso, pessoa idosa. Ao analisar estudos sobre a velhice no Brasil, Lins de Barros (2011) conclui que, no imaginário social brasileiro, ser velho associa-se a perdas, limitações físicas, e, nos papéis sociais, dependência, sofrimento, doenças e morte. Talvez isso reflita o medo diante da dura e indesejável realidade de muitos brasileiros.

Na mesma direção, a promotora pública de defesa de direitos da pessoa idosa Maio (2016) sintetiza a questão ao aludir à frase “o governo só pode trabalhar para quem existe ou para quem resiste”. Ela explicita a invisibilidade da categoria idoso ou da representação social da velhice em sua pesquisa acerca das prioridades elencadas por membros do Ministério Público – instituição que deve fazer cumprir a lei em defesa da sociedade. De acordo com os resultados obtidos em seu estudo, de uma lista de nove temas prioritários, os promotores elegeram a questão do idoso como o último (Maio, 2016). Isso confirma a impressão de Debert (1999) da velhice compreendida como um problema de cada um, concepção que configura a “reprivatização da velhice”, ou seja, diferente de outras etapas da vida, a velhice é vista como um atributo da esfera privada e não uma questão social relevante para o Estado brasileiro.

Essa situação revela a cultura de uma sociedade fundada em valores consumistas e individualistas, a qual tende a segregar, desprezar e encarar a pessoa idosa como alguém sem valor, afastado da produção e limitado em sua capacidade de consumo (Maio, 2016). Portanto, além de questionar, é preciso tentar superar este imaginário da cultura ocidental, que insiste em uma visão milenar da velhice como inexorável, irreversível e irremediável tragédia pessoal (Beauvoir, 1990).

Para fazê-lo, Goldenberg (2013 p. 27 e 28) retoma⁴ o trabalho de Beauvoir (1990) acreditando que a velhice está inscrita em cada um de nós, e que é preciso romper a conspiração do silêncio em torno desta etapa da vida. Para a autora:

só assumindo consciente e plenamente, em todas as fases da vida, que nós também somos ou seremos velhos, podemos ajudar a derrubar os medos, os estereótipos e os preconceitos existentes sobre a velhice. (...) Somos nós os principais interessados em uma transformação radical dessa realidade, seja qual for a nossa idade cronológica. Cada um de nós, mesmo os muito jovens, deveria se reconhecer no velho que é hoje ou no velho que será amanhã: velho não é o outro, velho sou eu.

Isso inclui discutir e encontrar estratégias para superar as dificuldades de envelhecer, na perspectiva de cada um e na do país.

2.2 Envelhecer em diferentes cenários

As condições do curso de vida individual, em um determinado contexto socioeconômico e cultural, determinam como uma pessoa idosa fica velha.

Marc Augé⁵

Na realidade brasileira, as políticas públicas se constroem de forma heterogênea e são de natureza plural, devendo assistir as pessoas nas diferentes etapas da vida e

4. Em estudo que incluiu 1.700 mulheres e homens, moradores da cidade do Rio de Janeiro, a metodologia consistiu de questionários, grupos de discussão e entrevistas acerca da representação social da velhice.

5. Augé M. *Une ethnologie de soi: le temps sans âge*. Paris: Seuil, 2014.

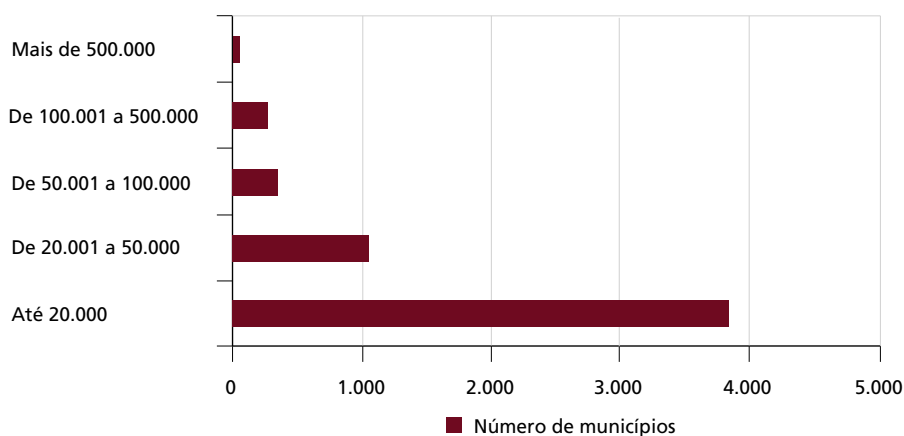
nas mais diversas regiões do país, onde as transições demográfica e epidemiológica acontecem em ritmos variados.

Para Lins de Barros (2011, p. 46), o envelhecimento deve ser compreendido como: “um processo de dimensões subjetivas e intersubjetivas, realizado em diferentes contextos socioculturais e situações interativas, nas quais são relevantes as distinções de classe, gênero, geração e raça/etnia”. Portanto, é importante compreender o que é a velhice para os principais interessados (os destinatários das políticas voltadas para a população idosa) e para os atores que a colocam em prática e respondem por isso (os gestores e os profissionais), a fim de propor intervenções com maiores possibilidades de efetividade.

Para que as políticas sejam efetivas, é importante considerar onde vivem os cidadãos. Saber que 55% da população brasileira vive em 283 municípios significa ter de oferecer respostas para aqueles que habitam dentro e fora dos grandes centros urbanos, já que, conforme aponta o gráfico 1, mais de 90% dos municípios brasileiros são considerados de pequeno e médio porte (IBGE, 2010a). Apesar de os grandes centros populacionais brasileiros já apresentarem perfis demográficos e epidemiológicos (Lima-Costa *et al.*, 2011) semelhantes aos dos países desenvolvidos, nossas cidades ainda não dispõem de uma infraestrutura de serviços que atendam a demandas decorrentes destas transformações (capítulos 3, 4, 5, 6, 7 e 11).

GRÁFICO 1

Distribuição dos municípios brasileiros, por número de habitantes



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – Munic (IBGE, 2010b).

Em todos os municípios brasileiros há idosos, mas o envelhecimento populacional é desigual, como demonstrado na primeira parte deste livro, *Histórico*

da PNI. Segundo dados da Munic (IBGE, 2010b), dos 5.565 municípios brasileiros, 5.077 (91,2%) declararam possuir políticas, programas ou ações para idosos, sendo mais frequentes os programas orientados para promoção de saúde, em 78,6% deles (4.374 municípios). A garantia de acessibilidade aos espaços públicos atinge pouco mais da metade dos municípios (2.911), e ao transporte, apenas um quarto (1.386 municípios). Faltam ainda políticas para o enfrentamento da violência em 65,3% das cidades, ou seja, em 3.079 municípios (Maio, 2016). Ainda que a grande maioria dos municípios declare possuir alguma ação para os idosos urbanística, quantitativa e qualitativamente as iniciativas estão muito aquém da necessidade para o enfrentamento da questão, como visto no capítulo 11.

Faltam políticas porque o Estado se nega a reconhecer o envelhecimento como sua responsabilidade, ou a velhice continua invisível porque não há políticas públicas específicas?

Para trazer as questões do envelhecimento e do cuidado à pessoa idosa para dentro da gestão pública, será necessário superar, além das dificuldades culturais, entraves estruturais, apresentados nesta obra, os quais afetam sobremaneira o direito dos cidadãos brasileiros ao envelhecimento com dignidade.

2.3 Dificuldades estruturais comuns

A família, o Estado e a sociedade dividem responsabilidades quanto a atribuições que lhes são formalmente destinadas pela Constituição Federal (Brasil, 1988, art. 230), pela PNI e pelo Estatuto do Idoso (Brasil, 2003). Embora a PNI estabeleça princípios e mecanismos de coordenação entre a União, os estados e os municípios na execução de programas e projetos que tenham como alvo o público idoso, na prática, não é o que se verifica. Sem pretender esgotar o tema, entre as inúmeras dificuldades estruturais, destacam-se as enumeradas a seguir.

- 1) A inexistência de uma política de Estado coordenada por um órgão específico cuja principal pauta seja a PNI e que ultrapasse os períodos de governo, com metas de curto, médio e longo prazo. Disso decorre a indesejada e usual descontinuidade de ações, nos três níveis de governo, com supressão, suspensão, fragmentação, junção de esferas administrativas, sujeitas a reinterpretações pelos governantes eleitos. Desses efeitos resultam a fragilização das políticas no território brasileiro.
- 2) A tolerância ao descumprimento da PNI pela sociedade e o desinteresse do Ministério Público pela causa, o que acaba contribuindo para o não cumprimento das normas já estabelecidas.
- 3) A falta de meios da administração pública que viabilizem a concretização dos direitos, hoje meramente formais. Esses meios envolvem: equipamentos

específicos de diferentes complexidades para o cuidado de pessoas idosas e para a promoção da cidadania; profissionais bem treinados; inclusão do tema da velhice nos diversos níveis educacionais; planos exequíveis e monitoramento eficiente da PNI; e recursos financeiros suficientes para a execução de todas essas ações estruturantes.

- 4) A dificuldade de pautar a PNI e as questões relativas ao envelhecimento e aos direitos dos idosos nas várias políticas sociais, nos conselhos setoriais e de direitos e em fóruns da sociedade civil não ligados ao segmento idoso.
- 5) A falta de recursos orçamentários destinados à proteção e à garantia do direito ao envelhecimento digno dos brasileiros, nos três níveis de governo.
- 6) A burocracia e a superposição de ações de políticas, que dificultam o entendimento e a atuação do Estado de modo intersetorial. Os problemas se perpetuam pela falta de acesso a direitos, e como não há diálogo entre as políticas; ora elas se superpõem e agem em duplicidade, ora se omitem. Também não há agilidade na correção dessas falhas.
- 7) A confusão entre uma política efetivamente pública e uma “com donos”, traduzida em expressões como “os meus idosos”, por exemplo. Infelizmente, esta situação revela o descrédito na capacidade de a pessoa idosa ser autônoma e o desejo do gestor de se perpetuar no cargo. Quando muda o governo, as ações são descontinuadas, à revelia dos interesses da população idosa.
- 8) O desrespeito às deliberações das conferências nacionais de direitos da pessoa idosa, o que concorre para que estas sejam onerosas, inócuas e repetitivas (capítulo 23).
- 9) O frágil controle democrático exercido por conselhos de direitos e de gestão das políticas setoriais, nas três esferas de governo, quanto ao cumprimento das legislações referentes ao envelhecimento e às pessoas idosas (capítulos 14, 17 e 21).
- 10) O preconceito contra o envelhecimento (etarismo), que reverbera a visão pejorativa do velho como coitado, infantil, ultrapassado, sem perspectivas, incapaz de aprender, além de reconhecer nele um ônus para o sistema de seguridade social.
- 11) O mau hábito de aguardar uma solução mágica que virá do âmbito federal ou na forma de lei para os problemas cotidianos que afetam os serviços. Trata-se do reflexo de uma postura política passiva e de uma lógica de relação governo-povo paternalista, no lugar do conceito de cidadania plena, com a participação da sociedade na construção das decisões do Estado.

- 12) Apesar de alertado por organismos nacionais e internacionais, nota-se a falta de uma cultura de planejamento previdenciário de médio e longo prazo no Estado e na sociedade brasileira (capítulos 9 e 10) que repercute nas condições de trabalho e de aposentadoria dos brasileiros (capítulos 8 e 9), além de favorecer conflitos geracionais.

Além disso, tendo em vista a dimensão continental do Brasil, para uma maior efetividade, é importante que as políticas atuem de forma descentralizada. Porém, como afirmam Noronha, Lima e Machado (2012), isso se mostra ainda mais desafiador em um país cujo Poder Executivo vem de um longo histórico autoritário e centralizador, com assimetria de poder entre os governadores das cinco regiões, e com municípios apenas recentemente tendo sido considerados entes federativos pela Constituição Federal de 1988.

De acordo com Arretche (2000), em países heterogêneos como o Brasil, com enorme diversidade territorial e profundas desigualdades sociais, as estratégias de indução de políticas eficientemente desenhadas e implementadas que obtenham maior adesão nas três esferas de governo podem compensar obstáculos estruturais de estados e municípios. Para fazê-lo, as diferenças precisam ser enfrentadas, e as políticas, formuladas, com previsão de financiamento por meio de tributos federais, estaduais e municipais, e encargos sociais que podem ser comuns ou concorrentes nos três níveis de governo. Nesse sentido, a descentralização de uma política envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que muitas vezes colocam interesses e projetos antagonistas na disputa política.

Para uma melhor qualidade da ação política, é importante garantir maior *accountability* – responsabilização e prestação de contas – e racionalidade no uso da coisa pública, reduzindo-se os custos e integrando-se as ações dos diferentes serviços e das políticas no território. Para tanto, seria fundamental uma efetiva participação da população idosa e não idosa e de seus representantes, para assegurar maior transparência e efetividade às políticas de seu interesse.

Ademais, no contexto das políticas públicas, as múltiplas e urgentes demandas da população idosa conflitam com o interesse dos serviços, pois a prioridade assegurada aos idosos concorre com todas as outras prioridades definidas em lei. Tantos entraves podem tornar a PNI uma lei simbólica (Giacomin e Couto, 2013), que cria expectativas de direitos, mas não os concretizam (capítulo 17). Como interferir nesta realidade?

3 ESTRATÉGIAS PARA PENSAR AÇÕES VOLTADAS PARA A PARCELA IDOSA

É tempo de refletir sobre o que significa envelhecer para cada política social. Nosso projeto de sociedade inclui a velhice dos cidadãos brasileiros? Nosso projeto de vida inclui a nossa velhice? Como lidamos com a perspectiva da morte e do morrer?

As respostas a essas questões não são óbvias.

Cada profissional, em sua formação, deveria refletir sobre seus próprios sentimentos ante o envelhecimento, suas atitudes diante da velhice e da morte e sobre como isso influencia a sua relação com a pessoa idosa e consigo enquanto envelhece. Afinal, cada um lida com a pessoa idosa conforme seu próprio conceito de envelhecimento e de morte (Giacomin, Moraes e Teixeira, 2014).

Profissionais que atendem idosos de forma apressada, irritados, cansados, que demonstrem pouco interesse pelo que a pessoa tem a dizer ou está sentindo, não favorecem uma relação de confiança. Talvez estejam expressando o próprio desconforto diante de uma condição para a qual não se sentem preparados. Assim, para que haja eficiência nas políticas, é necessário o comprometimento das equipes e da gestão dos serviços na atuação no campo (figura 1).

FIGURA 1

Elementos que orientam a atuação das políticas públicas à pessoa idosa



Elaboração da autora.

Uma das queixas mais frequentes sobre os serviços é o excesso de demandas. O idoso acrescenta complexidade a estas demandas. O que fazer?

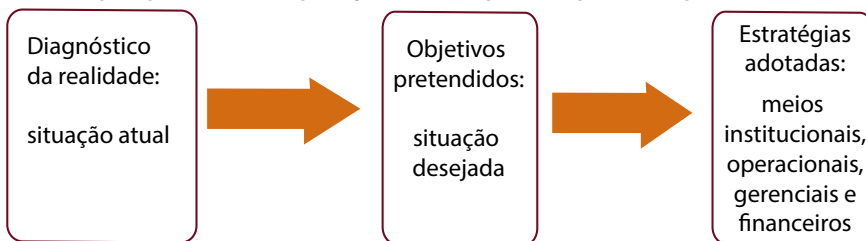
A sugestão é, primeiramente, trabalhar de fato em equipe. Não é conveniente que nenhuma pessoa assuma sozinha tamanha responsabilidade. A velhice multifacetada pede uma atuação multidisciplinar, com cada profissional contribuindo com o seu olhar. Esse trabalho em equipe favorecerá a realização profissional – o

trabalho bem feito de um facilita o de outro – e aprimorará a qualidade da atuação da política. Isso vale para as diferentes áreas da justiça, da assistência social, da saúde, da educação, e tantas outras.

Contudo, é fundamental organizar essa demanda. Frequentemente os profissionais se esgotam em atendimentos não planejados, deixando a impressão de estarem ora “apagando incêndios”, ora “enxugando gelo”. O perfil de problemas não se modifica, os recursos são insuficientes e a sensação de impotência aumenta. Por sua vez, os cidadãos se sentem desassistidos e desrespeitados pela falta de informações e pela morosidade no atendimento às suas demandas. Em contrapartida, quando se consegue definir fluxos e agendas protegidas para assistência de grupos específicos, tanto o cidadão quanto o profissional se sentem mais valorizados e motivados.

Considerando-se que 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes, e 45%, menos de 10 mil, fica claro que, em cada um deles, cada serviço atuará conforme a influência de suas próprias especificidades socioculturais e econômicas. Por sua vez, o envelhecimento na metrópole introduz outros desafios, como a dificuldade de mobilidade urbana, segurança pública, saúde e a necessária construção de uma rede de solidariedade e apoio para pessoas idosas vulneráveis. Daí a importância de se identificarem no território os recursos, as lideranças, bem como as crenças relativas ao processo do envelhecimento e ao cuidado à pessoa idosa, a fim de definir melhor os objetivos e as estratégias para mudar a realidade (figura 2).

FIGURA 2

Etapas que orientam o planejamento das políticas públicas à pessoa idosa

Elaboração da autora.

Tomando-se como exemplo a política de Saúde, para conhecer a realidade de Belo Horizonte, Silva (2015) realizou uma análise documental das pautas trazidas por agentes comunitários de saúde (ACS) que incluíam a pessoa idosa. A autora analisou as atas de 264 reuniões das equipes de Saúde da Família de 48 unidades básicas de saúde (UBS), com participação de 250 profissionais, sendo 130 ACS. Em cada UBS foi sorteada uma equipe de Saúde da Família para participar do estudo. Entre as 4.129 pautas identificadas nas atas, o tema saúde do idoso apareceu apenas oitenta vezes (1,9%). Esses oitenta registros foram analisados e categorizados

nos seguintes tópicos: atenção à saúde; e violência e questões organizacionais. Ao todo, foram 71 assuntos, dos quais 53 foram discutidos em UBS que realizaram grupos com cuidadores de idosos frágeis nas respectivas áreas de abrangência. Entre os dezesseis ACS que levaram pautas da saúde do idoso para as reuniões, doze participaram do Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF).⁶ Além disso, dos dezesseis ACS que encaminharam pautas de idosos para as reuniões, nove atuavam em UBS que realizaram grupos com cuidadores promovidos pelo referido projeto. Isso sugere que, nas UBS em que houve maior envolvimento com o PQCIF, a sensibilização dos funcionários para o cuidado com a pessoa idosa foi maior (Silva, 2015).

Se os idosos têm mais doenças crônicas e demandam mais cuidados, por que as pautas da pessoa idosa não chegam às reuniões das equipes? Será porque existem demandas para as quais a gestão é cobrada, e a pessoa idosa não é uma delas? Ou porque considera-se a pessoa idosa velha, improdutiva, e não cabe investir nesta fase da vida? Manter o idoso frágil invisível demandaria menos da equipe? Terá sido isso? Ou seria porque a família, a equipe e a própria pessoa idosa sequer reconhecem a importância deste cuidado (capítulo 19), por considerarem “natural” que a família – usualmente uma mulher – cuide do idoso sozinha?

Ainda que não saibamos as respostas, precisamos mudar esse cenário. E podemos fazê-lo.

4 ESTRATÉGIAS PARA FORTALECER A PNI

Em qualquer política, a busca de alternativas depende diretamente do comprometimento e do envolvimento dos profissionais, da gestão e da sociedade.

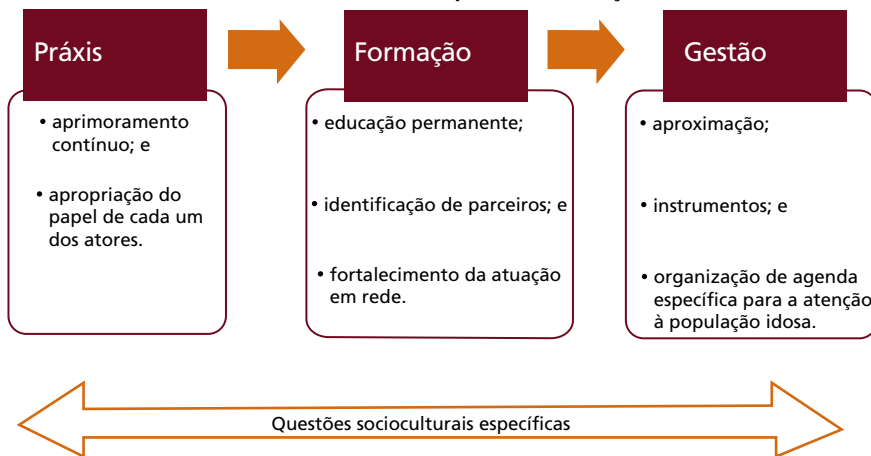
A aquisição de habilidades e competências para lidar com as velhas e novas questões trazidas pela população idosa passa pelo interesse em aprimorar os conhecimentos e a prática, ou seja, em promover a aproximação entre parceiros, de modo a identificar os obstáculos à boa prática, incluindo-se a falta de comunicação sistemática dentro da equipe e entre os serviços, a acomodação diante dos problemas e o trabalho isolado e irreflexivo.

Essa mudança de comportamento dependerá do envolvimento e da pró-atividade dos próprios gestores, trabalhadores, familiares e idosos para otimizar os recursos disponíveis dentro de cada política e na comunidade. Para tanto, é fundamental promover um ambiente favorável à reflexão sobre a práxis, a formação profissional e

6. Este projeto foi desenvolvido entre 2009 e 2013 pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte, com apoio do Ministério da Saúde. Foram capacitados 4.305 profissionais de saúde, dos quais 1.946 ACS, e implantados grupos com cuidadores familiares de idosos frágeis em 104 das 147 UBS do município.

o papel da gestão no cotidiano dos serviços, considerando-se ainda as questões socioculturais específicas de cada realidade brasileira.

FIGURA 3

Ambiente favorável à reflexão sobre a práxis nos serviços

Elaboração da autora.

Em qualquer política pública, um desafio recorrente é a educação permanente dos profissionais. Porém, a rotatividade destes nos serviços pode prejudicar a eficiência organizacional e, inclusive, interromper alguns programas estratégicos. Além disso, se se pretende refletir sobre a práxis, cabe à gestão garantir espaços de discussão sobre a atenção à população idosa no próprio serviço, na equipe e entre profissionais e serviços que tenham atuação comum.

Na mesma direção, Feuerwerker (2014) ressalta que diferentes tipos de serviços e espaços podem servir como oportunidade para se analisar um fenômeno por diferentes ângulos (históricos, sociais, culturais e pessoais). A atuação no território e, de modo especial, nos domicílios pode favorecer essa ampliação do olhar a partir de uma formação de profissionais fundamentada nas necessidades identificadas e no diálogo (Ceccim *et al.*, 2014). Alarga-se, assim, a capacidade de interação e compartilhamento, em que o desconforto e o estranhamento intelectual provocados pelo encontro de diferenças promovem uma transformação nos sujeitos envolvidos, bem como da realidade (Ceccim *et al.*, 2014).

Também é importante fomentar a criação de fóruns intersetoriais junto a outras políticas e entidades não governamentais, para tratar, por exemplo, da abordagem de situações e da notificação de casos de violência (capítulo 18). O art. 19 do Estatuto do Idoso preconiza que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada

contra idosos⁷ serão notificados pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, entre outros órgãos (Brasil, 2003).⁸

Mallet (2015), ao analisar 859 denúncias recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte (CMI-BH) entre 2011 e 2013, verificou que Belo Horizonte dispõe de 147 Centros de Saúde (UBS) e 587 Equipes de Saúde da Família, as quais alcançam uma cobertura de 86,93% da população. A tipologia de violência mais identificada foi a negligência (34%), seguida pela violência psicológica (20%) e o abandono (19%) – sendo que 66,13% das vítimas sofreram dois ou mais tipos de violência associadas. Contudo, se considerarmos a obrigatoriedade da notificação da violência pelos serviços de saúde, a participação das UBSs, embora com tendência crescente, ainda é ínfima. Nos três anos observados, a média de denúncias de violência contra a pessoa idosa por UBS sequer atingiu um caso por unidade, tendo sido respectivamente de 0,33 em 2011; 0,49 em 2012 e 0,54 em 2013. Se tomada a média por equipe de Saúde da Família, as médias caem para 0,08 denúncias por equipe em 2011; 0,12 em 2012; e 0,13 em 2013. Isso sugere que a violência contra a pessoa idosa permanece invisível e que as instituições de saúde não estão cumprindo a contento o seu papel preconizado na legislação (Mallet, 2015).

Cabe discutir: no amparo à velhice, quem define onde começa e onde termina o papel de cada um? Estado, família ou sociedade: qual é o lado mais frágil? A família representada na lei corresponde à família real? A mulher, historicamente cuidadora “natural”, há muito tem assumido outros papéis, inclusive o de chefe de família e provedora. Quem faz ou fará o que se espera dela? Como o Estado reconhece esta mudança? (Ver capítulo 19 sobre cuidadores).

Ao discutir a ideia de “dar, receber e retribuir” – horizonte “moral” que serve de referência para a legislação e a sociedade (Sarti, 2004) – observa-se que, ao mesmo tempo que garante juridicamente os direitos básicos da pessoa idosa, a norma distribui responsabilidades entre o Estado, a sociedade e a família. Porém, a prática aponta para uma concepção privatista do processo de envelhecimento (Debert, 1999), ao colocar sobre a “família idealizada” a responsabilidade exclusiva de resolver problemas que estão além de suas possibilidades.

Nessa perspectiva de reciprocidade (Sarti, 2004), a família é tida como uma instituição perfeita, infalível e imutável, o que contradiz a realidade. As relações entre pais, filhos, irmãos podem ser conflituosas ao longo da vida e, nas últimas décadas, as configurações e os modelos de família no Brasil experimentam significativa transformação (Lemos, 2013). Todavia, a legislação ainda opera com uma concepção

7. Considera-se a violência contra a pessoa idosa como qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (Brasil, 2003).

8. Serão obrigatoriamente comunicados os seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Estadual do Idoso; CNDI; e CMI.

de família natural e universal obsoleta, principalmente no que diz respeito à sua configuração e extensão (Debert e Simões, 2011). Não existe mais “a família”, mas vários tipos e formatos de família, com vínculos mais frágeis, de menor tamanho, reduzido número de filhos e de potenciais cuidadores (capítulo 19).

Por sua vez, Lemos (2013) problematiza a transferência de apoio do poder público, especialmente do Executivo, às famílias pobres e aos seus idosos. O autor denuncia que a precariedade desta solidariedade estatal é silenciada porque, sobreposta a ela, aparece a ideia de ingratidão familiar em relação à pessoa idosa. Nos processos que chegam ao Ministério Público haveria uma expectativa cultural de que caberia à família cuidar, que acompanha as denúncias de negligência e abandono.

A opção de criminalizar a negligência e o abandono familiar não resolve, contudo, a falta de estrutura para cuidar da velhice dependente (capítulos 3 e 11). Ao fazê-lo, o Estado apenas expõe um processo perverso por meio do qual o próprio poder público viola os direitos dos idosos ao abandonar a família que realmente não tem como lidar com tal dependência, especialmente aquelas de baixa renda. O cuidado com o idoso dependente não tem como acontecer eficazmente nestas famílias sem a adequada transferência do apoio público, pois os custos financeiros, físicos e emocionais são altos demais. Ao contrário, a família, outra vítima do desamparo estatal, é culpabilizada. E o que se sabe sobre o desejo de a pessoa idosa de ser ou não cuidado por sua família?

Lemos (2013) também ressalta que embora a Constituição e o Estatuto do Idoso permitam forçar a aproximação dos filhos, muitas dúvidas ainda permanecem: concorreria para a dignidade do idoso a presença de um filho que transparece a insatisfação de ser obrigado a visitar o pai? Isso não aumentaria ainda mais o drama da rejeição? Deveria o idoso decidir? Como foi estabelecida a relação do filho com este idoso ao longo da vida? Afinal, as leis determinam, mas não encontram políticas sociais efetivas para viabilizar a dignidade e tampouco impor o afeto ausente ou desconstruído. Faltam delegacias, defensorias e varas de justiça especializadas na proteção de direitos dos idosos (capítulo 14, 15 e 16).

Se as políticas sociais têm investido na abordagem da família como mecanismo para alcançar os grupos vulneráveis, quando uma família com alguma pessoa idosa em risco for identificada, deveriam ser pensadas estratégias para potencializar os recursos das diferentes políticas envolvidas. Nesse sentido, a interação entre usuários e serviços também pode proporcionar uma melhor compreensão acerca dos problemas a serem enfrentados, especialmente assumindo seu papel na defesa de seus direitos nos conselhos de direitos (capítulo 21). Os programas de educação e planejamento serão mais efetivos se levarem em conta as formas de pensar e agir das populações junto às quais se pretende intervir. Isso inclui favorecer a intergeracionalidade (capítulo 7).

Para isso, é fundamental a efetivação da PNI, não apenas na velhice, mas ao longo de todo o ciclo da vida, como proposto na figura 4.

FIGURA 4
Estratégias para a efetivação da PNI no ciclo da vida



Elaboração da autora.

Nesse processo, a gestão tem papel fundamental, pois cabe a ela reconhecer a importância de se estabelecer, com ênfase na funcionalidade, o perfil de envelhecimento da população assistida (Brasil, 2006) e atuar junto a pessoas de todas as gerações. Este pressuposto é crucial para efetivamente garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2014), utilizando-se dos recursos da pessoa idosa, da família, da comunidade e dos serviços. Além disso, há que se reconhecer que quanto mais se distancia dos grandes centros menor é o alcance da saúde suplementar e menores são os recursos privados de apoio social; em contrapartida, a atuação da saúde pública e de serviços de cunho filantrópico se torna ainda mais fundamental para o cuidado à população.

Portanto para fazer face à fragilidade dos sistemas de saúde e de assistência social, é mandatária a perspectiva da intersectorialidade – feita a partir da atuação conjunta com outras políticas e da mobilização comunitária. Para isso, o estímulo ao trabalho em redes – com interdependência entre as pessoas e dinâmica direcionada para fortalecer e consolidar as atividades de interesse – é parte das diretrizes do modelo de cuidado à pessoa idosa (Brasil, 2014). Nesse sentido, a aplicação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pode servir de estímulo.

Considerando-se que uma pessoa idosa plenamente independente demanda recursos diferentes dos de uma pessoa idosa acamada, o objetivo da caderneta é identificar quem são, onde vivem e como vivem as pessoas idosas de diferentes perfis funcionais, atualizando as informações e favorecendo a comunicação entre os serviços. As equipes podem estudar a caderneta e definir em que situações ela será necessária, quem se responsabilizará por seu preenchimento, com qual periodicidade e em que momentos será exigida.

Toma-se como exemplo a aplicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em uma população de 10 mil pessoas, das quais 600 (12%) seriam idosas. Muito há por ser feito para promover a saúde, a autonomia e a integração social destas pessoas. Estima-se que, nesse universo, deva haver:

- 1% de idosos institucionalizados, ou seja, dez indivíduos;
- 4% de acamados, ou seja, quarenta pessoas que demandam cuidado domiciliar; e
- 20% de idosos com incapacidades, isto é, duzentas pessoas que demandam avaliação e intervenção multiprofissional.

Nos grandes centros, 40% das pessoas têm planos privados de saúde, mas estima-se que, em todo o país, 75% dos idosos dependam exclusivamente do SUS (Lima-Costa *et al.*, 2011). Do ponto de vista funcional, esta realidade reduziria o universo de pessoas muito vulneráveis para 150 idosos, os quais podem ser avaliados de forma planejada pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs). Além disso, seria necessário garantir uma agenda protegida para se assegurar o acesso dessa população à saúde. A garantia de um atendimento por dia – ou seja, cinco por semana – seria suficiente para que todo esse universo fosse conhecido em menos de um ano; e em três meses, caso fossem garantidos dois atendimentos por dia. Essa atuação planejada não se resumiria a oferecer atendimentos médicos individuais, mas sim a favorecer o reconhecimento de casos semelhantes e a proposição de fluxos e ações coordenadas pelas diferentes políticas e organizações existentes no território. Parece plausível, mas por que isto não acontece?

A resposta é: porque a demanda da população idosa, mesmo frágil, não goza da prioridade necessária nem conta com qualquer tipo de incentivo para ser acompanhada longitudinalmente. Essa posição passiva dos serviços fragiliza o próprio cuidado oferecido. Além disso, muitas vezes os idosos têm sido culpabilizados pelas condições em que vivem e envelhecem. Outro entrave é a dificuldade de se saber a real dimensão da demanda, uma vez que a população mais frágil, especialmente a mais carente, enfrenta grandes dificuldades de acesso aos serviços. Como interferir nesta realidade?

5 A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO NO CUIDADO DAS FAMÍLIAS COM PESSOAS IDOSAS

Para fortalecer a PNI, a gestão precisa se envolver e pensar estratégias criativas e maneiras sistemáticas de trabalhar os casos, identificar os problemas semelhantes e discuti-los. O intuito é motivar as equipes, estabelecer fluxos e definir protocolos que possam orientar ações adequadas à realidade local. Isso significa rever e definir melhor a atuação e a qualificação do trabalho das equipes de forma coordenada.

Para Medeiros *et al.* (2010), o distanciamento entre o gestor e os profissionais da equipe e o estilo de gestão autoritário e rígido podem reduzir o entusiasmo e provocar descontentamento, insatisfação e frustração das expectativas dos profissionais. Este ambiente limita o desenvolvimento de novas ideias, desestimula a participação e dificulta a sinergia nas equipes. Em contrapartida, profissionais que atuam em um ambiente mais democrático, com liberdade, ficam mais estimulados a participar dos diversos processos, sentem-se mais responsáveis e conseguem enfrentar as dificuldades no trabalho com mais dedicação e entusiasmo. Por isso mesmo, a grande questão é ser capaz de conciliar a autonomia com a responsabilidade dos profissionais, sem lhes castrar a iniciativa, nem tampouco deixar as instituições à deriva (Campos, 2002).

No âmbito da saúde, fica a sugestão para o desenvolvimento de uma estratégia de matriciamento do cuidado para a população idosa. Trata-se de um novo modo de produzir efeitos em que as equipes, em um processo dialógico, discutem alternativas de intervenção com base nos recursos efetivamente disponíveis e na busca por otimizá-los (Figueiredo e Campos, 2009).

Contudo, diferentemente de outras propostas de matriciamento existentes, como a da Saúde Mental,⁹ na atenção à Saúde da Pessoa Idosa, as equipes sofrem com a carência de interlocação – faltam geriatras na rede SUS e em todo o país – e a insuficiência de instrumentos e recursos que favoreçam o matriciamento. Além disso, as ações e as situações de cuidado crônico no domicílio acontecem muitas vezes de maneira não sistematizada, e o sistema de saúde e de assistência social, quando acionado, é surpreendido por situações de crise.

Some-se a isso o não reconhecimento dos problemas de saúde das pessoas idosas em razão de sua invisibilidade, do preconceito presente na cultura brasileira, que toma a velhice como doença (Minayo, 2011), e da falta de formação gerontológica dos profissionais – contrariando o que preconiza a PNI. Tudo isso concorre para o adoecimento das pessoas idosas, em detrimento do cuidado, da promoção e da sua integração social à sociedade.

9. Nesta, duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (Chiaverini, 2011).

Nesse sentido, a gestão de uma política social deve estimular as equipes a identificarem, no território, as famílias junto às quais será necessário atuar de modo diferenciado, favorecendo o acesso a insumos e recursos dentro da rede e contribuindo para o aprimoramento do cuidado.

Algumas experiências realizadas nos municípios de São Paulo e de Belo Horizonte dão conta de que é possível sistematizar a atuação das equipes a partir da capacitação da rede para o cuidado à pessoa idosa e do reforço às ações preventivas e de reabilitação, inclusive ao cuidador (capítulo 19). Daí a importância de se incrementar e potencializar toda a rede intersetorial nesse mesmo objetivo, compartilhando experiências e fortalecendo os atores e os principais interessados: a comunidade, o grupo familiar e a pessoa idosa que é cuidada.

Essa atuação integrada deve acontecer por meio do desenvolvimento de projetos no território; da criação de grupos como estratégia de otimização de recursos; de trabalhos educativos e de inclusão social; do enfrentamento de situações de violência e ruptura social; e de ações junto aos equipamentos públicos (Brasil, 2009).

Ao analisar a implantação de grupos de apoio a cuidadores familiares no SUS de Belo Horizonte, Ferreira (2015) verificou que uma maior sinergia entre a gestão local e o facilitador treinado pelo PQCIF favoreceu a implantação desses grupos. Contudo, a sistematização do cuidado domiciliar e da relação entre o cuidador da pessoa idosa e a rede de saúde pública, inclusive dos que não conseguem se ausentar do domicílio por não terem com quem deixar a pessoa de que cuidam, ainda precisa ser construída (Chacon, 2015).

Como apontado no capítulo 19, é urgente e necessário implantar uma política nacional de cuidados com previsão de financiamento específico, introduzindo a discussão sobre a efetiva criação de um sistema socio sanitário integrado e articulado em todo o país. Nesse sentido, a simplificação e a expansão dos centros de referência de atenção à saúde do idoso, inclusive para cidades de menor porte, bem como o incentivo à inclusão de geriatrias nas equipes dos Nasfs, especialmente em regiões mais envelhecidas, seriam estratégias para favorecer o cuidado pretendido.

6 CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional brasileiro está posto. A pessoa idosa precisa ser ouvida em suas demandas e cuidada como público prioritário.

Assim, para reduzir as desigualdades sociais e as de saúde, é fundamental investir mais na oferta de serviços capazes de realizar a prevenção, a promoção, a assistência e a recuperação da saúde, para prevenir as fragilidades e as incapacidades e reduzir o risco de seu agravamento, especialmente na parcela da população com menos recursos. Isso inclui investir radicalmente na educação como política transformadora da realidade brasileira.

Cuidados crônicos e agudos se superpõem, e a Estratégia Saúde da Família fortalece as chances de a população idosa ter acesso aos serviços. Contudo, é importante cumprir o preceito que assegura que o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (Suas) se façam em acordo com as especificidades culturais de cada contexto, e, também, qualificar o cuidado por eles oferecido.

Para tanto, o envolvimento da gestão, a disposição de refletir sobre a práxis e o debate sobre critérios e sanções positivas¹⁰ que premiem ações com reflexos positivos sobre a condição de vida dos cidadãos na velhice podem servir para promover a efetivação da PNI e aprimorá-la em todo o país.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. T. S. Estado federativo e políticas sociais. Rio de Janeiro: Revan 2000.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 43-51, 23 fev. 2006. Seção 1.

_____. **Relatório de gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – gestão 2010-2012**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2012. Disponível em: <<http://tinyurl.com/relatoriodegestao2010-2012>>.

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 30. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/01/Diretrizesaten---opessoaidosa.pdf>>.

CAMPOS G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: Merhy E.; Onocko R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

10. A exemplo do que acontece na Saúde, em que o estímulo ao pré-natal é meta a ser cumprida e premiada pelo SUS com recursos financeiros.

CECCIM, R. B. *et al.* Círculos em redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. **Forum Sociológico**, n. 24, 2014.

CHACON, P. F. **Grupos de cuidadores familiares de idosos: porta aberta para o serviço, janela para o cuidado.** 2015. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COUTO, E. C. **A efetividade do direito a saúde do idoso: estudo de caso de hospital geriátrico em legística material.** 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.** São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

_____. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. **Horizontes Antropológicos**, v. 16, n. 345, p. 49-70, jul./dez. 2010.

DEBERT, G. G.; SIMÕES, J. A. Envelhecimento e velhice na família. *In*: FREITAS, E. V. de *et al.* (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FERREIRA, P. G. **Implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis na rede pública de saúde de Belo Horizonte.** 2015. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIACOMIN, K. C.; MORAES, G. V. de O.; TEIXEIRA, A. L. Entrevista clínica e relação profissional com o paciente geriátrico. *In*: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (Org.). **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos.** 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. v. 1. p. 75-84.

GOLDENBERG, M. **A bela velhice.** Rio de Janeiro: Record, 2013.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.

_____. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/>>.

LEMOS, C. E. S. Entre o Estado, as famílias e o mercado. **Sinais Sociais**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 22, p. 39-61, 2013.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011. *On-line*.

LINS DE BARROS, M. M. A velhice na pesquisa socioantropológica brasileira. *In*: GOLDENBERG, M. (Org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p. 45-64.

MAIO, I. G. **Pessoa idosa dependente**: políticas públicas de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público. Curitiba: Juruá, 2016.

MALLET, S. M. **Denúncias e ações de enfrentamento a violência intrafamiliar**: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte - 2011-2013. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Revista Ciência e Saúde**, v. 15, 2010.

MINAYO, M. C. S. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. *In*: TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. (Org.). **Nós e o outro**: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. p.7-15. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=653335&indexSearch=ID>>.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. (Coleção Antropologia & Saúde).

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde (SUS). *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-394.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; DGS – DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Lisboa, [s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 11-28, 2004.

SILVA, M. A. F. **O olhar do agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso: a contribuições de um processo de qualificação**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 93-122.

FERREIRA, P. G. *et al.* A qualificação do cuidado ao idoso e o apoio a cuidadores familiares na atenção primária para a promoção do envelhecimento ativo, cuidado e proteção da velhice. *In*: TEIXEIRA, M. G.; RATES, S. M.; FERREIRA, J. M. (Org.). **O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona, 2012. v. 2. p. 36-38.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. O caráter simbólico dos direitos referentes à velhice na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso. **Kairós**, v. 16, n. 2, p. 141-160, 2013. ISSN 2176-901X.

GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, 2015.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOLDENBERG, M. (Org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Editorial

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Andrea Bossle de Abreu

Revisão

Camilla de Miranda Mariath Gomes

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo

Elaine Oliveira Couto

Laura Vianna Vasconcellos

Luciana Nogueira Duarte

Vivian Barros Volotão Santos

Bianca Ramos Fonseca de Sousa (estagiária)

Thais da Conceição Santos Alves (estagiária)

Editoração

Aeromilson Mesquita

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Carlos Henrique Santos Vianna

Gláucia Soares Nascimento (estagiária)

Vânia Guimarães Maciel (estagiária)

Capa – Projeto gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Foto da Capa

Ana Paula Moreira da Silva

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Brasília

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,

Térreo – 70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.



ISBN 978-85-7811-290-5



9 788578 112905 >

ipea

Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
**PLANEJAMENTO,
DESENVOLVIMENTO E GESTÃO**

